

Quadro para avaliação da maturidade da institucionalização das contas de saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

Quadro para avaliação da maturidade da institucionalização das contas de saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região Africana

ISBN: 9789290314066

© Organização Mundial da Saúde, 2024

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Quadro para avaliação da maturidade da institucionalização das contas de saúde. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Região Africana, 2024. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Todas as fotografias: ©OMS

Concebido em Brazzaville, República do Congo

Índice

Agradecimentos	iv
Siglas e acrónimos	v
Resumo	vi
Parte A: Introdução	1
Contexto das contas de saúde	1
A finalidade deste documento	2
Parte B: Avaliar a maturidade da institucionalização das CS	4
Um quadro de análise	4
Implementação do quadro	5
1. Procura	5
2. Governação e financiamento	7
3. Capacidade técnica institucional	11
4. Divulgação e utilização de dados	16
Parte C: Resumo e passos seguintes	20
Referências	22
Anexo 1: Uma breve história das contas de saúde	23
Anexo 2: Abordagem para o desenvolvimento do quadro de institucionalização das contas de saúde	26
Anexo 3: Perguntas de entrevista	27
Anexo 4: Desafios e observações com base na entrevista com peritos	28

Agradecimentos

Este documento é o produto do esforço coletivo de várias pessoas em todo o mundo, liderado pela equipa de Acompanhamento das Despesas na Saúde, do Departamento de Financiamento e de Economia da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). A equipa editorial era composta por Ke Xu, Maria Aranguren Garcia, Lachlan McDonald, Angeliqe Rwiyereka, Natalja Eigo e Hapsa Toure.

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram com comentários importantes sobre o documento: Joseph Kutzin, Peter Cowley, Hélène Barroy, Fahdi Dkhimi, Dongxue (Wendy) Li, Julien Dupuy, Chandika Indikadahena, Justine Hsu, Matthew Jowett, Inke Mathauer, Bruno Meessen, Laura Rivas, Andrew Siroka, Susan Sparkes, Ningze Xu e Eva Zver, do Departamento de Financiamento e de Economia da Saúde da OMS; Karishmah Bhuwanee, da Abt Associates; Deepak Mattur, da ONUSIDA; Cicely Simone Thomas, do Banco Mundial; Shaheda Viriyathorn, do Programa Internacional de Políticas de Saúde; e aos especialistas mundiais em contas de saúde, Patricia Hernandez e Cor van Mosseveld.

Estamos gratos a inúmeras pessoas e agências pelo seu apoio na viabilização deste documento: Kingsley Addai Frimpong, Ogochukwu Chukwujekwu, Diane Muhongerwa e Julieta Nabyonga, da Região Africana; Awad Mataria da Região, da Região do Mediterrâneo Oriental; Baktygul Akkazieva e Tamás Evetovits, da Região Europeia; Claudia Pescetto, da Região das Américas; Valeria De Oliveira Cruz e Tsolmongerel Tsilaajav, da Região do Sudeste Asiático; Ding Wang e Lluis Vinals Torres, da Região do Pacífico Ocidental; e Diana Gurzadyan e Gael Kernen, do Departamento de Financiamento e de Economia da Saúde; David Clarke, do Programa Especial de Cuidados de Saúde Primários da OMS; Jan Borg, da Abt Associates; Sabine Musange, da Universidade do Ruanda; Donald Shepard, da Universidade de Brandeis; Nirmala Ravishankar, da Thinkwell; e os especialistas em contas de saúde Magdalena Rathe, Ezrahwakinanga e Angelica Santos.

O documento beneficiou de comentários valiosos de peritos em contas de saúde e de decisores políticos de muitos países durante as reuniões regionais nos escritórios da OMS para a África, o Sudeste Asiático, o Pacífico Ocidental e a Europa. Beneficiou igualmente do trabalho realizado nos países que testaram a versão inicial do quadro.

Por último, agradecemos à Fundação Bill e Melinda Gates pelo apoio financeiro que prestaram ao programa geral de contas de saúde da OMS, do qual este quadro é uma parte importante.

Siglas e acrónimos

SIGF Sistema de informação para a gestão financeira

BMDS Base de dados mundial de despesas de saúde

CS Contas de saúde ou contabilidade de saúde

FPCS Ferramenta de produção de contas de saúde

SIGS Sistema de informação para a gestão sanitária

SCS Sistema de contas de saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

Resumo

Este documento descreve um quadro qualitativo e um conjunto detalhado de orientações para avaliar a maturidade da institucionalização das contas de saúde (CS) nos países. As CS organizam e comunicam informações sobre as despesas dos países com a saúde, utilizando um quadro consistente e coerente. Revelam a forma como os sistemas de saúde estão estruturados e apresentam uma descrição geral dos serviços prestados, de seus beneficiários e de como são financiados. Quando apresentados de forma sistemática ao longo do tempo, as CS revelam tendências temporais, produzindo informações importantes sobre a dinâmica dos sistemas de saúde.

A institucionalização das CS pressupõe a produção e a aplicação regulares, pelos países e por iniciativa do governo, dos dados das CS. Quanto mais institucionalizadas forem as contas de saúde nos países, os ministérios da saúde poderão melhor avaliar o desempenho dos sistemas de saúde e conseqüentemente, ajustar as políticas e os programas. Esta função reforçada de gestão é uma das principais razões pelas quais a institucionalização das contas de saúde é um dos objetivos das políticas de saúde em muitos países.

Uma análise da institucionalização pode muito dizer sobre a medida em que as informações sobre as CS estão sendo integradas na gestão e utilização mais ampla dos dados pelos países. A produção de CS depende da recolha de informação sobre a despesa com a saúde junto de várias fontes. Por conseguinte, uma avaliação da institucionalização das CS deverá revelar muito sobre a estrutura dos sistemas de informação dos países, as plataformas de intercâmbio de dados e a tecnologia de dados digitais. Além disso, ao avaliar a forma como os dados de CS são solicitados e utilizados, esta análise permite identificar se os dados de CS influenciam os principais processos de decisão governamental, tais como o diálogo sobre políticas em seguimento e os processos orçamentais.

O quadro apresentado neste documento destina-se a colaboradores dos ministérios da saúde, a equipas nacionais de elaboração das CS e aos parceiros (nacionais e internacionais) envolvidos na produção de CS. Está estruturado em quatro domínios interligados: a) procura de dados de CS; b) os mecanismos de governança e de financiamento; c) as capacidades técnicas institucionais; e d) a difusão e utilização da informação. Cada domínio inclui vários elementos-chave, nomeadamente um conjunto de questões standard que podem ser aplicadas a todos os países, independentemente da maturidade da institucionalização das CS.

O objetivo do quadro não é atribuir uma pontuação nem classificar os países, mas sim propor uma descrição que facilite a compreensão sobre onde os países se situam relativamente ao processo de institucionalização e os fatores que facilitam ou condicionam o progresso. Os resultados da avaliação também devem servir de guia para futuros investimentos em termos de recursos e esforços. Os países são encorajados a partilharem os seus resultados com a Organização Mundial da Saúde, a fim de construir uma base mais ampla de conhecimentos e de partilha de boas práticas.

O modelo de institucionalização das CS é específico a cada país. Reflete diferentes fatores históricos, culturas de utilização de dados, capacidades, prioridades e modos organizacionais. Por conseguinte, o quadro não pretende ser definitivo nem normativo. No momento da avaliação da institucionalização das CS, os governos e os parceiros são encorajados a adaptar as questões apresentadas no quadro. Pode-se também, caso acharem conveniente, realizar experiências com diferentes indicadores de síntese.

PARTE A

Introdução

Informações gerais sobre as contas de saúde

Uma contabilidade e relatórios de qualidade sobre as despesas na saúde são indispensáveis para uma gestão eficaz dos sistemas de saúde. Informações completas, fiáveis e bem organizadas sobre as despesas com a saúde ao longo de um determinado período demonstram como os sistemas de saúde estão estruturados e oferecem uma descrição dos serviços que são prestados, dos seus beneficiários e como são financiados. Quando elaborados de forma sistemática, estes relatos oferecem informações importantes sobre a dinâmica dos sistemas de saúde. Este manancial de informação é fundamental para uma governança responsável e transparente dos sistemas de saúde. Pode também constituir um contributo crucial para a formulação de políticas e planificação, para a concepção e implementação de programas, bem como para a avaliação da eficiência, da eficácia e da equidade das afetações de recursos da saúde (1).

Embora o historial das contas de saúde (CS) seja longo e bem fundamentado (ver Anexo 1), só a partir da viragem do século é que foi criado um quadro comum a todos os países para a recolha, compilação e análise de dados sobre as despesas com a saúde, para e dentro dos sistemas de saúde.¹ A metodologia do Sistema de Contas de Saúde, lançada em 2011 (SCS 2011), é a mais recente versão deste quadro mundialmente reconhecido. Serve de base às contas nacionais de saúde dos países e constitui o alicerce de dados sobre despesas com a saúde publicados na Base de dados mundial sobre as despesas de saúde (BMDS) da OMS.

O SCS 2011 aplica uma metodologia integrada e abrangente para o acompanhamento das despesas com a saúde num determinado país, usando classificações padronizadas. Centrando-se no consumo final dos cuidados de saúde, monitoriza os fluxos de recursos através do sistema de saúde, desde as suas fontes (fontes de financiamento, agentes e mecanismos de financiamento) e os modelos de prestação (localização e fatores contributivos), até os respetivos usos (funções, doenças e programas no âmbito dos cuidados de saúde).

O quadro do SCS 2011 revelou-se uma ferramenta muito útil permitindo aos governos, outras partes externas interessadas e o público compreender as despesas com a saúde a níveis nacional e mundial (2). Além disso, fornece informações importantes e relevantes para elaboração de políticas. Por exemplo, a análise de dados sobre os tipos de serviços adquiridos e as respetivas fontes de financiamento podem indicar se um país está a fazer progressos para atingir a cobertura universal de saúde. Através da descrição dos fluxos de recursos para as várias funções essenciais do sistema de saúde, o quadro do SCS 2011 pode ainda ajudar a identificar se o sistema de saúde tem capacidade para enfrentar

¹ Note-se que os termos “contas de saúde” e “contabilidade de saúde” são ambos representados pela sigla “CS” neste documento.

eventuais desafios futuros. Por exemplo, desafios relacionados com transições epidemiológicas e sobre o rendimento – que alteram os níveis de procura de prestação de serviços – e por ameaças externas, como pandemias – que exigem investimentos em segurança sanitária. Embora as CS possam influenciar a tomada de decisões políticas, corresponde entretanto a um quadro essencialmente apolítico.

A medição das despesas com a saúde a nível dos países constitui um bem público a nível mundial. Além de ser útil para efeitos de comparação entre países, uma medição consistente pode ajudar a avaliar os progressos dos países relativamente ao cumprimento dos compromissos regionais e mundiais, como o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3.² Pode também facilitar avaliações, ao pormenor, sobre as despesas mundiais com a saúde – por exemplo, por local de residência, nível de rendimento, fonte de financiamento e categoria de doença.

A finalidade deste documento

A institucionalização das CS é fundamental para salvaguardar a sustentabilidade, a qualidade e o uso eficaz da informação sobre as CS. De acordo com o conceito inicialmente adotado (1):

A institucionalização das CS é... [a] produção e utilização regulares, pelos países e por iniciativa do governo, de um conjunto essencial de dados sobre as despesas de saúde relevantes para a formulação de políticas, com recurso a um quadro de contabilidade de saúde internacionalmente aceite.

Quanto mais a produção de CS for institucionalizada num determinado país, mais integrada será a informação sobre a despesa com a saúde no ecossistema mais alargado dos sistemas de gestão das finanças públicas e de informação para a saúde. Trata-se de uma parte essencial da gestão do sistema de saúde e de uma governança reativa e, potencialmente, um contributo valioso para os processos de tomada de decisões mais amplos do governo (Quadro 1).

Os países estão em diferentes fases de maturidade em termos da sua institucionalização das CS, e alguns ainda não começaram a sua jornada de institucionalização. Este documento fornece um quadro e um guia prático de referência para ajudar os países a perceber onde se situam no percurso de institucionalização, sua trajetória geral (ou seja, se estão a avançar, a manter a posição ou a regressar ao longo do tempo), e as razões subjacentes a essa evolução. Destina-se a responsáveis dos ministérios da saúde, a equipas nacionais de CS e aos parceiros (nacionais e internacionais) envolvidos na produção de CS. Os resultados deverão ajudar estes intervenientes a identificar os principais fatores que afetam o progresso e determinar as áreas em que se pode implementar melhorias mais facilmente.

O quadro baseia-se em consultas abrangentes e pormenorizadas com peritos e partes interessadas em contas de saúde em todo o mundo (ver os Anexos 2 e 3 para mais detalhes), e em revisões dos documentos relevantes sobre a elaboração das CS, incluindo aqueles publicados pelos Escritórios Regionais da OMS (3,4).

² O Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 é “garantir uma vida saudável e promover o bem-estar de todas as pessoas em todas as idades.” As metas do ODS 3 centram-se em vários aspectos de uma vida saudável e de um estilo de vida saudável. Os progressos realizados para a consecução das metas são medidos através de 21 indicadores.

Quadro 1: Porquê o enfoque na institucionalização das CS?

A análise do grau de institucionalização dos processos de CS fornece informações importantes sobre a forma como as CS estão a satisfazer as necessidades do sector da saúde em matéria de seguimento e avaliação. Quanto mais a produção e a difusão das informações sobre as CS forem institucionalizadas e apropriadas pelos países, os ministérios da saúde, os parceiros de desenvolvimento e outras partes interessadas serão melhor informados sobre as performances do sistema de saúde. Isso pode levar a um diálogo mais participativo e inclusivo sobre políticas e prioridades em matéria de saúde.

As avaliações da institucionalização podem também oferecer indicações sobre as ligações entre as CS e os sistemas mais amplos de gestão de informação dos países. Os sistemas de gestão de informação sanitária e de gestão das finanças públicas são factores essenciais para a produção de CS. Assim, a avaliação do sistema de CS deverá também revelar muito sobre a estrutura dos sistemas de informação dos países, as plataformas de intercâmbio de dados e a tecnologia de dados digitais.

O enfoque na institucionalização pode-se determinar a medida em que a informação sobre as CS está integrada nos sistemas mais amplos de gestão de informação sanitária e de finanças públicas. Informações fiáveis e oportunas de CS são importantes para ajudar os governos na elaboração de políticas, definição de prioridades, alocação de recursos segundo as prioridades identificadas e avaliação das performances em matéria de despesa. Na análise da solicitação e utilização de dados das CS, a avaliação de institucionalização pode identificar se os dados de CS influenciam os principais processos deliberativos do governo, tais como o diálogo sobre políticas e a elaboração do orçamento da saúde.

Este documento apresenta o quadro de avaliação e orienta os utilizadores na sua aplicação. Está estruturado em três partes. A Parte A apresenta uma breve visão geral das CS e a importância da sua institucionalização. A Parte B centra-se na avaliação da institucionalização das CS pelos países e introduz o quadro de análise antes de apresentar, de forma detalhada, a sua aplicação nas avaliações, revisando cada domínio relevante e o respetivo conjunto de perguntas orientadoras. A Parte C resume a informação apresentada e faz projeções para o futuro.

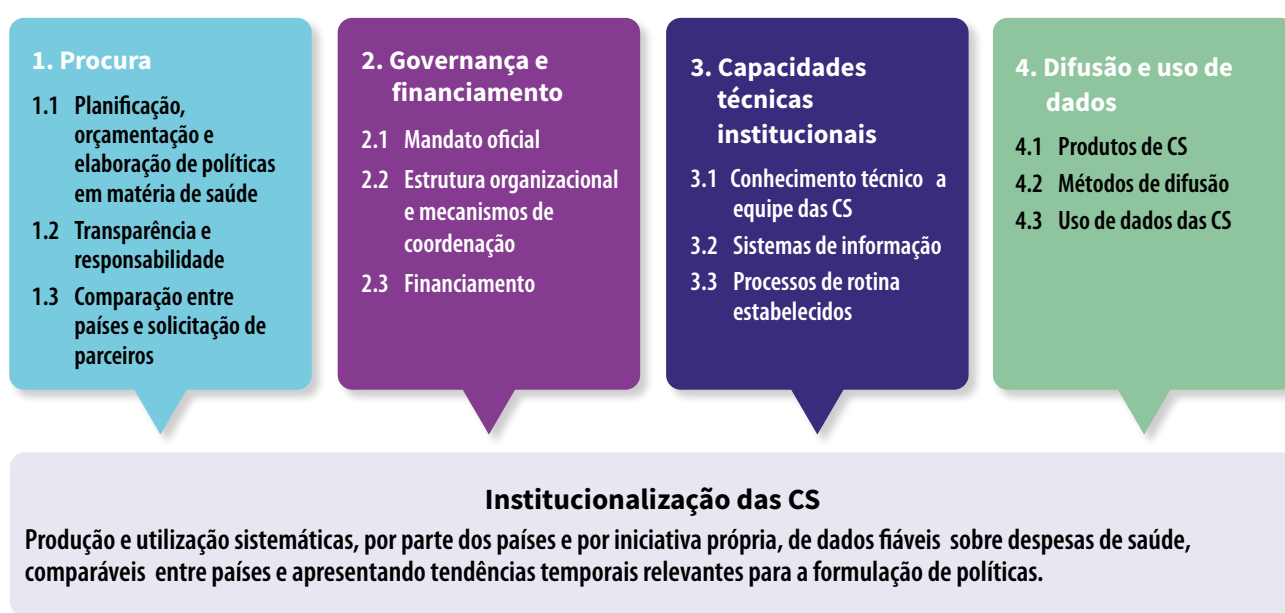
PARTE B

Avaliação da maturidade da institucionalização das CS

Um quadro de análise

Embora cada país seja único, a institucionalização das CS é moldada por um conjunto comum de domínios e fatores (Figura 1), dentre os quais: a. procura de dados de CS; b) mecanismos de governança e de financiamento; c) capacidade técnica institucional; e d) difusão e utilização da informação. Cada domínio inclui vários elementos-chave. Alguns destes elementos estão no cerne do processo de CS³ (por exemplo, capacidade institucional e distribuição), enquanto outros são fatores favoráveis.

Figura 1: Quadro de avaliação da maturidade da institucionalização das CS



³ O processo de CS inclui todos os processos necessários para completar um exercício de CS (por exemplo, produção, análise, validação e divulgação de dados).

O quadro não é vinculativo; não promove quaisquer métodos ou vias específicas para a institucionalização. Em vez disso, concentra-se em elementos comuns que poderão ser aplicáveis em todos os países, independentemente do modelo de institucionalização utilizado. Cada elemento é acompanhado por um conjunto de questões que devem ser aplicáveis na maioria dos contextos nacionais. Isso permite aos usuários recolher informações relevantes sobre o estado de cada aspecto da institucionalização das CS e, conseqüentemente, sobre a maturidade global do processo em cada país. O conjunto de questões orientadoras também contribui para a partilha de experiências entre países.

A base conceptual do quadro é que a institucionalização das CS é um processo, mas não necessariamente um processo linear. A institucionalização também não é binária: não é possível afirmar se num país, as CS se encontram “institucionalizadas” ou não. Em vez disso, a institucionalização é um processo dinâmico, complexo e contínuo, sujeito a inúmeras influências, e que envolve muitas vezes actividades paralelas, vários intervenientes, mudanças contínuas, recuos e *feedbacks* de experiência.

Conseqüentemente, os quatro domínios apresentados no quadro estão interligados. Por exemplo, mesmo que um país tenha um mandato oficial para produzir as CS, os resultados de CS devem apresentar boa qualidade, adaptados e acessíveis, para que as pessoas possam ler e interpretar os resultados de forma eficaz. Quanto mais os governos e outras partes interessadas apreciarem a utilidade dos dados de CS, maior será a probabilidade de o processo de produção de CS dispor de recursos suficientes. Por sua vez, é essencial a presença de recursos adequados para reforçar as capacidades institucionais e a possibilidade de continuar a produzir resultados de qualidade e fiáveis que satisfaçam as necessidades de planeamento, orçamentação e políticas.

Mudanças em qualquer dos domínios podem influenciar todo o processo, resultando num novo equilíbrio traduzindo em progresso ou regressão do processo de institucionalização. Por exemplo, uma nova liderança política ou uma nova liderança de uma entidade responsável pelas CS pode fazer avançar a sua institucionalização. Em contrapartida, uma rotatividade elevada do pessoal afeto às CS sem substituição atempada pode enfraquecer a capacidade, abrandar a dinâmica e pôr em risco a sustentabilidade. É necessário um equilíbrio entre os quatro domínios para que a institucionalização progrida e o impacto de quaisquer perturbações seja minimizado.

Estes factores ajudam a explicar o motivo pelo qual o quadro adopta uma visão holística da maturidade do progresso dos países. Os resultados são deliberadamente qualitativos tendo em conta a forma fluida como os elementos interagem e se desenrolam. Prevê-se que a narrativa dos países daí resultante possa funcionar como uma medida do progresso geral e como uma referência para o governo e os parceiros poderem traçar o caminho a seguir.

Implementação do quadro

O resto da Parte B apresenta em pormenor cada um dos quatro domínios utilizando uma abordagem comum: fornecendo uma visão geral do domínio antes de explorar os diferentes individuais e as questões orientadoras associadas para avaliação da institucionalização.

1. Procura

A institucionalização de qualquer processo administrativo depende da existência de uma solicitação efetiva desse mesmo processo. Existem sempre procura por algum tipo de dados sobre despesas com a saúde. O conhecimento de quem solicita informações sobre as CS pode ser um determinante importante da institucionalização. Quando a procura de informações sobre as CS é feita essencialmente por entidade externa, e não emana do próprio país, por exemplo, um governo poderá adoptar uma abordagem mais flexível em matéria das CS do que se essa procura proviesse de agências governamentais. Por outro lado, é provável que se aplique também o inverso: quanto mais úteis forem os resultados de CS para as agências governamentais e/ou para as agências de seguros de saúde, maior será a procura de processos de produção de CS de boa qualidade (4).

Além disso, o tipo de procura é importante. A procura de dados de CS pode resultar de um desejo genuíno de utilizar os resultados para orientar as políticas. Pode também surgir de razões de ordem mais superficial, sendo considerada como um exercício de conformidade, uma condição para financiamento externo, ou simplesmente uma exigência de apresentação de informação imposta pelos parceiros de desenvolvimento. É provável que a integração de procura de informações de CS na tomada de decisões seja um factor impulsionador da institucionalização das CS, comparativamente com uma abordagem que considere o processo como um mero exercício administrativo.

O quadro ajuda os utilizadores a avaliar a proveniência da procura de informações sobre as CS e quais são os motivos. Permite ainda avaliar as diferentes dimensões da procura interna, no seio do governo e da sociedade civil, bem como a procura por parte de parceiros externos. Ao identificar a finalidade da procura e o seu possível impacto, o quadro incentiva uma análise mais aprofundada da compreensão geral dos dados por parte dos diferentes utilizadores, desde a sua preparação até a utilização dos dados bem como até que ponto a procura é contínua e sustentável. É importante notar que a implementação do quadro pode revelar também lacunas importantes na procura. Por exemplo, um ministério ou agência governamental relevante pode não estar recorrendo aos dados de CS, ou então pode haver uma grande procura de dados de CS enquanto os dados disponíveis não de revelam adequados para satisfazer estas necessidades. Identificar estas lacunas, e as razões pelas quais existem, constitui uma parte importante da avaliação.

Perguntas orientadoras: 1. Procura de CS

■ Quem procura que tipo de dados sobre despesas com a saúde e com que finalidade?

Utilizador	Que tipo de dados de CS? <i>Séries, classificações, indicadores, período</i>	Com que propósito? <i>Planeamento, orçamentação, seguimento e avaliação, formulação de políticas no domínio da saúde</i>	Que impacto tiveram as CS? <i>(Indicar quaisquer decisões tomadas ou alterações baseadas nos dados das CS)</i>
Ministério da Saúde (MdS)			
Setor público exceto o MdS			
Programas de luta contra doenças e de saúde (especificar)			
Parceiros de desenvolvimento/ doadores (especificar)			
Agências de seguros de saúde (públicas e privadas)			
Instituições académicas (especificar)			
Sociedade civil (especificar)			
Outros (especificar)			

2. Governança e financiamento

A governança é um termo abrangente que engloba os sistemas e processos de definição das orientações bem como os mecanismos de supervisão e avaliação. Inclui elementos como a divisão de responsabilidades entre as diferentes partes, regras e normas de comportamento, recursos e ferramentas para garantir a responsabilização.

Os aspectos fundamentais da governança – aqueles que moldam a institucionalização – incluem a clareza e a formalidade na atribuição de responsabilidade pela produção de CS (mandatos); a presença de um ambiente propício à colaboração e ao desempenho; e recursos adequados.

2.1 Mandato oficial

Um mandato é uma ordem oficial para realizar uma determinada ação, dada a uma instituição ou pessoa, e pode incluir o direito de recolher dados junto de diferentes autoridades e fontes de dados. Os mandatos podem provir de vários instrumentos com graus variados de formalidade, incluindo leis aprovadas pelo legislador, declarações (tais como decretos reais e outras instruções oficiais), e decretos oficiais emitidos por uma autoridade legítima, como um ministro ou presidente.

Um mandato oficial robusto que impõe a produção e o uso de CS de forma regular é a pedra angular do processo de institucionalização. Mais concretamente, pode ajudar a proteger as CS de eventuais flutuações da vontade política. Alguns parlamentos europeus demonstram boas práticas na legislação e aplicação da produção de dados de CS (5), enquanto que, em países sem mandatos oficiais, acontecimentos tais como mudanças de dirigentes e a exposição dos mecanismos de CS à uma má gestão financeira podem enfraquecer o compromisso dos governos na produção e utilização das CS.

Para que a produção de CS seja bem-sucedida, os mandatos têm de ser eficazes. Há muitos casos em que os governos e os órgãos administrativos têm a responsabilidade formal e o direito de agir de certa forma, mas há poucos progressos porque os mandatos permanecem subfinanciados e/ou negligenciados.

Portanto, um mandato eficaz para a produção de CS requer que estejam em vigor os quadros legais e institucionais necessários, que haja uma clara atribuição da responsabilidade e autoridade para a implementação, e que sejam alocados recursos (financeiros, humanos e outros) suficientes para permitir que o organismo responsável cumpra esse mandato.

Perguntas orientadoras: 2.1. Mandato das contas de saúde

- Existe um mandato oficial para a produção de dados de CS? Se não é o caso, o que requer a produção de CS (caso houver essa requisição)?
- Se houver um mandato oficial:
 - Qual o tipo de mandato (por exemplo, regulamentação, ordem administrativa, decreto, mandato internacional ou regional)? Se possível, fornecer citações, referência e hiperligação.
 - Quem determina o mandato? (por exemplo, o parlamento ou o monarca)?
 - Quando foi decretado o mandato?
 - O mandato é acompanhado de autorização e recursos suficientes para ser implementado de forma eficaz?
 - O mandato foi implementado?

2.2 Estrutura organizacional e mecanismos de coordenação

A institucionalização das CS exige que os países assumam a responsabilidade pelo processo de produção de CS. Isto, por sua vez, exige que os países construam a estrutura organizativa necessária – estabeleçam quem é o responsável, quem é o anfitrião e quem são os produtores das CS, bem como os mecanismos para coordenação entre eles. Em estruturas burocráticas mais maduras e funcionais, poderão existir e funcionar esse tipo de estruturas organizacionais com funções e mandatos claros para produzir CS. Em contextos menos desenvolvidos, essas estruturas organizacionais podem não existir ou, se existirem, podem não produzir resultados.

Os parceiros de desenvolvimento podem desempenhar um papel crucial ao ajudar a criar e implementar as estruturas e os processos organizacionais necessários em países de baixo e médio rendimento através de investimentos em serviços de consultoria, inquéritos e produtos. No entanto, para que essas estruturas e esses processos organizacionais sejam plenamente institucionalizados, devem ser integrados em organismos nacionais operacionais. Por conseguinte, os investimentos externos devem ser acompanhados de planos que visam, finalmente, transferir as responsabilidades para o país.

A responsabilidade final pelas CS cabe aos poderes públicos. No entanto, vários organismos podem acolher a produção das CS – provavelmente o ministério da saúde ou a agência nacional de estatística, ou ainda um ou mais institutos de saúde pública ou instituições académicas. Uma das potenciais vantagens de separar as funções de apropriação e de acolhimento das CS é encorajar a produção e a distribuição dos resultados de CS de forma politicamente independente e imparcial (ou, pelo menos, minimizar as percepções de parcialidade). As funções de produção também podem ser divididas entre as organizações participantes; isto promove a participação, mas pode comprometer a coordenação.⁴

Perguntas orientadoras: 2.2 Estrutura organizacional e mecanismos de coordenação das contas de saúde

- Qual é a unidade governamental responsável pelos dados das CS (com autoridade para a aprovação final para publicação)?
- Qual a instituição responsável pela produção das CS?
 - Qual o nome da entidade?
 - Qual a natureza da entidade (governamental, académica, independente)?
 - Que outras tarefas é que a entidade desempenha, além de produzir dados de CS?
- Existe um plano de trabalho claro para a produção de CS??
- Que parceiros (internos e externos) estão envolvidos na produção de CS, e quais são os seus papéis?
- Que agências/instituições/sectores são responsáveis por fornecer os diferentes tipos de dados de CS?
- Estas agências, instituições, sectores estão regularmente envolvidos no processo de recolha de dados de CS?
- Qual é a agência/organização encarregada de liderar a coordenação das entidades envolvidas?
- Quais os mecanismos de coordenação (em caso de existirem) entre os parceiros/as partes interessadas (por exemplo, comissão técnica ou comissão de partes interessadas)?
- Existem mecanismos de recompensa ou sanção, ou incentivos para as instituições/ministérios/seguros fornecerem dados?

⁴ No Brasil, por exemplo, várias instituições distintas estão envolvidas na produção de CS, num esforço conjunto, incluindo o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública e vários institutos de estatística e institutos de investigação. Na Tunísia, a equipa de CS está organizada como uma supra-agência composta por funcionários individuais localizados em agências participantes individuais.

A coordenação eficaz entre os vários intervenientes na produção de CS é fundamental, independentemente das modalidades de apropriação e de acolhimento. A produção de CS requer um processo multilateral; há muitos fornecedores de informação (por exemplo, governos, parceiros de desenvolvimento, agências de seguros de saúde sociais e o sector privado) que são também potenciais utilizadores de informação de CS. Existem outras partes interessadas no governo (por exemplo, o gabinete do primeiro-ministro, o ministério das finanças e o parlamento) e na sociedade civil. Deve haver uma entidade – um comité ou um órgão do sector da saúde – responsável por liderar esta coordenação. Também é crucial dar ênfase à promoção de uma cultura positiva de colaboração, com os papéis e as responsabilidades das várias agências envolvidas na produção de CS claramente definidos, além de linhas claras de responsabilização perante as autoridades responsáveis. As principais agências podem também desempenhar um papel fundamental de coordenação, incentivando a comunicação entre as partes interessadas e reunindo-as.

Em muitos países, conseguir um envolvimento para além dos canais oficiais (ou seja, do governo e dos parceiros do desenvolvimento) no processo de CS representa um desafio constante. O sector privado (por exemplo, prestadores de serviços e companhias de seguros) pode não estar ciente do processo de CS e/ou não ver o benefício de participar; alguns podem também encarar o processo de CS como uma forma dissimulada de o governo aceder à informação para efeitos fiscais. Por isso, encontrar formas de melhorar e normalizar o envolvimento do sector privado no processo de CS é importante.

2.3 Financiamento

Um mandato claro e uma estrutura organizacional bem desenvolvida não garantem automaticamente a produção e disseminação de dados de CS. As entidades responsáveis devem também dispor de recursos suficientes (por exemplo, pessoal, orçamento operacional, equipamentos essenciais) para desempenhar as funções que lhes foram atribuídas. Muitos países de baixo e médio rendimento, condicionados pela escassez de recursos, recebem apoio de parceiros de desenvolvimento para cobrir as respetivas despesas. No entanto, como parte da apropriação local incorporada na institucionalização das CS, os países devem suportar, progressivamente e de forma sustentável, estes custos de produção. Por sua vez, esta medida requer um planeamento de recursos a médio prazo integrado nos orçamentos anuais dos governos.

A estratégia de financiamento das CS deve garantir que haja recursos disponíveis para todos os insumos necessários para o processo, incluindo o pessoal, o equipamento e todas as funções essenciais (tais como a recolha e o processamento de dados, a garantia de qualidade, a publicação e a divulgação). Também devem ser feitos investimentos contínuos na melhoria da capacidade do pessoal local (através de formação e de outras actividades), na modernização de equipamentos e na melhoria dos processos (por exemplo, garantia de qualidade e procedimentos de controlo).

Perguntas orientadoras: 2.3. Financiamento das contas de saúde

- Como são financiadas as contas da saúde?

Contributos e actividades	Governo <i>(orçamento regular ou financiamento ad hoc)</i>	Doadores <i>(especificar)</i>	Outros <i>(especificar)</i>
Pessoal			
Espaço de escritório, equipamento			
Apoio técnico			
Formação			
Recolha de dados/inquéritos			
Correção, introdução e triangulação de dados			
Ferramentas de mapeamento e análise de dados/ investimentos em <i>software</i>			
Bases de dados, relatórios, resumos e outros produtos de CS			
Divulgação de conclusões (por exemplo, impressão, discursos, artigos de jornal, fichas didácticas, folhetos)			
Outros (especificar)			

3. Capacidade técnica institucional

A capacidade técnica institucional determina muitas das características que influenciam a qualidade e a utilidade dos dados de CS, incluindo (mas não exclusivamente) os processos de garantia de qualidade, o nível de desagregação dos dados de CS e os relatórios. A capacidade técnica do pessoal que trabalha nas agências responsáveis, a eficácia dos sistemas de gestão da informação e o ambiente facilitador mais alargado podem facilitar ou inibir a coesão. A avaliação destes aspectos da capacidade técnica pode ajudar a determinar se (e onde) existem lacunas, se o actual nível de capacidade é sustentável e onde podem ser necessários mais investimentos no reforço de capacidades (6).

3.1 Competências técnicas da equipa das contas de saúde

A produção de CS e a difusão de resultados a vários públicos com diferentes necessidades e diferentes níveis de sofisticação técnica é um processo complexo que exige elevada capacidade técnica.

A capacidade técnica das equipas de CS depende, em grande medida, da disponibilidade de uma vasta gama de competências essenciais. As CS são uma actividade inerentemente multidisciplinar; requer, portanto, uma variedade de conhecimentos e competências, incluindo economia da saúde, saúde pública, estatísticas, finanças públicas, gestão e análise de dados. Naturalmente, o pessoal que trabalha nas CS também deve conhecer bem o sistema de saúde em que está a trabalhar, assim como o SCS 2011. As pessoas com estas competências necessárias podem ser contratadas dentro do próprio país ou, se não estiverem disponíveis a nível local, podem ser contratadas a nível internacional (muitas vezes através de consultores).

A natureza e a duração do mandato do pessoal que trabalha nas CS também são elementos importantes para determinar a sua capacidade técnica. Uma elevada rotatividade de pessoal pode enfraquecer a capacidade técnica de trabalhar em CS porque, muitas vezes, quando os funcionários abandonam a equipa, perdem-se memórias institucionais importantes. Assim, os colaboradores com contratos permanentes e a tempo parcial têm maior probabilidade de proporcionar mais oportunidades de continuidade do empreendimento do que os consultores a curto prazo. No entanto, a capacidade

técnica também pode sofrer erosão quando decorrem longos períodos entre dois exercícios de CS. A formação de alta qualidade em CS e a documentação exaustiva dos processos de CS podem ajudar a mitigar estes riscos ao manter os funcionários actuais e preparar novos recrutas.

Além das acções de formação, a produção regular de CS é importante para desenvolver as capacidades técnicas do pessoal e colmatar as lacunas e as deficiências em termos de capacidades. Para manter equipas eficazes de CS, as CS devem ser encaradas como uma vocação com oportunidades de desenvolvimento profissional para além da aprendizagem no trabalho. A rede internacional e regional oferece oportunidades aos funcionários para partilharem experiências, conhecimentos e aprendizagens interdisciplinares.

A capacidade técnica pode ser reforçada através do aumento das sinergias entre indivíduos e equipas com vista a desbloquear um maior potencial organizacional. Neste sentido, o domínio de governança, tal como descrito acima, e o domínio de capacidade técnica são indissociáveis.

Perguntas orientadoras: 3.1 Competências técnicas da equipa das contas de saúde

■ Quantos exercícios de CS o país produziu, e quando?

O exercício de produção de CS refere-se a um período em que um país recolhe, produz e analisa dados de CS. Por exemplo, um país pode produzir três anos de dados de CS no mesmo exercício.

■ Nos últimos cinco anos, quantos funcionários permanentes das CS foram substituídos?

■ Qual o tipo de apoio/recursos disponíveis para as novas contratações de forma a facilitar a sua rápida integração no cargo e no seu trabalho?

■ Que oportunidades de desenvolvimento profissional, além da formação de rotina, estão disponíveis para o pessoal que trabalha nas CS (por exemplo, participação em conferências, destacamento, rotatividade)?

Preencha a tabela seguinte (se tiver apenas um exercício de produção de CS, preencha a coluna de exercícios mais recente).

	Primeiro exercício	Exercício mais recente
Informações gerais		
Ano da produção		
Anos de dados produzidos (anos fiscais abrangidos)		
Classificações produzidas		
Número de funcionários a tempo inteiro na equipa		
Formação realizada em CS; em caso afirmativo, indique por quem e quais os tópicos abordados		
Conhecimentos gerais <i>Indicar se existe pessoal com conhecimentos sobre as seguintes áreas (opções: funcionário ou consultor nacional ou internacional)</i>		
Estatísticas gerais		
Contabilidade geral		
Política dos sistemas de saúde		
Macro – fiscalidade/finanças públicas		
Conhecimento do SCS 2011 <i>Indicar se existe pessoal com conhecimentos sobre as seguintes áreas/classificações do SCS 2011 (opções: funcionário ou consultor nacional ou internacional)</i>		
HF/FS		
UHC/HP		
DIS		
HK		
Produtos Farmacêuticos		
Cuidados de saúde primários (CSP)		
Outros (especificar)		
Descrever o papel da OMS no âmbito do apoio técnico		

3.2 Sistemas de informação

Os sistemas de informação em bom funcionamento captam e processam informações, armazenam-nas digitalmente e disponibilizam-nas aos utilizadores de forma atempada e de modo a que possam apoiar ações futuras. No contexto da governança dos sistemas de saúde, este bom funcionamento pode incluir a monitorização, a avaliação, o planeamento, a orçamentação e a formulação de políticas. O poder dos sistemas de informação aumenta quando os dados estão ligados, permitindo que os utilizadores tenham acesso à informação de múltiplas fontes.

As CS não são um sistema de informação, mas a produção das CS depende do acesso à informação sobre despesas a partir de vários sistemas de informação. A informação sobre a despesa pública executada é muitas vezes obtida a partir do sistema de informação para a gestão financeira (SIGF) do governo. As informações sobre as despesas privadas com a saúde, sobretudo as despesas directas das famílias, são obtidas a partir de inquéritos como os inquéritos às unidades de saúde, inquéritos aos agregados familiares e outras fontes de informação, tais como dados sobre as contas nacionais e dados sobre pedidos de reembolso de seguros de saúde (6). Os dados sobre o financiamento externo podem ser consultados através de vários métodos, tais como relatórios sobre o orçamento e ferramentas de inquéritos para despesas extra-orçamentais.

Um sistema de informação para a gestão sanitária (SIGS) pode ser um contributo importante para a produção de CS. Os SIGS variam de país para país; no entanto, em geral, recolhem e armazenam dados relacionados com a saúde a partir de várias fontes, incluindo actividades dos serviços de saúde nas unidades de saúde, de forma a apoiar a avaliação do desempenho e o planeamento estratégico. Os dados de saúde podem ser um complemento útil à informação sobre despesas no âmbito da preparação de CS. Por exemplo, quando os dados relativos aos gastos com a saúde não são suficientemente desagregados entre os cuidados prestados em regime de internamento ou ambatório, a informação sobre as actividades dos serviços de saúde dentro das unidades de saúde pode ser utilizada para gerar desagregações relevantes. Quanto mais detalhada for a categorização dos dados do SIGS – por exemplo, de acordo com a geografia, o tipo de unidade de saúde e as características do doente –, maior será o valor potencial para a produção de CS.

A qualidade dos resultados das CS – e a sua utilidade no âmbito da tomada de decisões – está directamente ligada à qualidade, à integralidade e à oportunidade dos insumos. Na medida do possível, a institucionalização do processo de CS deve basear-se em sistemas de informação interoperáveis e digitalizados que forneçam informações oportunas e precisas. No entanto, as principais informações, tanto de fontes públicas como de fontes privadas, podem não estar disponíveis ou não estar acessíveis às equipas de CS. Os dados apresentados no SIGF, SIGS e noutras fontes podem estar incompletos ou não estar apresentados de uma forma que se enquadre no propósito das CS.⁵ Além disso, os inquéritos essenciais sobre as despesas das famílias podem estar bastante desactualizados. Isto significa que os países poderão necessitar de calcular as despesas das famílias com base em informações antigas sobre gastos, ampliadas de forma a ter em conta o crescimento macroeconómico, e partir de suposições de que a estrutura das despesas familiares com a saúde permanece, em geral, inalterada.⁶ Além disso, podem existir problemas com a representatividade dos dados das despesas com a saúde nos inquéritos aos agregados familiares.

O funcionamento dos sistemas de informação é uma questão muito mais ampla do que as CS. No entanto, o acesso a uma rede de sistemas de informação digital é um passo fundamental para o reforço da capacidade técnica no âmbito das CS. Ao conceber a estrutura do sistema de informação – incluindo plataformas de intercâmbio de dados e relatórios – deve ter-se em consideração as necessidades dos utilizadores, incluindo os produtores de CS. A interoperabilidade pode também reforçar a capacidade de levar a cabo a garantia da qualidade, permitindo a validação e a triangulação.

Além disso, é provável que a integração eficaz das CS nos sistemas de informação existentes seja economicamente vantajosa. Sem acesso a sistemas de informação existentes e a processos padronizados e regulares de apresentação de relatórios, a produção de CS dependerá sobretudo da recolha de dados primários e de inquéritos especializados, o que pode ser moroso, dispendioso e difícil de realizar. Contudo, os instrumentos de inquérito continuarão a ser essenciais para captar informações que não estão incluídas nos sistemas regulares de apresentação de relatórios, como os dados do sector privado e da sociedade civil.

A transição da recolha de informação em papel, exigindo forte intensidade de mão-de-obra, para sistemas automatizados e digitalizados acelera a transmissão de dados, reduz os custos e limita os erros. A capacidade de tomar decisões informadas aumenta consideravelmente quando a informação sobre as despesas na saúde está actualizada. Os avanços na capacidade computacional, conjugados com o declínio dos custos tecnológicos, facilitam uma maior capacidade

⁵ Por exemplo, o SIGF pode analisar a despesa pública do ponto de vista do governo central. Isto significa que a despesa ao nível subnacional, que é tão importante, pode ser excessivamente agregada, ocultando detalhes essenciais necessários para as CS. Isto realça ainda mais a importância de desagregar dados do SIGS para interpretar os dados do SIGF.

⁶ Em alguns países, podem decorrer dez anos ou mais entre rondas de inquéritos sobre o Rendimento e a Despesa dos Agregados Familiares. É provável que as mudanças estruturais nos padrões de despesa que ocorreram durante a pandemia de COVID-19 também representem desafios na estimativa das despesas familiares em saúde com base em inquéritos.

Perguntas orientadoras: 3.2. Sistemas de informação das contas de saúde

- Quais são as principais fontes de informação para os vários tipos de despesas de saúde?

	Fonte(s) principal(ais)	Informação digitalizada?	A equipa de CS consegue aceder regularmente às informações?	Podem ser identificadas rubricas detalhadas sobre as despesas com a saúde para efeitos das CS?
Despesas de saúde por parte do governo central				
Despesas por parte do governo regional/local				
Despesas das famílias				
Despesas por parte de parceiros externos de desenvolvimento				
Mais alguma fonte importante de despesa? (especificar)				

- Existe um sistema de informação financeira do governo?
 - Os dados estão acessíveis ao público? Em caso negativo, a equipa de CS tem acesso regular aos dados?
 - A informação presente no SIGF está ligada à informação sobre gastos presente noutras bases de dados (por exemplo, no SIGS)?
- As CS mais recentes baseara-se de alguma forma em instrumentos especiais de inquéritos por amostragem e da recolha de dados primários?
 - Em caso afirmativo, qual foi o inquérito? (Por favor indique se existe mais do que um.)
 - Quando foi(foram) realizado(s) o(s) inquérito(s)?
 - Quem geriu e financiou o(s) inquérito(s)?
 - Como foi determinada a amostragem para o(s) inquérito(s) (por exemplo, amostra representativa a nível nacional)?
- No caso de ter havido um inquérito aos agregados familiares, este baseou-se na Classificação do Consumo Individual por Finalidade ou em quaisquer outros sistemas de classificação?
- Existe mais alguma manipulação/estimativa dos dados sobre as despesas com base na informação apresentada a partir das principais fontes?
- A informação constante do SIGS é utilizada para produzir contas de saúde? (Se sim, como?)

Por favor preencha a seguinte informação a respeito do SIGS.

Com que frequência os dados são atualizados?	
Os dados estão em formato eletrónico?	
Os dados incluem a utilização dos serviços desagregada por regime ambulatorio, de internamento, de prevenção, etc.? Por favor, especifique.	
Os dados incluem a utilização dos serviços de acordo com os tipos de prestadores de cuidados de saúde? Por favor, especifique.	
Os dados incluem a utilização dos serviços por doença? Por favor, especifique.	
Os dados incluem a classificação internacional de doenças? Por favor, especifique.	
Os dados incluem a utilização dos serviços segundo a idade dos beneficiários? Por favor, especifique.	
Os dados incluem informações financeiras? Por favor, especifique.	

analítica, mesmo nos locais mais limitados em termos de recursos. Estes avanços podem ajudar a encurtar o tempo entre a recolha e a publicação de dados.

As experiências dos países que aplicaram com sucesso novas abordagens para integrar os dados financeiros e de outra natureza das instituições e unidades de saúde podem servir de inspiração a outros. Naturalmente, à medida que os dados se tornam mais digitalizados e mais amplamente disponíveis, aumenta a importância de políticas e práticas para proteger a informação confidencial (como os dados dos pacientes, por exemplo).

3.3 Processos de rotina estabelecidos

Para manter a capacidade institucional, é importante que os países normalizem e sigam um conjunto de procedimentos operacionais ao produzir CS. As abordagens objectivas e orientadas por procedimentos fornecem às equipas de CS uma consistência e previsibilidade essenciais nas suas actividades. Estas abordagens ajudam a reduzir a probabilidade de erros e, em geral, resultam num produto de maior qualidade.

Os processos de rotina podem existir paralelamente ao ciclo de produção de CS (por exemplo, recolha, estimativa, validação, mapeamento e divulgação e utilização de dados). O mais importante é que os países se conformem de forma sistemática com o SCS 2011, que oferece classificações úteis das despesas com a saúde, capta os fluxos de recursos e permite a comparabilidade da informação de CS no tempo e no local. Os países podem ter regras e procedimentos personalizados para contabilizar as despesas na saúde, embora estes devam, em última análise, ser construídos com base nos alicerces do SCS 2011.

Para ajudar nesta tarefa, a ferramenta de produção de contas de saúde (FPCS) da OMS oferece uma plataforma mundial para a produção de CS a nível nacional, e baseia-se no quadro do SCS 2011. A FPCS foi desenvolvida para agilizar e simplificar o processo de produção de CS e para reduzir a necessidade de assistência técnica, facilitando assim a institucionalização das CS (7).

Os procedimentos operacionais normalizados ajudam a mitigar o risco de interferência política no processo de produção de CS. Melhoram a resiliência a mudanças nas prioridades governamentais, e ajudam com avaliações da qualidade dos dados, que devem ser objectivas, independentes e rigorosas. O método escolhido para a avaliação da qualidade dos dados deve obedecer a critérios padronizados acordados por todas as partes interessadas desde o início.

Os países poderão beneficiar com a elaboração de orientações internas que documentem as tarefas e as competências necessárias na implementação das várias fases das CS. Esta medida ajudaria a captar os benefícios dos processos de rotina e a mitigar o risco de perda de conhecimentos institucionais devido à rotatividade do pessoal.

Perguntas orientadoras: 3.3. Processo de rotina estabelecido para as contas de saúde

- O SCS 2011 é a metodologia utilizada para a produção de CS?
- Quais são os métodos específicos a cada país para produzir CS?
- Existe um processo adequado e padronizado de documentação para facilitar a transferência de conhecimentos sobre as principais funções e actividades das CS? (Existe uma lista de rotinas, fontes de dados, pontos/áreas focais nas organizações participantes, métodos e mapeamento de cálculo e estimativa, revisões, e os respetivos objetivos para a produção de CS, e assim por diante?)
- Existe um processo de validação de dados (mapeamento, tendências, metadados e revisão)? Existe alguma orientação para o processo de validação de dados? Descreva-a ou apresente um documento.
- O país utiliza a FPCS para mapeamento e análise de dados? (Caso contrário, que software ou ferramenta é utilizado(a)?)
- O país utiliza programas de estatística (por exemplo, STATA, R, Python) para a limpeza, mapeamento e análise de dados? (Caso contrário, qual o software utilizado?)

4. Difusão e utilização de dados

Os produtos finais do exercício de CS, e a forma como os dados são apresentados aos utilizadores, são determinantes importantes para saber se as CS são vistas pelos decisores políticos e por outros como um recurso público valioso. Produtos oportunos, de boa qualidade, de fácil acesso, adaptados a vários públicos (dentro e fora do governo) que os procuram, podem reforçar a relevância e legitimidade das CS. Por outro lado, quando a informação é apresentada com desfasamentos excessivos, é mal comunicada e/ou inclui falhas importantes nos dados, as CS podem não ter impacto ou ser totalmente ignoradas.

Isto evidencia uma ligação importante entre a qualidade do processo de produção de CS e a qualidade da informação apresentada aos utilizadores. As limitações de dados e/ou a capacidade técnica limitada para classificar com precisão as despesas de saúde podem levar a produtos de CS com conteúdo informativo limitado e utilidade política limitada.

As informações de CS têm muitos utilizadores potenciais. Este grupo inclui um conjunto de peritos do ministério da saúde e do sector da saúde, além de académicos e funcionários técnicos de organizações do desenvolvimento parceiras, que podem estar familiarizados com a metodologia do SCS 2011. É também provável que inclua não especialistas, tais como outros funcionários do ministério, membros do parlamento e o público em geral, que normalmente não estão familiarizados com os meandros do SCS 2011 (1).

Talvez as futuras discussões sobre este domínio devam centrar-se nas audiências, incluindo a forma como a informação de CS é apresentada ao público, e sobre a forma como o público usa esta informação para tomada de decisões.

4.1 Produtos de CS

Existem vários potenciais produtos que resultam do processo das CS. São inseridos dados numéricos brutos nas bases de dados. Estes incluem tabelas bidimensionais padronizadas que apresentam a tabulação cruzada das despesas com as classificações relevantes do SCS 2011 (por exemplo, mostrando o modo como os recursos fluem dos regimes de financiamento para os prestadores). Estas tabelas-padrão são úteis para criar totais e subtotais agregados consistentes em todas as tabelas de CS e para uma apresentação padronizada dos resultados entre os países. Estes dados brutos de CS são inseridos na BMDS, que é uma base de dados com séries temporais, mundialmente acessível, de grandes classificações de despesa para todos os países.⁷ A BMDS inclui metadados que complementam os dados e oferecem explicações sobre a sua qualidade.

Em muitos países, o tempo de resposta mais curto para a compilação de CS é entre um e dois anos. No entanto, com frequência, a publicação de CS pode implicar maiores atrasos (por vezes, os atrasos são menores, mas isso é menos comum). Fundamentalmente, quanto mais tempo demorar a publicação de dados de CS, menos úteis serão as informações para os utilizadores tomarem decisões.

Além dos dados brutos, podem ser compiladas várias formas de conteúdos informativos para explicar as observações e tendências nas CS e para as interpretar para vários públicos. Ao contrário da apresentação de dados numéricos, estas sínteses não são padronizadas e podem ser adaptadas às necessidades dos vários públicos. Esta adaptação pode envolver relatórios altamente técnicos e um conjunto de produtos menos técnicos, tais como resumos, fichas informativas e infográficos. Uma parte importante do envolvimento das partes interessadas é saber os tipos de públicos visados, as suas necessidades em termos de informação e a sua capacidade técnica para absorver informação sobre CS.

A consideração das diferentes necessidades dos utilizadores a nível de informação representa um claro benefício potencial para a institucionalização das CS (1, 8). Podem criar-se círculos virtuosos nos quais a informação bem direcionada chama a atenção para as CS, resultando numa procura crescente (e contínua) de informação de CS de qualidade. Por sua vez, esta procura pode estimular um maior investimento na institucionalização e melhoria do processo de produção de CS.

⁷ Os dados presentes na BMDS são produzidos pela FPCS, e são também recolhidos a partir de Questionários Conjuntos sobre Contas de Saúde (QCCS; criados pela OMS, pela OCDE e pelo Eurostat) e de Questionários sobre Contas de Saúde (com base nos QCCS).

Perguntas orientadoras: 4.1 Produtos de CS

- Base de dados
 - A que ano correspondem os últimos dados de CS?
 - Que classificações, cruzamentos e indicadores estão incluídos na sua última publicação?
 - Produziu CS ao nível subnacional para a sua última publicação?
 - Com que frequência atualiza a base de dados?
 - São publicados metadados e o que está incluído nos mesmos?
- Relatórios e documentos de informação sintéticos
 - São elaborados um relatório e um documento síntese de informação para cada exercício de recolha de dados?
 - Qual é o público-alvo do relatório e do documento síntese de informação das contas de saúde?
 - Os relatórios/documentos síntese de informação conjugam as informações das contas de saúde com outras informações (por exemplo, carga das doenças, dados macro orçamentais)?
- Existem outros materiais utilizados para comunicar os resultados das contas de saúde? (Tais como discursos, artigos de jornal, fichas didáticas, folhetos, tweets, etc.)

4.2 Métodos de difusão

Além de calibrar os produtos e as mensagens para diferentes públicos, é fundamental assegurar que os resultados de CS (incluindo os resultados de exercícios de CS anteriores) são disponibilizados em tempo útil para uma comunicação eficaz dos resultados.

Fundamentalmente, quanto mais tempo demorar a publicação de dados de CS, menos úteis serão as informações para os utilizadores tomarem decisões. A oportunidade pode ser melhorada minimizando o atraso entre o ano das CS e o ano de publicação. Os atrasos administrativos e os congestionamentos na aprovação de divulgação dos produtos finais de CS também devem ser minimizados.

Os métodos de difusão devem procurar garantir que a informação de CS é amplamente acessível. Existem várias opções para ampliar o alcance dos produtos finais de CS, incluindo a publicação de bases de dados e o material publicado em *websites* do ministério, nos meios de comunicação social, nas redes sociais, em reuniões gerais e em seminários.

É provável que uma abordagem ativa à difusão pública dos resultados das CS trará muitos benefícios. Mais concretamente, um maior envolvimento dos cidadãos nas CS pode ajudar a criar uma cidadania mais informada. Isto, por sua vez, pode ajudar a promover um modelo de governação da saúde mais participativo, inclusivo e responsável. Pode também criar mais vias para obter *feedback* das partes interessadas, com vista a melhorar o desempenho.

Perguntas orientadoras: 4.2. Métodos de difusão das contas de saúde

- Qual o processo de aprovação para difusão dos produtos de CS?
- Quais os produtos relacionados com CS disponíveis em *websites* públicos (e relativos a que anos)?

Ano	Base de dados	Relatório	Documento síntese de informação	Quaisquer produtos relacionados

- Relativamente aos seus últimos resultados de CS, foi realizado algum evento específico para divulgar os produtos? Descreva a entidade organizadora, a escala, o público e o enfoque.
- Relativamente ao seu último exercício de divulgação de CS, houve alguma cobertura mediática (artigos de jornal, publicações nas redes sociais, rádio, etc.)? Apresente os principais detalhes/referências.

4.3. Utilização de dados de contas de saúde

A gestão dos sistemas de saúde melhora quando os resultados do processo de CS facilitam uma tomada de decisões mais informada. Uma vantagem fundamental do quadro do SCS 2011 é que pode fornecer dados utilizáveis para contribuir diretamente para o processo de planeamento orçamental e para reformas e estratégias mais amplas do sistema relacionadas com os programas prioritários. Os indicadores de despesa são úteis para monitorizar o desempenho dos sistemas de saúde e para promover a transparência e a responsabilização.

No entanto, a informação de CS não pode desencadear ações se ninguém lhe prestar a devida atenção, mesmo que esta seja apresentada de forma sucinta e clara. Assim, um dos elementos fundamentais do processo de institucionalização é a medida em que as partes interessadas utilizam as CS para monitorizar e avaliar o desempenho do sistema de saúde, influenciar o diálogo sobre políticas e enquadrar a investigação e a sensibilização. Este processo inclui partes interessadas dentro do governo (incluindo o poder legislativo, o poder executivo, outros ministérios, bem como o ministério da saúde) e fora do governo (parceiros do desenvolvimento, sociedade civil, meio académico e grupos de reflexão).

O reforço do uso de produtos de CS produz múltiplos benefícios potenciais. A integração das CS nos aspetos críticos da governança da saúde, como as deliberações sobre políticas do ministério da saúde e o processo anual de planeamento e orçamentação, pode reforçar a base de dados factuais utilizada para tomar decisões e aprofundar as perspetivas sobre os fatores contextuais que influenciam as CS. Melhorar a utilização dos dados de CS dos países por partes interessadas externas pode melhorar a focalização da ajuda ao desenvolvimento.

Perguntas orientadoras: 4.3 Utilização de dados de contas de saúde

- A equipa das CS monitoriza a utilização dos dados de CS, o *feedback* e as necessidades dos utilizadores? Em caso afirmativo, como?
- Os dados do último exercício de CS foram utilizados nos processos de planeamento e orçamentação, monitorização e avaliação, ou no desenvolvimento de políticas? Por favor, explique em detalhe.
- Qual a informação de CS mais utilizada e necessária nos quadros de monitorização e avaliação do sector da saúde?
- Os dados de CS contribuem para a formulação de políticas? Em caso afirmativo, que tipos de informações de CS foram mais úteis na definição de políticas?
- Os dados do exercício de CS mais recentes foram utilizados nos relatórios dos doadores? Em caso afirmativo, especificar quais os indicadores e quais os doadores.
- Por que razões (caso existam) é que os dados de CS não foram utilizados por uma entidade que os solicitou? Fornecer detalhes sobre as formas como os dados de CS não satisfizeram as necessidades dos utilizadores.

PARTE C

Resumo e passos seguintes

O quadro apresentado neste relatório deve ajudar a avaliar a posição de cada país relativamente à sua institucionalização das CS e as áreas a melhorar.

No entanto, é importante salientar que a avaliação não deve ser encarada como definitiva. Estabelece um conjunto padronizado de questões pertinentes relativamente à institucionalização que podem ser amplamente aplicadas. Oferece também uma base para a experimentação; para obter melhores resultados, as questões utilizadas para a avaliação devem ser ajustadas de modo a refletirem os contextos específicos dos países. Isto pode ajudar a fornecer uma imagem mais clara dos progressos e desafios dentro de cada país. Os países e os parceiros são encorajados a adaptar as perguntas apresentadas no quadro quando avaliam a institucionalização das CS. Também podem ser realizadas experiências com diferentes indicadores de síntese.

À medida que os países realizam a análise, são encorajados a partilhar os seus resultados com a OMS e com os seus pares. Ao gerar dados factuais e ao comparar e contrastar experiências, podem aprender-se lições sobre quais as práticas que melhor podem apoiar as CS nos países que estão a iniciar a sua viagem, ou que podem estar a regredir. A aplicação sistemática do quadro de avaliação pode ajudar a revelar alterações ao longo do tempo.

O processo de consulta inicial que deu origem ao quadro neste relatório revelou algumas perspetivas de alto nível para os diferentes agrupamentos de países (ver Anexo 4). São identificados quatro principais tipos de países com base na maturidade do processo de institucionalização: a. países que não iniciaram a produção de CS; b. países no início do seu percurso de CS; c. países que produziram exercícios de CS mas não de forma sistematizada; e d. países que produzem CS regularmente. Os países em cada um destes agrupamentos enfrentam diferentes desafios e, por isso, devem ter diferentes enfoques. É de notar que nenhum país tem as CS completamente institucionalizadas – mesmo nos países com os processos de produção mais maduros podem ter problemas em institucionalizar as suas utilizações. A institucionalização é um processo contínuo, não um objetivo final; por isso, exige investimentos e esforços contínuos.

A OMS e os parceiros mundiais apoiam a maturidade da institucionalização das CS. Trabalham em estreita colaboração com os Estados-Membros para produzir dados fiáveis, comparáveis, relevantes em termos de políticas e atualizados sobre as despesas de saúde. A OMS e os parceiros mundiais oferecem igualmente uma plataforma para a partilha e a divulgação de experiências entre países. No entanto, os consideráveis desafios existentes que impedem a institucionalização das CS sugerem que é necessário envidar mais esforços.

Além disso, através da sua procura de dados de CS e dos seus investimentos em apoio técnico, parceiros de desenvolvimento como a OMS, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional ajudam a impulsionar a melhoria das práticas de CS nos países. Os resultados dos quadros de institucionalização das CS podem, assim, ser alavancados para garantir que quaisquer investimentos são orientados para a superação das limitações mais restritivas.

Referências

1. Maeda A, Harrit M, Mabuchi S, Siadat B, Nagpal S. Creating evidence for better health financing decisions : A strategic guide for the institutionalization of national health accounts. Washington, DC: World Bank; 2012 (<http://hdl.handle.net/10986/13141>, consultado a 16 de Maio de 2023).
2. Abt Associates. How have health accounts data been used to influence policy? : Health Finance and Governance Project; 2018 (<https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/56121891/en>, consultado a 16 de Maio de 2023).
3. Status update on the institutionalization of national health accounts in the WHO African Region. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345336>, consultado a 16 de Maio de 2023).
4. Nathan N, Dastan I, Mataria A. Developing health accounts following SHA 2011: a situational analysis of countries in WHO Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2020;26:810–9. doi:10.26719/emhj.20.031.
5. Commission Regulation (EU) 2021/1901 of 29 October 2021 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics on health care expenditure and financing. Brussels: European Union; 2021 (<http://data.europa.eu/eli/reg/2021/1901/oj>, consultado a 16 de Maio de 2023).
6. Rannan-Eliya RP. National health accounts estimation methods: household out-of-pocket spending in private expenditure. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/37808429.pdf>, consultado a 16 de Maio de 2023).
7. Health accounts production tool (HAPT) : user guide. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365382>, consultado a 16 de Maio de 2023).
8. Institutionalization of the System of Health Accounts (SHA 2011) in Latin America. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55564>, consultado a 16 de Maio de 2023).

Anexo 1: Uma breve história das contas de saúde

De início, o desenvolvimento de contas de saúde (CS) centra-se nos Estados Unidos da América, que introduziram a medição sistemática de informações sobre gastos com a saúde para fins internos. A instituição do processo enfrentou desafios, e a sofisticação do quadro de contabilidade e das técnicas de recolha de dados teve de evoluir à medida que a procura e a utilização de dados de CS aumentaram. Nomeadamente, este processo incluiu um aumento da procura de comparações entre países. Estes desenvolvimentos estabeleceram as bases para um quadro padronizado a nível mundial para medir as CS que pudesse ser aplicado a todos os países, que agora conhecemos como o Sistema de Contas de Saúde (2011). Esta breve história baseia-se na obra de Fetter (2006) e na documentação de apoio (1).

Os primeiros esforços no âmbito das contas de saúde

Os primeiros esforços documentados para medir as despesas de saúde vieram do sector privado nos Estados Unidos. Em 1926, a convenção nacional da Associação Médica Americana discutiu formas de melhorar o acesso dos americanos aos cuidados médicos, alargando a disponibilidade, ao mesmo tempo que reduzia os custos. Foi criada a Comissão de Custos de Assistência Médica (CCMC). Esta publicou o custo dos cuidados médicos expresso em percentagem do “rendimento monetário do país”. Naquele que se tornaria um antecedente das principais classificações utilizadas para as contas de saúde, a CCMC dividiu as despesas de saúde em quatro grupos de contribuintes: doentes, governo, filantropia e indústria.

A disponibilização de CS produzidas pela CCMC oferecia uma nova perspetiva, relevante em termos de política, sobre o sector da saúde, e um protótipo para a apresentação matricial das despesas com a saúde. Em 1932, os americanos gastaram, em termos agregados, duas vezes mais em tabaco, produtos de higiene pessoal e lazer – e quase três vezes mais em automóveis e outras viagens – do que em serviços de saúde. As despesas diretas dos doentes representaram 79% das despesas com a saúde.

Esta primeira monitorização das despesas de saúde nos Estados Unidos ilustra os desafios de se iniciar e institucionalizar as CS, mesmo num contexto de elevado rendimento. A CCMC, que inicialmente era responsável pela recolha e análise de informações de CS, foi sujeita a mudanças consideráveis à medida que o Governo dos Estados Unidos passou por uma transição organizacional. Na década de 1930, os membros da CCMC foram absorvidos por agências governamentais encarregues de uma contabilidade de bem-estar social mais ampla, o que resultaria na transição das funções de medição das despesas de saúde para a tutela da Agência Federal de Segurança – a antecessora do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar.

A recolha de dados também sofreu fragmentação e duplicação. Durante a década de 1940, de uma forma geral, o Bureau of Research and Statistics, o órgão nacional de estatística, era a entidade responsável pela recolha e análise de dados de importância nacional. Estes incluíam os custos dos seguros de saúde e incapacidade, que foram publicados pela primeira vez no *Boletim da Segurança Social*, em 1937. No entanto, simultaneamente, especialistas de várias agências individuais realizaram as suas próprias análises, inclusivamente sobre as despesas com a saúde.

Para obter uma melhor percepção sobre a eficácia da política de saúde e de outras políticas sociais nos Estados Unidos, em 1937, o Bureau of Research and Statistics lançou um inquérito anual sobre a disponibilidade de segurança social noutros países. Estes inquéritos foram as primeiras tentativas de estabelecer uma uniformidade entre os países na compilação e apresentação das despesas de saúde.

A década de 1950 representou um marco na introdução da institucionalização das CS e na medição dos progressos económicos em geral. Em 1953, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar obteve o estatuto completo de gabinete do governo dos Estados Unidos, e a primeira estimativa oficial da percentagem total do produto nacional bruto

gasto no bem-estar social (incluindo a saúde) foi produzida no mesmo ano. No entanto, a qualidade das estimativas era dificultada por questões relacionadas com o estabelecimento dos limites do sector da saúde e com a necessidade de compilar informação sobre despesas de vários organismos públicos, cada um com métodos distintos de classificar as despesas e os anos fiscais.

Em 1964, foi criado o gabinete de Despesas Nacionais com Saúde (NHE). O NHE foi construído com base no modelo básico da CCMC, modificado para o pagamento do serviço de saúde e para alterações nos tipos de prestação. Além disso, harmonizava as despesas privadas e públicas e reconciliava as diferenças nos anos fiscais e nas categorias de serviços médicos. O NHE tornou-se uma útil série cronológica anual de despesas com a saúde, indisponível noutros locais. Por fim, o NHE construiu estimativas retrospectivas das despesas com a saúde para criar uma série temporal a partir de 1929.

Ao longo do tempo, a procura de dados sobre despesas com a saúde tinha por objetivo não apenas de identificar o montante gasto na saúde (e a sua quota do rendimento nacional) mas também aferir se o governo, as empresas e os indivíduos estavam a ter um bom retorno do seu investimento. Avaliar estas questões exigia a conjugação de dados sobre as despesas com informação sobre a prestação de serviços de saúde e sobre os resultados. Esta transição precipitou um interesse político crescente na utilidade das CS como ferramenta de tomada de decisão, o que integrou ainda mais as CS no tecido institucional do Governo dos Estados Unidos.

Comparações internacionais das despesas com a saúde

Embora, nos Estados Unidos, tivesse havido uma evolução no processo normalizado de recolha e comunicação de dados sobre as despesas com a saúde, essa evolução não estava a ser replicada noutros países. Um estudo pioneiro de 1981 comparou as despesas com a saúde em dez economias de mercado industrializadas, usando dados desde o início da década de 1960 até 1976–77 (2). Na sequência da laboriosa compilação de dados, o estudo encontrou uma forte correlação entre o nível de rendimento de um país e a percentagem do PIB despendida em saúde. Identificou ainda vários fatores epidemiológicos e económicos de aumento da despesa. Mais revelador ainda, o autor concluiu o estudo com um apelo à harmonização dos dados de saúde: “já é tempo de se chegar a um acordo internacional sobre a recolha de dados sobre as despesas com a saúde. É insensato continuar a contar com a iniciativa de indivíduos” – além de algumas sugestões práticas quanto à forma como essa harmonização poderia ser realizada.

Ainda não se tinham verificado progressos relativamente ao apelo da OMS, feito vários anos antes, para padronizar a recolha e o uso de informações sobre despesas de saúde. Este apelo provinha de um grupo de estudo de 1977, convocado pela OMS, sobre o financiamento dos serviços de saúde, que analisou o panorama das despesas de saúde pontuais dos países. Além de apelar à apresentação e publicação regulares de dados, o relatório defendia a elaboração de um plano de contas acordado que servisse todos os países, incluindo os países em desenvolvimento.

Um quadro comum para monitorizar as despesas de saúde nos países

Em 1998, os Estados Unidos organizaram uma conferência para discutir o futuro da Contabilidade Nacional de Saúde. O Banco Mundial, a União Europeia, a USAID e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) fizeram apresentações sobre o mérito de um instrumento padronizado que permitisse comparar os sistemas nacionais de saúde a nível mundial. No entanto, decorreria bastante tempo até surgir um conjunto comum de ferramentas.

Em 2000, a OCDE reconheceu que a saúde estava a tornar-se um sector importante que precisava de um conjunto básico de dados financeiros para satisfazer as necessidades dos analistas e dos decisores políticos. A OCDE produziu o Sistema de Contas de Saúde (SCS 1.0) (3). Este representou a primeira versão de um manual para ajudar a harmonizar um conjunto de contas de saúde abrangentes, consistentes e flexíveis. A metodologia introduziu o sistema triaxial para o registo das despesas de saúde, centrado no consumo final, que tem em consideração o facto de que aquilo que foi consumido também foi produzido e financiado. Além disso, interligava explicitamente as contas de saúde com o Sistema de Contas de Saúde de modo a criar uma abordagem integrada, coesa e internamente consistente para medir as atividades de despesa no sector da saúde.

Em 2011, a OCDE, o Eurostat e a OMS produziram uma versão mais recente do quadro do SCS (SCS 2011) (4). Esta medida seguiu-se a um processo de consulta extenso e abrangente. O quadro do SCS 2011 baseia-se na metodologia original do SCS 1.0, mantendo os seus fundamentos triaxiais. No entanto, retifica algumas das lacunas do manual inicial e considera novos desenvolvimentos ao nível dos cuidados e de financiamento em matéria de saúde. O SCS 2011 tornou-se o padrão mundial para a produção de CS. Até à data, a OMS publicou dados de CS sobre cerca de 190 países na Base de Dados Mundial de Despesas de a Saúde.

Os principais intervenientes dos Estados-Membros e os parceiros continuam a reunir-se para discutir soluções com vista a melhorar o quadro do SCS. Estas melhorias incluem dados, análises, informação e conhecimentos para servirem de base à tomada de decisões a nível nacional.

Anexo 1 – Referências

1. Fetter B. Origins and elaboration of the national health accounts, 1926–2006. *Health Care Financ Rev.* 2006;28:53–67. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17290668>, consultado a 16 de Maio de 2023).
2. Maxwell R. *Health and wealth : an international study of health-care spending.* Lexington: Lexington Books; 1981.
3. *A system of health accounts: version 1.0.* Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico; 2000 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/1841456.pdf>, consultado a 16 de Maio de 2023).
4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, Eurostat, Organização Mundial da Saúde. *A system of health accounts 2011: revised edition.* Paris: OECD Publishing; 2017 (<https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>, consultado a 16 de Maio de 2023).

Anexo 2: Abordagem para o desenvolvimento do quadro de institucionalização das contas de saúde

A Organização Mundial da Saúde iniciou um processo consultivo para elaborar um quadro que permita apoiar a avaliação dos progressos dos países para a institucionalização das CS e gerar evidências para um apoio atempado.

Com base em trabalhos anteriores, os objetivos da tarefa eram:

- 1. Analisar a literatura e os documentos sobre os esforços passados e em curso para institucionalizar as CS nos países.** A análise da literatura examinou a. os primeiros esforços e a evolução das contas de saúde; b. o trabalho desenvolvido pelos parceiros no âmbito da institucionalização das CS e c. documentos internos sobre a institucionalização das CS. Esta análise foi realizada entre Fevereiro e Março de 2022. A análise da literatura e dos documentos foi utilizada para produzir o Anexo 1, as perguntas da entrevista (Anexo 3) e as referências do quadro (Partes A e B).
- 2. Realizar entrevistas aprofundadas com peritos mundiais para recolher experiências nacionais e regionais, com vista a identificar os principais domínios da institucionalização das CS.** As entrevistas aprofundadas com peritos mundiais foram entrevistas *online* levadas a cabo separadamente pela Dra. Angeliqe Kanyange, consultora sénior temporária da Organização Mundial da Saúde. Os critérios para seleccionar os participantes foram os seguintes: a. experiência a longo prazo em CS; b. experiência em institucionalização das CS em pelo menos uma região da OMS; e/ou c. experiência em liderar a assistência técnico-institucional em matéria de CS aos níveis regional e/ou nacional. Os inquiridos incluíram peritos em contas de saúde, decisores políticos e agências parceiras de desenvolvimento que apoiaram os esforços na elaboração de relatórios de CS (Anexo 3).
- 3. Elaborar um quadro e uma avaliação para monitorizar os progressos dos países rumo à institucionalização das contas de saúde.** O quadro foi elaborado com base na análise da literatura e dos documentos, e em entrevistas aprofundadas com peritos mundiais. As perguntas e conclusões da entrevista incluem os seguintes elementos: definição da institucionalização das CS, narrativa, elementos em falta para a institucionalização das CS, factores de sucesso, desafios e boas práticas e recomendações. Estes elementos permitiram temas emergentes em torno de domínios-chave e das suas relações, tendo sido elaborado o quadro actual para monitorizar os progressos dos países e propor apoio célere e informado aos países. O quadro orienta os países no sentido de identificarem lacunas que necessitam de mais esforços através de um conjunto de perguntas sugeridas; no entanto, deixa flexibilidade suficiente aos países para se adaptarem com base no seu contexto (Parte B). Além disso, foi produzida uma categorização dos desafios e observações de acordo com os países, dependendo do desenvolvimento da institucionalização das CS (Anexo 4).
- 4. Rever e testar a avaliação para monitorizar os progressos dos países rumo à institucionalização das contas de saúde.** O quadro foi analisado pelos escritórios regionais, peritos internacionais e equipas nacionais de contas de saúde. O quadro foi também apresentado em reuniões regionais. O quadro foi testado em mais de dez países das regiões WPRO, AFRO, EURO e SEARO entre 2022 e 2023.

Anexo 3: Perguntas de entrevista

1. Em que países trabalhou e/ou que países pretende apoiar? Quais os países que avaliou em relação às CS?
2. Participou no apoio à institucionalização das CS? Em caso afirmativo, em que áreas?
3. A definição de institucionalização das CS refere-se muitas vezes à produção regular de dados de CS por parte de um país e ao uso desses dados para a formulação de políticas. Com base na sua experiência, é este o entendimento geral do conceito? O que mais devemos ter em conta?
4. À medida que os países procuram uma maior responsabilização e uma tomada de decisões baseada em dados factuais, acha que seria útil apoiar a institucionalização das CS usando indicadores que sinalizassem as áreas desafiantes?
5. Foram documentados vários desafios, desde a governação à produção, divulgação e tradução de dados em políticas. Em seguida, gostaríamos de aprender consigo:
 - a. Na sua opinião, quem faz avançar a agenda de CS nos países em desenvolvimento? E porquê? O que acha que pode ser feito para melhorar a apropriação de CS?
 - b. Há indícios de falta de liderança e de priorização das CS; quando há compromisso, falta o financiamento. Quais podem ser os indicadores utilizados para monitorar os progressos na governança, na apropriação e no financiamento dos países no âmbito das CS?
 - c. Em termos de governança, quais são as disposições legais, institucionais e organizacionais necessárias para apoiar uma institucionalização mais robusta das CS? Quais as considerações subjacentes a cada decisão nos países? Pode sugerir os melhores indicadores para uma institucionalização integral?
 - d. Um dos principais desafios tem sido a falta de capacidade: a nível individual (rotatividade de pessoal) e institucional (falta de atenção e falta de quadros jurídicos e institucionais). Este desafio continua a ser um verdadeiro problema? Que indicadores é que os países e os intervenientes mundiais podem utilizar para avaliar os progressos em termos das capacidades?
 - e. Na maioria dos países em desenvolvimento, a produção de CS continuou a ser feita através de inquéritos dispendiosos que as partes interessadas qualificam como ultrapassados, sem integração noutras estatísticas vitais e sem o uso de tecnologias da informação. De acordo com a sua experiência, esta situação continua a verificar-se? O que acha que deve ser feito para fazer face a esses desafios?
 - f. Os dados mostram que alguns decisores políticos dos países em desenvolvimento questionam a qualidade, exaustividade e exatidão dos dados de CS. O que pensa deste desafio, e o que pode ser feito para melhorar ainda mais a produção de dados de CS?
 - g. As estratégias de divulgação das CS foram definidas como sendo extremamente limitadas; diz-se que os relatórios ficam nas prateleiras. Considera que as CS têm recebido a devida atenção em termos de divulgação, que utilizam os melhores processos, e que atingem os públicos-alvo? O que pode ser feito para melhorar ainda mais essas limitações?
 - h. O trabalho anterior mostra que, por vezes, existe uma ausência ou insuficiência de tradução dos dados de CS em políticas. Tem a mesma impressão? Na sua opinião, o que é necessário fazer para melhorar a correlação entre a produção de CS e a formulação de políticas?
6. As perguntas acima são suficientes para formar um quadro completo de compreensão do nível de maturidade da institucionalização das CS nos países?
7. Ficou de fora alguma coisa que deva fazer parte da avaliação dos progressos dos países para a institucionalização plena das CS? Em caso afirmativo, por favor explique em mais detalhe.
8. Tem documentos sobre CS que possa partilhar ou existe algum trabalho que conheça?
9. Estaria disponível para ser contactado/a novamente se houver necessidade de mais esclarecimentos?

Anexo 4: Desafios e observações com base na entrevista com peritos

Países que não iniciaram a produção de contas de saúde

Esta situação verifica-se sobretudo em estados recentes, frágeis e afetados por conflitos, onde instituições débeis, uma capacidade técnica e financeira extremamente limitada e/ou um contexto desafiante em termos de segurança impedem a preparação de contas de saúde (CS). Nesses países, que podem incluir locais onde outrora já foram realizadas CS, as prioridades dos governos e dos doadores podem estar centradas noutros sectores que não o da saúde. Os governos podem também ter um enfoque limitado na equidade e na cobertura universal de saúde, ou podem não ter interesse em promover a transparência.

Será necessário um apoio externo considerável por parte dos parceiros mundiais e regionais para apoiar os países onde não está a ocorrer produção de CS e onde não existem capacidades básicas. Serão necessários consultores financiados externamente para levar a cabo um trabalho inicial de recolha de informação, preparação de relatórios e divulgação de resultados. As actividades podem estar sob a tutela do ministério da saúde ou fora do governo, se houver demasiados desafios na integração. A colaboração entre os parceiros externos e os actores nacionais – potencialmente, incluindo um paladino nacional – é, desde o início, fundamental para iniciar o processo de apropriação pelos países.

Países no início do seu percurso de contas de saúde

Em muitos países de baixo e médio rendimento, continua a existir uma dependência de doadores para as CS devido à falta de capacidades técnicas e financeiras locais – com consultores locais ou internacionais financiados por parceiros de desenvolvimento e recolha de dados dependente de inquéritos periódicos financiados por doadores. Embora este apoio possa possibilitar vários exercícios de CS, não existe um processo institucionalizado. Esta situação pode acontecer por muitas razões, incluindo a falta de um mandato oficial e de um orçamento para CS, assim como a desconexão dos sistemas de informação governamentais. Pode também ser causada pela percepção de que as CS são uma iniciativa impulsionada pelos doadores para comparações mundiais, ao invés de um instrumento político para melhorar a transparência, a responsabilização e a capacidade de resposta aos cidadãos. Tais percepções podem criar uma espiral de *feedback* negativo: a procura interna limitada de produção de CS restringe o investimento na produção de CS e afecta negativamente a qualidade e a utilidade dos resultados. Além disso, a integração limitada entre sistemas externos e nacionais significa que resta pouco legado em termos de desenvolvimento das capacidades locais, mesmo após alguns exercícios de CS.

Idealmente, a produção e a difusão de CS deveriam ser um exercício de rotina liderado pelos países, com base em sistemas de informação funcionais, e não depender da ajuda externa e/ou de inquéritos pontuais dispendiosos. Os inquiridos sugeriram que, com uma forte vontade política, os países mostraram que é possível transitar para uma posição mais sustentável em termos de CS. A chave para o processo de institucionalização é uma estrutura organizativa bem desenvolvida, capacidade técnica e institucional, e uma clara integração das CS nos sistemas de dados existentes em cada país (por exemplo, sistemas de informação (integrados) de gestão financeira).

A transição para um modelo de CS sustentável e liderado pelos países exigirá um apoio e compromisso sustentados por parte da comunidade de doadores. Uma colaboração profunda e recursos técnicos e financeiros podem ajudar os países a construir estruturas organizacionais autóctones e as capacidades técnicas e institucionais necessárias. Pode ser introduzido um modelo de progressão para servir de modelo de acção. Os parceiros de desenvolvimento podem também prestar o tipo de apoio que ajude a promover conhecimentos especializados em CS como uma opção apelativa de carreira, de forma a recrutar e reter recursos humanos com formação adequada. Além disso, através da sua procura de informações de CS, parceiros como a OMS, as Iniciativas Mundiais de Saúde e outros consumidores de informação estatística (por exemplo, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional) podem ajudar a impulsionar mudanças

positivas. A procura externa de informação pode ajudar a instigar investimentos no reforço dos sistemas de dados e garantir que a produção de CS é precisa, fiável e que produz resultados de alta qualidade.

Países que produziram contas de saúde mas não de forma sistematizada

Certos países podem ter demonstrado vontade política no âmbito das CS e até ter realizado vários exercícios de CS utilizando os sistemas nacionais. No entanto, por diversas razões, o processo não é rotineiro nem sistematizado. Estes exercícios podem passar pelos países desenvolverem a sua própria abordagem de medição, separada do SCS 2011. Podem envolver abordagens fragmentadas e incompletas de recolha de informação, com falta de envolvimento das principais partes interessadas (como o sector privado) e/ou formas pontuais e esporádicas de recolha de informação.

A fragmentação pode ser exacerbada por processos administrativos e financeiros paralelos implementados pelos parceiros de desenvolvimento (particularmente em torno de programas verticais de controlo de doenças). Em alguns países africanos, verificou-se que a falta de organização deixou a produção de CS flutuar entre o ministério da saúde, que não está bem equipado para realizar tarefas de contabilidade, e o gabinete nacional de estatística, que não tem conhecimento suficiente sobre o funcionamento do sistema de saúde, e outras organizações, que encaram as CS como um exercício superficial de apresentação de informação. Uma vontade política em retrocesso e um compromisso pouco enfático com a consistência também podem perturbar a produção de CS quando não existem obrigações legais para preparar CS regularmente.

Os países podem ter produzido vários exercícios de CS e ter posteriormente interrompido a produção de CS. Foram referidos vários países da América Latina nesta situação. Muitas vezes, estes países têm sistemas de dados subjacentes e não precisam de apoio financeiro, mas precisam de se comprometer com o cumprimento dos padrões mundiais e regionais. Apoiar estes países passa por encorajar os líderes a exigir dados de CS e a iniciarem eles próprios o processo – isto encorajará o compromisso com a institucionalização das CS. Esta institucionalização pode ser conseguida através do apoio mundial e regional, da partilha de experiências e da aprendizagem horizontal, de modo a manter o progresso e a melhorar a qualidade dos dados. É também importante envolver os países nos processos de validação de dados de rotina, colaborando na publicação da Base de Dados Mundial de Despesas de Saúde da OMS para garantir a independência da produção de dados relativamente à influência política.

Países que produzem contas de saúde regularmente

Muitos países de rendimento mais elevado têm instituições de CS com alto nível de maturidade e produzem regularmente exercícios de CS apoiados por sistemas de informação consolidados. Entrevistas com peritos revelam que, em muitos dos casos em que as CS são mais institucionalizadas, os países perceberam a necessidade de produzir CS para a formulação de políticas.⁸

No entanto, mesmo nos países que produzem CS regularmente, existe uma variação na medida em que estas são utilizadas. Em alguns locais, as CS estão integradas no planeamento e na orçamentação e são apoiadas por sistemas de informação bem estabelecidos. No entanto, os dados de CS podem ainda não estar integrados de forma rotineira nos principais processos de tomada de decisão; por exemplo, podem estar ausentes das deliberações que ocorrem dentro das legislaturas e dos executivos, que são fundamentais para moldar as políticas e reformas de saúde. Tal como noutros países, o envolvimento do sector privado pode ser um desafio persistente. Ao mesmo tempo, as CS podem ser vistas pelo sector da saúde simplesmente como um requisito de apresentação de relatórios a agências internacionais de estatística (tais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ou o Eurostat), em vez de serem encaradas como um instrumento político.⁹

No caso dos países onde a produção de CS é mais institucionalizada, podem existir muitas razões para esta falta de envolvimento. Estas podem incluir uma falta de compreensão sobre as CS e sobre os potenciais benefícios das CS;

⁸ Esta necessidade foi expressa ou pelo governo (Tailândia) ou por cidadãos privados (EUA – ver Anexo 1); em ambos os casos, foram necessários paladinos individuais para impulsionar a institucionalização.

⁹ O Eurostat é o gabinete de estatística da União Europeia, com sede no Luxemburgo, que publica relatórios oficiais harmonizados para a Zona Euro.

ambos resultam numa fraca procura de CS. Podem também reflectir problemas de qualidade das CS. Encontrar formas de melhorar o envolvimento com as CS e colocá-las na agenda política deverá, por isso, ser um dos enfoques de futuros esforços no sentido da institucionalização. Melhorar a sensibilização deve ajudar a estimular a procura de resultados de CS – um passo fundamental para incorporar os resultados nos principais processos de governação de rotina. Isto pode incluir um envolvimento mais direccionado das partes interessadas, documentos informativos personalizados e outros produtos que reforçam a sensibilização geral e a apropriação das CS.

Escritório Regional da OMS para a África

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas, criada em 1948, com a responsabilidade principal de gerir os assuntos internacionais de saúde e de saúde pública. O Escritório Regional da OMS para a África é um dos seis escritórios regionais em todo o mundo, cada um com o seu próprio programa orientado para os problemas de saúde específicos dos países que serve.

Estados-Membros

Argélia	Lesoto
Angola	Libéria
Benim	Madagáscar
Botsuana	Maláui
Burquina Faso	Mali
Burundi	Mauritânia
Cabo Verde	Maurícia
Camarões	Moçambique
República Centro-Africana	Namíbia
Chade	Níger
Comores	Nigéria
Congo	Ruanda
Côte d'Ivoire	São Tomé e Príncipe
República Democrática do Congo	Senegal
Guiné Equatorial	Seicheles
Eritreia	Serra Leoa
Essuatíni	África do Sul
Etiópia	Sudão do Sul
Gabão	Togo
Gâmbia	Uganda
Gana	República Unida da Tanzânia
Guiné	Zâmbia
Guiné-Bissau	Zimbabué
Quénia	

Organização Mundial da Saúde

Escritório Regional para a África

Cité du Djoué

Caixa Postal n° 6 Brazzaville

Congo

Telefone: +(47 241) 39402

Fax: +(47 241) 39503

Correio electrónico: afrgocom@who.int

Website: <https://www.afro.who.int/>