



Relatório da CABRI sobre práticas e procedimentos de saúde pública em África

Como os países africanos definem os seus orçamentos da saúde

Índice

<i>Lista de quadros, figuras e caixas</i>	3
<i>Lista de abreviaturas</i>	4
<i>Agradecimentos</i>	4
<i>O que é a Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África (CABRI)</i>	4
<i>Sumário executivo</i>	5
1 Introdução	6
2 Descrição do inquérito e dos países	7
2.1 Contexto social e sanitário dos países inquiridos	8
2.2 Desempenho dos sistemas de saúde dos países inquiridos	10
2.3 Despesa na saúde	12
3 Dotações orçamentais para o sector da saúde	15
3.1 Formulação do orçamento da saúde	15
3.2 Mecanismos para a orçamentação da saúde	20
3.3 Processos orçamentais	22
3.4 Orçamentação baseada no desempenho	24
3.5 Conclusões	25
4 Execução do orçamento da saúde, aquisições e pagamentos aos fornecedores	26
4.1 Estrutura institucional dos compradores de saúde	26
4.2 Sistemas de pagamento aos prestadores dos serviços	30
4.3 Práticas de aquisição de produtos farmacêuticos	32
4.4 Conclusões	32
5 Controlo dos orçamentos	34
5.1 Mecanismos para o controlo da despesa	34
5.2 Execução orçamental	36
5.3 Contratos e avaliações de desempenho	38
5.4 Conclusões	40
6 Gestão da ajuda ao desenvolvimento para a saúde	41
7 Financiamento das actividades de WASH	47
7.1 Papel dos ministérios da saúde nas actividades de WASH	47
8 Conclusão	53
<i>Referências</i>	54

Lista de quadros, figuras e caixas

Figuras

Figura 1:	Países inquiridos por PIB per capita, desigualdade de rendimentos, esperança de vida e população	8
Figura 2:	Estrutura institucional da orçamentação para a saúde	20
Figura 3:	Processo orçamental – outras dotações e distinção entre despesa de capital e operacional	24
Figura 4:	Processo orçamental – protecção de cortes e orçamentação baseada no desempenho	25
Figura 5:	Principais fornecedores de serviços de doenças agudas em regime de internamento	27
Figura 6:	Principais prestadores de serviços preventivos	27
Figura 7:	Principais prestadores de cuidados primários	28
Figura 8:	Principais prestadores de cuidados e diagnósticos especializados	28
Figura 9:	Principais prestadores de serviços medicamentosos	29
Figura 10:	Principais prestadores de serviços públicos de saúde	29
Figura 11:	Aquisição de produtos farmacêuticos receitados nos hospitais	33
Figura 12:	Aquisição de produtos farmacêuticos receitados na comunidade	33
Figura 13:	Disponibilidade de dados para os processos de controlo	35
Figura 14:	Razões pela subutilização das dotações	36
Figura 15:	Recurso a análises de despesas e outros mecanismos para cortar ou expandir a despesa	40
Figura 16:	Conhecimento, pelo governo, dos fundos e projectos de ajuda ao desenvolvimento	41
Figura 17:	Processo de gestão do uso da ajuda ao desenvolvimento	43
Figura 18:	Criação de estruturas adicionais para programas e projectos	44
Figura 19:	Localização da função de gestão da ajuda ao desenvolvimento	44
Figura 20:	Conteúdo frequente das políticas de gestão da ajuda	45
Figura 21:	Função do Ministério da Saúde em assuntos relacionados com a higiene	51
Figura 22:	Coordenação das actividades de WASH	51
Figura 23:	Acompanhamento das actividades de WASH e coordenação com os doadores	52

Quadros

Quadro 1:	Características descritivas gerais dos países integrados na amostra	9
Quadro 2:	Taxas de mortalidade nos países inquiridos	11
Quadro 3:	Despesa na saúde nos países inquiridos	13
Quadro 4:	As despesas de saúde estão incluídas no orçamento da administração central?	15
Quadro 5:	Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – níveis gerais de serviços de saúde	17
Quadro 6:	Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – capital e cobertura	18
Quadro 7:	Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – honorários e remunerações	19
Quadro 8:	Notações do programa PEFA sobre a utilização do QDMP	23
Quadro 9:	Processos orçamentais: dotações de médio prazo	23
Quadro 10:	Prestação de serviços de saúde por seguro médico	30
Quadro 11:	Número de países utilizando cada metodologia de pagamento	31
Quadro 12:	Fixação de limites de pagamentos por prestador	31
Quadro 13:	Práticas para a determinação dos preços dos produtos farmacêuticos	33
Quadro 14:	Responsabilidade pelo controlo da execução orçamental	35
Quadro 15:	Execução orçamental (US\$)	37
Quadro 16:	Avaliações PEFA a respeito da execução orçamental	37
Quadro 17:	Contratos de desempenho – quem determina os indicadores?	39
Quadro 18:	Consequências de não alcançar os indicadores de desempenho	39
Quadro 19:	Síntese dos mecanismos de coordenação da ADS por país	42
Quadro 20:	Função do Ministério da Saúde em actividades de WASH, água e saneamento	48
Quadro 21:	Função do Ministério da Saúde em actividades de WASH, água e higiene	49
Quadro 22:	Financiamento das actividades de WASH	52

Caixas

Caixa 1:	Seguro social de doença na Nigéria e no Benim	26
Caixa 2:	Processo de Guiné-Bissau para a utilização dos fundos da ajuda ao desenvolvimento	43
Caixa 3:	Côte d'Ivoire e a gestão da ajuda ao desenvolvimento	46

Lista de abreviaturas

CABRI	<i>Collaborative African Budget Reform Initiative</i> (Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África)
AOC	Autoridade Orçamental Central
ADS	Ajuda ao desenvolvimento para a saúde
DALY	Anos de vida com ajustamento pela deficiência
GHD	Grupos homogêneos de doentes
PIB	Produto interno bruto
SIGF	Sistema integrado de gestão financeira
QDMP	Quadro de despesa a médio prazo
ONG	Organização não governamental
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos
UCP	Unidade de contas públicas
PEFA	Despesa Pública e Responsabilidade Financeira
GFP	Gestão das Finanças Públicas
PNCFS	<i>Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé</i> (Plataforma Nacional de Coordenação do Financiamento da Saúde)
SIGFIP	<i>Système Intégré de Gestion des Finances Publiques</i> (Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas)
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde
WASH	Água, saneamento e higiene
UEMAO	União Económica e Monetária da África Ocidental

Agradecimentos

A CABRI deseja expressar o seu mais profundo apreço aos funcionários dedicados dos ministérios das finanças e dos ministérios da saúde dos 15 países participantes (Benim, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Maurícia, Nigéria, Seicheles, Serra Leoa, África do Sul e Uganda) que diligentemente completaram o inquérito e cujas percepções fundamentaram o relatório.

De igual modo, reconhecemos, com grande apreço, o papel crucial da equipa da Oxford *Policy Management*, liderada por Owen Willcox, com a qual a CABRI colaborou para realizar o inquérito sobre as práticas e os procedimentos orçamentais para a saúde pública. Por último, expressamos os nossos agradecimentos a Girmaye Dinsa, cujos conhecimentos enquanto economista especializado na área da saúde, contribuíram de forma importante para este relatório.

O que é a Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África (CABRI)

A CABRI é uma organização intergovernamental que oferece uma plataforma para o intercâmbio e a aprendizagem paritários entre os ministérios das finanças, do orçamento e do planeamento de África. Desde a sua criação, a CABRI tem investigado o que funciona, o que não funciona, e em que circunstâncias, da perspectiva prática. A CABRI percebe que o contexto é importante e que é um elemento catalisador para a mudança nos países.

Pelas suas actividades, a CABRI continua a procurar alcançar a sua visão de que:

Em toda a África, os recursos financeiros públicos são geridos com integridade, transparência e responsabilidade para a prestação eficiente e eficaz de serviços, crescimento económico e desenvolvimento sustentáveis.

Sumário executivo

O Inquérito sobre as práticas e os procedimentos orçamentais para a saúde pública em África, integrando 15 países, foi administrado na segunda metade de 2019, com o objectivo de obter informações para os técnicos africanos a respeito dos processos orçamentais em diferentes países, como ponto de referência para a implementação das reformas orçamentais.

Os resultados do inquérito revelam uma vasta variedade de práticas orçamentais:

- Os ministérios das finanças definem as verbas orçamentais e os ministérios da saúde determinam como as verbas são gastas. Na maioria dos países existe um mecanismo formal de coordenação do orçamento da saúde e prevenção de algumas doenças. Todos os países utilizam Quadros de Despesas a Médio Prazo (QDMP) e distinguem entre despesas operacionais e despesas de capital.
- Os ministérios das finanças acompanham a execução orçamental; o principal desafio reside no atraso na disponibilização dos dados sobre as despesas. A norma sugerida pelo programa de Despesa Pública e Responsabilidade Financeira (PEFA) de um mês é frequentemente excedida em dois meses ou mais. Na Nigéria, os atrasos prolongados são provocados pela necessidade de completar a auditoria das demonstrações financeiras, enquanto a África do Sul e a Libéria dispõem de bons sistemas de execução orçamental. Os aspectos de carácter operacional junto do Ministério da Saúde foram identificados como a principal causa de sub-execução.

- A maioria da despesa pelos doadores não é canalizada pelo processo normal de gestão das finanças públicas, embora todos os países façam o acompanhamento da despesa na saúde pelos doadores. Na maioria dos doadores existe uma entidade que coordena os parceiros de desenvolvimento.
- Os ministérios da saúde não desempenham qualquer papel no abastecimento público de água, mas participam activamente na promoção da higiene. As actividades de WASH (água, saneamento e higiene) são financiadas pelas receitas do governo central com o apoio do doador.
- Na maioria dos países, o governo central é o principal fornecedor de serviços de saúde primários e preventivos. Apenas o Benim, a Côte d'Ivoire e a Nigéria utilizam um mecanismo de segurança social. Oito países recorrem a um processo de concurso público para a aquisição de fármacos.

As constatações sugerem que os ministérios das finanças e da saúde devem estreitar a sua colaboração para aumentar as dotações orçamentais e assegurar uma utilização mais eficiente dos recursos em África. A par disto, uma melhor coordenação entre os ministérios da saúde e os doadores sobre os processos de orçamentação e execução contribuiria para assegurar uma maior disponibilidade e melhor utilização dos recursos. Por último, é provável que os ministérios da saúde beneficiem de uma colaboração regular com os departamentos ou instituições responsáveis pela implantação de infra-estruturas e abastecimento de água, necessários para a eficácia dos programas de higiene e saneamento.

As constatações do inquérito sugerem que os ministérios das finanças e da saúde devem estreitar a sua colaboração para aumentar as dotações orçamentais e assegurar uma utilização mais eficiente dos recursos em África

1 Introdução

Ao longo dos anos, a Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África (CABRI) tem vindo a desenvolver um acervo de conhecimentos baseados em evidências sobre o que funciona, o que não funciona, e em que situações. O trabalho da CABRI no sector da saúde centra-se nos mecanismos de financiamento, no reforço dos vínculos entre os ministérios das finanças e da saúde, nas funções complementares dos diferentes intervenientes nos ciclos políticos e orçamentais do sector e optimização dos recursos no sector da saúde.

O inquérito sobre as práticas e os procedimentos orçamentais para a saúde pública visa ampliar os conhecimentos da CABRI a respeito dos sistemas de saúde para fundamentar as opções de reforma e as considerações e alternativas políticas.

A prestação de serviços públicos em situações caracterizadas por dificuldades financeiras é um desafio para muitos países africanos. Este problema é ainda mais grave no sector da saúde devido à importância com que se reveste. A importância dos sistemas de saúde é maior em África, dado o fardo das doenças e o facto de as sociedades mais pobres normalmente se apresentarem mais doentes. O orçamento deve garantir que o sistema de saúde dispõe de fundos suficientes para cumprir o seu mandato de forma sustentável e que utiliza os recursos da forma mais eficiente e eficaz possível.

Um pressuposto subjacente a este estudo é que a afectação de mais recursos à saúde resultará em melhores resultados de saúde. Makuta e O'Hare (2015) confirmam a veracidade desta constatação em certa medida: se as infra-estruturas e as condições de gestão adequadas estiverem reunidas, então as despesas adicionais com os cuidados de saúde deverão melhorar a saúde dos cidadãos. Todavia, nalguns contextos caracterizados pela ausência de sistemas e de

infra-estruturas, o financiamento adicional não melhora os resultados. Piatti-Fünfkirchen e Smets (2019) analisaram se a melhoria da gestão das finanças públicas está associada à melhoria dos resultados em matéria de saúde. Verificou-se que uma melhoria de uma unidade na avaliação da despesa pública e responsabilidade financeira (PEFA) conduz a uma diminuição da mortalidade entre menores de cinco anos em 14 mortes por cada 1 000 nados-vivos. Assinala-se que estas melhorias são mais significativas nos países que canalizam a maior parte dos seus recursos através dos sistemas de saúde pública. Para os países onde mais de 75% das despesas se registam no sistema público, a melhoria aumenta para 17 mortes por cada 1 000 nados-vivos. Esta melhoria pode estar associada ao impacto directo de uma melhor gestão das finanças públicas, bem como aos benefícios das reformas mais amplas destinadas a melhorar a governação. Se as economias africanas conseguissem melhorar a gestão das finanças públicas, os resultados no domínio da saúde poderiam ser muito melhores..

O inquérito pretendia servir de instrumento para ajudar os governos a aprenderem uns dos outros e a conhecer as possíveis lacunas e formas de colmatar as lacunas nos processos de orçamentação e execução. Embora não exista dois contextos iguais, os funcionários de diferentes governos africanos podem estudar a experiência de outros países em situações semelhantes que enfrentam problemas comparáveis e aplicar as soluções no seu próprio país.

Os resultados do inquérito fornecem uma ideia detalhada do processo orçamental em cada país. Este detalhe fornecerá aos funcionários que pretendam melhorar o seu próprio processo orçamental as informações necessárias para conhecer como os países em situações semelhantes resolveram certos assuntos.

O inquérito sobre as práticas e os procedimentos orçamentais para a saúde pública visa ampliar os conhecimentos da CABRI a respeito dos sistemas de saúde para fundamentar as opções de reforma e as considerações e alternativas políticas

2 Descrição do inquérito e dos países

O Inquérito da CABRI sobre as práticas e os procedimentos orçamentais para a saúde pública visou obter informações sobre os processos orçamentais em vários países de África. O inquérito foi realizado no segundo semestre de 2019. Quarenta e dois países foram convidados a participar no inquérito. A Cabri recebeu 15 respostas, nomeadamente de Benim, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Maurícias, Nigéria, Seicheles, Serra Leoa, África do Sul e Uganda. A taxa de resposta ao inquérito foi de 35%. Nove dos funcionários que completaram o inquérito estavam afectos a ministérios das finanças, e os restantes estavam afectos a ministérios da saúde, à excepção do Benim, onde funcionários da saúde e das finanças preencheram as respostas.

Este inquérito é uma adaptação do inquérito pelos técnicos do orçamento e da saúde sobre as práticas de orçamentação para a saúde da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE). A OCDE realizou este inquérito nos países da OCDE e na América Latina. Esta é a primeira vez que o inquérito foi realizado em África. A adaptação do inquérito da OCDE permite comparar as regiões. Alguns aspectos do inquérito original, como perguntas detalhadas sobre o seguro nacional de doença, não eram relevantes e foram omitidas do inquérito final.

O inquérito contou com dados auto-participados que, sempre que possível, foram confirmados com recurso a documentação orçamental ou outras fontes de informação como os relatórios do programa PEFA.

De modo a evitar uma interpretação incorrecta das perguntas, o questionário continha uma lista exhaustiva dos termos e respectivas definições. O próprio inquérito fez objecto de experimentação na África do Sul para determinar se os termos eram claros e explícitos. Os resultados do inquérito-piloto indicaram que alguns aspectos do inquérito precisavam de ser ajustados para melhorar a compreensão e a especificidade das perguntas.

Os inquiridos não responderam a todas as perguntas do questionário, pelo que nem todas as perguntas terão 15 respostas. O número de respostas nulas para cada pergunta é indicado nos dados abaixo. Foram obtidas menos respostas às perguntas sobre transferências intergovernamentais e sistemas de seguro social de doença; esses resultados não foram comunicados. Em alguns casos, as respostas podem indicar a existência de uma política pública relevante, ao contrário do que se verifica na prática.

Os países que participaram no inquérito da CABRI sobre as práticas e os procedimentos em África

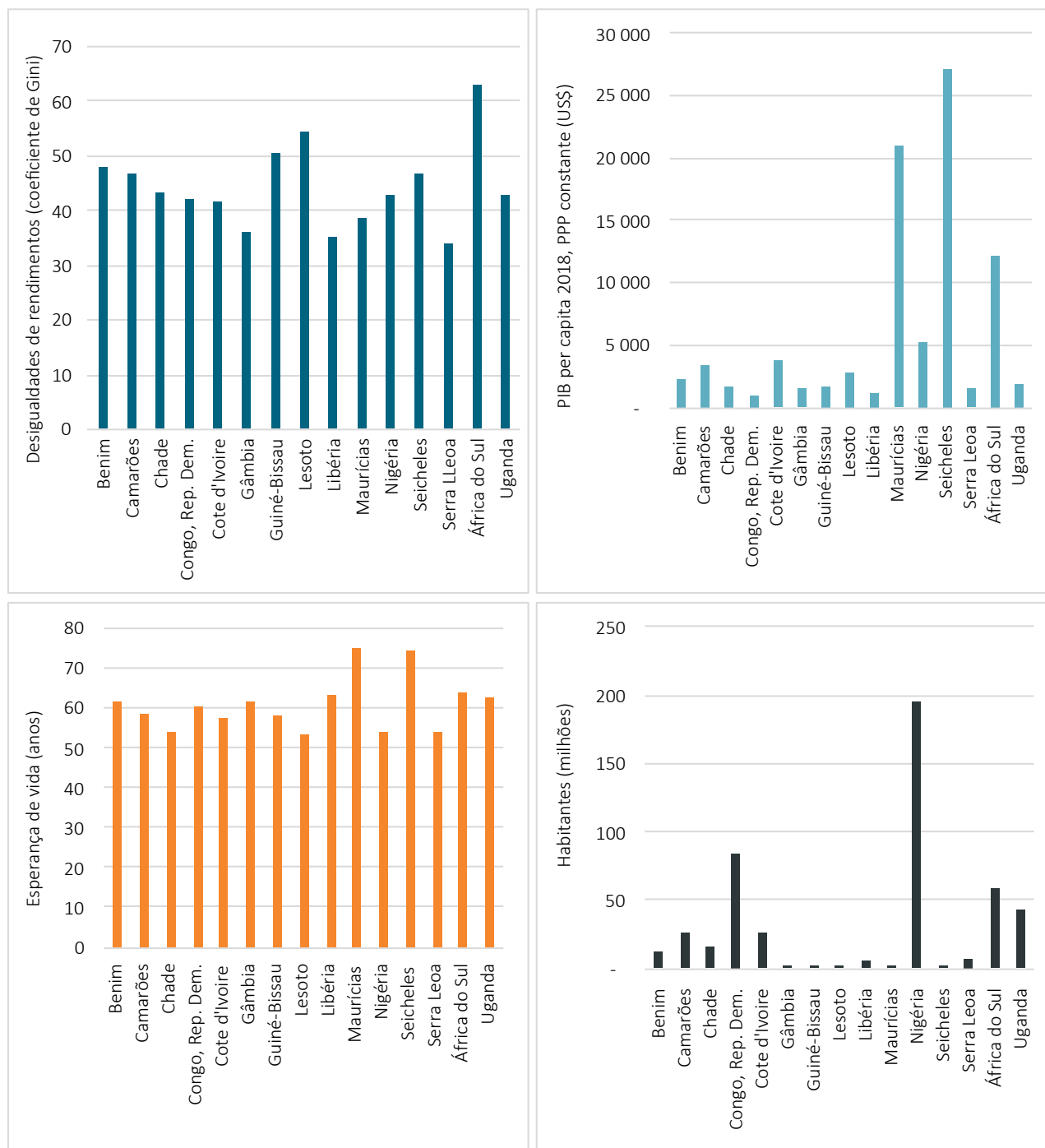


2.1 Contexto social e sanitário dos países inquiridos

Os países inquiridos apresentam condições de saúde e socioeconómicas heterogêneas (conforme indicado no Quadro 1). Os dados dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial revelam que, em 2017, a esperança de vida variou entre 52,9 anos no Lesoto e cerca

de 74,5 anos nas Maurícias e nas Seicheles. A esperança de vida média nos países que integraram a amostra era de 60,6 anos, o que está próximo da média em África (61,2 anos), mas significativamente inferior à esperança de vida mundial (72,0 anos) estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016. A esperança de vida aumentou em média 7,8 anos nos países da amostra desde 2000, o que implica melhorias na sobrevivência infantil, entre outros elementos.

Figura 1: Países inquiridos por PIB per capita, desigualdade de rendimentos, esperança de vida e população



Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial

Quadro 1: Características descritivas gerais dos países integrados na amostra

	Esperança de vida, 2017 (anos)	GDP per capita 2018, PPP (constante 2011 internacional \$)	Total de habitantes, 2018	Desigualmente de rendimentos, coeficiente de Gini ¹
Benim	61,2	2.152	11.485.048	47,8
Camarões	58,5	3.352	25.216.237	46,6
Chade	53,7	1.746	15.477.751	43,3
Congo, Rep. Dem.	60,0	827	84.068.091	42,1
Cote d'Ivoire	57,0	3.733	25.069.229	41,5
Gâmbia	61,4	1.517	2.280.102	35,9
Guiné-Bissau	57,7	1.596	1.874.309	50,7
Lesoto	52,9	2.865	2.108.132	54,2
Libéria	63,3	1.161	4.818.977	35,3
Maurícias	74,5	21.075	1.265.303	38,5
Nigéria	54,0	5.316	195.874.740	43,0
Seicheles	74,3	27.114	96.762	46,8
Serra Leoa	53,9	1.425	7.650.154	34,0
África do Sul	63,5	12.145	57.779.622	63,0
Uganda	62,5	1.807	42.723.139	42,8
Máximo amostra	74,5	27.114	195.874.740	63,0
Mínimo amostra	52,9	827	96.762	34,0
Média simples	60,6	5.855	31.852.506	44,4
Mediana	60,0	2.152	11.485.048	43,0

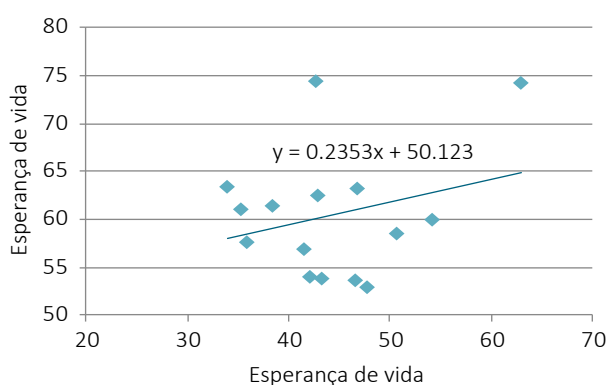
1 O ano mais recente para o qual existe uma estimativa. As estimativas relativas a Libéria e Uganda são de 2016, 2015 para Benim, Cote d'Ivoire e Gâmbia, 2014 para Camarões e África do Sul, 2013 para as Seicheles, 2012 para a República Democrática do Congo e Maurícias, 2011 para o Chade e Serra Leoa, 2010 para Lesoto e 2009 para Nigéria.

Regista-se uma diferença significativa no Produto Interno Bruto (PIB) per capita, com economias que apresentam o rendimento per capita mais baixo do mundo até economias de rendimento médio superior. A amostra incluiu quatro dos 10 países com o PIB per capita mais baixo do mundo, nomeadamente a República Democrática do Congo, Libéria, Serra Leoa e Guiné-Bissau. Os níveis do PIB per capita podem ser reflexo da capacidade do Estado de aumentar as receitas e utilizar estas receitas para as despesas de saúde. Os países com um PIB per capita mais elevado poderão utilizar fundos adicionais para fornecer outros bens públicos, como água, saneamento e higiene (WASH), que também afectam a situação da saúde. Por outro lado, os países mais pobres enfrentarão o fardo de lidar com doenças de pobreza causadas pela desnutrição.

O PIB per capita mundial médio em 2018 era de US\$ 15 914, face à média de US\$ 3 536 em África Subsariana. A média da amostra é de US\$ 5 855, cerca de 65% superior à média de África Subsariana.

A dimensão da população é outro factor característico dos países inquiridos. Os dois países insulares, as Seicheles e as Maurícias, têm populações pequenas, de 97 000 e de pouco mais de um milhão de pessoas, respectivamente. No outro extremo, a Nigéria é o país mais populoso de África.

As diferenças na distribuição dos rendimentos são provavelmente mais importantes para a segurança social do que as diferenças nos rendimentos reais entre e no seio dos países. Entre os países na amostra, a África do Sul possui a economia mais desigual do mundo, com um coeficiente elevado de Gini no valor de 63 (um coeficiente de Gini inferior é indicativo de um nível baixo de desigualdade). A economia da Serra Leoa é muito mais igual, com um coeficiente de Gini de 34,0. A desigualdade de rendimentos poderá afectar a estrutura dos sistemas sanitários a nível das comunidades, dos agregados familiares, e individual. Truesdale e Jencks (2016) constataram que um PIB per capita superior e uma desigualdade de rendimentos inferior estavam associados a melhores resultados de saúde num país.



Embora as diferenças entre os países na amostra tenham implicações para a escala das operações do sistema sanitário, é menos provável que afectem os processos orçamentais. Neste contexto, é possível comparar os processos orçamentais nestes países e tirar lições sobre o modo como os orçamentos da saúde são definidos e executados.

2.2 Desempenho dos sistemas de saúde dos países inquiridos

A mortalidade materno-infantil é simplesmente o número de mortes em relação a um certo número de nados-vivos. A taxa média de mortalidade infantil nos países inquiridos era 51 por 1 000 nados-vivos, o que é perto da média da África Subsariana de 52,7, mas é substancialmente superior à média mundial de 28,9. As Maurícias e as Seicheles apresentam taxas de mortalidade infantil inferiores à média mundial, enquanto seis países apresentam taxas de mortalidade superiores a 60 por 1 000 nados-vivos.

O rácio de mortalidade materna revela uma tendência semelhante. A taxa de mortalidade média nos países inquiridos era 551, uma pouco inferior à média de África subsariana de 534 mortes por 100 000 nados-vivos, embora substancialmente superior à média mundial de 211. As Maurícias e as Seicheles são os países com o melhor desempenho, enquanto que a mortalidade materna é elevada no Chade e na Serra Leoa. A África do Sul, as Maurícias e as Seicheles registaram um desempenho superior à média mundial.

O Quadro 2 examina as taxas de mortalidade materno-infantil nos países da amostra como forma de aferir a eficácia dos sistemas de saúde. Os anos de vida com ajustamento pela deficiência (DALY) perdidos são um outro indicador da eficácia dos sistemas de saúde. De acordo com Neumayer e Plümper (2016), a mortalidade está associada a vários factores, entre os quais a eficácia do sistema de saúde. Outros factores associados, incluindo o rendimento, o nível de instrução, a nutrição, bem como a higiene e o saneamento são alguns dos determinantes importantes de morbilidade e mortalidade.

O Quadro 2 indica o total de DALY perdidos por 100 000 pessoas, permitindo comparar a morbilidade e a mortalidade entre países. Os anos de vida perdidos por deficiência revela que a qualidade de vida sofre quando uma pessoa sofre uma deficiência ou uma lesão. Os DALY perdidos são mais elevados no Lesoto. O nível de DALY perdidos nas Seicheles e nas Maurícias foi cerca de um terço dos do Lesoto; os dois países insulares registaram um desempenho ligeiramente melhor ao da média global. A média de DALY perdidos dos países inquiridos foi de cerca de 51 800, o que se aproximava da média subsariana de 51 979, mas era significativamente superior à média global de 32 797. O número de DALY perdidos revela uma tendência semelhante ao das outras medidas de qualidade dos cuidados sanitários.

Quadro 2: Taxas de mortalidade nos países inquiridos

	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados-vivos), 2017	Taxa de mortalidade materna (estimativa modelada, por 100 000 nados-vivos), 2017	Taxa de mortalidade adulta, masculina (per 1 000 adultos), 2017	Taxa de mortalidade adulta, feminina (por 1 000 adultas), 2017	DALY perdidos (por 100 000 pessoas), 2017
Benim	61	397	261	214	50.235
Camarões	51	529	341	317	52.120
Chade	71	1140	380	335	63.127
Congo, Rep. Dem.	68	473	276	227	54.257
Côte d'Ivoire	59	617	406	364	57.691
Gâmbia	39	597	284	228	46.917
Guiné-Bissau	54	667	288	237	61.937
Lesoto	66	544	549	459	75.806
Libéria	54	661	250	210	51.220
Maurícias	14	61	190	94	27.766
Nigéria	76	917	368	328	53.712
Seicheles	12	53	203	98	28.044
Serra Leoa	79	1.120	396	383	62.171
África do Sul	29	119	379	258	45.453
Uganda	34	375	340	264	46.651
Máximo da amostra	79	1.140	549	459	75.806
Mínimo da amostra	12	53	190	94	27.766
Média	51	551	327	268	51.807
Mediana	54	544	340	258	52.120

Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial e Universidade de Oxford

2.3 Despesa na saúde

O impacto da despesa na saúde

O impacto da despesa na saúde é objecto de contestação. Notoriamente, Filmer e Pritchett (1999) constataram que o impacto das despesas de saúde sobre a mortalidade de menores de 5 anos era nulo; factores como o PIB per capita, a desigualdade de rendimentos e os níveis de instrução das mulheres eram mais importantes para a mortalidade infantil. Todavia, para África, os resultados revelam que as despesas com a saúde têm um impacto substancial nos resultados da saúde. Novignon, Olakojo e Novignon (2012) examinaram o impacto das despesas de saúde nos resultados da saúde em África. Os resultados revelam que um aumento de 1% na despesa da saúde leva a um aumento da esperança de vida entre 0,6 e 0,7 anos, e a uma redução da taxa de mortalidade de 0,5 a 0,6 por 1 000 pessoas. Importaneamente, a despesa pública com a saúde parece ter um impacto maior, reduzindo as mortes em 0,8 por 1 000 pessoas em comparação com 0,4 por 1000 pessoas para a despesa privada, embora a eficácia da despesa pública dependa de muitos factores socioeconómicos e contextuais. O aumento da despesa pública reduz a mortalidade infantil em quatro bebés por 1000 nados-vivos, enquanto a despesa privada reduz a mortalidade infantil em dois bebés por cada 1000 nados-vivos.

Makuta e O'Hare (2015) constataram que a qualidade da governação é um factor importante no impacto das despesas de saúde. Se a governação melhorar, os resultados em matéria de saúde podem melhorar, nem que a despesa de saúde não aumente. Isto decorre da melhor utilização da despesa de saúde e, indirectamente, do impacto da melhor governação no crescimento económico. Makuta e O'Hare constataram que o aumento da despesa de saúde num contexto de má governação não tem praticamente qualquer impacto nas condições de saúde. Em contrapartida, num contexto de boa governação, o impacto médio do aumento na despesa de saúde é duplicado. Esta é uma constatação importante para este inquérito, que visa melhorar a governação dos processos de orçamentação e execução. O efeito da governação pode também ser uma explicação para as constatações contraintuitivas de Filmer e Pritchett (1999).

A proporção da despesa na saúde em relação ao PIB e à despesa pública

A despesa per capita na saúde serve de indicação dos recursos que as economias podem mobilizar para gastar na saúde. O Quadro 3 examina os recursos que os países inquiridos na nossa amostra estão em condições de disponibilizar para a saúde. As despesas de saúde per capita na amostra ascenderam aos US\$147 (US\$81 excluindo as ilhas de rendimento relativamente elevado das Seicheles e Maurícias). As despesas de saúde estão associadas ao PIB per capita, com as economias mais ricas, como as Seicheles e as Ilhas Maurícias nesta amostra, a poderem gastar mais na saúde. Os países dotados de um sistema tributário eficaz, como a África do Sul, apresentam melhores condições para angariar mais receitas do que os outros países onde o sector informal é maior. O facto de um país relativamente rico como a Nigéria só poder gastar US\$ 79 na saúde de cada pessoa é provavelmente consequência de uma administração tributária e fiscal relativamente deficiente. As economias mais ricas podem gastar mais noutros bens públicos que melhoram a saúde, como acções de WASH.

A despesa na saúde representa 6,2% do PIB nos países da amostra. A proporção da saúde em relação ao PIB é mais elevada na Serra Leoa, representando 16,5% do PIB, embora o PIB seja baixo, conforme acima referido. No outro extremo, a proporção da despesa na saúde em relação ao PIB é mais baixa na Nigéria, representando apenas 3,6%. A média em África Subsariana em 2016 era 5,1% do PIB, face à média mundial de 10%.

Na Declaração de Abuja de 2001, os países africanos comprometeram-se a afectar 15% dos seus orçamentos à saúde. A OMS concluiu que, até 2010, só a Tanzânia e a Libéria tinham conseguido atingir este nível, embora a Libéria tivesse também conseguido, graças aos fundos dos doadores. Dezanove dos países que assinaram a Declaração afectaram menos recursos à saúde em 2010 do que na data da assinatura em 2001 (WHO, 2010). A Estratégia de Saúde para África 2016-2030 constatou que a maioria dos Estados africanos ainda não atribuía fundos suficientes à saúde. A Estratégia reiterou o apelo aos governos africanos para que cumpram os seus compromissos de Abuja (União Africana, 2016).

Se a governação melhorar, os resultados em matéria de saúde podem melhorar

Quadro 3: Despesa na saúde nos países inquiridos

	Actuais despesas de saúde (% do PIB)	Actuais despesas de saúde per capita (US\$ corrente), 2016	Despesa privada de saúde interna (% de actuais despesas de saúde)	Despesa privada de saúde externa (% de actuais despesas de saúde)	Pagamentos directos (% de actuais despesas de saúde)
Benim	3,9	30	49,0	30,5	43,5
Camarões	4,7	64	77,3	9,3	69,5
Chade	4,5	32	66,5	14,6	61,2
Congo, Rep. Dem.	3,9	21	44,4	43,4	37,4
Côte d'Ivoire	4,4	68	59,2	15,0	40,1
Gâmbia	4,4	21	37,6	43,8	23,6
Guiné-Bissau	6,1	39	35,4	20,3	35,4
Lesoto	8,1	86	18,9	17,3	18,9
Libéria	9,6	68	55,3	30,1	47,3
Maurícias	5,7	553	55,7	0,2	48,2
Nigéria	3,6	79	76,7	9,8	75,2
Seicheles	3,9	597	2,2	1,9	2,1
Serra Leoa	16,5	86	47,8	41,0	41,6
África do Sul	8,1	428	44,3	1,9	7,8
Uganda	6,2	38	43,1	40,4	40,3
Máximo amostra	16,5	597	77,3	43,8	75,2
Mínimo amostra	3,6	21	2,2	0,2	2,1
Média	6,2	147	47,6	21,3	39,5
Mediana	4,7	68	47,8	17,3	40,3

Indicadores de Desenvolvimento do Banco Mundial

Despesa de saúde externa

A despesa de saúde externa é uma medida do apoio e da ajuda ao desenvolvimento no financiamento da saúde. Os países de baixo rendimento e estados frágeis, como países em situações de pós-conflito, necessitam de ajuda externa para a saúde. Na Gâmbia, Serra Leoa, República Democrática do Congo e Uganda, mais de 30% da despesa de saúde é financiada por ajuda externa, em comparação com as Maurícias, onde apenas 0,2% da despesa de saúde é financiada por ajuda. Em 2016, em África subsariana, a ajuda perfazia 11,6% das actuais despesas de saúde. Quanto a este elemento, a média da dependência da ajuda entre os países que integram a amostra, a 21,3% das actuais despesas de saúde (ver o Quadro 3), é superior à dependência de um país típico no continente. Embora este nível de ajuda revele uma correlação inversa ao nível de desenvolvimento económico, não apresenta qualquer correlação com o fardo de doença medido em DALY.

Pagamentos directos de saúde

Os pagamentos directos na saúde representa todas as despesas que o agregado familiar tem de suportar para obter atendimento médico, além das contribuições para a segurança social ou seguro de saúde. Os elevados níveis de pagamentos directos constituem um obstáculo ao acesso por parte dos pobres. Os elevados níveis de pagamentos directos podem ainda servir de indicação que o público desconfia da qualidade do atendimento de saúde no sector público e continuará a recorrer aos serviços de saúde privados nem que sejam proibitivamente onerosos.

Mugisha *et al.* (2002) constatou que os pagamentos directos de saúde tinham sido contraídos por doentes nas zonas rurais em Guiné-Bissau para auto-tratamento para a malária, apesar desta ser a principal causa de morbilidade e mortalidade. Se não pudessem pagar o tratamento médico, os agregados familiares recorriam à venda de bens. Mais de 90% dos pagamentos directos de saúde eram gastos na compra de medicamentos. Nabonga Orem *et al.* (2013) constatou uma

tendência semelhante no Uganda: os pacientes procuravam tratar-se contra a malária, comprando os seus próprios medicamentos, em vez de consultarem um profissional de saúde privado ou público. Os pagamentos directos constituíam um entrave aos cuidados de saúde privados, mas, mesmo assim, os doentes preferiam automedicar-se a procurar tratamento nas instalações públicas. O estudo refere que os doentes recorriam a farmácias porque eram de fácil acesso e algumas ofereciam crédito.

Os pagamentos directos de saúde nos países inquiridos são elevados, equivalendo a 39,5% das actuais despesas de saúde, na média. Todavia, regista-se uma diferença notável nos níveis de pagamentos directos, entre um mínimo de 2,1% nas Seicheles e um máximo de 75,2% na Nigéria. Os níveis elevados de pagamentos directos constituem uma barreira ao acesso a cuidados de qualidade por parte dos pobres. Em três países na amostra, mais de 50% das despesas de saúde são financiadas a partir de pagamentos directos; este valor excede os 40% em nove países. Na média, os pagamentos directos de saúde em todos os países de África subsariana ascende a 36,7% das actuais despesas de saúde, cerca do dobro da média mundial de 18,5%. (World Bank, 2020).

Os países inquiridos constituem um agrupamento heterogéneo que reflecte alguma da dispersão dos indicadores socioeconómicos observada em toda a África Subsariana. Os dois países insulares, as Maurícias e as Seicheles, parecem desviar um pouco da norma com um PIB per capita mais elevado e melhores resultados no domínio da saúde do que os outros países. O fardo da doença parece ser particularmente elevado no Lesoto. Em termos de despesas de saúde, as Seicheles e as Maurícias podem converter um PIB per capita elevado em despesas públicas elevadas na saúde e em melhores resultados no domínio da saúde. A literatura indica que, nas circunstâncias correctas, uma melhor utilização dos recursos estatais pode conduzir a melhores cuidados de saúde. Na secção que se segue, será examinada a forma como os países definem os orçamentos e gastam as suas dotações no domínio da saúde.

Embora o nível de ajuda revele uma correlação inversa ao nível de desenvolvimento económico, não apresenta qualquer correlação com o fardo de doença

3 Dotações orçamentais para o sector da saúde

A orçamentação para a saúde é uma tarefa complicada, dado o seu carácter técnico e o leque de actores no sector da saúde. Além disso, os países fazem diferentes escolhas políticas sobre a prestação de cuidados de saúde, o que resulta em diferentes sistemas de saúde consoante os contextos. Em África, isto desenrola-se num contexto de um elevado fardo de doença (por exemplo, VIH), elevados níveis de pobreza e, nalguns casos, fragilidades e reconstrução pós-conflito

3.1 Formulação do orçamento da saúde

Esta secção examina como os países preparam os seus orçamentos de saúde e como decorre a interacção entre os diversos actores, sobretudo entre os ministérios das finanças e os ministérios da saúde. Parece existir dois principais modelos de prestação de serviços sanitários. No primeiro modelo, o governo central controla todo o orçamento da saúde. No segundo modelo, a saúde é uma responsabilidade partilhada entre o governo central e uma ou outra modalidade de governo sub-nacional. Nestes casos, apenas uma parte do orçamento da saúde estará reflectido no orçamento da administração central. Neste exemplo, a administração central refere-se às administrações nacionais, em contrapartida a governos de estados ou províncias.

Por exemplo, no caso da África do Sul, grande parte da função de saúde é realizada a nível provincial. É financiada por transferências da administração central e por dotações dos próprios governos provinciais. No caso do Uganda, algumas funções de saúde são da responsabilidade dos governos locais, mas os salários do pessoal, as despesas de capital e as despesas operacionais são financiadas através de uma subvenção da administração central. O sistema das Maurícias é semelhante ao do Uganda. No Lesoto, o orçamento nacional inclui todas as fontes de receitas com ligação aos distritos e governos locais.

De acordo com as Contas Nacionais de Saúde de 2017 das Maurícias, o total das despesas públicas com a saúde foi de Rs 11,317 bilhões, dos quais Rs 10,114 milhões foram gastos pelo Ministério da Saúde e Qualidade de Vida, Rs 97,49 milhões foram gastaram pelo Ministério da Segurança Social, o Ministério da Defesa e Rodrigues gastou Rs 23,12 milhões e o Ministério dos Negócios Estrangeiros gastou Rs 3,8 milhões, os municípios e conselhos distritais gastaram Rs 684,7 milhões e a Comissão de Saúde e Segurança Social de Rodrigues gastou Rs 393 milhões.

Quadro 4: As despesas de saúde estão incluídas no orçamento da administração central?

Todas	Algumas	Não
Côte d'Ivoire Congo, Rep. Dem. Camarões Chade Serra Leoa Uganda Seicheles Libéria Lesoto Maurícias Gâmbia	Guiné-Bissau África do Sul Nigéria	Benim

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Os seguintes três quadros examinam as instituições incumbidas de responsabilidades para aspectos do orçamento da saúde. Dos 15 países, dez possuem uma autoridade orçamental central, normalmente na figura do Ministro das Finanças, que determina os níveis de despesa na saúde. Uma vez determinado o envelope de despesa, o Ministério da Saúde é responsável por determinar a forma mais eficiente de gastar a dotação. A estrutura do Chade é semelhante à de muitos outros países: as despesas de todos os ministérios sectoriais e instituições são centralizadas pelo Ministério das Finanças e pela Direcção-Geral dos Serviços Orçamentais. No que respeita à preparação do orçamento, a Direcção Geral do Orçamento afecta dotações ao Quadro de Despesa de Médio Prazo (QDMP) que cada ministério sectorial adapta. Subsequentemente, o ministério afecta estes envelopes orçamentais consoante as suas necessidades (pessoal, bens e serviços, transferências e subsídios, e investimentos interiores e exteriores).

O Quadro 5 ilustra as respectivas funções assumidas pelas instituições no que diz respeito à orçamentação da saúde. As instituições que assumem um papel de liderança têm poderes de convocação de reuniões e discricção para tomar decisões. As instituições que desempenham funções de apoio podem prestar assistência mas não têm capacidade para tomar decisões. A projecção das despesas com a saúde é um factor determinante das futuras dotações orçamentais. As autoridades orçamentais centrais (AOC) desempenham o papel de liderança apenas no Chade, enquanto que nos outros nove países agem em conjunto com os ministérios da saúde. Os órgãos legislativos desempenham um papel de apoio em sete países, e não desempenham qualquer função em quatro países. Seis países afirmaram que a agência de segurança social não desempenha qualquer papel, uma vez que esta não existe no país.

Os ministérios da saúde e das finanças propõem conjuntamente uma despesa desejável para os serviços de saúde, bem como requisitos para a consolidação orçamental. O papel de liderança é assumido pelos ministérios da saúde em quatro países, pelos ministérios das finanças em dois países, e é partilhado em seis países. No Uganda, a legislatura também desempenha um papel de liderança, coadjuvando os dois ministérios. Na África do Sul, tanto os dois ministérios como as autoridades orçamentais dos governos provinciais subnacionais são fundamentais. Isto porque, na África do Sul, a saúde é uma função da administração central, do governo provincial e do governo local. A Constituição confere igualdade a todos os três níveis de governo, o que implica que todos os três níveis de governo desempenham um papel em definir quantos serviços de saúde são prestados. As legislaturas desempenham um papel de apoio em oito países.

À medida que as funções se tornam mais técnicas e mais associadas ao funcionamento quotidiano do sistema de saúde, as AOC desempenham um papel menor. São predominantemente os ministérios da saúde que propõem o investimento de capital no sector da saúde. Em oito países, o ministério da saúde assume o papel principal e, em três outros países, o ministério da saúde e a AOC desempenham o papel principal conjuntamente. Na Serra Leoa, os líderes tradicionais e a sociedade civil participam neste aspecto da orçamentação da saúde, e em muitas outras áreas.

As legislaturas, se desempenharem qualquer papel que seja, apoiam na determinação do investimento de capital na saúde. Nas Maurícias e no Chade, a Legislatura não desempenha qualquer função. O cálculo do custo da cobertura é fundamental para determinar a cobertura que o país está em condições de suportar, bem como o custo da eventual expansão da cobertura no futuro. Esta é uma função dos ministérios da saúde. Em 10 países, o ministério da saúde, agindo sozinho, assume a liderança em determinar o custo do aumento da cobertura. Noutros três países, o ministério da saúde desempenha um papel de liderança com a AOC. Este é um exercício altamente técnico, que provavelmente limita a capacidade dos técnicos da AOC de desempenhar um papel significativo a menos que possuam conhecimentos e experiência no domínio da saúde. Isto aplicar-se-ia também às legislaturas, que desempenham uma função de apoio em oito países.

O Quadro 7 examina os organismos que negociam honorários no sistema público de saúde e que negociam as remunerações do pessoal médico e outros. As taxas de pagamento são frequentemente da responsabilidade dos ministérios da saúde, por vezes em conjunto com os ministérios das finanças. Em seis países, o ministério da saúde desempenha esta função e em cinco países, esta função é desempenhada em conjunto com a AOC. A Serra Leoa parece adoptar um processo inclusivo onde participam o ministério da saúde, a AOC, os líderes tradicionais e a sociedade civil. As legislaturas desempenham um papel de apoio em cinco países.

As negociações das remunerações no sector da saúde parecem ser uma responsabilidade partilhada pelos ministérios da saúde e das finanças. Em quatro países, os ministérios da saúde desempenham esta função sozinhos. Em três países, trata-se da responsabilidade da AOC, e em cinco países esta é uma função conjunta. Em dois países, os dois ministérios e legislatura desempenham as funções de liderança. Na África do Sul, o Departamento de Serviços e Administração Públicos conduz as negociações de remuneração para todos os funcionários públicos subalternos em nome do governo. Em sete países, a legislatura desempenha uma função de apoio, como seria de esperar de uma função com implicações políticas importantes.

Dos 15 países, dez possuem uma autoridade orçamental central, normalmente na figura do Ministro das Finanças, que determina os níveis de despesa na saúde.

Quadro 5: Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – níveis gerais de serviços de saúde

	Projectar despesa de saúde nos anos vindouros			Propor um valor desejável para a despesa de saúde (ou cortes)		
	Função de liderança ²	Função de apoio	Nenhuma função	Função de liderança	Função de apoio	Nenhuma função
Benim	Saúde AOC	Legislatura Agência da segurança social		Saúde AOC	Legislatura	
Camarões	Saúde	AOC	Legislatura	Saúde	AOC	Legislatura
Chade	AOC	Saúde	Legislatura	Saúde	AOC	Legislatura Agência da segurança social
Congo, Rep. Dem.	Saúde		Agência da segurança social	Saúde AOC	Legislatura	Agência da segurança social
Côte d'Ivoire	Saúde	AOC	Legislatura	Agência da segurança social	Saúde AOC	Agência da segurança social
Gâmbia	Saúde	Legislatura AOC	Agência da segurança social	AOC	Saúde Legislatura	Agência da segurança social
Guiné-Bissau	Saúde AOC	Agência da segurança social		AOC	Saúde	
Lesoto	Saúde AOC	Legislatura AOC		Saúde AOC	Legislatura AOC	Agência da segurança social
Libéria	Saúde AOC	Legislatura AOC	Agência da segurança social	Saúde	Legislatura AOC	Agência da segurança social
Maurícias	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social	Saúde AOC		
Nigéria	Saúde			Saúde		
Seicheles	Saúde AOC	Legislatura Saúde	Agência da segurança social	Saúde AOC	Legislatura Saúde	Agência da segurança social
Serra Leoa	Saúde AOC	Legislatura Administradores-chefes dos conselhos locais Sociedade civil		Saúde AOC	Legislatura Administradores-chefes dos conselhos locais Sociedade civil	
África do Sul	Saúde AOC Governos sub-nacionais	Legislatura Provincial AOC	Agência da segurança social	AOC Provincial AOC	Saúde Legislatura Provincial Saúde	Agência da segurança social
Uganda	Saúde AOC Legislatura	Governo sub-nacional Sociedade civil		Saúde AOC Legislatura	Governo sub-nacional Sociedade civil	

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

2 No quadro, "AOC" refere-se à Autoridade Orçamental Central (normalmente o Ministério das Finanças ou o Tesouro Nacional), e "Saúde" refere-se aos ministérios da saúde, até nos casos em que o ministério da saúde desempenha outras funções.

Quadro 6: Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – capital e cobertura

	Proposta de investimento de capital para o sector da saúde			Calcular o custo de aumentar a cobertura da saúde		
	Função de liderança ³	Função de apoio	Nenhuma função	Função de liderança	Função de apoio	Nenhuma função
Benim	Saúde	Legislatura AOC		Saúde	AOC Legislatura Agência da segurança social	
Camarões		AOC		Saúde	AOC	
Chade	Saúde	AOC	Legislatura Agência da segurança social	Saúde		AOC Legislatura Agência da segurança social
Congo, Rep. Dem.	Saúde	Legislatura	Agência da segurança social	Saúde	Legislatura	AOC
Côte d'Ivoire	Saúde	AOC Planning		Saúde	Legislatura	AOC Legislatura Agência da segurança social
Gâmbia	Saúde AOC	Legislatura AOC	Agência da segurança social	Saúde	AOC	Agência da segurança social
Guiné-Bissau	Saúde	AOC		AOC	Saúde	
Lesotho	Saúde	Legislatura AOC	Agência da segurança social	Saúde	AOC	Legislatura Agência da segurança social
Libéria	Saúde	Legislatura AOC	Agência da segurança social	AOC Saúde	Legislatura	Agência da segurança social
Maurícias	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social
Nigéria	Saúde			Saúde		
Seicheles	Saúde AOC	Legislatura Saúde	Agência da segurança social	Saúde AOC	Legislatura Saúde	Agência da segurança social
Serra Leoa	Saúde Legislatura Administradores- chefes dos conselhos locais Sociedade civil	AOC		Saúde	Legislatura AOC Administradores- chefes dos conselhos locais Sociedade civil	
África do Sul	Saúde Saúde sub- nacional	AOC Provincial AOC	Agência da segurança social	Saúde Saúde sub- nacional	AOC Provincial AOC	Agência da segurança social
Uganda	Saúde Legislatura	AOC		Saúde	AOC Legislatura	

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

3 No quadro, "AOC" refere-se à Autoridade Orçamental Central (normalmente o Ministério das Finanças ou o Tesouro Nacional), e "Saúde" refere-se aos ministérios da saúde, até nos casos em que o ministério da saúde desempenha outras funções..

Quadro 7: Responsabilidades institucionais de orçamentação para a saúde – honorários e remunerações

	Negociar os honorários e pagamentos às instalações no sistema de saúde público			Negociar remunerações no sistema de saúde pública		
	Função de liderança ⁴	Função de apoio	Nenhuma função	Função de liderança	Função de apoio	Nenhuma função
Benim	Saúde AOC	Agência da segurança social	Legislatura	Saúde AOC	Legislatura	Agência da segurança social
Camarões	Legislatura			AOC		
Chade	Saúde	AOC	Legislatura Agência da segurança social	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social
Congo, Rep. Dem.	Saúde	Legislatura	Agência da segurança social	AOC Saúde Legislatura	Legislatura	
Côte d'Ivoire	Saúde	AOC	Legislatura Agência da segurança social	AOC	Saúde	Legislatura Agência da segurança social
Gâmbia	Saúde	Legislatura AOC		Saúde	AOC	Agência da segurança social
Guiné-Bissau	AOC Saúde	Legislatura		AOC	Saúde Legislatura	
Lesotho	AOC	Legislatura Saúde	Agência da segurança social	Saúde	AOC Legislatura	
Libéria				AOC Saúde	AOC Legislatura	Agência da segurança social
Maurícias	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social	Saúde AOC		Legislatura Agência da segurança social
Nigéria	Saúde			Saúde		
Seicheles	Saúde AOC	Saúde	Legislatura Agência da segurança social	Saúde AOC	Saúde	Legislatura Agência da segurança social
Serra Leoa	Saúde Legislatura AOC Administradores- chefes dos conselhos locais	Administradores- chefes dos conselhos locais Sociedade civil		Saúde	Legislatura AOC Administradores- chefes dos conselhos locais Sociedade civil	
África do Sul	Saúde Saúde sub- nacional	AOC	Legislatura Agência da segurança social	Serviço e administração públicos	AOC Saúde	Legislatura Agência da segurança social
Uganda	Saúde	Legislatura		Saúde AOC Legislatura		

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

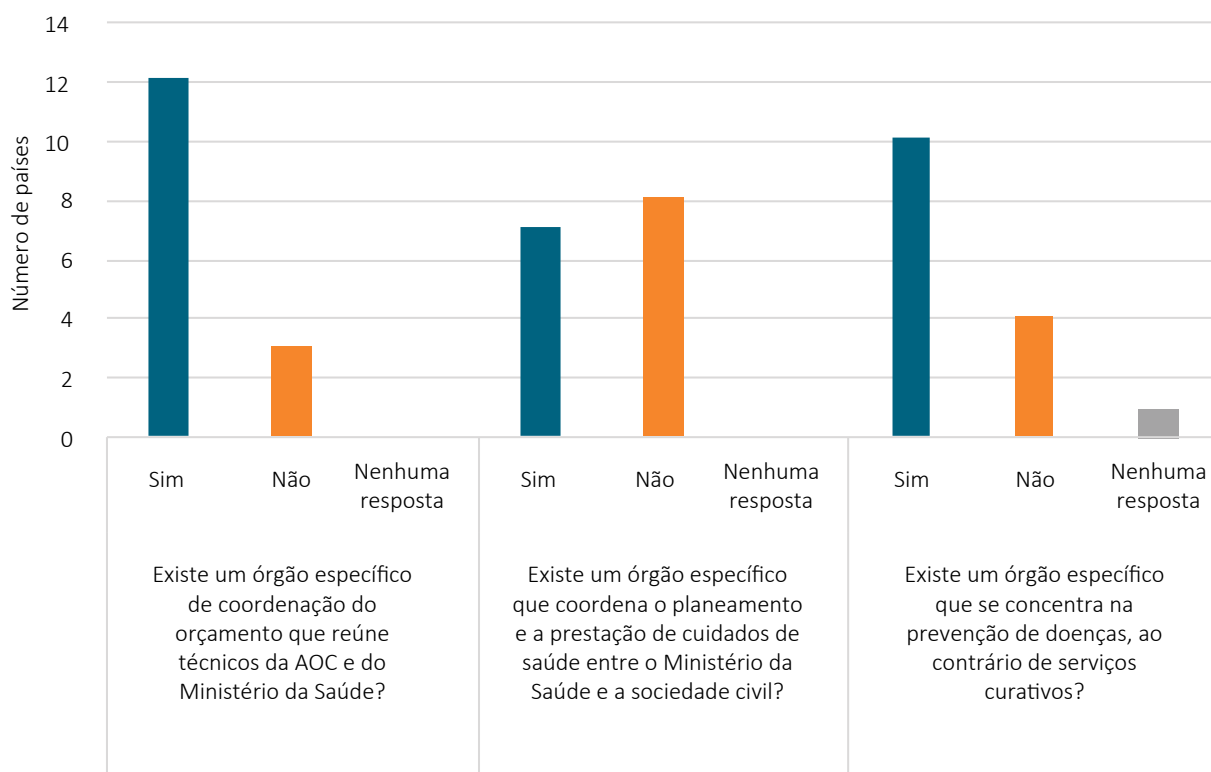
4 No quadro, "AOC" refere-se à Autoridade Orçamental Central (normalmente o Ministério das Finanças ou o Tesouro Nacional), e "Saúde" refere-se aos ministérios da saúde, até nos casos em que o ministério da saúde desempenha outras funções.

3.2 Mecanismos para a orçamentação da saúde

A Figura 2 centra-se na estrutura institucional da orçamentação para a saúde. A maioria dos países tem um órgão específico para coordenar o orçamento da saúde. Apenas o Benim, a Libéria e a Gâmbia não dispõem de um tal órgão de coordenação. A estrutura do órgão de coordenação varia de país para país, em função do sistema de saúde. Na República Democrática do Congo, o Ministério do Orçamento convoca um seminário de orientação orçamental e conferências orçamentais para explicar as premissas que fundamentam o orçamento. O Ministério apresenta as projecções orçamentais com vista a alcançar um consenso sobre os limites máximos indicativos e a defesa dos interesses, e obter aumentos a fim de melhor responder às necessidades sectoriais.

No caso da Serra Leoa, o Ministério da Saúde e Saneamento dispõe de uma Comissão Orçamental funcional, cujos membros incluem todos os directores e gestores de programas, o Controlador (chefe administrativo), o Director Médico (chefe profissional) e o técnico do orçamento do Ministério das Finanças (secretário da comissão). A comissão reúne-se trimestralmente para discutir as dotações orçamentais publicadas pelo Ministério das Finanças. Chega a um consenso a respeito das principais actividades exequíveis e aloca verbas. A comissão actualiza a execução orçamental e as principais actividades bimestralmente para manter os quadros superiores e o Ministro da Saúde e Saneamento informados. A comissão reúne-se também para planear o orçamento do ano seguinte, ao defender, frequentemente, a observação da Declaração de Abuja, que visa uma dotação de 15% do orçamento público para o sector da saúde. Representantes da sociedade civil são também convidados, quando necessário.

Figura 2: Estrutura institucional da orçamentação para a saúde



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

A maioria dos comités parecem ser estruturas de governo, mas sem qualquer fundamento legal. Em contrapartida, a Côte d'Ivoire criou uma Plataforma Nacional de Coordenação para o Financiamento da Saúde (PNCFS) por decreto do Primeiro-Ministro. A PNCFS integra ministros, representantes dos parceiros de desenvolvimento, Banco Mundial e OMS, representantes do sector privado e membros da sociedade civil

Na África do Sul, existem dois órgãos de coordenação. Num processo orçamental típico, é convocado um encontro bilateral entre o Tesouro Nacional e o Departamento de Saúde sobre o orçamento. É realizada também uma reunião 10x10: uma reunião com o Departamento de Saúde, o Tesouro Nacional e os nove departamentos de saúde e tesourarias provinciais.

Sete dos 15 países dispõem de um mecanismo para coordenar as actividades com a sociedade civil; oito países afirmaram que um tal órgão não existe. A República Democrática do Congo é um bom exemplo de tal órgão na prática: vários grupos de trabalho temáticos, a saber seis comissões técnicas temáticas compostas por 20 a 30 membros de vários departamentos. Estes grupos reúnem-se pelo menos uma vez por mês. Estas comissões técnicas reúnem-se num Comité Técnico de Coordenação pelo menos uma vez por trimestre sob a presidência do Secretário-Geral da Saúde. Um Comité Directivo Nacional, composto por actores da saúde pública do nível central e das províncias, parceiros técnicos e financeiros, bem como representantes da sociedade civil reúnem-se uma ou duas vezes por ano sobre a orientação do Ministro da Saúde.

Na Serra Leoa, existe um Comité Director do Sector da Saúde, que integra o Ministro da Saúde e do Saneamento, o Ministro do Interior e do Ordenamento do Território, o Ministro do Ambiente, o Ministro do Trabalho e Segurança Social e

Ministro das Finanças, entre outros. Este comité reúne-se trimestralmente para analisar os relatórios encaminhados pelo grupo de trabalho técnico à Ministra da Saúde, destacando os principais desafios e projectos emblemáticos que requerem atenção urgente.

O grupo de trabalho técnico integra representantes da direcção de planificação do Ministério da Saúde, membros da sociedade civil, parceiros de desenvolvimento e gestores de programas. Todos os meses, discutem as melhores práticas, o fluxo de recursos financeiros e as intervenções para evitar a duplicação de actividades centradas na agenda do Presidente e o co-financiamento das intervenções de saúde pelos parceiros do governo. O ministério dispõe igualmente de um gabinete de ligação com as organizações não governamentais (ONG)/ doadores, responsável por manter o contacto regular com as ONG internacionais e nacionais e outros parceiros a respeito das actividades em cada exercício financeiro.

A prevenção de doença é uma função importante de qualquer sistema de saúde. Dez países dispõem de um órgão específico que regula o tratamento profilático. Apenas a Libéria, a África do Sul, a Côte d'Ivoire e os Camarões comunicaram que não existia um tal mecanismo nesses países. Nas Seicheles, a Autoridade de Saúde Pública é um órgão legal que regula e protege a saúde da população. A autoridade é dirigida por um Conselho composto de representantes de vários sectores, a saber da sociedade civil. Reúne-se de dois em dois meses para fiscalizar as implementações estratégicas. Profissionais de saúde devidamente habilitados realizam operações a nível central e descentralizado. As funções incluem vigilância e resposta a doenças, saúde ambiental, controlo de vectores e segurança dos alimentos. A Autoridade da Saúde Pública também coordena com outros órgãos nacionais, como a Agência de Gestão de Calamidades e Respostas.

A prevenção de doença é uma função importante de qualquer sistema de saúde, e dez países dispõem de um órgão específico que regula o tratamento profilático - apenas a Libéria, a África do Sul, a Côte d'Ivoire e os Camarões comunicaram que não dispunham de um tal mecanismo

3.3 Processos orçamentais

De todos os países inquiridos, apenas a Guiné-Bissau não possui um QDMP, embora a existência de um QDMP não seja evidente na documentação orçamental de alguns dos países. O Quadro 8 compara este resultado com o respectivo indicador da avaliação PEFA. Isto é complicado pelo facto de os resultados terem de ser comparados em dois quadros PEFA (o Quadro de 2011 e o Quadro de 2016). Para obter uma nota de “A”, um país teria de projectar a despesa para o ano em curso e os dois anos fiscais seguintes, com afectações pela classificação económica, programática ou administrativa, tais como despesas de capital e operacionais.

Um desempenho mais baixo seria indicação de que a despesa não poderá ser afectada por classificação económica ou administrativa. Uma nota de “D” indica que a orçamentação de médio prazo não é aplicada. A informação do programa PEFA acrescenta aos resultados da CABRI e revela que os Camarões não utilizam um QDMP, enquanto a África do Sul e o Uganda empregam plenamente um QDMP. Embora os outros países inquiridos utilizem QDMP, estes são apenas parcialmente desenvolvidos. Uma planificação mais detalhada no médio prazo permitirá aos países associar melhor as políticas de médio prazo à despesa orçamental, ao continuar as assegurar o controlo macroeconómico do orçamento (Holmes e Evans, 2003).

O Quadro 9 contém informações a respeito dos processos orçamentais dos países inquiridos. A coluna da esquerda contém a pergunta principal e as quatro colunas à direita contêm as respostas dos países que responderam positivamente à primeira pergunta. Desses 14 países, 10 incluem todas as despesas de saúde nos limites orçamentais, enquanto quatro incluem apenas algumas despesas de saúde

Dez dos 15 países aplicam funções de saúde nos seus orçamentos. Sete países utilizam estas categorias como fundamento para as dotações orçamentais. A orçamentação de acordo com a função pode permitir mais flexibilidade do que a orçamentação pelos custos, tais como pessoal e instalações (Rajan, Barrow e Stenberg, 2016). A Libéria utiliza programas orçamentais denominados de “Curativo” e “Preventivo”. O Lesoto utiliza categorias como “cuidados de saúde primários” (maioritariamente clínicas), “cuidados de saúde secundários” (hospitais) e “controlo de doenças”. A Gâmbia utiliza categorias como “epidemiologia e controlo de doenças”, “controlo de infecções” e “educação e promoção da saúde”, embora estas não sirvam de base para as dotações orçamentais.

Two-thirds of the respondent countries provide allocations
Dois terços dos países inquiridos preveem dotações para a prevenção de doenças específicas, e oito desses países utilizam as categorias como fundamentos para as dotações orçamentais. As dotações a doenças específicas permitem aos técnicos da saúde transferir fundos nos orçamentos durante o exercício se os fundos ainda estão a ser aplicados no combate a uma doença específica. Um processo de reafectação de fundos entre diferentes custos não é necessário. A flexibilidade permite uma resposta mais rápida às crises de saúde. A Nigéria afecta recursos ao combate ao cancro, ao VIH, e ao paludismo. O VIH/Sida e o paludismo

são referidos especificamente por cinco outros países além da Nigéria.

Doze países utilizam as dotações orçamentais para a disponibilização de serviços de saúde individuais e, em nove casos, estas categorias constituem a base das dotações orçamentais. Alguns prevêem dotações para hospitais específicos. Por exemplo, a Serra Leoa prevê dotações para o Hospital de Connaught e para o Hospital Pediátrico. O Benim prevê uma dotação para o Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutougou MAGA de Cotonou. A África do Sul prevê dotações para os grandes hospitais terciários, enquanto a Libéria prevê fundos para o Centro Médico John F. Kennedy, o Hospital Jackson F. Doe e o Hospital Phebe.

Os sistemas orçamentais são bastante flexíveis e permitem que os países especifiquem outras dotações. A Figura 3 revela que 10 países utilizam outros tipos de dotações. A Côte d’Ivoire tem uma dotação para a aquisição de fármacos. A República Democrática do Congo utiliza categorias como remuneração, custos operacionais e despesas de capital. Os Camarões aplicam dotações para melhorar a governação e apoiar instituições. A Guiné-Bissau financia despesas com pessoal, compras de bens e serviços, transferências e investimentos. A Serra Leoa prevê transferências para as câmaras municipais, psiquiatria e nutrição nas dotações orçamentais para a saúde. A Uganda inclui especificamente dotações para fármacos.

Todos os países inquiridos distinguem entre despesas operacionais e de capital, embora os termos empregues difiram ligeiramente. Nalguns países, o orçamento da despesa corrente é distinto do orçamento para a despesa de capital.

Regra geral, as legislaturas aprovam orçamentos com montantes específicos para determinadas funções ou centros de custos. Os ministérios são normalmente autorizados a reafectar algumas verbas dentro de limites, que variam de país para país. Em alguns casos, os legisladores não permitem qualquer reafectação de verbas de rubricas específicas para proteger o financiamento. Normalmente, isso é indicação de que a legislatura encara essa despesa como uma prioridade nacional. Nove países inquiridos utilizam um ou outro mecanismo para proteger certos tipos de despesas contra cortes orçamentais. Apenas os Camarões, as Maurícias, as Seicheles e a Libéria comunicaram a ausência de uma tal ferramenta. O Chade informou que, excepto em casos de emergência, as dotações orçamentais associadas aos custos com o pessoal são irredutíveis. Nesta mesma esteira, no âmbito do programa com o Fundo Monetário Internacional, o Chade reportou benefícios no domínio das despesas de saúde, tratando-se este de um dos sectores prioritários.

A Serra Leoa observou que “a aquisição de medicamentos e de material medicamentoso, o VIH/SIDA, o paludismo, a tuberculose/lepra, a saúde reprodutiva e os salários e vencimentos” estão protegidos contra cortes, o que indica que estes itens são de grande importância para o governo. A África do Sul dispõe de dois mecanismos para proteger determinadas despesas: algumas dotações são assinaladas como “específica e exclusivamente apropriadas” e só podem ser reduzidas se o Parlamento aprovar uma nova lei de dotações. Outras afectações são protegidas pelo Tesouro

Nacional que proíbe que esses fundos sejam desviados sem a sua aprovação. A Gâmbia observou que as despesas com medicamentos, pensos, material medicamentoso e vacinas

não podem ser reduzidas. De igual modo, no Lesoto, as dotações para medicamentos, pensos, vacinas e salários raramente sofrem cortes.

Quadro 8: Notações do programa PEFA sobre a utilização do QDMP

	Ano da avaliação PEFA	Quadro PEFA	Resultado
Benim	2017	2016	D
Camarões	2018	2016	C
Chade	2008	2011	C
Congo, Rep. Dem.	2019	2016	C
Côte d'Ivoire	2015	2011	C
Gâmbia	2014	2011	D
Guiné-Bissau	2017	2016	B
Lesoto	2016	2011	C
Libéria	2015	2011	B
Maurícias	Não foi disponibilizado ao público		
Nigéria	2017	2016	B
Seicheles	2018	2016	B
Serra Leoa	2014	2011	A
África do Sul	2017	2016	A
Uganda	2017	2016	A

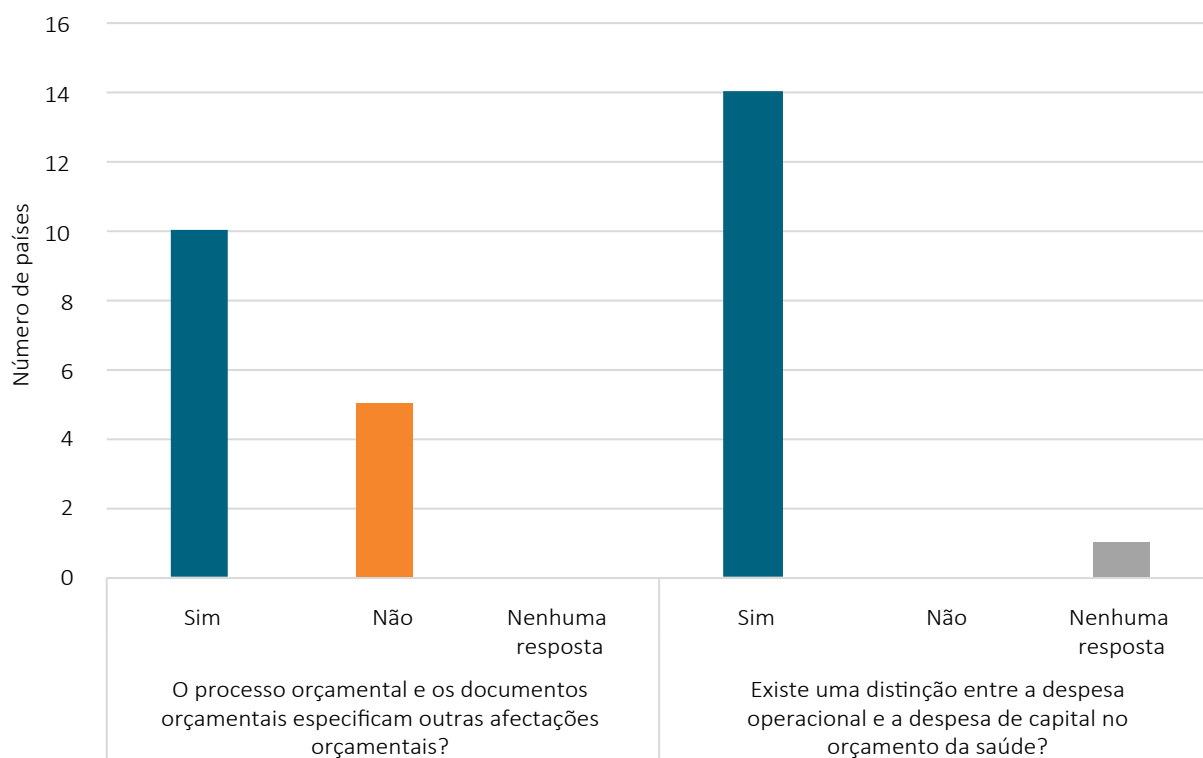
Fonte: PEFA. Os elementos avaliados foram PI-12.1 no Quadro de 2011 e PI-16.1 no Quadro de 2016

Quadro 9: Processos orçamentais: dotações de médio prazo

	Sim	Não		Sim	Não
O seu país possui um quadro orçamental e/ou de despesa de médio prazo?	14	1	Se sim: todas as despesas na saúde são incluídas nos limites máximos	10	Se sim: não, as despesas de saúde não estão incluídas nos limites máximos
O processo orçamental e os documentos orçamentais especificam as dotações orçamentais por função sanitária?	10	5	Se sim: essas categorias são utilizadas para propósitos informativos (não vinculativos)	3	Se sim: essas categorias servem de base para as dotações orçamentais
O processo orçamental e os documentos orçamentais especificam as dotações orçamentais a doenças específicas?	10	5	Se sim: essas categorias são utilizadas para propósitos informativos (não vinculativos)	2	Se sim: essas categorias servem de base para as dotações orçamentais
O processo orçamental e os documentos orçamentais especificam as dotações orçamentais a instalações sanitárias individuais?	12	3	Se sim: essas categorias são utilizadas para propósitos informativos (não vinculativos)	3	Se sim: essas categorias servem de base para as dotações orçamentais

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 3: Processo orçamental – outras dotações e distinção entre despesa de capital e operacional



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

3.4 Orçamentação baseada no desempenho

A orçamentação baseada no desempenho utiliza indicadores de desempenho e um quadro de avaliação de desempenho (Robinson & Last, 2009) para criar um vínculo mais estreito entre os recursos atribuídos aos órgãos públicos e os resultados obtidos com o financiamento.

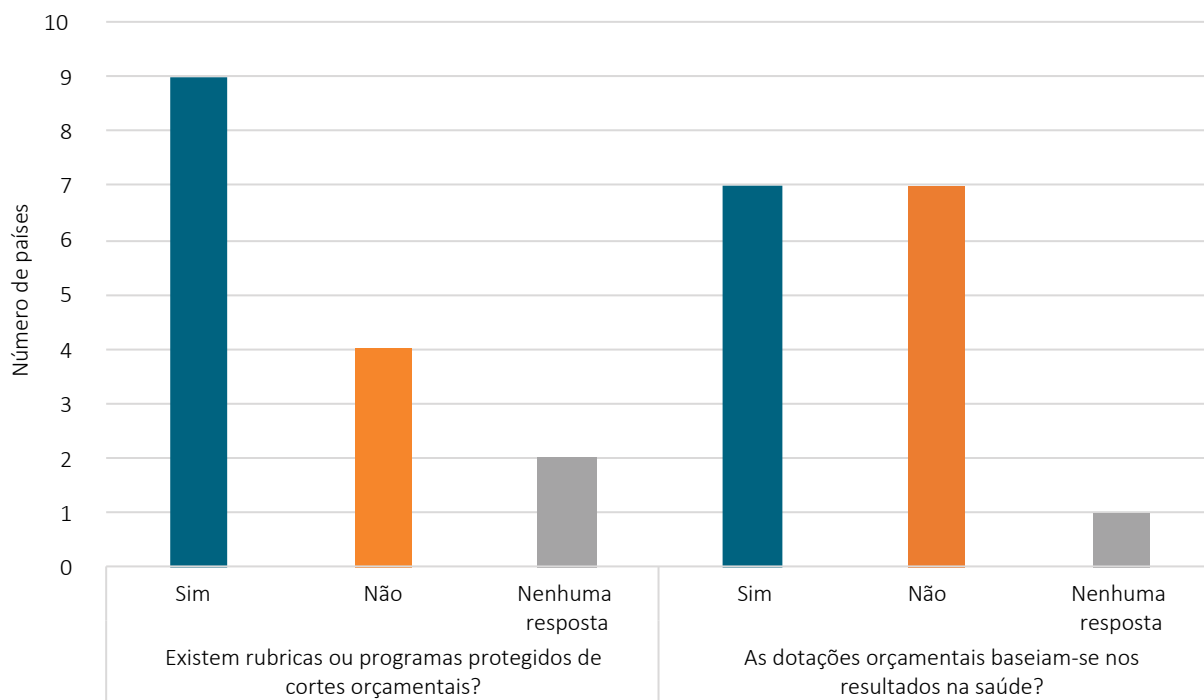
A amostra está dividida no que respeita à utilização da orçamentação baseada no desempenho: sete países utilizam-na e sete não a utilizam. O Uganda não respondeu. No Lesoto, o financiamento baseado no desempenho é um programa financiado pelo Banco Mundial que recompensa o desempenho em conformidade com uma norma definido. Se a norma não for atingida, é efectuada uma avaliação para identificar a causa do insucesso. Se, por exemplo, o fracasso se dever a uma falta de equipamentos, o equipamento é disponibilizado. A par disto, o desempenho do pessoal é recompensado com complementos salariais

O Chade acaba de iniciar um processo de orçamentação baseado no desempenho e está a executar a orçamentação por programas. Em 2019, como parte da preparação do orçamento para 2020, foram definidos indicadores de desempenho no contexto dos Projectos de Desempenho Anual (PDA), que constituem os instrumentos de programação orçamental. Estes indicadores são experimentais e tornar-se-ão obrigatórios em 2022, data a partir da qual o Chade deverá passar para o orçamento por programas.

Em 2013, a CABRI observou que quase 80% das economias africanas estavam a considerar a possibilidade de aplicar uma orçamentação baseada no desempenho e em programas, mas que nenhuma apresentava um sistema em plena aplicação. As Maurícias e a África do Sul foram apontadas como os países mais próximos da implementação. Em 2018, vários outros países estavam em vias de adoptar uma orçamentação baseada no desempenho. O Burkina Faso adoptara uma orçamentação baseada no desempenho, enquanto o Mali e o Níger estavam programados para iniciar a execução em 2018, em consonância com o compromisso da União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA) de implementar uma orçamentação baseada no desempenho até Janeiro de 2017, com um período de transição de cinco anos. Fora da UEMOA, as Seicheles têm vindo a implementar uma orçamentação baseada no desempenho de forma progressiva, tendo iniciado com a educação, a agricultura e as pescas em 2015 e alargado a todo o Governo até 2017 (CABRI, 2019).

A Serra Leoa oferece incentivos de desempenho ao pessoal. Os pagamentos para formação profissional, por exemplo, formação de graduação e pós-graduação e cursos de enfermagem especializados são financiados com base nos boletins de progresso da formação e num historial comprovado de resultados pós-formação, antes de ser concedido financiamento adicional para formação complementar especializada.

Figura 4: Processo orçamental – protecção de cortes e orçamentação baseada no desempenho



Dados extraídos do Inquérito sobre as práticas e procedimentos orçamentais para a saúde pública em África, 2019

3.5 Conclusões

Os países inquiridos aplicam processos orçamentais distintos, mas foram identificados alguns elementos comuns. Os ministérios da saúde são os principais responsáveis pela prestação de cuidados de saúde e pela maior parte do processo orçamental, uma vez criada a autoridade orçamental central. Quanto mais operacional for a função, por exemplo, o planeamento do investimento de capital no sector da saúde, menor será a participação de instituições exteriores ao Ministério da Saúde. A maioria dos países inclui todas ou quase todas as despesas no orçamento da administração central.

O Parlamento desempenha um papel importante no processo orçamental. No que respeita à execução das políticas de saúde, frequentemente os parlamentos assinalam prioridades nacionais ao utilizar mecanismos que impedem a redução de

determinadas dotações. Tais mecanismos existiam nos países inquiridos e, em alguns casos, podiam também ser utilizados pela autoridade orçamental central.

Decidir como atribuir o financiamento pode ter implicações significativas aquando da prestação dos cuidados de saúde. A maioria dos países utiliza dotações para doenças ou instalações específicas. Estas dotações permitem aos gestores dos cuidados de saúde maior flexibilidade do que as dotações para custos específicos, como pessoal ou capital.

O recurso a planos a médio prazo é quase ubíquo. Uma confrontação com a informação do programa PEFA revela que embora a maioria dos países utiliza um QDMP, a medida em que é utilizado varia. O orçamento baseado no desempenho é utilizado em metade dos países inquiridos e parece estar a aumentar, em consonância com a tendência observada noutros países.

Embora a maioria dos países utilize um QDMP, a medida em que é utilizado varia

4 Execução do orçamento da saúde, aquisições e pagamentos aos fornecedores

Esta secção debruça-se sobre as estratégias de financiamento aplicadas pelos países e os seus produtos sanitários e métodos de prestação de serviços. Os cuidados de saúde podem ser pagos de várias formas, com cada mecanismo a impor riscos diferentes ao ordenante ou ao prestador de serviços. Nesta secção, examinamos os mecanismos de pagamento e a estrutura dos sistemas de saúde que os países inquiridos aplicam para prestar cuidados de saúde com eficácia ao reduzir os riscos e conter os custos.

4.1 Estrutura institucional dos compradores de saúde

Os resultados do inquérito sugerem que o governo é o principal prestador de praticamente todos os tipos de serviços de saúde e, embora a administração central seja normalmente o principal canal, alguns países delegam funções de cuidados de saúde aos governos regionais e locais. Na Serra Leoa, as autarquias locais prestam cuidados primários, abrangendo 25% da população.

As Figuras 5 e 6 indicam os diferentes compradores de serviços de saúde para vários serviços nos países inquiridos. A administração central é o principal prestador de atendimento sanitário para doenças agudas em regime de internamento. Existem seguros médicos privados em quase metade dos países. No Chade, estes serviços são prestados exclusivamente por seguros médicos privados. Os governos locais ou regionais são também prestadores no Benim, nos Camarões, na República Democrática do Congo, no Lesoto e na África do Sul. A Côte d'Ivoire é o único país que dispõe de um seguro social de doença.

A Figura 6 apresenta os resultados dos prestadores de serviços preventivos. Embora a administração central seja a prestadora principal em todos os países, frequentemente trabalha em colaboração com os governos locais e regionais. Esta é a situação em Benim, Côte d'Ivoire, República

Democrática do Congo, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul e Uganda.

No Uganda, todas as instalações públicas de saúde são administradas pelo Ministério Nacional da Saúde. Os centros de saúde primária recebem financiamento da administração central e das autoridades locais, mas os hospitais de maior dimensão só recebem verbas do ministério nacional. As instalações a nível distrital e sub-distrital oferecem serviços preventivos, serviços de saúde curativa, e serviços de maternidade e internamento. Os governos locais só contribuem com o financiamento. A gestão e regulamentação das instalações cabe ao Ministério da Saúde. As instalações oferecem um pacote padrão de serviços consoante a sua dimensão. As instalações mais pequenas a nível local oferecem o pacote de serviços mínimos, definido pelo Ministério da Saúde (WHO, 2019).

A Figura 7 apresenta resultados semelhantes para os serviços de cuidados primários, normalmente prestados pelos governos regionais ou nacionais, ou em colaboração. É observado com mais frequência que o seguro médico privado apoia a prestação deste tipo de serviços (em sete países). O seguro social de doença é utilizado em quatro países, nomeadamente Benim, Côte d'Ivoire e Nigéria.

Todos os países indicaram que a administração central é a principal prestadora de cuidados e diagnósticos especializados. Mas os seguros médicos privados são também prestadores importantes em nove dos 14 países, conforme ilustrado na Figura 8. Dois países, o Benim e a Côte d'Ivoire, também beneficiam de apoio do seguro social de doença.

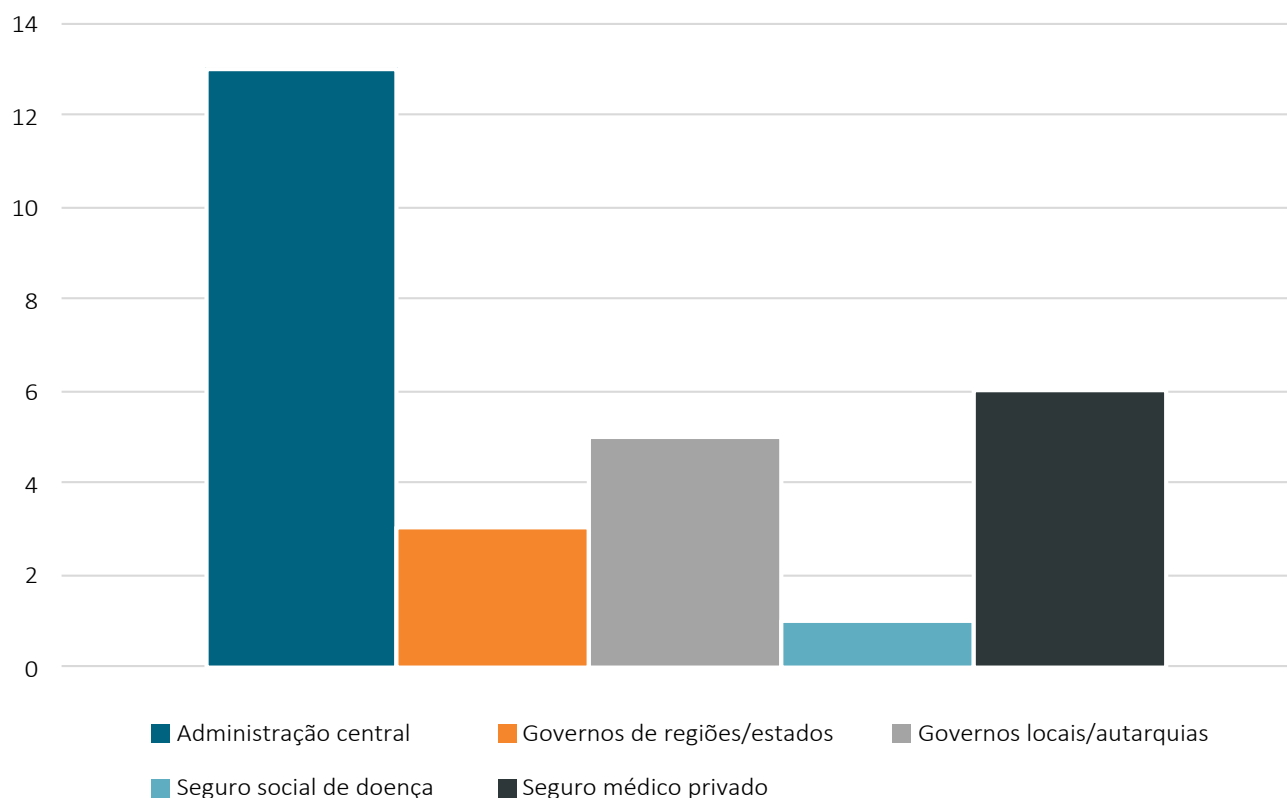
Dados relativos aos serviços medicamentosos (Figura 9) e de saúde pública (Figura 10) só estavam disponíveis para cinco países (Benim, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Nigéria e África do Sul). O governo central é citado como um prestador em todos os países e colabora com seguros médicos privados.

Caixa 1: Seguro social de doença na Nigéria e no Benim

A Nigéria criou o Fundo Nacional de Seguro de Saúde da Nigéria em 1999. Até à data, a sua abrangência limita-se a funcionários públicos, embora sejam aceites contribuições voluntárias. O Governo Federal contribui 5% do salário de todos os funcionários públicos para o fundo. O orçamento do fundo é determinado por projecções de despesas e receitas, e em negociação com a AOB. O orçamento deve ser apresentado ao Parlamento para aprovação.

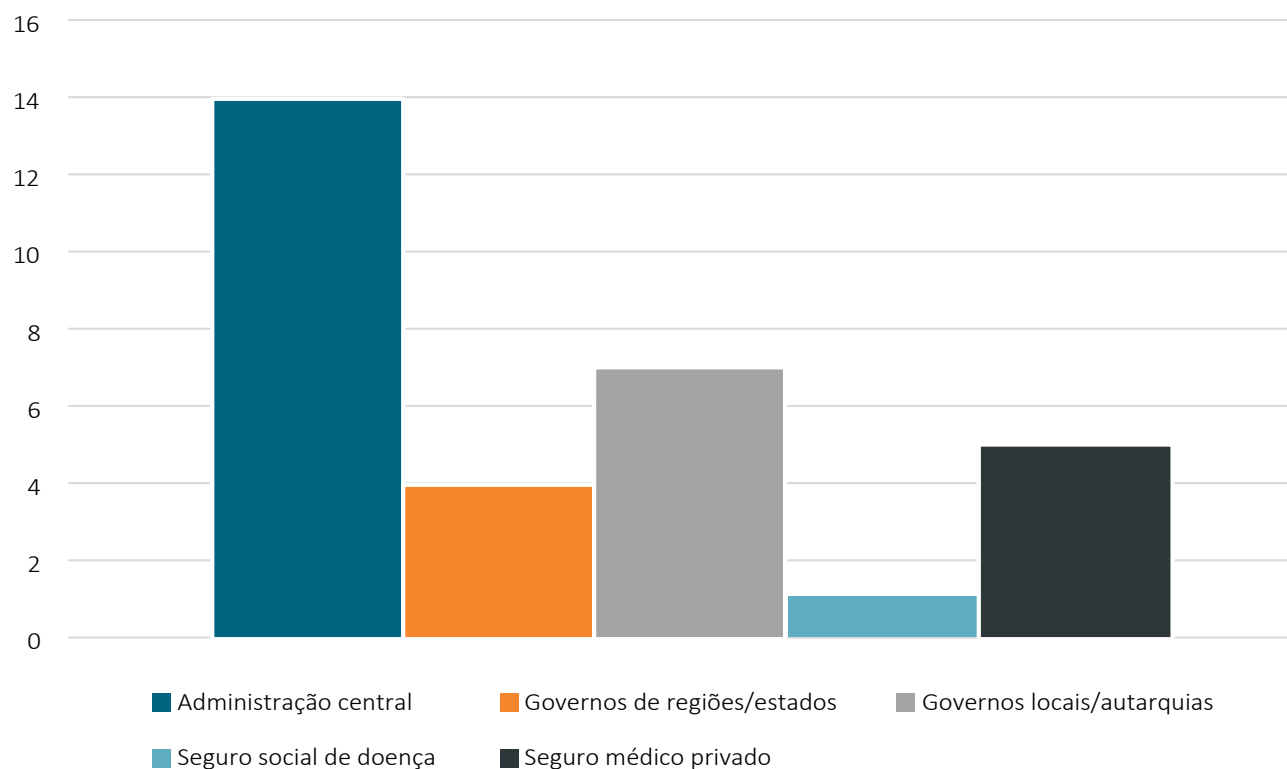
O Benim estabeleceu o Fundo Universal de Seguro de Saúde em 2016. As contribuições são obrigatórias e o regime abrange doença, acidentes não profissionais e saúde materna. O fundo não abrange acidentes de viagem, acidentes de trabalho e as doenças profissionais já cobertas por outros regimes de segurança social. Os cidadãos do Benim fora do país e os estrangeiros residentes no Benim podem aderir voluntariamente.

Figura 5: Principais fornecedores de serviços de doenças agudas em regime de internamento



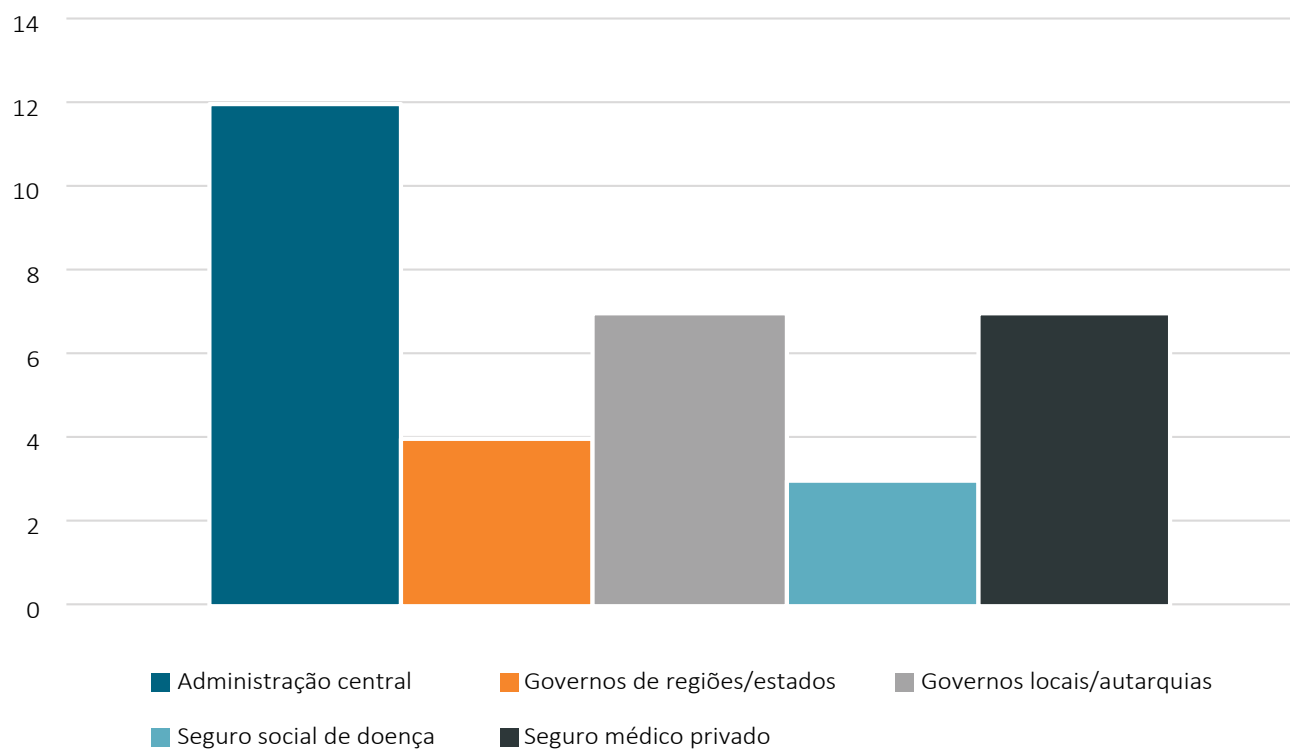
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 6: Principais prestadores de serviços preventivos



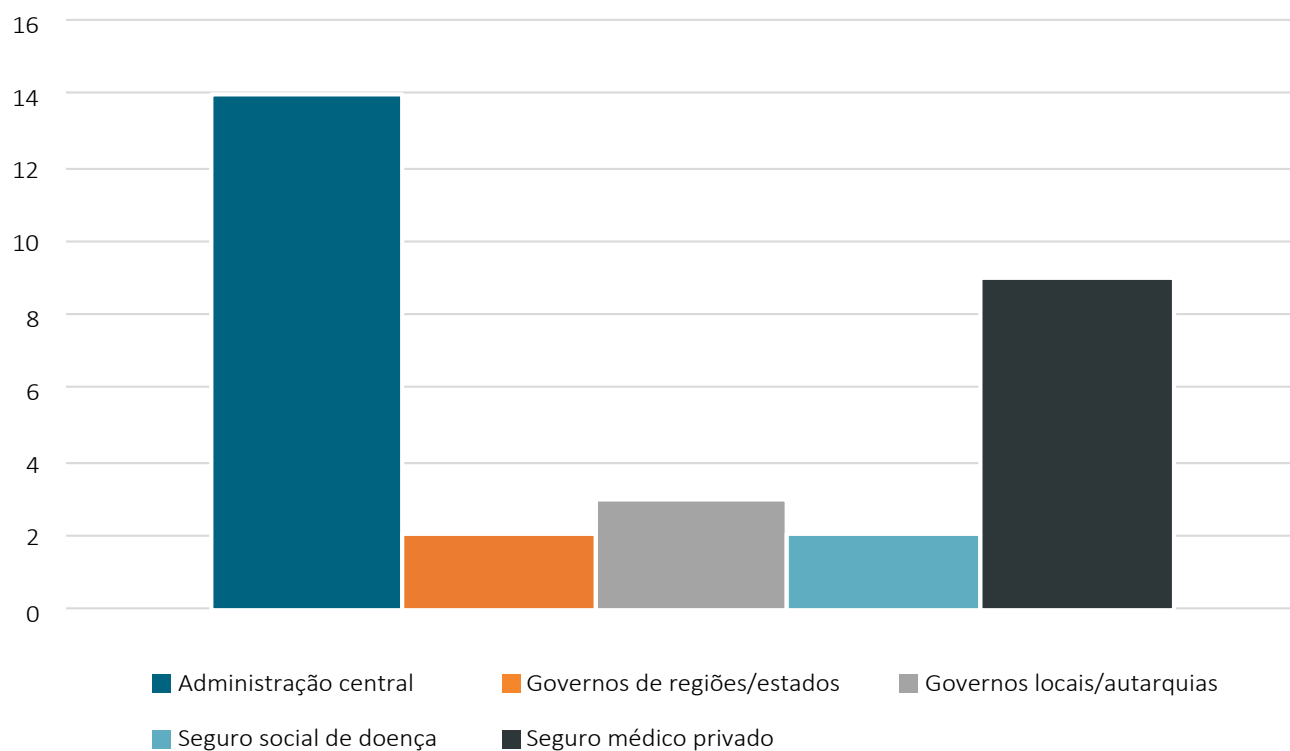
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 7: Principais prestadores de cuidados primários



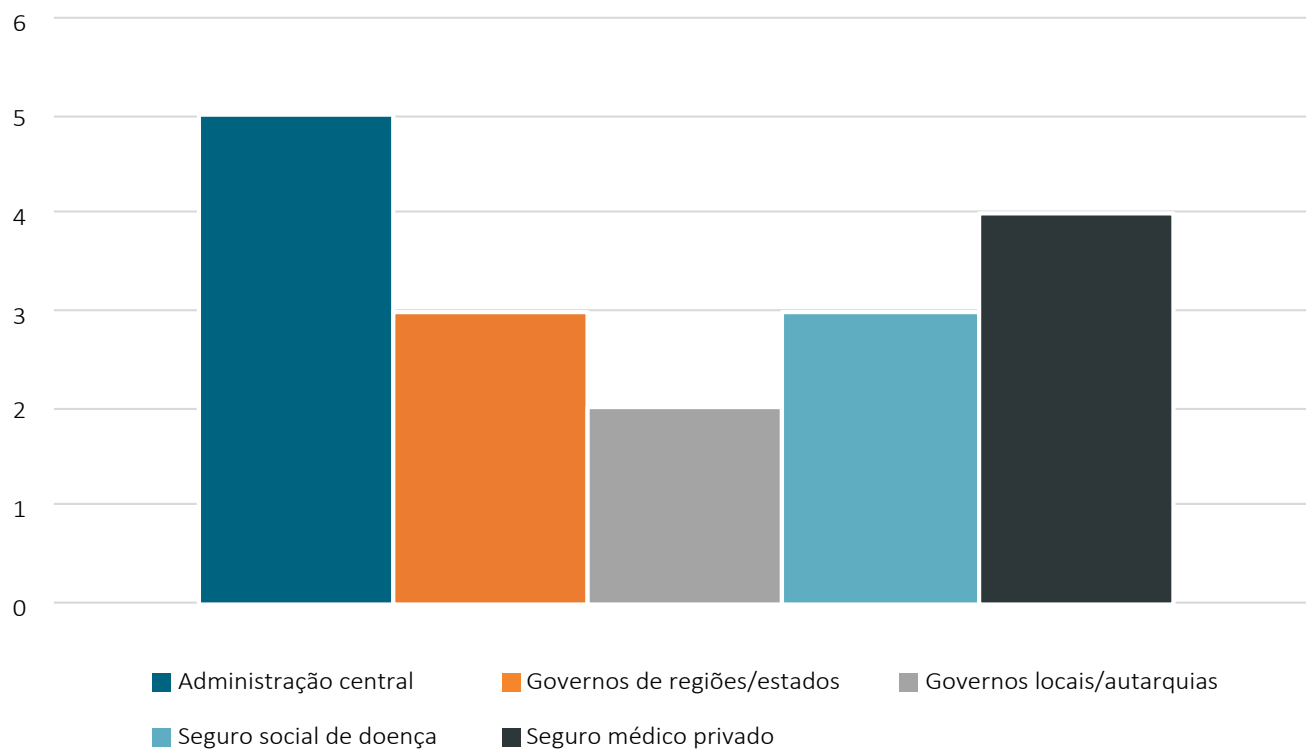
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 8: Principais prestadores de cuidados e diagnósticos especializados



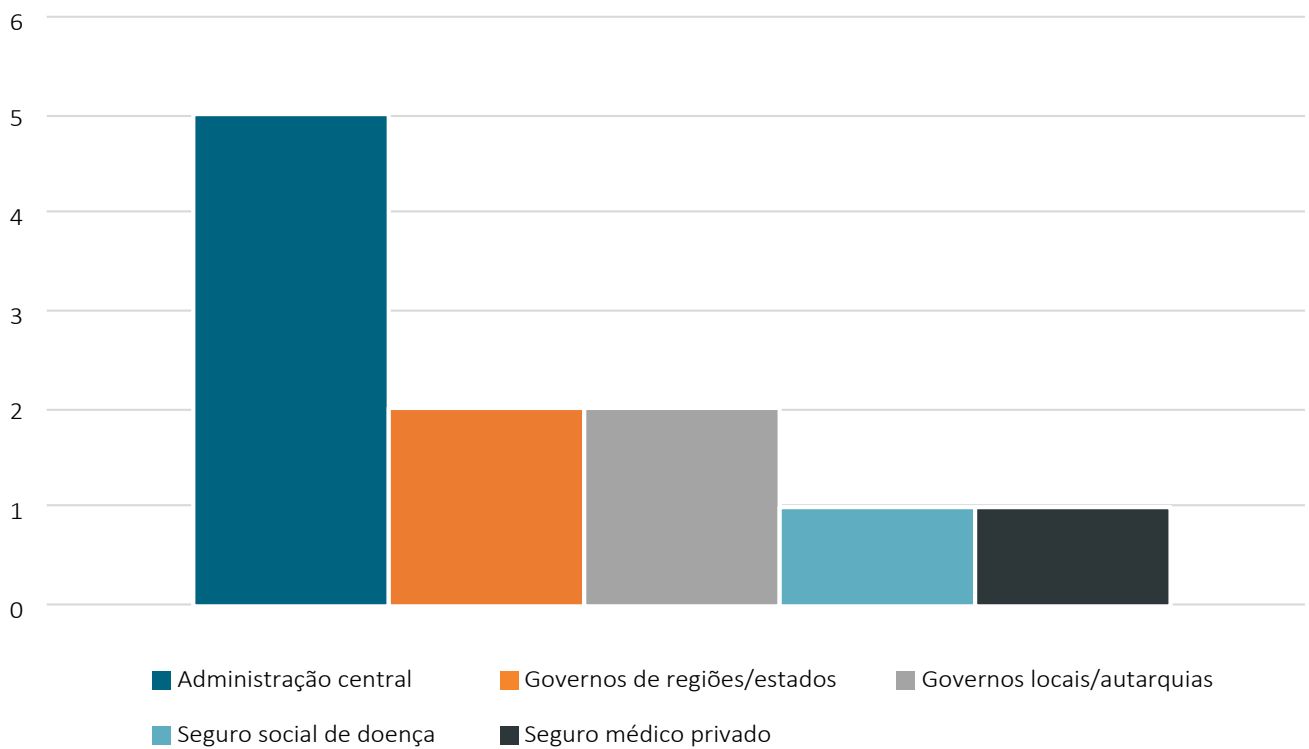
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 9: Principais prestadores de serviços medicamentosos



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 10: Principais prestadores de serviços públicos de saúde



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

O Quadro 10 indica se a prestação de serviços de saúde é apoiada por seguros médicos nos países inquiridos. O seguro de doença está disponível em todos os países inquiridos, existindo seguros privados em 10 países, excepto nos Camarões, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné-Bissau e Libéria. Note-se, contudo, que este tipo de seguro é especificamente utilizado para a prestação de cuidados e diagnósticos especializados. Em contrapartida, apenas três países recorrem ao seguro social de doença, nomeadamente o Benim, a Côte d'Ivoire e a Nigéria, mas fazem-no para mais tipos de serviços, como cuidados preventivos e primários.

4.2 Sistemas de pagamento aos prestadores dos serviços

Existem vários métodos de pagamento pelos serviços de saúde por parte dos compradores. Um orçamento por rubrica permite agrupar os diversos tipos de serviços de saúde, enquanto que no pagamento por serviço e pagamento por caso (também designados de grupos de diagnóstico ou DRG) os serviços são desagregados e pagos individualmente. Na modalidade de DRG, os pagamentos baseiam-se nos casos tratados. Ao contrário da modalidade de pagamento por serviços, onde o pagamento se baseia nos procedimentos utilizados para tratar os doentes, a capitação passa pelo pagando uma taxa fixa por doente, independentemente do tratamento que recebe.

O Quadro 11 revela que os compradores utilizam uma variedade de modalidades de pagamento. A modalidade de rubrica orçamental é a alocação de uma quantia fixa

de financiamento para cobrir determinados cuidados ou custos, por exemplo, os salários dos profissionais de saúde. O pagamento por serviço baseia-se nos serviços prestados. Normalmente, os valores são acordados antecipadamente e o pagamento ocorre depois de o serviço ser prestado. O pagamento por caso é um valor fixo pago aos hospitais por internamento ou alta, em função de certas características clínicas. Por exemplo, poderá haver uma taxa fixa paga por doente de tuberculose que teve alta. A capitação é o pagamento de uma taxa fixa a todos os prestadores por determinados serviços prescritos.

A modalidade de pagamento mais utilizada pelas administrações centrais é a de rubrica orçamental, que é aplicada em cerca de 12 países, e é frequentemente utilizada também pelos governos regionais (em quatro países). O pagamento por serviço e o pagamento por caso (DRG) são utilizados com mais frequência pelos seguros médicos privados, cada qual sendo utilizado em seis países. No que respeita ao seguro social de doença, a modalidade método mais comum é a capitação, presente em seis países.

A fixação de limites de pagamentos por prestador permite diversificar os prestadores e reduz o poder de fixação de preços. Esta prática não é observada com muita frequência nos países africanos. Efectivamente, somente a Côte d'Ivoire aplica limites máximos absolutos aos pagamentos a prestadores individuais, enquanto o Benim e a República Democrática do Congo aplicam limites flexíveis. Oito países não responderam a esta pergunta e os Camarões, a Libéria, as Seicheles e a África do Sul mencionaram que não aplicavam limites. Estes resultados constam do Quadro 12.

Quadro 10: Prestação de serviços de saúde por seguro médico

	Seguro privado	Seguro social
Benim	✓	✓
Camarões		
Chade	✓	
Congo, Rep. Dem.		
Côte d'Ivoire	✓	✓
Gâmbia		
Guiné-Bissau		
Lesoto	✓	
Libéria		
Nigéria	✓	✓
Seicheles	✓	
Serra Leoa	✓	
África do Sul	✓	
Uganda	✓	

Dados extraídos do Inquérito sobre as práticas e procedimentos orçamentais para a saúde pública em África, 2019

Quadro 11: Número de países utilizando cada metodologia de pagamento

	Orçamento por rubricas	Pagamento por serviço	Pagamento por caso	Outro pagamento agrupado	Capitação
Administração central	12	5	5	2	3
Governo regional	4	2	4	1	2
Governo local	2	4	3	2	1
Seguro social de doença	1	2	2	1	6
Seguro médico privado	4	6	6	1	2

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Quadro 12: Fixação de limites de pagamentos por prestador

	Limites absolutos	Limites flexíveis	Sem limites	Pergunta não respondida
Benim		✓		
Camarões			✓	
Chade				✓
Congo, Rep. Dem.		✓		
Côte d'Ivoire	✓			
Gâmbia				✓
Guiné-Bissau				✓
Lesoto				✓
Libéria			✓	
Maurícias				✓
Nigéria				✓
Seicheles			✓	
Serra Leoa				✓
África do Sul			✓	
Uganda				✓

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

A administração de limites máximos é uma componente importante da implementação. No Benim, foi criada, por decreto do Conselho de Ministros, uma agência nacional de cuidados de saúde primários. Esta agência dispõe de autonomia financeira e administrativa. Serão definidos os limites de pagamento das suas acções.

Na República Democrática do Congo, os limites máximos são uma taxa fixa negociada. A Côte d'Ivoire administra os limites máximos através de uma aplicação de controlo orçamental designada SIGFIP (*Système Intégré de Gestion des Finances Publiques*, ou Sistema Integrado de Gestão Financeira). O SIGFIP é utilizado em Côte d'Ivoire, Benim, Senegal, Guiné e Togo (World Bank, 2004).

4.3 Práticas de aquisição de produtos farmacêuticos

A Figura 11 ilustra os resultados das práticas de aquisição de produtos farmacêuticos receitados nos hospitais. Em todos os países, esta aquisição é normalmente realizada pela unidade central de aquisição de produtos médicos. As exceções são a Nigéria, onde cada hospital individual é responsável pelas suas próprias aquisições, e o Chade e a Gâmbia, onde as aquisições são feitas pelos armazéns médicos e farmácias.

A aquisição de produtos farmacêuticos receitados na comunidade ou fora dos hospitais é mais variada. Mesmo assim, a maioria dos países pesquisados utiliza uma unidade central de compras de saúde para isso. O Chade, a Libéria e o Uganda recorrem a prestadores de cuidados de saúde individuais (farmácias comunitárias ou centros ambulatoriais), e o Benim, a Côte d'Ivoire e a Guiné-Bissau recorrem a armazéns médicos e farmácias. Estes resultados encontram-se resumidos na Figura 12.

A determinação dos preços é fundamental para o processo de aquisição. A prática mais comum nos países inquiridos é o processo de concurso, que é aplicado num total de oito países. Em cinco países, os preços são regulamentados. As Seicheles são o único país a recorrer a negociações individuais para a determinação dos preços. Nenhum país utiliza os preços de mercado para os produtos farmacêuticos. Estes resultados aplicam-se aos medicamentos receitados nos hospitais e nas comunidades (embora faltem dados sobre estes últimos no caso da República Democrática do Congo, do Lesoto e da Nigéria) e encontram-se resumidos no Quadro 13.

O inquérito também procurou conhecer as instituições responsáveis pela determinação dos preços dos produtos dos produtos farmacêuticos. Embora nem todos os países tenham fornecido esta informação, em muitos países existem instituições específicas para coordenar e estabelecer os processos. No Uganda, o processo de concurso é realizado pelos Armazéns Médicos Nacionais e no Benim os preços são regulados pelo Departamento de Farmácia, Medicina e Exploração Diagnóstica em colaboração com o Centro Central de Aquisição de Medicamentos Essenciais e Material de Consumo Médico. Nas Seicheles, é o Ministério da Saúde que negocia os preços, e em Côte d'Ivoire, o Ministério da Saúde colabora com os ministérios das Finanças e do Comércio para regular os preços. Mais detalhes sobre os processos de aquisição aplicados nas Seicheles, África do Sul e Nigéria estão contidos no estudo de caso sobre as aquisições.

A República Democrática do Congo relatou um processo centralizado com uma cobertura limitada. Normalmente, é passada uma receita aos doentes para adquirirem medicamentos, mas alguns produtos são encomendados pelo Estado através da federação da compra de medicamentos essenciais.

Nos Camarões, as aquisições são da responsabilidade de órgãos dedicados como a CENAME⁵, uma estrutura responsável pela aquisição de produtos farmacêuticos.

4.4 Conclusões

A administração central a prestadora de serviços sanitários mais importante nos países inquiridos, embora isto varie em função do tipo de serviço prestado. A administração central presta cuidados de saúde primários, o que é de esperar, tendo em conta as repercussões para as futuras despesas de saúde se a qualidade dos cuidados primários for fraca. As administrações locais, normalmente sob a forma de clínicas, são um parceiro importante na prestação de cuidados primários. Os serviços especializados, tais como diagnósticos e médicos especializados, são prestados pela administração central e por prestadores privados de serviços médicos. Em alguns dos países inquiridos, os elevados níveis de desigualdade de rendimentos estão associados à utilização de prestadores privados serviços médicos, o que inclui especialistas não disponíveis no sector público. O Benim e a Nigéria dispõem de sistemas de seguro social de doença.

Os países entrevistados utilizam prioritariamente os orçamentos por rubrica para pagar pelos serviços de saúde, sobretudo quando o agente implementador é a administração central. Poderiam ser exploradas outras metodologias de pagamento para sistemas alternativos de entrega, com vista a assegurar um equilíbrio mais uniforme dos riscos entre o Estado e o fornecedor. O Benim, a República Democrática do Congo e a Côte d'Ivoire aplicam também limites máximos para pagamentos aos fornecedores, o que impõe mais riscos para os fornecedores.

A aquisição de produtos farmacêuticos para o sector público é normalmente realizada por meio de um processo centralizado por uma agência da administração central. O estudo de caso sobre a aquisição revela que as compras centralizadas podem aumentar ou diminuir os custos, em função de como a aquisição está estruturada

A administração central é a prestadora de serviços sanitários mais importante nos países inquiridos, embora isto varie em função do tipo de serviço prestado

5 CENAME: a Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels, ou a central nacional de aprovisionamento de medicamentos e consumíveis médicos essenciais.

Figura 11: Aquisição de produtos farmacêuticos receitados nos hospitais

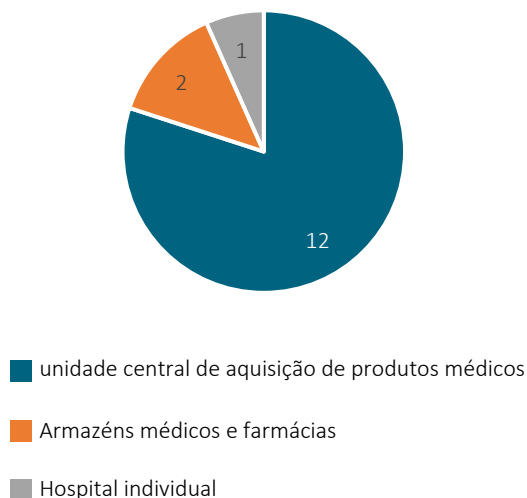
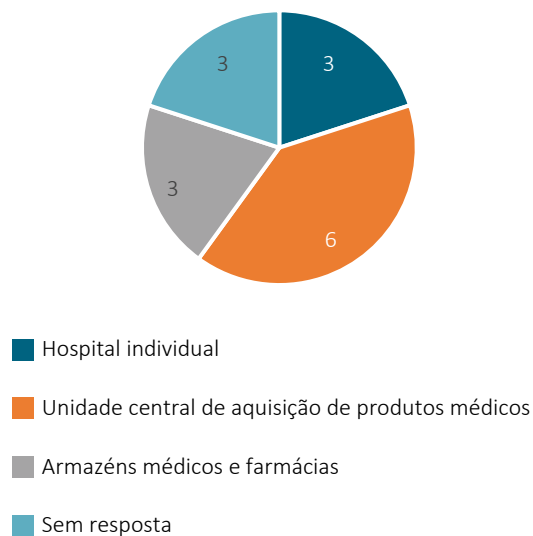


Figura 12: Aquisição de produtos farmacêuticos receitados na comunidade



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

NB: Dados não disponíveis para a República Democrática do Congo, Lesoto e Nigéria.

Quadro 13: Práticas para a determinação dos preços dos produtos farmacêuticos

Processo de concurso	Preços são regulamentados	Negociações individuais
Congo, Rep. Dem. Gâmbia Serra Leoa Uganda Maurícias África do Sul Libéria Nigéria	Côte d'Ivoire Camarões Benim Chade Guiné-Bissau	Seicheles

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019
NB: Dados não disponíveis para o Lesoto.

PA aquisição de produtos farmacêuticos para o sector público é normalmente realizada por meio de um processo centralizado por uma agência da administração central

5 Controlo dos orçamentos

Com o intuito de melhorar a planificação e a execução orçamental com o passar do tempo, é importante que os governos controlem a qualidade e o ritmo das despesas. Este controlo é realizado ao longo de dois prazos diferentes. O acompanhamento ao longo do ano centra-se principalmente no ritmo das despesas para impedir a subutilização das dotações e que os ministérios não excedam os limites máximos das despesas.

A qualidade da despesa é mais difícil de apurar. Esta análise exige mais tempo e investigação, que pode ir desde visitas ao terreno até à contratação de estudos académicos para determinar o impacto das despesas. Pode ser realizada uma análise formal das despesas ao examinar todas as transações durante um determinado período e determinar se o financiamento foi gasto conforme preconizado pela legislatura. Num mundo ideal, a qualidade da despesa e do impacto poderia ser estabelecida através de ensaios de controlo aleatórios dos programas públicos, mas estes são onerosos, podem demorar anos e as suas constatações limitam-se a contextos específicos.

5.1 Mecanismos para o controlo da despesa

Dos 15 países inquiridos, apenas o Chade não dispõe de um mecanismo de controlo orçamental. Os sistemas de controlo funcionam, na sua maioria, de forma semelhante. A Gâmbia referiu-se a um Sistema Integrado de Gestão Financeira (IFMIS) e à análise trimestral das despesas de saúde pública realizada pela Unidade de Financiamento da Saúde na Direcção de Planeamento e Informação.

Na Serra Leoa, o mecanismo de relato também abrange as actividades das ONG. O Gabinete do Orçamento no Ministério das Finanças dispõe de um instrumento de controlo em formato Excel para fazer o acompanhamento das despesas reais e as contas a pagar numa base mensal. O Ministério da Saúde e do Saneamento dispõe de uma unidade de ONG que acompanha o fluxo de fundos provenientes das ONG internacionais e nacionais para as respectivas actividades. A par disto, o Sistema de Contabilidade do Governo impede qualquer montante em excesso do orçamento e dos limites máximos aprovados.

No Uganda, todas as instituições devem preparar relatórios trimestrais detalhando claramente os fundos recebidos, as despesas e as realizações em relação aos resultados previstos. Os responsáveis pelo orçamento do sector também fazem

o controlo físico dos projectos para confirmar a situação relatada nos relatórios trimestrais de desempenho.

O processo nas Maurícias é semelhante. O Ministério das Finanças realiza um controlo trimestral de todas as despesas contraídas. A despesa excedentária carece de aprovação, em conformidade com a Lei das Finanças e da Auditoria e o Manual de Gestão Financeira.

O Quadro 14 revela que as instituições mandatadas para controlar a execução orçamental são semelhantes nos diferentes países. Em todos os países inquiridos, com excepção da Gâmbia, os ministérios das finanças desempenham um papel importante. Na Gâmbia, esta função é desempenhada pelo Ministério da Saúde. Alguns países incluem vários outros órgãos: por exemplo, no Lesoto, o Parlamento, o Conselho de Ministros, e os Ministérios das Finanças e da Saúde participam todos no controlo da execução orçamental. Um Comité das Contas Públicas está incumbido de examinar as demonstrações financeiras de todos os órgãos públicos. Além disso, o Ministério da Saúde apresenta relatórios à Comissão Parlamentar que analisa as divergências nas despesas.

A Figura 13 indica o tempo que demora até o Ministério da Saúde apresentar relatórios sobre as despesas de saúde. De acordo com a norma do PEFA (PI-28), os relatórios devem ser apresentados no prazo de um mês (PEFA, 2019). Metade dos países inquiridos apresenta os seus relatórios no prazo de um mês. Em seis casos, os relatórios podem demorar mais de três meses a ser apresentados. Um atraso tão prolongado dificultará a supervisão eficaz pelo Ministério das Finanças.

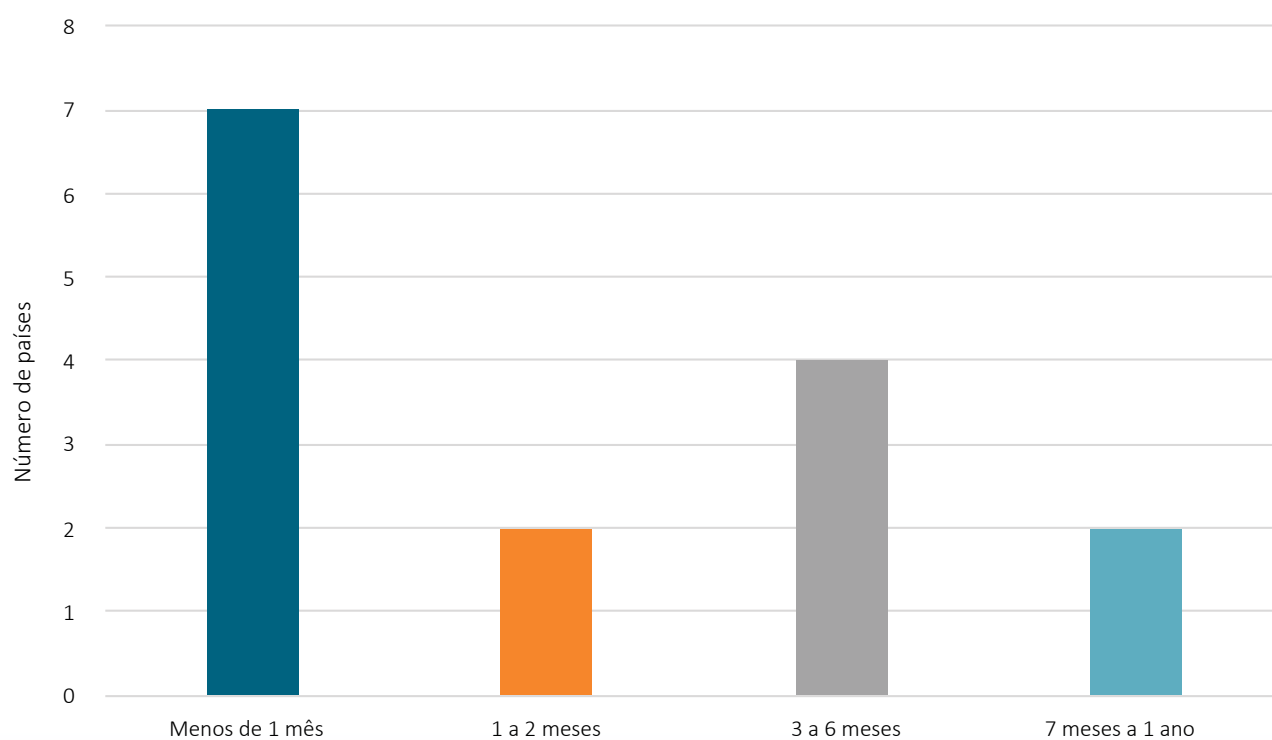
Existem várias razões para o atraso na apresentação dos relatórios. Na Nigéria, os atrasos são causados pelas auditorias, o que explica o atraso de mais de seis meses no relatório das despesas. No Lesoto, os atrasos de três a seis meses são causados pelo Ministério da Saúde. Na Libéria, onde os atrasos são também de três a seis meses, os prestadores de serviços de saúde são responsáveis. A Côte d'Ivoire alega várias razões pelos atrasos superiores a seis meses na apresentação dos relatórios. Estas incluem o atraso na obtenção da informação do Ministério da Saúde e dos governos subnacionais, a ausência da tecnologia apropriada para o processamento dos dados, o atraso na comunicação das agências de financiamento internacionais e capacidade administrativa insuficiente.

Quadro 14: Responsabilidade pelo controlo da execução orçamental

	Parlement	Conseil des ministres	Ministère des Finances	Ministère de la Santé
Bénin			✓	✓
Cameroun	✓		✓	✓
Tchad			✓	
Rép. dém. du Congo			✓	
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✓
Gambie				✓
Guinée-Bissau	✓	✓	✓	
Lesotho	✓	✓	✓	✓
Libéria	✓		✓	✓
Maurice			✓	✓
Seychelles		✓	✓	✓
Sierra Leone			✓	
Afrique du Sud			✓	
Ouganda	✓		✓	

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 13: Disponibilidade de dados para os processos de controlo



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

5.2 Execução orçamental

Poucos inquiridos completaram a secção do inquérito que detalha as dotações orçamentais, a dotação ajustada e as despesas efectivas. A informação que foi comunicada encontra-se captada no Quadro 15. Os dados revelam que as taxas de execução orçamental são bastante baixas. A última coluna do quadro capta o rácio das despesas efectivas em relação à dotação orçamentada original.

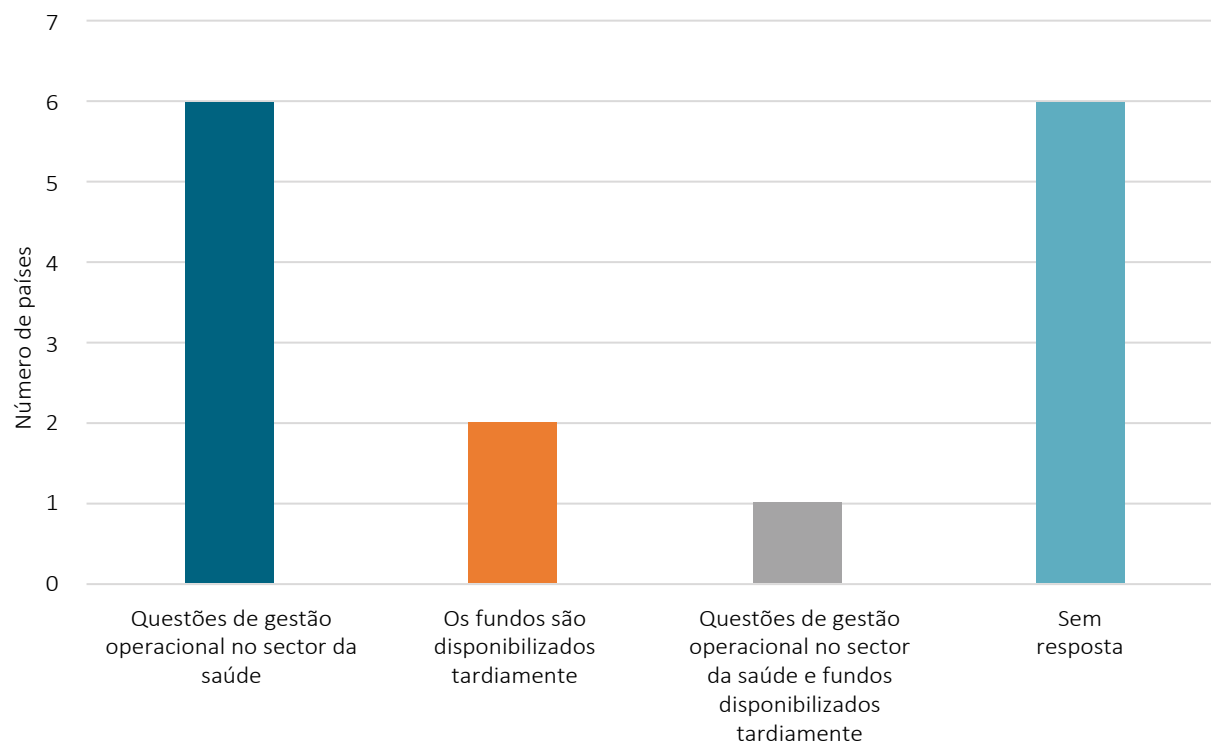
Este rácio deve ser próximo de um. Um rácio inferior a um indica que os governos não possuem a capacidade para gastar a totalidade das suas dotações. Isto implica que existem objectivos de prestação de serviços que não estão a ser atingidos devido a deficiências operacionais e que o financiamento está a ser perdido. Por outro lado, um rácio superior a um sugere descontrolo das despesas.

Os resultados revelam que o Benim, a República Democrática do Congo e a Côte d'Ivoire subutilizam todas as suas dotações, nalguns casos em montantes elevados. As taxas de execução orçamental no Benim são muito baixas. O quadro contém apenas os dados do ano transacto. A taxa média de execução orçamental do Benim nos últimos cinco anos foi de 0,21. Isto sugere que existem problemas operacionais importantes no sector da saúde que prejudicam a prestação de serviços e que talvez contribuam para a baixa esperança de vida nestes países. A Serra Leoa apresenta o problema oposto, com despesas efectivas superiores à dotação orçamental. Isto sugere um controlo financeiro deficiente no Ministério da Saúde. A Libéria e a África do Sul registam boas taxas de execução orçamental

O Quadro 16 apresenta os resultados da avaliação da execução orçamental a partir dos relatórios dos países inquiridos. Para que a execução orçamental fosse classificada como "A", o desvio em relação ao orçamento tinha de ser inferior a 5%, inferior a 10% para uma nota "B" e inferior a 15% para uma nota "C". Estes orçamentos referem-se a despesas que representam 75% de todas as despesas públicas, e não apenas as do Ministério da Saúde. Os resultados do quadro são coerentes com os resultados da CABRI, na medida em que os níveis de execução orçamental são baixos. Os resultados da avaliação PEFA indicam que isto se deve provavelmente a problemas sistémicos de execução orçamental, e não a questões específicas associadas às despesas de saúde.

A Figura 14 apresenta as causas da subutilização das dotações. Estes dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a causa da subutilização pode variar consoante o inquirido pertença ao Ministério das Finanças ou ao Ministério da Saúde. Os inquiridos nos ministérios das Finanças são mais susceptíveis de atribuir a subutilização de fundos a questões operacionais no sector da saúde, enquanto os do Ministério da Saúde podem atribuir a culpa à disponibilização tardia de fundos do Ministério das Finanças. Seis países responderam que a subutilização das dotações se deve a problemas operacionais no Ministério da Saúde. Um país avançou que ambas as causas se aplicam- talvez não é por acaso que se trata do Benim, o único país em que o inquérito foi concluído por funcionários dos ministérios das finanças e da saúde.

Figura 14: Razões pela subutilização das dotações



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Quadro 15: Execução orçamental (US\$)

	Dotação orçamental ⁶	Dotação ajustada	Despesa efectiva	Efectiva/ Orçamentada
Benim	120.187.488		23.771.291	0,20
Congo, Rep. Dem.	435.461.271		335.651.885	0,77
Côte d'Ivoire	629.220.555	504.645.262	433.439.815	0,68
Libéria	404.460		360.995	0,97
Serra Leoa	112.899		127.049	1,12
África do Sul	3.540.429.237	3.567.878.887	3.530.328.887	1,00

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Quadro 16: Avaliações PEFA a respeito da execução orçamental

	Ano da avaliação PEFA	Quadro PEFA	Resultado
Benim	2014	2016	D
Camarões	2017	2016	D
Chade	2018	2016	D+
Congo, Rep. Dem.	2008	2011	D
Côte d'Ivoire	2019	2016	C+
Gâmbia	2015	2011	C
Guiné-Bissau	2014	2011	C
Lesoto	2017	2016	D+
Libéria	2016	2011	C
Maurícias	2015	2011	C+
Nigéria	Não disponibilizado ao público		
Seicheles	2017	2016	C+
Serra Leoa	2018	2016	D
África do Sul	2014	2011	A
Uganda	2017	2016	D+

Fonte: PEFA. Os elementos avaliados são o PI-02 no Quadro de 2011 e PI-02 no Quadro de 2016

⁶ A informação facultada pelos países inquiridos é convertida em dólares norte-americanos. A informação refere-se ao exercício mais recente, geralmente, 2018.

5.3 Contratos e avaliações de desempenho

O controlo orçamental tem por objectivo avaliar o desempenho e a qualidade, não apenas os níveis de despesa. Isto é significativamente mais difícil e várias abordagens têm vindo a ser utilizadas.

Oito países inquiridos usam acordos de desempenho. O Quadro 17 explora a forma como estes acordos de desempenho são operacionalizados. Em seis dos oito países, os objectivos de desempenho são determinados pelo executivo, normalmente pelo gabinete do Presidente ou do Primeiro-Ministro. Os Camarões colaboram com vários órgãos ao definir os indicadores de desempenho, a saber a autoridade orçamental e a legislatura

A gestão das consequências é um processo importante em qualquer sistema. Várias respostas são possíveis quando os indicadores de desempenho não são atingidos, e estas são examinadas no Quadro 18. Em quatro países não há consequências se os indicadores de desempenho não forem atingidos. Isto ilustra as dificuldades na elaboração do orçamento para a saúde. Noutros sectores da administração pública, a subutilização das dotações e a não consecução dos objectivos de desempenho dariam origem ao corte das dotações, mas esta opção não é viável no domínio da saúde. O Lesoto tenta efectivamente seguir esta via ao congelar as dotações. A África do Sul adopta a abordagem de punir os dirigentes ao divulgar o fraco desempenho e impor consequências negativas aquando da avaliação do desempenho dos mesmos. O Benim, os Camarões, a Guiné-Bissau, a Libéria e a Serra Leoa oferecem mais formação ao pessoal, se não atingirem os objectivos. O Benim e o Lesoto optam por substituir os dirigentes anteriores.

É difícil acertar com a orçamentação pelo desempenho. O inquirido das Seicheles indicou que a orçamentação por programas foi introduzida em todos os serviços públicos em

2018. Ainda se aguarda para conhecer os benefícios para o Ministério da Saúde.

As análises das despesas são utilizadas por menos de metade da amostra. Nas Seicheles, são realizadas análises anuais das despesas. A Guiné-Bissau realizou análises das despesas em 2018. O Lesoto realizou análises das despesas em cada um dos últimos três exercícios fiscais. A República Democrática do Congo procedeu a análises das despesas, mas o processo não foi eficaz. Um relatório anual de desempenho tem vindo a ser elaborado desde 2016, mas este relatório representa mais um exercício para passar à modalidade de orçamento-programa. Não afecta de qualquer modo as dotações orçamentais a afectar ao sector.

Sete países utilizam outros mecanismos para reduzir ou aumentar as despesas. Na República Democrática do Congo, as despesas estão associadas às receitas. Se houver uma quebra nas receitas, todas as despesas, incluindo a da saúde, sofrem cortes. A Guiné-Bissau utiliza o próprio processo orçamental para reduzir as despesas, sendo o financiamento aplicado onde é mais necessário. Nalguns casos, isto poderá ser para financiar algo que não a saúde. As Seicheles utilizam os orçamentos rectificativos para aumentar o financiamento ou para cortar no financiamento que não será gasto durante o exercício em curso. No Benim, as projecções das despesas de saúde também consideram as medidas previstas no sector. Estas incluem medidas para manter, aumentar ou eliminar custos que podem conduzir a um aumento ou a uma redução das despesas.

No Lesoto são proibidos cortes em certas áreas da saúde, como os subsídios à *Christian Health Association of Lesotho*, ao *Baylor College of Medicine Children's Foundation Lesotho* e ao Hospital de Referência Queen Mamohato. Também não há cortes nos fármacos, vacinas e formação, embora as verbas administrativas podem fazer objecto de cortes.

O controlo orçamental deve avaliar o desempenho e a qualidade, não apenas os níveis de despesa - isto é significativamente mais difícil e várias abordagens têm vindo a ser utilizadas em diversos países

Quadro 17: Contratos de desempenho – quem determina os indicadores?

	AOC	Executivo do governo	Legislatura	Agência executiva
Lesoto	✓	✓		
Nigéria	✓	✓	✓	
Seicheles	✓			
Serra Leoa		✓		
África do Sul				✓
Uganda	✓	✓		✓

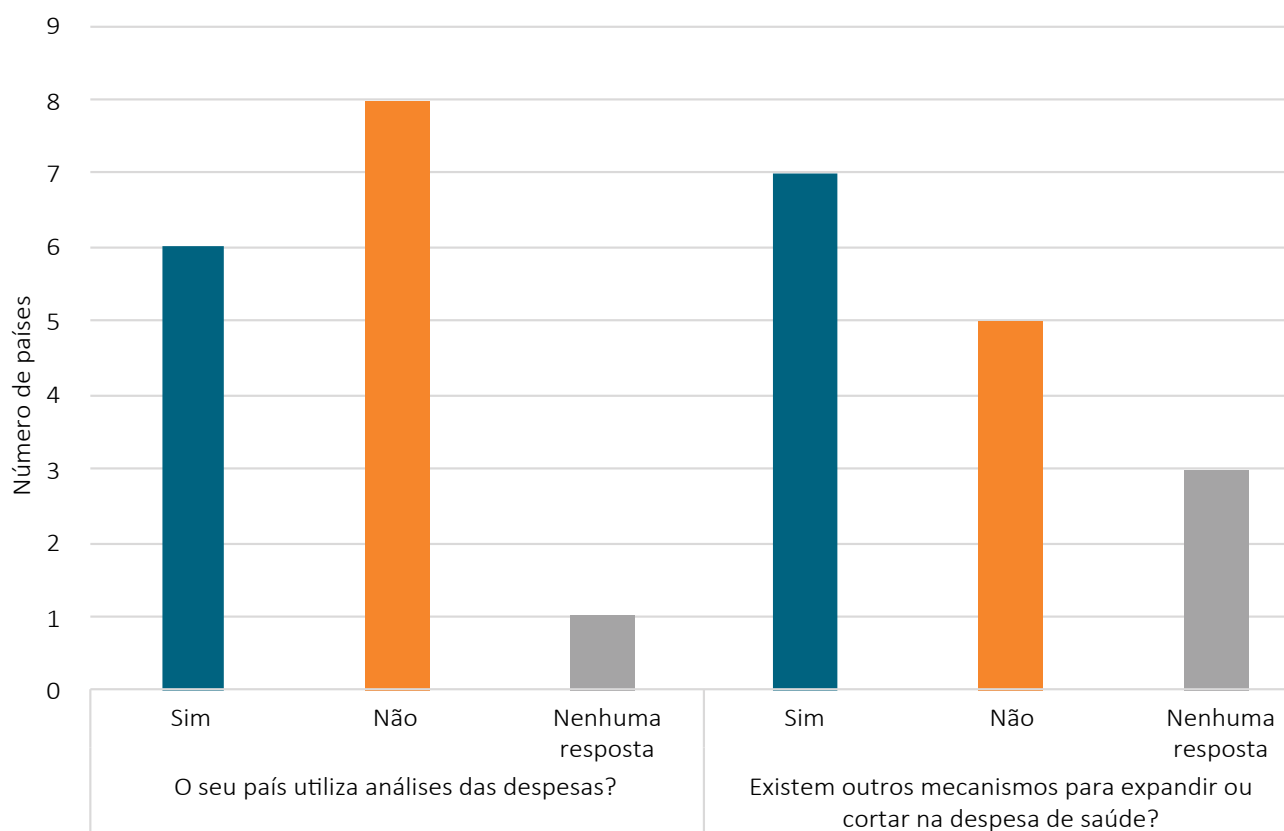
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Quadro 18: Consequências de não alcançar os indicadores de desempenho

	Benim	Camarões	Chade	Congo, Rep. Dem.	Guiné-Bissau	Libéria	Maurícias	Nigéria	Seicheles	Serra Leoa	África do Sul	Lesoto
Nenhuma consequência			✓	✓	✓				✓			
Divulgação do fraco desempenho	✓						✓			✓	✓	✓
Controlo mais estreito no futuro	✓				✓	✓	✓			✓		✓
Redução das dotações		✓										✓
Mais formação oferecida aos funcionários afectos	✓	✓			✓	✓				✓		✓
Aumento das dotações					✓							
Congelamento das dotações												✓
Introdução de novos dirigentes	✓											✓
Mais pessoal afecto ao programa ou à organização												✓
Programa eliminado												✓
Consequências negativas para as avaliações dos dirigentes	✓					✓		✓			✓	

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 15: Recurso a análises de despesas e outros mecanismos para cortar ou expandir a despesa



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

5.4 Conclusões

À semelhança de quaisquer despesas públicas, as dotações para os cuidados de saúde devem fazer objecto de controlo para garantir que o financiamento seja bem gasto. Todos os países inquiridos dispõem de mecanismos para controlar as despesas, o que é, na essência, são bastante semelhantes, com a AOC a desempenhar um papel fulcral. As legislaturas são também informadas das despesas e, em particular, dos desvios dos orçamentos. Estas funções dependem da disponibilidade de dados. Se os resultados das despesas só estiverem disponíveis mais de seis meses após o evento, é difícil desempenhar um papel activo sempre que o orçamento sofra desvios.

Apesar dos mecanismos de acompanhamento, os níveis de execução orçamental nos países objecto do inquérito eram

baixos, conforme confirmado pelas avaliações PEFA. A fraca execução orçamental está mais associada aos processos públicos do que à saúde.

Vários países inquiridos têm utilizado contratos de desempenho para controlar o desempenho. Os indicadores nos acordos são geralmente determinados pelo executivo do governo (frequentemente o Gabinete do Presidente ou o Gabinete do Primeiro-Ministro) ou pela AOC.

A aplicação dos acordos de desempenho é problemática. Em quatro países, não existem consequências para o mau desempenho. Noutros países, as sanções vão desde a má publicidade aos dirigentes políticos até aos cortes nas despesas e à formação contínua do pessoal.

As dotações para os cuidados de saúde devem fazer objecto de controlo para garantir que o financiamento seja bem gasto

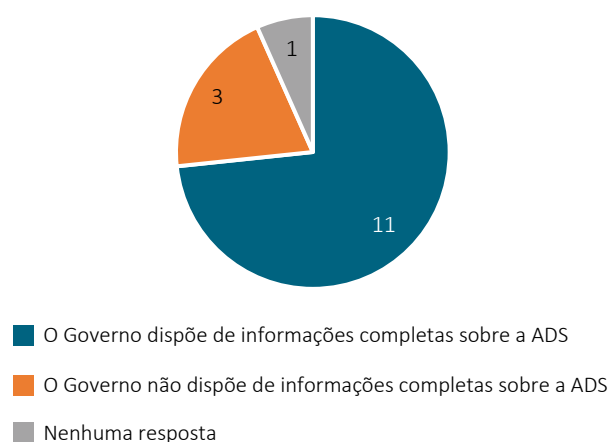
6 Gestão da ajuda ao desenvolvimento para a saúde

A ajuda ao desenvolvimento para a saúde (ADS) refere-se aos recursos, em espécie ou financeiros, fornecidos pelos doadores internacionais, aos países de baixos rendimentos e de rendimento médio com o objectivo de melhorar os resultados da saúde. Esta secção define os processos e políticas de gestão para a utilização da ADS nos países inquiridos.

Conforme referido na discussão sobre o financiamento da saúde, os fluxos dos doadores representam uma parte significativa do financiamento total da saúde em alguns dos países inquiridos. Em países como o Benim, a República Democrática do Congo, a Gâmbia e a Libéria, mais de 30% da despesa da saúde proveio dos parceiros de desenvolvimento, mas representou menos de 2% da despesa nas Maurícias, nas Seicheles e na África do Sul.

É imprescindível que os governos tenham conhecimento dos montantes recebidos para a utilização e coordenação eficiente dos mesmos. Os resultados do inquérito sobre o nível de conhecimento dos governos, apresentados na Figura 16, revelam que 11 dos 15 países inquiridos dispõem de informações completas sobre os montantes dos fundos autorizados e pagos pelas instituições internacionais e sobre os projectos financiados. No entanto, três países, nomeadamente o Benim, a Nigéria e a Serra Leoa, não dispunham de informações completas. A Gâmbia não respondeu.

Figura 16: Conhecimento, pelo governo, dos fundos e projectos de ajuda ao desenvolvimento



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Apesar dos elevados níveis de conhecimento dos projectos, sete entre 10 países comunicaram que menos de 25% dos fundos de ADS são canalizados através do processo orçamental regular ou através do sistema de gestão das finanças públicas (GFP), o que significa que a ajuda raramente é contabilizada nos planos de despesas de saúde do governo. Os Camarões, a República Democrática do Congo e a Guiné-Bissau comunicaram que uma percentagem mais elevada, até 50%, passa por esse canal, e as Maurícias registam um melhor desempenho, com mais de 75% da ajuda a ser contabilizada no sistema de GFP.

Na República Democrática do Congo, a Unidade de Apoio e Gestão Financeira administra os fundos da Gavi (Aliança de Vacinas), do Fundo Global e do Banco Mundial. Os outros parceiros técnicos e financeiros possuem as suas próprias unidades de gestão financeira, que raramente prestam contas ao Governo.

As Maurícias utilizam a ajuda ao desenvolvimento em apenas determinados aspectos, o que talvez explica porquê é capaz de encaminhar grande parte do financiamento através do sistema de GFP. A assistência ao desenvolvimento só está prevista para o combate ao VIH/SIDA do Fundo Global. Existe um mecanismo de coordenação nacional que integra membros da sociedade civil, ONG e funcionários públicos de vários ministérios. O Fundo Global disponibilizou US\$ 1,8 milhões para o período de 2015 a 2017 e US\$ 2,4 milhões para o período de 2018 a 2020.

No Lesoto, o governo integra vários actores: a Unidade de Contas Públicas (UCP) do Ministério da Saúde presta contas à direcção do Ministério da Saúde sobre a utilização do financiamento dos doadores, ministérios das finanças e do planeamento, bem como directamente aos parceiros de desenvolvimento.

A Guiné-Bissau recorre ao Comité de Coordenação do Sector da Saúde no Ministério da Saúde. Visa criar um espaço de consulta, planeamento estratégico, execução de actividades e acompanhamento dos indicadores-chave que contribuem para a concretização dos objectivos propostos a nível nacional e internacional.

Existem normalmente mecanismos para coordenar e acompanhar a utilização da ADS com os parceiros internacionais. Os ministérios da saúde ou das finanças possuem departamentos responsáveis por acompanhar a utilização dos fundos e assegurar uma comunicação periódica com os parceiros internacionais de desenvolvimento. O Quadro 19 descreve esses mecanismos nos países que forneceram informações.

Quadro 19: Síntese dos mecanismos de coordenação da ADS por país

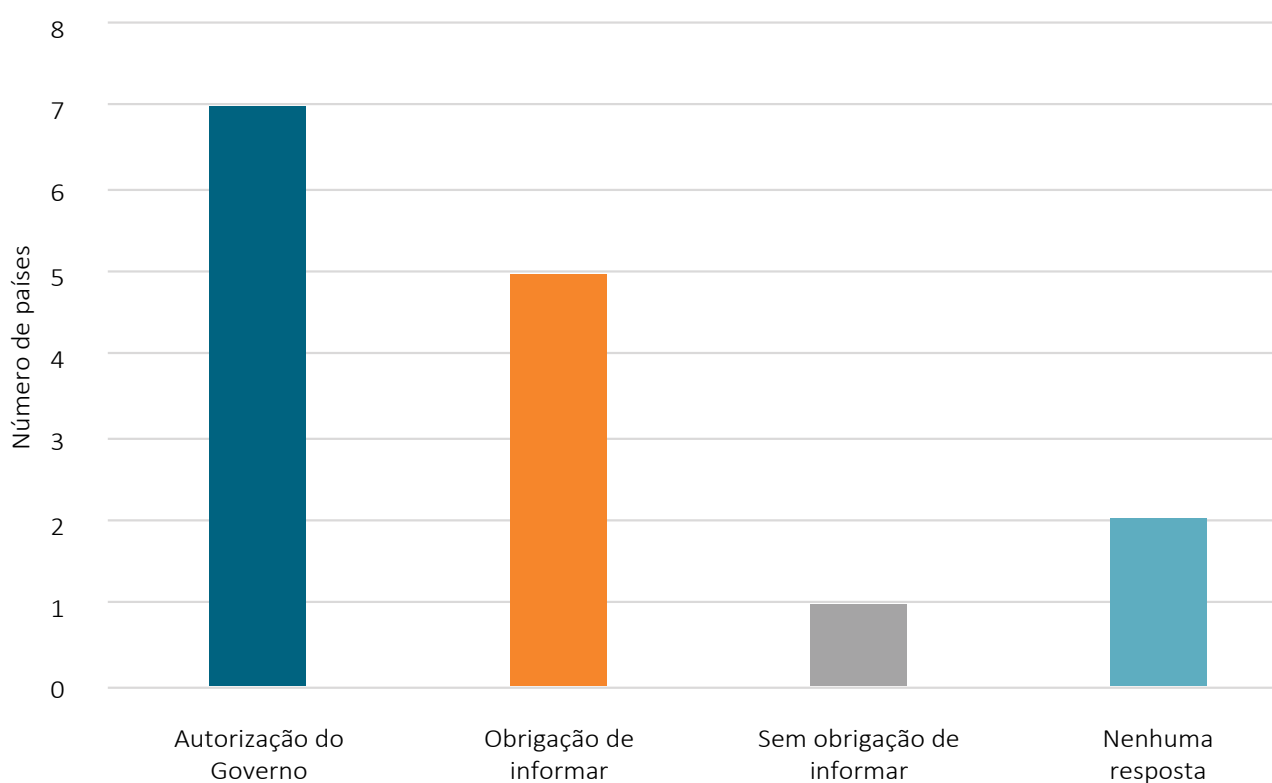
	Mecanismos
Benim	O mecanismo principal consiste numa reunião entre os ministérios das finanças, saúde, negócios estrangeiros e cooperação internacional, e planeamento e desenvolvimento como os parceiros internacionais, para a implementação de acordos de parceria. Existe um mecanismo secundário que consiste em revisões conjuntas periódicas da gestão do sector ou sobre temas específicos.
Chade	Um mecanismo, denominado Reunião de Parceiros Técnicos e Financeiros do Estado, promove discussões periódicas entre o governo e os parceiros de desenvolvimento.
Congo, Rep. Dem.	Os parceiros técnicos e financeiros também integram a Comissão de Financiamento do Sector da Saúde.
Côte d'Ivoire	A Plataforma Nacional de Coordenação para o Financiamento da Saúde consiste num comité director que integra o Primeiro-Ministro, membros de vários ministérios, sociedade civil, membros do sector privado, bem como os parceiros internacionais de desenvolvimento. O seu objectivo é garantir que as despesas com a saúde estão em conformidade com o Plano Nacional de Desenvolvimento e o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde.
Guiné-Bissau	Existe um Comité de Coordenação do Sector da Saúde no Ministério da Saúde, que supervisiona o planeamento estratégico do sector e monitoriza os indicadores-chave para o cumprimento dos objectivos nacionais e internacionais.
Lesoto	Existem vários mecanismos. No Ministério da Saúde, a UAP negocia acordos com agências internacionais de desenvolvimento. No Ministério das Finanças, a Unidade de Gestão da Dívida negocia os termos da dívida. No Ministério do Planeamento do Desenvolvimento, existe um Departamento de Coordenação da Ajuda que é responsável pelo desenvolvimento e gestão da política de ajuda.
Maurícias	Existe um mecanismo de coordenação que integra membros da sociedade civil, ONG e funcionários públicos de vários ministérios.
Nigéria	O Ministério das Finanças dispõe de dois departamentos vocacionados para a coordenação da ajuda. Isto é especialmente relevante no que respeita à ajuda ao financiamento de contrapartida.
Serra Leoa	A Unidade de Administração Integrada de Projectos de Saúde, afecta ao Ministério da Saúde e do Saneamento, é chefiada pelos Directores de Fundos específicos e conta com profissionais das áreas de contabilidade, aquisições, sistemas de informação, acompanhamento e avaliação, e outros parceiros de saúde.
África do Sul	Existem comités directores dos programas e consultas anuais entre o governo e os parceiros de desenvolvimento.

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Conforme acima referido, os parceiros de desenvolvimento normalmente integram esses mecanismos. Os governos e os parceiros de desenvolvimento devem colaborar para assegurar a coordenação da ajuda e a utilização eficiente do financiamento. Conforme revela a Figura 17, todos os países mencionaram que, ou o governo deve autorizar as actividades

e o financiamento dos parceiros de desenvolvimento, ou estes devem informar o governo das suas actividades. Uma excepção é as Seicheles, onde não existe qualquer obrigação de informar. A Caixa 2 descreve o processo aplicado na Guiné-Bissau para a utilização de fundos externos.

Figura 17: Processo de gestão do uso da ajuda ao desenvolvimento



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

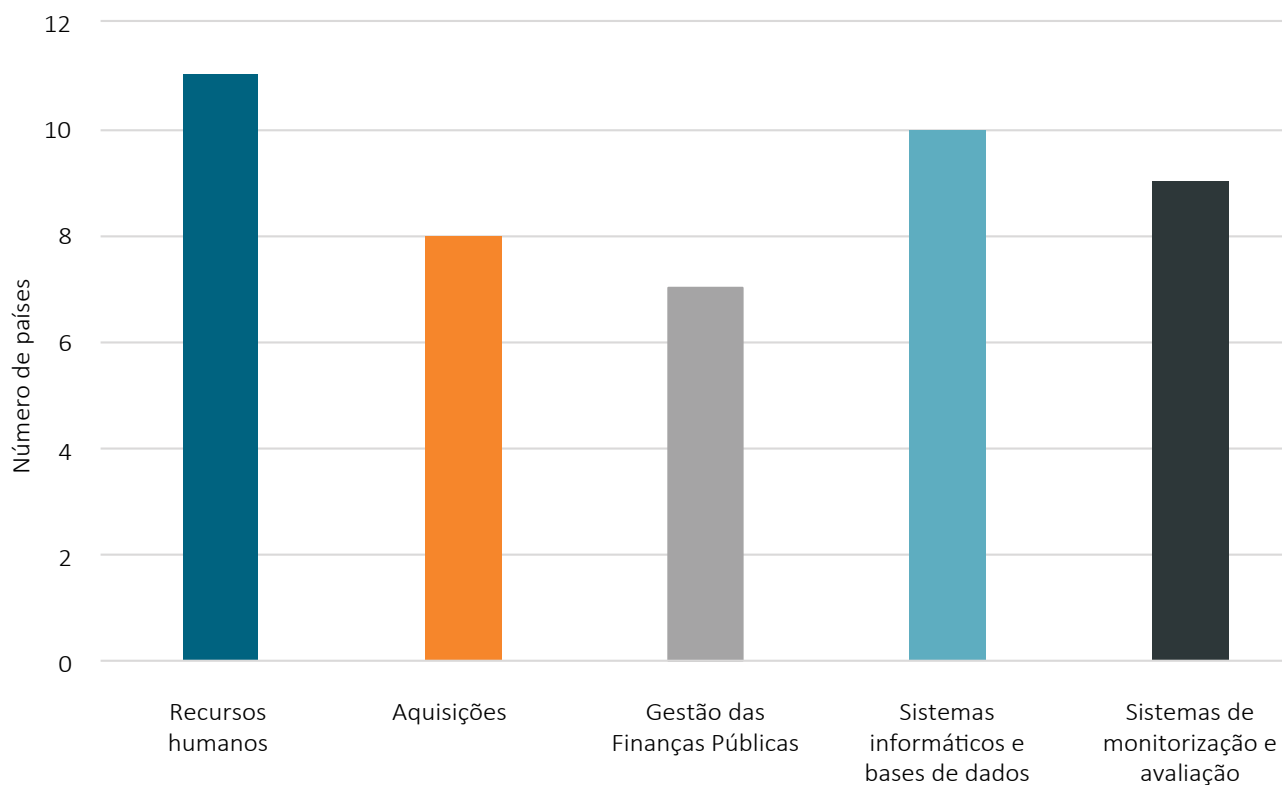
Caixa 2: Processo de Guiné-Bissau para a utilização dos fundos da ajuda ao desenvolvimento

Antes de um projecto ou programa ser financiado, os potenciais impactos são avaliados de acordo com os sectores prioritários do Plano Estratégico e Operacional “Terra Ranka” e os planos sectoriais dos ministérios. No caso do sector da saúde, este seria o Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS III). Uma vez identificados os potenciais impactos, e se o referido projecto observar as leis e as regras ambientais vigentes, os parceiros de desenvolvimento podem negociar a aprovação e lançamento do mesmo com o governo.

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Os governos e os parceiros de desenvolvimento devem colaborar para assegurar a coordenação da ajuda e a utilização eficiente do financiamento

Figura 18: Criação de estruturas adicionais para programas e projectos

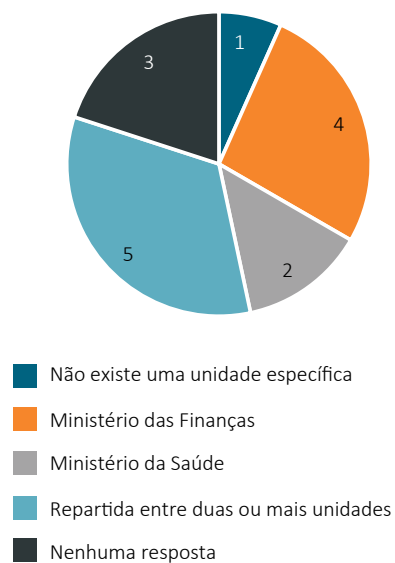


Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Frequentemente, os parceiros criam outras estruturas além das estruturas existentes do governo, como recursos humanos e sistemas informáticos. Esta é a situação na maioria dos países, com 11 a mencionar pessoal adicional e sete a declarar estruturas de GFP.

Em muitos casos, a função de gestão da ajuda ao desenvolvimento está repartida entre duas ou mais unidades, uma no Ministério das Finanças e outra no Ministério da Saúde. Quando se trata de uma única unidade, esta está mais frequentemente localizada no Ministério das Finanças. Uma excepção é as Seicheles, onde esta função não existe. A Figura 19 apresenta esses resultados.

Figura 19: Localização da função de gestão da ajuda ao desenvolvimento



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Além da República Democrática do Congo, do Chade, da Libéria, das Ilhas Maurícias e das Seicheles, nove dos 14 países possuem políticas explícitas para gerir a ajuda ao desenvolvimento. A Gâmbia não respondeu. Onde existem, é vulgar que as políticas contenham orientações para os doadores ao lidarem com o governo, as preferências sobre o tipo de ajuda, bem como as modalidades de controlo e avaliação da política de gestão dos apoios. A frequência de certos tipos de conteúdos em várias políticas de gestão da ajuda é representada na Figura 20.

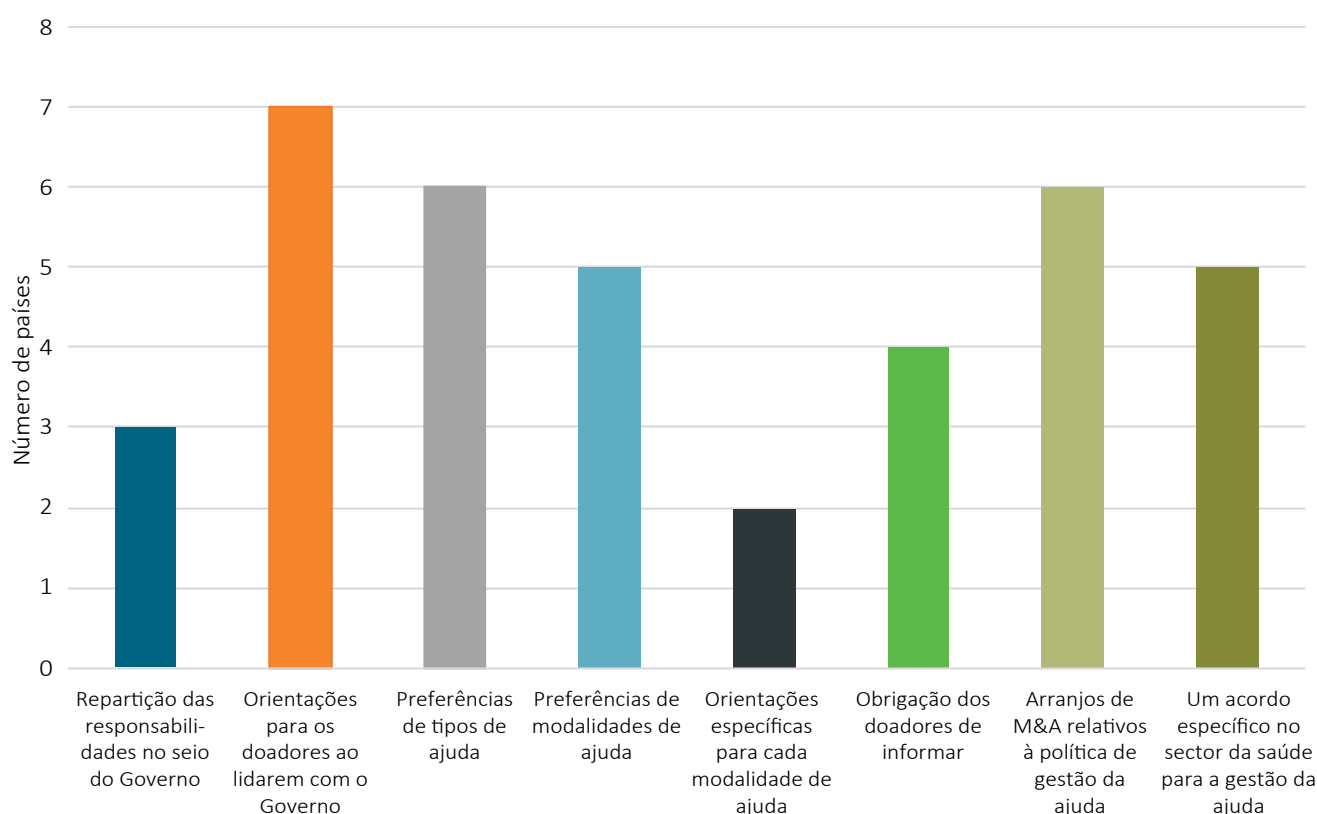
O inquérito sugere que há uma boa disponibilidade de dados em todos os países, embora as instituições responsáveis pela coordenação e gestão da ajuda variem de país para país. Todas elas acompanham e dispõem de bases de dados sobre os fundos recebidos no domínio da saúde. O mesmo se aplica aos países que não dispõem de informações completas sobre os fundos desembolsados e autorizados.

Na Serra Leoa, o Gabinete de Coordenação da Ajuda ao Desenvolvimento, afecto ao Ministério do Planeamento e

do Desenvolvimento Económico, colabora com a Unidade de Administração Integrada de Projectos de Saúde e mantém dados relativos ao financiamento e aos desembolsos. No Lesoto, a UAP partilha esta função com a Unidade de Aquisições do Ministério da Saúde. No Uganda, é mantida uma base de dados numa plataforma denominada Plataforma de Gestão da Ajuda. Nas Seicheles, uma base de dados é gerida pelo Director da Cooperação Internacional do Ministério da Saúde.

Os países inquiridos dispõem de sistemas bem desenvolvidos para lidar com os parceiros de desenvolvimento. Os inquiridos referiram que os países têm um bom conhecimento dos projectos que decorrem nos seus países. Normalmente, os parceiros de desenvolvimento gerem os projectos com o seu próprio pessoal, seus próprios sistemas internos e financeiros e sistemas distintos de acompanhamento e avaliação. Isto poderá conduzir a uma falta de alinhamento entre as prioridades do governo e as prioridades dos doadores, e o governo mal poderá fazer cumprir as suas prioridades.

Figura 20: Conteúdo frequente das políticas de gestão da ajuda



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Caixa 3: Côte d'Ivoire e a gestão da ajuda ao desenvolvimento

De acordo com as respostas ao inquérito, a Côte d'Ivoire dispõe de informação completa sobre os fundos comprometidos e desembolsados por instituições internacionais e todos os projectos financiados. Menos de um quarto da ajuda ao desenvolvimento é canalizada através do processo orçamental em Côte d'Ivoire e fica sujeita à GFP nacional. De acordo com os dados dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, 15% das despesas internas brutas em saúde são financiadas por fontes externas, principalmente ajuda. A Côte d'Ivoire recebeu ajuda ao desenvolvimento da ONUSIDA no valor de cerca de US\$ 1 milhão anuais entre 2015 e 2017 (World Bank, 2020).

Para realizar actividades em Côte d'Ivoire, os parceiros internacionais de desenvolvimento devem informar o governo dos seus planos e de quaisquer despesas. A Côte d'Ivoire concede uma ampla latitude aos doadores, permitindo que os parceiros operem à margem das estruturas governamentais. Os doadores podem contratar pessoal à margem dos processos governamentais, realizar as suas próprias aquisições, estabelecer as suas próprias tecnologias de informação e bases de dados, e executar processos de monitorização e avaliação.

Existe uma unidade no Ministério da Saúde, a *Unité de Coordination des Projet-Financement Extérieurs*, responsável pelo acompanhamento das actividades dos parceiros de desenvolvimento, que mantém uma base de dados de todos os fluxos de ajuda.

A Côte d'Ivoire tem uma política que estabelece as condições em que os parceiros de desenvolvimento podem actuar no país. Os elementos desta política incluem regras as serem observadas pelos doadores ao lidarem com o governo, as preferências quanto aos tipos de ajuda (empréstimos versus subvenções), um acordo específico sobre a forma como a ajuda pode ajudar no sector da saúde e orientações sobre a forma como o governo deve realizar o acompanhamento e a avaliação para aplicar a política de gestão da ajuda. A política não inclui uma obrigação explícita de prestação de informações pelos doadores nem no que respeita à repartição das responsabilidades em matéria de ajuda por todos os serviços públicos.

Curiosamente, o governo criou um comité de alto nível para melhorar a coordenação com os doadores. Em Abril de 2019, a Plataforma Nacional de Coordenação do Financiamento da Saúde (PNCFS, na sigla em francês) foi criada por decreto do primeiro-ministro na Côte d'Ivoire. Esta é financiada a partir do orçamento nacional, com fundos adicionais dos parceiros de desenvolvimento. A PNCFS é presidida pelo Primeiro-Ministro e tem como objectivos:

- Estabelecer acordos sobre os objectivos das despesas de saúde e assegurar que estejam em conformidade com o Plano Nacional de Desenvolvimento e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário do país
- Apoiar o Ministério da Saúde na coordenação do sector e na utilização eficiente dos fundos internos e externos, de acordo com as prioridades nacionais
- Recolher recursos adicionais de outras plataformas, tanto do sector público como do privado.

A PNCFS integra três entidades:

- O Comité Director é o órgão de decisão composto por representantes do governo, da sociedade civil, do sector privado e dos parceiros de desenvolvimento
- O Secretariado Técnico é o órgão de execução encarregado das tarefas administrativas e logísticas para as reuniões do Comité Director. Grupos de trabalho técnicos são designados pelo Comité Director e incumbidos de temas de estudo e missões específicos.

Os membros da PNCFS incluem técnicos de 10 ministérios públicos e representantes do sector privado, sociedade civil e sete organizações doadoras, designadamente:

- a OMS
- a Agência dos Estado Unidos para o Desenvolvimento Internacional
- a Agence Française de Développement
- o Banco Mundial
- o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- o Fundo das Nações Unidas para a População
- o Mecanismo de Coordenação no País do Fundo Global.

7 Financiamento das actividades de WASH

Embora a maioria das despesas em actividades de WASH não constituem despesas directas de saúde, elas contribuem para a saúde através de actividades que promovem a saúde da população. As doenças transmitidas pela água continuam a ser causas importantes da morbilidade e mortalidade em África. Uma melhor provisão de água, saneamento e higiene contribuiria para reduzir este impacto. Em 2016, o UNICEF notou que 663 milhões de pessoas não tinham acesso a água potável, 2,4 mil milhões de pessoas não tinham acesso a uma instalação sanitária melhorada e 946 milhões de pessoas defecavam ao ar livre. Sete entre 10 pessoas não têm acesso a saneamento melhorado e nove em 10 pessoas nas zonas rurais tinham que defecar ao ar livre. (UNICEF, 2016)

Isto dá uma ideia da dimensão do problema. Para que os governos africanos possam proporcionar aos seus cidadãos melhores condições de saúde, será necessário aplicar recursos não só em cuidados de saúde, mas também em programas que melhorem a saúde, a saber actividades de WASH e nutrição.

7.1 Papel dos ministérios da saúde nas actividades de WASH

Esta secção centra-se nas actividades de WASH e no papel do Ministério da Saúde no que respeita ao fornecimento, planeamento e implementação das mesmas. As perguntas baseiam-se na definição TrackFin (Tracking Finance to WASH) das actividades de WASH, que define as actividades de WASH a um nível granular.

O Quadro 20 revela o papel do Ministério da Saúde em cada uma das componentes de WASH. O Ministério da Saúde pode não ter qualquer papel ou pode desempenhar um papel na elaboração de políticas, orçamentação ou implementação.

O papel de elaboração de políticas está presente se o Ministério da Saúde tiver desenvolvido uma política sobre a forma como um determinado aspecto de WASH é oferecido. Está presente uma função orçamental se o Ministério da Saúde tiver uma dotação para a actividade da WASH. O Ministério da Saúde não precisa de desempenhar a função pessoalmente – pode recorrer a transferências para financiar outros órgãos que depois executam a implementação. O Ministério da Saúde também pode possuir um papel de coordenação entre os implementadores. A tabela indica a implementação como função do Ministério da Saúde, se o próprio ministério empregar pessoal e gastar fundos para realizar um determinado aspecto da actividade de WASH. O ministério pode desempenhar mais do que uma das funções já mencionadas.

O quadro 20 supra refere-se ao abastecimento de água e saneamento. Outros aspectos de WASH são abordados no quadro 21. As taxas de resposta a esta parte do inquérito foram bastante baixas, com entre 10 e 12 respostas para cada pergunta. Conforme esperado, os ministérios da saúde desempenham um papel reduzido no abastecimento de água, com apenas o Benim a relatar um papel de implementação. Em nove dos 12 países, os ministérios da saúde não desempenham qualquer papel no abastecimento de água através de grandes redes ou no abastecimento básico de água potável. Os ministérios da saúde têm um papel mais importante a desempenhar no domínio do saneamento em três países. Na África do Sul, o Ministério da Saúde não desempenha qualquer função no abastecimento de água ou saneamento, uma vez que estas funções são da competência dos governos provinciais e locais. Conforme as respostas a questões anteriores, o sistema intergovernamental da África do Sul não permite que os departamentos governamentais nacionais fiscalizem outros níveis de governo. Um sistema federal como a Nigéria teria oferecido respostas semelhantes.

As doenças transmitidas pela água continuam a ser causas importantes da morbilidade e mortalidade em África - e uma melhor provisão de água, saneamento e higiene contribuirá para reduzir este impacto

Quadro 20: Função do Ministério da Saúde em actividades de WASH, água e saneamento

	Abastecimento de água por redes de grande dimensão	Fornecimento de água potável básica	Saneamento por redes de grande dimensão	Saneamento básico
Benim	Nenhuma função	Implementação	Política Implementação	Política Orçamento Implementação
Camarões	Orçamento	Nenhuma função	Política	Política
Chade	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Congo, Rep. Dem.	Política	Política	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Côte d'Ivoire	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Gâmbia	Política	Política Orçamento	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Guiné-Bissau	Nenhuma função	Nenhuma função	Orçamento	Orçamento
Lesoto	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Libéria	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Maurícias	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Nigéria	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Seicheles	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Serra Leoa	Nenhuma função	Nenhuma função	Política Orçamento	Política Orçamento
África do Sul	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Uganda	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Ministério da Saúde pode recorrer a transferências para financiar outros órgãos que depois executam a implementação.

Quadro 21: Função do Ministério da Saúde em actividades de WASH, água e higiene

	Serviços de apoio ao sector de WASH	Protecção dos recursos hídricos	Desenvolvimento de bacias hidrográficas	Promoção da higiene	Actividades de higiene a nível dos agregados familiares
Benim	Política Orçamento Implementação	Política Implementação	Nenhuma função	Política Orçamento Implementação	Política Orçamento
Camarões	Política	Política	Nenhuma função	Política	Política
Chade	Nenhuma função	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Política Orçamento Implementação	Política Orçamento Implementação
Congo, Rep. Dem.	Implementação	Implementação	Nenhuma função	Política	Política Implementação
Côte d'Ivoire	Nenhuma resposta	Política	Nenhuma função	Política Orçamento Implementação	Política Orçamento Implementação
Gâmbia	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Guiné-Bissau	Orçamento	Nenhuma função	Nenhuma função	Política	Política
Lesoto	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Libéria	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função
Maurícias	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Política Orçamento	Política Orçamento
Nigéria	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta
Seicheles	Implementação	Nenhuma função	Nenhuma função	Implementação	Implementação
Serra Leoa	Política	Nenhuma função	Nenhuma função	Política Orçamento	Política
África do Sul	Nenhuma função	Nenhuma função	Nenhuma função	Política Implementação	Política Implementação
Uganda	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Os ministérios da saúde desempenham um papel reduzido no abastecimento de água

Os ministérios da saúde desempenham um papel muito maior em matérias relacionadas com a higiene. No que respeita a função de promoção da higiene, o Ministério da Saúde assume um papel de formulação de políticas em nove dos 11 países que responderam. Só na Libéria é que não desempenha qualquer função. Os resultados são semelhantes para a promoção das actividades de higiene a nível dos agregados familiares. Os ministérios da saúde não assumem qualquer função no desenvolvimento das bacias hidrográficas, mas desempenham uma função de apoio ao sector de WASH em seis dos 10 países. No que diz respeito à função de protecção dos recursos hídricos, os ministérios da saúde desempenham um papel em quatro países.

No Chade, só a componente da higiene é administrada pelo Ministério da Saúde, enquanto a componente da água e saneamento é gerida pelo Ministério de Água, Higiene e Saneamento.

Estando as responsabilidades dispersas por diferentes partes do governo, é evidente que é necessário coordenar as actividades de WASH. Existe um órgão de coordenação específico criado em cinco dos nove países que responderam a esta pergunta. Não existe qualquer mecanismo de coordenação em Benim, Guiné-Bissau, Seicheles e Maurícias.

A Libéria oferece um bom exemplo de como um tal mecanismo poderia funcionar. O governo da Libéria dispõe de uma Comissão de WASH responsável por monitorizar e coordenar todas as actividades de WASH e relacionadas com a WASH na Libéria. Na África do Sul, o mecanismo foi criado recentemente. O Departamento Nacional da Saúde e o Departamento do Ambiente, Florestas e Pescas foi incumbido de criar um Comité Coordenador Nacional, mas não foi possível confirmar se se concretizou. Só as Seicheles e a República Democrática do Congo relataram outros mecanismos para coordenar a realização das actividades de WASH. Nas Seicheles, a Autoridade de Saúde Pública presta apoio ao controlo da qualidade do abastecimento público de água. Os técnicos de saúde pública educam e apoiam os agregados familiares e as instituições em matéria da higiene.

O Quadro 22 dá conta da capacidade dos países no sentido de financiar as actividades de WASH. As receitas do governo nacional referem-se ao financiamento directo pela

administração central, através da tributação ou da contracção de empréstimos. As receitas do governo subnacional referem-se a receitas obtidas pelos governos estaduais ou provinciais. As transferências da administração central ocorrem quando o financiamento do governo central flui para outro nível de governo com um mandato para implementar as actividades de WASH. As transferências dos governos subnacionais são semelhantes, mas o financiamento provém de um governo estadual ou provincial. A receita municipal é o financiamento que um governo municipal obtém por si só, geralmente através de impostos municipais ou de um imposto local sobre as empresas. Os encargos cobrados aos utilizadores são taxas baseadas no consumo de um produto - por exemplo, as taxas pagas por litro de água consumida.

Dos 11 países que completaram esta secção do questionário, seis informaram que o financiamento dos doadores é utilizado para actividades de WASH. É a segunda forma de financiamento mais popular relatada no quadro, seguindo-se às receitas da administração central. A utilização de amplas estratégias de financiamento na Serra Leoa e na África do Sul é notável. A Serra Leoa canaliza grande parte das suas despesas na saúde (entre 21% e 30%) através de governos subnacionais e utiliza claramente uma estratégia semelhante para as actividades WASH.

A Figura 23 refere-se ao controlo das despesas com as actividades de WASH. Todos os 10 países que responderam a esta pergunta monitorizam as despesas de WASH. Isto é de esperar, dado o resultado referido no Capítulo 5 de que apenas o Chade não dispõe de um sistema de acompanhamento das despesas. Estes sistemas são provavelmente utilizados para todas as despesas e não apenas para as despesas com os cuidados de saúde ou as actividades de WASH.

De entre os países que responderam à pergunta sobre a coordenação com os doadores, apenas as Seicheles e as Maurícias não dispõem de um mecanismo para coordenar o apoio às actividades de WASH. Na Serra Leoa, o mecanismo de coordenação com os doadores parece abranger também a WASH: o Gabinete de Coordenação da Assistência dos Doadores trabalha com os parceiros de desenvolvimento no planeamento e execução das actividades que agregam os actores sectoriais, como a saúde. Existe um gabinete de ligação com os doadores.

Os ministérios da saúde desempenham um papel muito maior em matérias relacionadas com a higiene - no que respeita a função de promoção da higiene, o Ministério da Saúde assume um papel de formulação de políticas em nove dos 11 países que responderam

Figura 21: Função do Ministério da Saúde em assuntos relacionados com a higiene

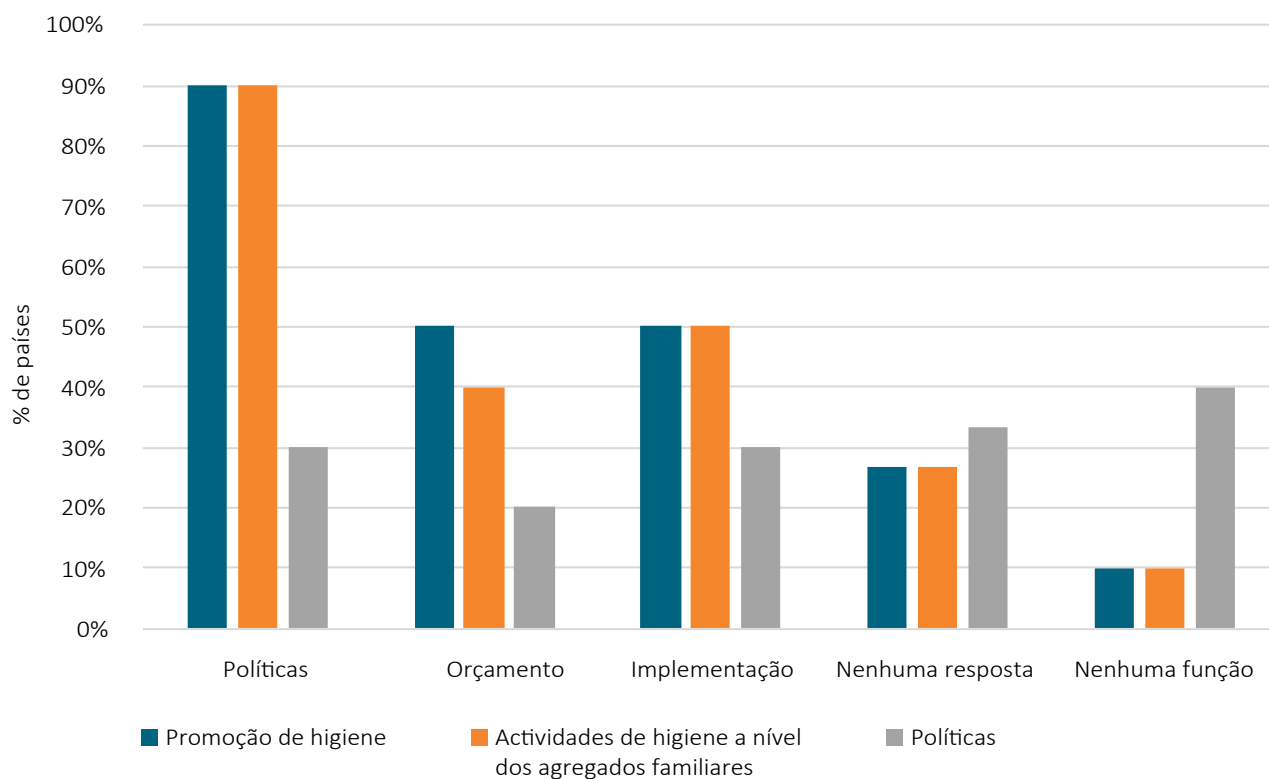
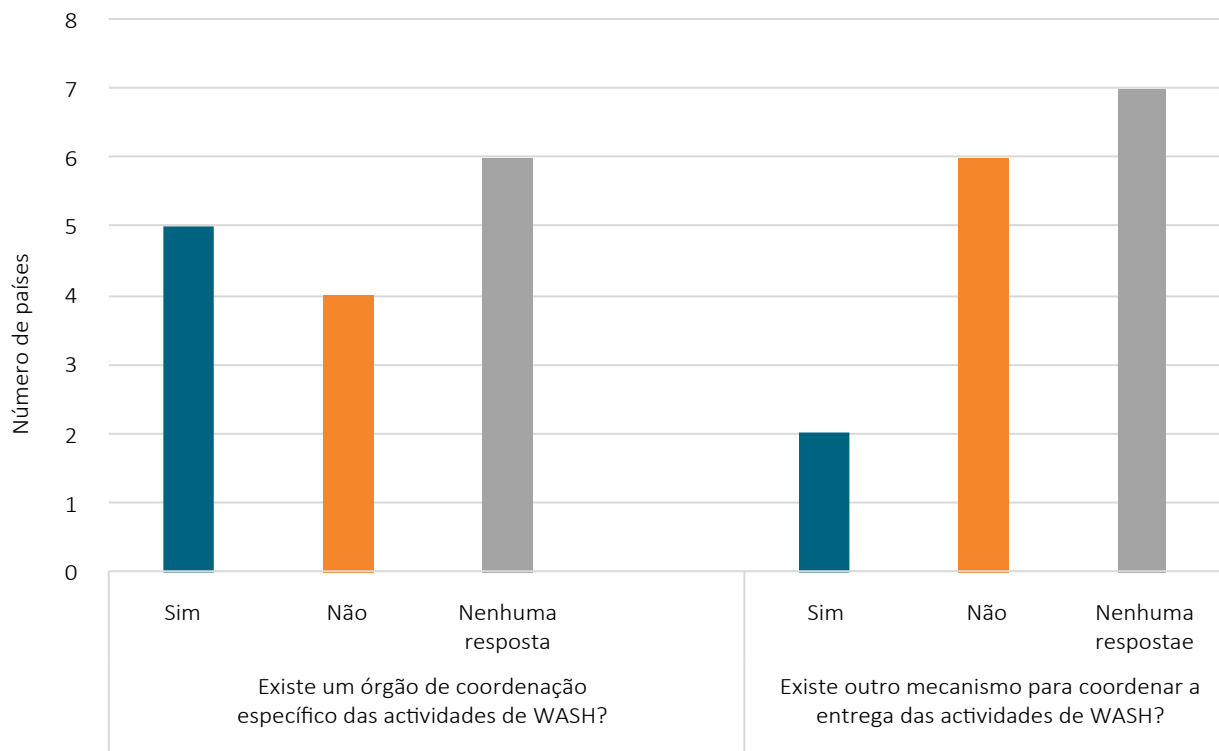


Figura 22: Coordenação das actividades de WASH



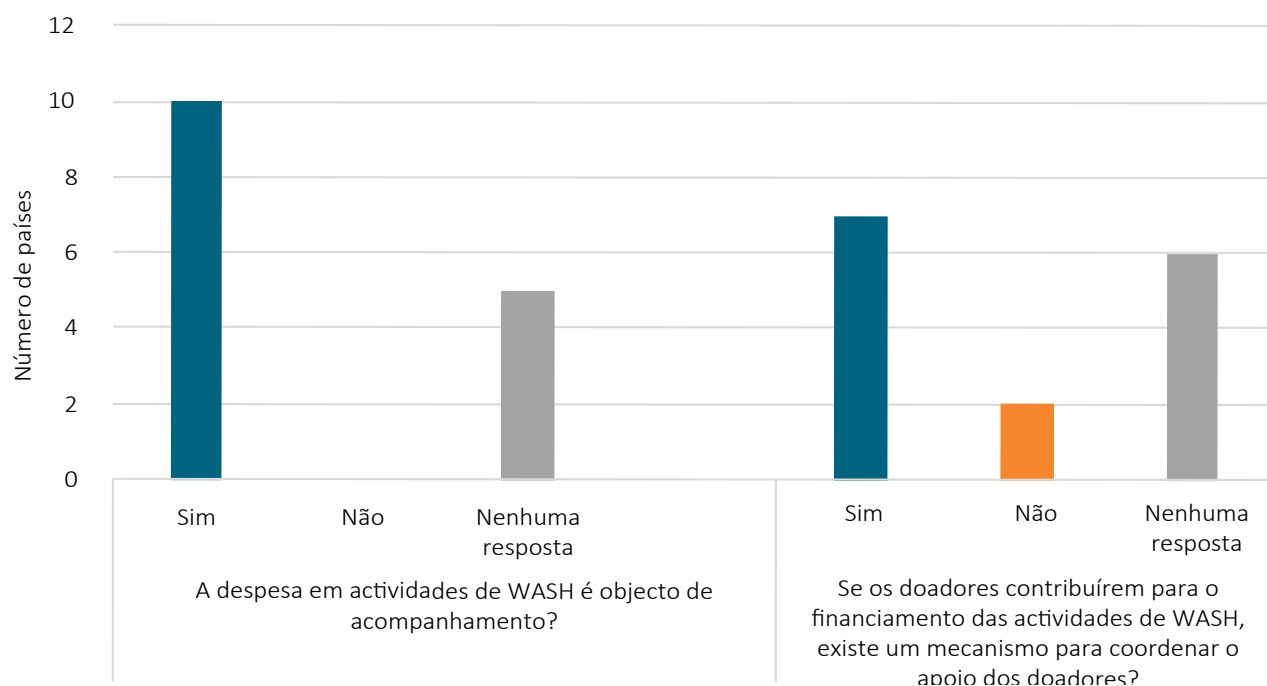
Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Quadro 22: Financiamento das actividades de WASH

	Receitas do governo nacional	Receitas do governo sub-nacional	Transferências da administração central	Transferências do governo sub-nacional	Receitas do governo municipal	Financiamento dos doadores	Encargos cobrados aos utilizadores
Benim	✓		✓			✓	
Camarões			✓				
Chade	✓					✓	
Congo, Rep. Dem.						✓	
Côte d'Ivoire						✓	
Gâmbia							
Guiné-Bissau	✓		✓			✓	
Lesoto							
Libéria							
Maurícias	✓						
Nigéria							
Seicheles	✓		✓				✓
Serra Leoa	✓	✓	✓			✓	
África do Sul	✓	✓	✓		✓		✓
Uganda							

Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

Figura 23: Acompanhamento das actividades de WASH e coordenação com os doadores



Dados extraídos do Inquérito sobre a Orçamentação para a Saúde em África, 2019

8 Conclusão

Se os processos de gestão forem eficazes e houver infra-estruturas sanitárias suficientes, o aumento das despesas em cuidados de saúde pode contribuir para melhorar os resultados neste domínio. Conforme constata Piatti-Fünfkirchen e Smets (2019), as melhorias na gestão das finanças públicas podem ser associadas a resultados de saúde significativamente melhores.

Este inquérito procurou fornecer informações sobre os processos de orçamentação e execução em matéria da saúde em África Subsariana. Visou também obter mais conhecimentos sobre o acompanhamento do orçamento, a forma como se faz o acompanhamento dos recursos dos doadores e o papel dos ministérios da saúde nas actividades de WASH. Utilizando os dados de 15 países, as constatações deste estudo representam abordagens divergentes de orçamentação para a saúde. Os pontos-chave do estudo são resumidos conforme se segue:

- Em geral, os ministérios das finanças fixam envelopes orçamentais, enquanto os ministérios da saúde decidem como esses orçamentos são gastos. Na maioria dos países existe um mecanismo formal de coordenação para o orçamento da saúde e para a prevenção de algumas doenças. Todos os países utilizam os QDMP e distinguem entre despesas operacionais e despesas de capital.
- Os ministérios das finanças são responsáveis pelo acompanhamento da execução orçamental. O principal desafio no controlo orçamental é que pode demorar três meses ou mais para obter informações sobre as despesas, face à norma do programa PEFA de um mês. Na Nigéria, os longos atrasos devem-se à necessidade de auditar as demonstrações financeiras. A África do Sul e a Libéria têm bons sistemas de execução orçamental. Normalmente, é o Ministério da Saúde que é culpado pela subutilização das dotações.
- A maioria das despesas dos doadores não é canalizada através do processo normal de GFP, embora todos os países acompanhem as despesas de saúde dos doadores. A maioria dos países dispõe de um organismo que coordena os parceiros de desenvolvimento.
- Os ministérios da saúde não desempenham qualquer papel no abastecimento de água a granel, mas participam activamente na promoção da higiene. As actividades de WASH são financiadas pelas receitas da administração central com o apoio dos doadores.

As constatações deste estudo esclarecem os papéis dos ministérios das finanças e da saúde nos processos orçamentais em África. Outros actores – legisladores e doadores – parecem colmatar lacunas tanto no que toca à disponibilidade de recursos quanto à sua execução. Doravante, é imperativo que os ministérios das finanças e da saúde trabalhem em estreita colaboração para uma maior afectação de recursos para a saúde e para uma utilização mais eficiente dos recursos em África. De igual modo, é provável que uma melhor coordenação dos processos de orçamentação e execução entre os ministérios da saúde e os doadores aumente a disponibilidade e a utilização dos recursos. Por último, é provável que os ministérios da saúde beneficiem do envolvimento e da colaboração das unidades responsáveis pelo desenvolvimento de infra-estruturas e abastecimento de água, de que a eficácia das actividades de higiene e saneamento depende.

Os países da amostra são heterogéneos, tanto no que respeita às suas características determinantes como às suas abordagens em matéria do orçamento para a saúde. Regra geral, a abordagem consiste na fixação, pelos ministérios das finanças, das dotações orçamentais e determinação, pelos ministérios da saúde, da forma como estas são gastas. Contudo, existem muitas abordagens diferentes.

Na maioria dos países, a administração central é o principal fornecedor de serviços de saúde primários e preventivos. Apenas o Benim, a Côte d'Ivoire e a Nigéria utilizam um mecanismo de segurança social. A maioria dos países adquire medicamentos através de um processo de concurso público.

Os países inquiridos tentam acompanhar todas as despesas dos doadores. Só as Maurícias podem canalizar mais de metade dos fundos dos doadores através do processo normal de GFP, embora isto talvez se deva ao facto de o financiamento dos doadores para as Maurícias se limitar apenas ao VIH/SIDA. A maioria dos países possui um processo semelhante para gerir a relação com os parceiros de desenvolvimento, envolvendo na sua maioria um órgão formal que se reúne com os doadores periodicamente. As interacções com os doadores são uma parte importante dos orçamentos dos países que integraram a amostra, devido à quantidade de recursos que injectam nos sistemas nacionais.

O inquérito procurou obter informações sobre o papel dos ministérios da saúde nas actividades de WASH. Os ministérios da saúde não desempenham qualquer papel no abastecimento de água a granel. Desempenham um papel muito mais activo na promoção da higiene. As actividades de WASH são financiadas predominantemente a partir das receitas da administração central e do apoio dos doadores e fazem objecto do mesmo nível de controlo quanto qualquer outra despesa pública.

Referências

- União Africana (2016) *Estratégia para a Saúde em África 2016 – 2030*. <https://au.int/en/documents/30357/africa-health-strategy-2016-2030> [Acedido em Março de 2020].
- CABRI (2019) Orçamentação por programas: a implantação de uma reforma complexa em África, CABRI. <https://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/CABRI-Policy-Brief-Programme-Based-Orçamentoing-ENG-FINAL.pdf> [Acedido em Abril de 2020].
- CABRI (2013) 'A orçamentação por programas e resultados em África: um relatório de balanço', CABRI. www.cabri-sbo.org/en/publications/performance-and-programme-based-Orçamentoing-in-africa-a-status-report [Acedido em Março de 2020].
- Filmer, D. & Pritchett, L. (1999). The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 49(10), 1309–1323. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699001501?via%3Dihub> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Hlafa, B., Sibanda, K. & Hompashe, D.M. (2019). The Impact of Public Health Expenditure on Health Outcomes in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2993. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6720855/> [Acedido em Abril de 2020].
- Holmes, M. & Evans, A. (2003) *A Review of Experience in Implementing Medium-Term Expenditure Frameworks in a PRSP Context: A Synthesis of Eight Country Studies*. Overseas Development Institute. <https://www.odi.org/publications/1459-review-experience-implementing-medium-term-expenditure-frameworks-prsp-context-synthesis-eight> [Acedido em Abril de 2020].
- Low, M. (2019) 'Analysis: How a cutting edge medicine made it to SA's new ARV tender'. <https://www.spotlightnsp.co.za/2019/02/26/analysis-how-a-cutting-edge-medicine-made-it-to-sas-new-arv-tender/> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Makuta, I. and O'Hare, B. (2015) 'Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis', *BMC Public Health* 15, p. 932. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2287-z> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Meyer-Rath, G. et al. (2017) 'Changing the South African national antiretroviral therapy guidelines: The role of cost modelling', *PLoS One* 12(10). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186557> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Mugisha, F. & Kouyaté, B. & Sauerborn, R. (2002). Examining Out-of-Pocket Expenditure on Health Care in Nouna, Burkina Faso: Implications for Health Policy. *Tropical Medicine and International Health*, 7(2), 187–96. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Nabonga Orem, J., Mugisha, F., Okui, A.P., Musango, L. and Kirigia, J.M. (2013) 'Health care seeking patterns and determinants of out-of-pocket expenditure for Malaria for the children under-five in Uganda', *Malaria Journal*, 12, p. 175. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721217 [Acedido em Fevereiro de 2020].
- Neumayer, E. and Plümpner, T. (2016) 'Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study'. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3170546 [Acedido em Março de 2020].
- Novignon, J., Olakojo, S.A. and Nonvignon, J. (2012) 'The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis', *Health Economics Review* 2, p. 22. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23232089 [Acedido em Fevereiro de 2020].
- OECD (2013) 'Survey of Budget and Health Officials on Budgeting Practices for Health'. www.oecd.org/gov/Budgeting-Practices-for-Health-Survey-2013.pdf [Acedido em Março de 2020].
- PEFA (2016) 'Framework for Assessing Public Financial Management', PEFA. <https://pefa.org/resources/pefa-2016-framework> [Acedido em Março de 2020].
- PEFA (2011). *Public Financial Management Performance Measurement Framework*, PEFA. <https://pefa.org/resources/pefa-2011-framework> [Acedido em Abril de 2020].
- Piatti-Fünfkirchen, M. & Smets, L. (2019). Public Financial Management, Health Financing and Under-Five Mortality. *Inter-American Development Bank Working Paper Series*, IDB-WP-976. <https://publications.iadb.org/en/public-financial-management-health-financing-and-under-five-mortality-comparative-empirical> [Acedido em Abril de 2020].
- Rajan, D., Barroy, H. & Stenberg, K. (2016). Budgeting for Health. In World Health Organization (2016). *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221> [Acedido em Abril de 2020].
- Robinson, M & Last, D (2009). *A Basic Model of Performance Based Budgeting*. IMF. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/tnm/2009/tnm0901.pdf> [Acedido em Abril de 2020].
- Truesdale, B.C. and Jencks, C. (2016) 'Income inequality and health: strong theories, weaker evidence', *Frontiers in Public Health Services and Systems Research* 5(5), pp. 30–7. <https://doi.org/10.13023/FPHSSR.0505.05> [Acedido em Março de 2020].
- UNAIDS (2020) 'Our Work in Lesotho', UNICEF. www.unaids.org/en/regionscountries/countries/lesotho [Acedido em Fevereiro de 2020].
- UNICEF (2016) 'Impact of WASH', UNICEF. www.unicef.org/wash/3942_3953.html [Acedido em Março de 2020].
- World Bank (2020) *World Development Indicators*. <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> [Acedido em Fevereiro de 2020].
- World Bank (2004) 'Benin: Enhancing the Effectiveness of Public Spending – A Review of Three Sectors', World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/526841468206686914/Benin-Enhancing-the-effectiveness-of-public-spending-a-review-of-three-sectors> [Acedido em Março de 2020].
- World Health Organization (2017). *Primary Health Care Systems: Case Study from Uganda*. World Health Organization: Geneva. https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_ugandaabridgedprimasys.pdf?ua=1 [Acedido em Março de 2020].
- World Health Organization (2015) *World Health Organization Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153920/1/> [Acedido em Abril de 2020].
- World Health Organization (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. World Health Organisation: Geneva. https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf?ua=1 [Acedido em Abril de 2020].