



DIÁLOGO SOBRE A SAÚDE

Estudo de Caso
Saúde Materno-Infantil no Gana

CABRI 

CONECTAR • PARTILHAR • REFORMAR



CABRI diálogo sobre a saúde

Estudo de Caso
Saúde Materno-Infantil no Gana



Índice

Lista de tabelas e figuras	1
Acrónimos e abreviaturas	2
Prefácio	4
1. Introdução	4
2. Prestação de serviços de saúde materno-infantil no Gana	6
2.1 Estrutura e financiamento do sector da saúde no Gana	6
2.2 Estruturas que incidem sobre a saúde materno-infantil no Gana	8
3. Reforma dos serviços e das finanças para resultados no Gana	11
3.1 Descentralização	11
3.2 Reformas organizacionais: – integração dos serviços	12
3.3 Reformas financeiras	12
3.4 Reforma da gestão das finanças públicas	15
4. Aspectos relacionados com a reforma	16
4.1 Autonomia e abrangência	16
4.2 Efeitos das reformas sobre a determinação de prioridades	17
4.3 Execução orçamental e transferências	18
4.4 Capacidades e incentivos	18
4.5 Cooperação	20
4.6 Informação e dados	20
5. Perguntas para discussão	21
Referências/Bibliografia	22
Apêndice A: Lista de pessoas consultadas	24



Lista de tabelas e figuras

Tabela 2.1	Dotação de verbas ao sector da saúde de acordo com o quadro de despesa de médio prazo (QDMP), 2006–2009	6
Tabela 2.2	Dotação das verbas do MdS por fonte e classificação económica, 2009	7
Tabela 2.3	Financiamento de ‘serviços’ por função e fonte, 2009	8
Tabela 2.4	Dotações orçamentais identificáveis para a SMI, por fonte, 2009	10
Tabela 2.5	Estimativas recentes das tendências de mortalidade materna e de menores de cinco anos no Ghana	11
Figura 2.1	Fontes de financiamento do sector da saúde no Gana	7
Figura 2.2	Organigrama da divisão de saúde familiar do SSG	8
Figura 4.1	AOS a adquirir proeminência no sector da saúde do Gana (pagamentos dos parceiros de desenvolvimento em milhões de GH¢)	17



Acrónimos e abreviaturas

CGO	Centro de Gestão do Orçamento
CABRI	<i>Collaborative African Budget Reform Initiative</i> Iniciativa Colaborativa para a Reforma Orçamental em África
CHAG	<i>Christian Health Association of Ghana</i> Associação Cristã para a Saúde no Gana
RSC	Recinto de Saúde Comunitária
FSC	Funcionário de Saúde Comunitária
CHPS	<i>Community-based health planning and services</i> Serviços de saúde e planeamento baseados na comunidade
ADS	Administração Distrital da Saúde
EDGS	Equipa Distrital de Gestão da Saúde
LDS	Levantamento Demográfico da Saúde
SSG	Serviços de Saúde do Gana
GdG	Governo do Gana
HIPC	<i>Heavily Indebted Poor Country</i> País pobre altamente endividado
HIRD	<i>High Impact Rapid Delivery</i> Serviços rápidos de elevado impacto
FIG	Fundo Internamente Gerado
IMCI	<i>Integrated Management of Childhood Illness</i>
GIDI	Gestão integrada de Doenças Infantis
SMI	Saúde materno-infantil
AODM	Apoio orçamental de doadores múltiplos
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
MdFPE	Ministério das Finanças e do Planeamento Económico
MdS	Ministério da Saúde
NHIF	<i>National Health Insurance Fund</i> Fundo Nacional de Seguro de Saúde
NHIS	<i>National Health Insurance Scheme</i> Plano Nacional de Seguro de Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos
ARD	Administração Regional da Saúde
ERGS	Equipa Regional de Gestão da Saúde
AOS	Apoio Orçamental Sectorial



USAID *United States Agency for International Development*
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

U5MR *Under Five Mortality Rate*
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos



Prefácio

O presente estudo de caso foi elaborado para ser usado no diálogo da CABRI sobre a Saúde. A equipa de apoio do diálogo foi dirigida por John Kruger. Outros membros da equipa foram: Orvill Adams (perito em matéria da saúde), Ramlatu Attah (investigador do estudo de caso) e Clara Picanyol (investigadora do estudo de caso). Tim Ensor e Alex Matheson prestaram orientações e garantia de qualidade.

Os estudos de caso elaborados para o seminário não visam apresentar um relatório de estudo, mas permitir aos participantes aplicarem as abordagens, os conceitos, os enquadramentos e os instrumentos referidos nos documentos de base às situações da vida real. Os estudos de caso visam apresentar um problema prático aos participantes, para sua análise e reflexão, com base na informação apresentada no estudo de caso, nos conhecimentos adquiridos a partir das exposições apresentadas durante o seminário, e na experiência própria.

A elaboração deste estudo de caso começou com uma análise da documentação e uma visita ao país para entrevistar o pessoal envolvido na definição e na execução de políticas no sector da saúde no Gana.

O autor¹ deseja agradecer a todos quanto se disponibilizaram a facultar informação e a partilhar os seus conhecimentos para o estudo de caso. O autor manifesta os seus agradecimentos especiais a Emmanuel Adjorlolo pelo apoio durante toda a missão. O Anexo 1 contém os nomes de todos os entrevistados.

Os erros de interpretação ou dos factos são da inteira responsabilidade do autor.

1 Ramlatu Attah



1. Introdução

O Gana, embora exemplifique os desafios que enfrentam o sector da saúde em África (Horton 2001), também se tem destacado pela implementação dum conjunto de reformas com o objectivo de melhorar os serviços no sector. Estas reformas incluíram: integração de programas e coordenação do financiamento dos doadores, descentralização dos serviços, introdução de novos mecanismos de financiamento, principalmente ao abrigo do Fundo Nacional de Seguro de Saúde (NHIF) e reformas profundas da gestão das finanças públicas.

Assim, o Gana oferece exemplos concretos de estratégias de reforma para melhorar o desempenho e a prestação de serviços, como também a oportunidade de estudar o vínculo entre estas medidas e o nível de eficácia da prestação dos serviços numa área específica, designadamente a saúde materno-infantil (SMI).

O enfoque na SMI é motivado, em parte, pela importância dada a este sector a nível internacional e a nível político. O quinto e o quarto Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) visam uma redução em 75% e 66% da taxa de mortalidade materna (TMM) e taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U5MR), respectivamente, entre 1990 e 2015. A SMI continua a apresentar um desafio para a saúde em África: o risco de morte por causas relacionadas com a saúde materna é de cerca de 881 por 100,000 nados-vivos nos países de África Subsariana, em comparação com apenas 16 por 100,000 nados-vivos nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE). Igualmente, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos é de 144 por 1,000 nados-vivos em África Subsariana e 6 por 1,000 nos países da OCDE (PNUD 2010).

Além do mais, a SMI é vista como um bom barómetro da solidez (ou fragilidade) do sistema de saúde. Há quem afirme que:

a mortalidade materna é uma janela para a robustez geral do sistema de saúde de um país. ... Uma gravidez pode pôr em prova quase todos os aspectos de um sistema de saúde: cuidados preventivos, aconselhamento, cirurgia, tratamento medicamentoso, acompanhamento e urgências. Historicamente, o número de mulheres que morrem de causas maternas revela que demasiados sistemas de saúde ficam reprovados nessa prova. (IHME 2010)

No caso do Gana, a SMI reveste-se de especial importância porque, após o registo de melhorias significativas até por volta do ano 2000, tem-se constatado uma estagnação, ou pelo menos um afrouxamento do progresso, não obstante reformas profundas no sector da saúde e o destaque para o planeamento e financiamento.

Na secção que se segue, serão analisadas algumas das características do sistema de saúde no Gana e da prestação de serviços de SMI nesse país. Depois, o estudo de caso passa a descrever algumas das reformas. A quarta secção aborda alguns aspectos relacionados com as reformas conforme levantados pela literatura e pelas partes intervenientes entrevistadas durante o trabalho de campo para o estudo de caso. Por último, são identificadas perguntas para debate. O debate das questões e perguntas visa identificar os aspectos positivos e as potenciais fragilidades das reformas, no que respeita à SMI.



2. Serviços de saúde materno-infantil no Gana

2.1 Estrutura e financiamento do sector da saúde no Gana

2.1.1 Responsabilidades principais

No Gana, o Ministério da Saúde (MdS) é responsável pela formulação de políticas, a regulamentação, a coordenação, a mobilização de recursos, o financiamento, e a monitorização e avaliação. Os serviços de saúde são prestados pelo Serviço Nacional de Saúde do Gana (SSG), a Associação Cristã para a Saúde no Gana (*Christian Health Association of Ghana - CHAG*), hospitais universitários e serviços privados. O SSG é o principal prestador de serviços no sector público e é responsável pela administração dos serviços e pelo desenvolvimento de directrizes de implementação nas regiões e distritos.

Além desta 'dicotomia' entre o comprador (o MdS) e os fornecedores, os serviços de saúde no Gana são descentralizados. Equipas Regionais de Gestão da Saúde (ERGS) prestam serviços de coordenação e de apoio aos distritos, para desenvolverem e realizarem planos de execução distritais. Também são intermediários na comunicação entre os serviços centrais e distritais. A nível distrital, foram criadas Equipas Distritais de Gestão da Saúde (EDGS) responsáveis pelo planeamento e implementação dos serviços de saúde. As EDGS estão também dotadas da autoridade para mobilizar fundos adicionais dos doadores. A gestão financeira compete aos Centros de Gestão do Orçamento (CGO) ao nível dos distritos (GSS, SSG e Macro International 2009).

2.1.2 Financiamento do sector da saúde

Embora a despesa na área da saúde, em proporção ao PIB, tenha sofrido uma queda ligeira nos últimos anos (ver a Tabela 2.1), as verbas afectadas estão muito próximas da meta de 15% estabelecida na Declaração de Ajuda para a despesa pública na área da saúde. O sector da saúde recebeu 14.4% do orçamento nacional em 2009 (MdS 2010).

Tabela 2.1: Dotação de verbas ao sector da saúde de acordo com o quadro de despesa de médio prazo (QDMP), 2006–2009

	2006 (GH¢ '000)	2007 (GH¢ '000)	2008 (GH¢ '000)	2009 (GH¢ '000)
QDMP – Saúde	478 655	563 756	752 233	921 929
QDMP – Total	2 948 398	3 869 832	5 059 868	6 446 157
Percentagem afectada à saúde	16.2%	14.6%	14.9%	14.4%

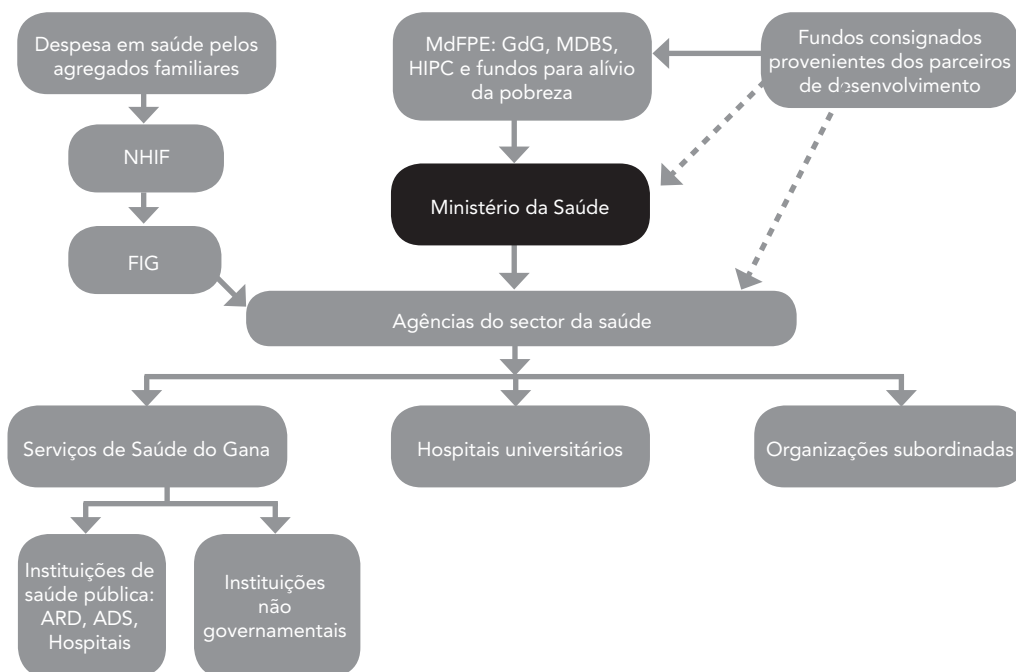
Fonte: MdS (2010)

O sector da saúde conta com quatro principais fontes de financiamento:

- orçamento de Estado do Gana;
- financiamento pelos parceiros de desenvolvimento (subvenções e empréstimos);
- o Plano Nacional de Seguro de Saúde (NHIS), a componente principal dos fundos internamente gerados); e
- taxas moderadoras.



Figura 2.1: Fontes de financiamento do sector da saúde no Gana



Fonte: Bempah (2007)

Key

→ fundos directos

- - -> fundos provenientes de agências

No Gana, é difícil quantificar o financiamento proveniente das diversas fontes devido à fragmentação do orçamento entre o nível central e os diversos sectores; é dificultado também pelas quantias significativas de financiamento extraorçamental no sector da saúde (MdS 2009a). Mesmo assim, em 2009, foi estimado que o Fundo Nacional de Seguro de Saúde (NHIF) foi o que mais contribuiu para o orçamento do sector da saúde, representando 37% de todo o pacote financeiro para o sector da saúde (MdS 2010). O Estado ocupou segundo lugar com uma contribuição de 35%. Os fundos provenientes dos doadores para este sector, através de apoio orçamental sectorial (AOS), representaram um pouco acima de um quinto (21%) de todo o pacote de recursos.

Tabela 2.2: Dotação das verbas do MdS por fonte e classificação económica, 2009

	GdG (GH¢ '000)	Doadores AOS (GH¢ '000)	NHIF (GH¢ '000)	Doadores - fundos consignado (GH¢ '000)	Taxas moderadoras (GH¢ '000)	Total (GH¢ '000)
Emolumentos de pessoal	278 991	-	10 320	-	10 583	299 894
Administração	11 119	123	13 490	-	17 777	42 509
Serviços	11 974	49 837	287 220	102 271	-	451 302
Investimento	7 000	5 500	10 620	24 547	24 547	72 214
Total	309 084	55 460	321 650	126 818	52 907	865 919

Fonte: MdS (2010)

**Tabela 2.3:** Financiamento de 'serviços' por função e fonte, 2009

	GdG (GH¢ '000)	Doadores AOS (GH¢ '000)	HIPC (GH¢ '000)	NHIF (GH¢ '000)	Taxas moderadoras (GH¢ '000)	Doadores – fundos consignados (GH¢ '000)	Total (GH¢ '000)
Saúde materno-infantil	600	21 150	-	-	-	30 273	52 023
Doenças transmissíveis	460	4 657	-	-	-	63 698	68 815
Doenças não transmissíveis	750	2 420	-	-	-	-	3 170
Gestão das Finanças Públicas	195	910	-	-	-	-	1 105
Fortalecimento do Sector da Saúde	809	2 020	-	-	-	1 536	4 365
Despesas operacionais	9 160	18 670	-	287 220	-	6 770	321 820
Total	11 974	49 827	-	287 220	-	102 277	451 298

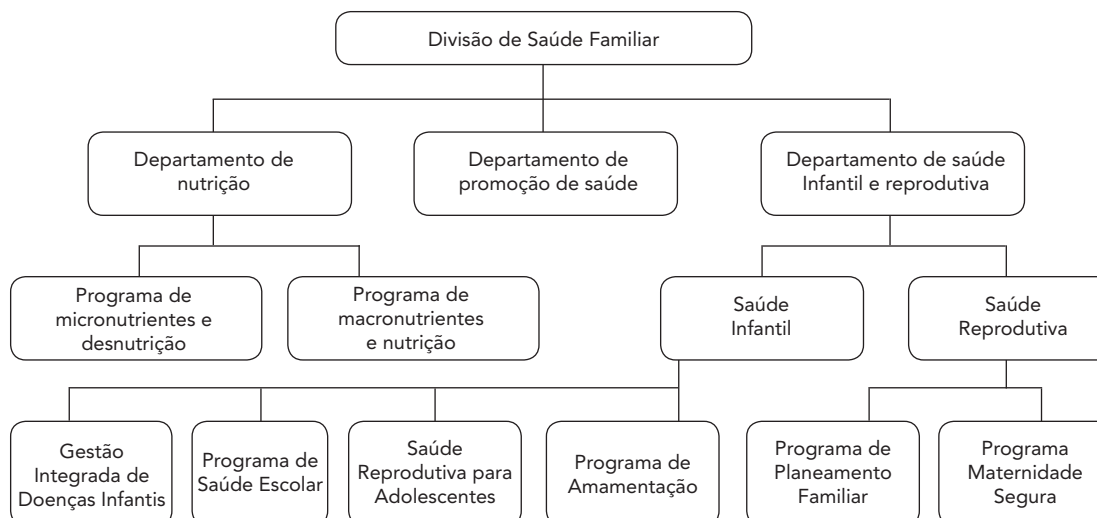
Fonte: Mds (2010)

2.2 Estruturas que incidem sobre a SMI no Gana

2.2.1 Quadro institucional relativo à SMI

A divisão de saúde familiar do SSG é responsável pelos serviços de saúde materna e infantil, planeamento familiar e saúde sexual. Compete a esta divisão coordenar a implementação dos serviços de saúde reprodutiva e infantil a nível nacional e consiste em três departamentos principais – Saúde Reprodutiva e Infantil, Nutrição, e Promoção de Saúde – cada qual com técnicos de programa coadjuvados por outros funcionários de saúde. A divisão trabalha com as direcções regionais de saúde, chefiadas por directores regionais dos serviços de saúde.

Cada direcção regional possui uma unidade de saúde familiar, responsável pela implementação das actividades de saúde reprodutiva e infantil. As direcções distritais possuem estruturas semelhantes às das regiões. Os distritos respondem às regiões e as regiões enviam relatórios aos serviços nacionais. A nível nacional, a Divisão de Saúde Familiar trabalha com outras unidades e direcções afectos ao SSG.

Figura 2.2: Organigrama da divisão de saúde familiar do SSG

Fonte: SSG (2009)



2.2.2 Programas de SMI no Gana

Os serviços prestados no Gana são orientados por dois documentos de política estratégica, um relativo à saúde materna (saúde reprodutiva e sexual) e outro relativo à saúde infantil. Os relatórios anuais da unidade de saúde reprodutiva e infantil contêm um elenco de serviços mais restrito que aquele contido nos documentos de política geral (incluindo maternidade segura e saúde infantil, planeamento familiar, prevenção e gestão de DST/VIH/Sida, cuidados pós aborto e prevenção e gestão de cancros do sistema reprodutivo), e a FNUAP (2006) conclui que, na realidade, a nível dos distritos, um conjunto de serviços muito mais restrito está a ser oferecido, com destaque para os primeiros três na lista.

Além das actividades essenciais, vários programas foram encetados recentemente para acelerar o progresso em matéria da SMI (GSS et al. 2009):

- *Programa de estilo de vida regenerativo e nutrição.* Este programa concentra-se nas doenças não transmissíveis como a obesidade e a hipertensão, e na saúde materno-infantil. Identifica, oferece formação e presta apoio a agentes de transformação na comunidade na transmissão de mensagens tendentes à mudança do estilo de vida e ao comportamento saudável.
- *Serviços rápidos de elevado impacto.* O programa High Impact Rapid Delivery (HIRD) promove intervenções de alta prioridade e custo-eficazes visando melhorar a SMI a nível distrital. Este programa proporciona financiamento específico para a prestação de serviços destinados a aumentar o enfoque e o financiamento dos serviços de saúde reprodutiva e infantil pelos EDGS (MdS 2009b).
- *Serviços de saúde e planeamento e baseados na comunidade.* Os serviços de saúde e planeamento baseados na comunidade, conhecidos pela sigla 'CHPS' representam estratégia para melhorar o acesso aos serviços de SMI. Os CHPS referem a um processo específico para prestar serviços de saúde em áreas carenciadas através da mobilização comunitária. O primeiro passo na adopção dos CHPS a nível distrital passa pela apropriação pelos líderes comunitários tradicionais, e a partir daí dá-se início ao processo de planeamento. Esta iniciativa conta com o apoio e a participação activa das comunidades. Os líderes comunitários, coadjuvados por voluntários, colaboram no sentido de mobilizar recursos e mão-de-obra para construir uma instalação básica de saúde, designada de Recinto de Saúde Comunitária (RSC), consistindo num espaço para uma clínica e uma habitação para um cuidador de saúde. Os RSC são servidos por Funcionários de Saúde Comunitária (FSC), que são enfermeiros especialmente treinados para esta tarefa. Depois de construído o recinto, o FSC é destacado para a comunidade. As responsabilidades do FSC incluem sessões de atendimento clínico no RSC, visitas ao domicílio no âmbito dos serviços de planeamento familiar, educação de saúde e cuidados ambulatoriais, e serviços de proximidade para vacinação. O apoio da comunidade ao RSC centra-se num comité de saúde comunitário e assistentes de saúde que trabalham com o FSC em regime de voluntariado.

2.2.3 Financiamento da saúde materno-infantil no Gana

A Tabela 2.4 contém as verbas afectadas às actividades de SMI por fonte de financiamento e por actividade financiada. Em 2009, um total de 52 milhões de Cedis ganeses foram afectados às actividades do SMI. Convém salientar alguns dos aspectos mais importantes.

Primeiro, a importância relativa dos fundos consignados para os serviços de SMI é notável. Durante este estudo, foi impossível chegar a um consenso sobre as implicações de um valor



tão elevado destinado ao sector. De uma parte, os fundos consignados asseguram que seja dada primazia às actividades de SMI nos planos distritais, conforme apropriado. Mas um inconveniente dos fundos consignados é que, frequentemente, a associação entre esses fundos e os planos e programas de actividades a nível regional e distrital são fracos, uma vez que estes estão ligados às prioridades dos doadores. Em particular, os fundos consignados são desembolsados esporadicamente aos diversos programas no decorrer do ano, o que dificulta a definição de planos e a implementação dos programas prioritários.

Em segundo lugar, os fundos provenientes dos doadores através do AOS representam 40% do orçamento para a SMI. Isto deve ser visto contra o pano de fundo de todo o sector, em que o AOS está a adquirir nova proeminência em relação aos fundos consignados. Em 2009, os doadores contribuíram GH¢108.6 milhões ao sector da saúde, dos quais 37.2 milhões (34%) foram destinados a programas específicos do MdS. Este valor é inferior ao de 2008, quando quase metade das contribuições dos doadores no orçamento (48%) estavam consignados, sendo o Fundo Global o maior contribuidor (71%).

Tabela 2.4: Dotações orçamentais identificáveis para a SMI, por fonte, 2009

	GdG (GH¢ '000)	Doadores – AOS (GH¢ '000)	HIPC (GH¢ '000)	NHIF (GH¢ '000)	Taxas Moderadoras (GH¢ '000)	Doadores – fundos consignados (GH¢ '000)	Total (GH¢ '000)
Contraceptivos	400	2 500	-	-	-	1 103	4 003
Iniciativa de Serviços Maternos Gratuitos	-	10 000	-	-	-	-	10 000
Grupo de Trabalho do ODM5	-	50	-	-	-	-	50
Vacinas	-	2 000	-	-	-	7 078	9 078
ITNs	-	1 600	-	-	-	11 747	13 347
Programas de suplementos alimentares	200	-	-	-	-	1 802	2 002
Campanha de SMI	-	5 000	-	-	-	7 581	12 581
Total	600	21 150	-	-	-	29 311	51 061

Fonte: MdS (2009b)

2.2.4 Serviços de SMI e provas de resultados

Um relatório da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sobre a SMI no Gana, datado de 2008, alude a 'fracas melhorias nos serviços de saúde no Gana nos últimos 10 anos ... não obstante os recursos significativos dos doadores' (USAID 2008). Isto, no que refere aos 'serviços limitados que chegam às comunidades e aos agregados familiares' e 'à qualidade dos serviços de SMI'.

Mas outras avaliações, como o Índice de Esforço do Programa Materno e Neonatal (MNPI), apontam para serviços de qualidade superior aos dos outros países. O Gana recebeu uma notação total de 65 num índice abrangente, onde 50 países avaliados receberam uma notação média de 56. O índice analisa vários elementos como a capacidade de atendimento dos serviços de saúde, o acesso aos serviços, o atendimento recebido, o planeamento familiar e as funções de apoio (USAID 2006).



Tabela 2.5: Estimativas recentes das tendências de mortalidade materna e de menores de cinco anos no Ghana

	1980	1990	2000	2010
Mortalidade materna por 1000 nados vivos	731	549	538	409
Taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos por 1000 nados vivos	149:4	122:2	98:6	77:5

Obs: A taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos é a probabilidade de morte entre a nascença e a idade dos 5 anos

Fonte: Hogan et al. (2010); Rajaratnam et al. (2010)

Dados obtidos recentemente do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) apontam para intervalos largos de incerteza sobre os dados, mas sugere um progresso mais forte depois do ano 2000, após um período de estagnação, sobretudo no melhoramento da taxa de mortalidade materna. As estimativas do IHME (excluindo os intervalos de incerteza) estão contidas na Tabela 2.5. A redução da taxa de mortalidade relativa aos menores de cinco anos, em 2.2% por ano entre 1990 e 2000 e em 2.4% entre 2000 e 2008, pode apontar para um progresso constante. Porém, algumas projecções revelam que, se as tendências actuais de TMM e U5MR perdurarem, é improvável que o Gana alcance os respectivos ODM, a não ser que sejam tomadas medidas para acelerar o ritmo das intervenções de SMI (PNUD2010).

As seguintes razões têm sido invocadas pelo progresso lento no que respeita à saúde materna: fraco acesso a assistentes de parto qualificados; falta de equipamentos hospitalares; fracas infra-estruturas de transporte; e baixa prevalência de contraceptivos, resultando na necessidade insatisfeita de planeamento familiar, e a gravidezes indesejadas e inoportunas.

O relatório de progresso sobre os ODM no Gana (2010) reconhece a contribuição das intervenções políticas, como a Política e Estratégia de Saúde Infantil, a Estratégia de Alimentação de Crianças, a Política e Estratégia para a Prevenção de Transmissão da Mãe para Criança (PMTCT), a desvinculação das crianças dos pais para efeitos da cobertura do NHIS e elevada cobertura de vacinação, para o melhoramento dos indicadores de saúde infantil.

3. Reforma dos serviços e das finanças para resultados no Gana

O sistema de saúde do Gana sofreu várias reformas desde a década de 1980. Aqui, serão descritos os aspectos associados a quatro conjuntos de reformas: a descentralização; o abandono de programas verticais; a coordenação de todas as modalidades de financiamento; e as reformas no domínio da gestão das finanças públicas. As reformas nos domínios da descentralização, da estrutura organizacional, e do financiamento revestem-se de particular pertinência para o processo de planeamento e definição de prioridades para a SMI.

3.1 Descentralização

A descentralização, além de permitir que as organizações locais tomem decisões com respeito à gestão e à aplicação de recursos, é vista como uma forma de melhorar os serviços prestados ao valorizar as eficiências técnicas (serviços prestados a mais baixo custo ao aplicar soluções locais) e eficiências na afectação de recursos (prestação de serviços apropriados devido aos conhecimentos locais).

A descentralização tem sido um elemento importante para a reforma do sector da saúde no Gana. O poder de decisão e a gestão dos serviços foram transferidos do MdS para uma agência, o SSG, e daí para os níveis regionais e distritais. Neste processo, o SSG, as ERGS e



as EDGS são os actores principais. As EDGS, em função das peculiaridades locais, possuem o poder para transferir fundos entre rubricas orçamentais para programas e actividades específicas. As EDGS podem também mobilizar fundos adicionais dos doadores para apoiar as actividades de SMI.

Porém, não obstante estas estruturas descentralizadas de coordenação e prestação de serviços, o sector da saúde, em geral, é descrito como sendo 'parcialmente descentralizado', em virtude de se manterem ainda alguns sistemas centralizados de afectação. Por exemplo, a remuneração do pessoal continua a ser paga através de um sistema centralizado de tesouraria, enquanto que os orçamentos administrativos são distribuídos pelo sistema local de tesouraria; por conseguinte, os distritos têm pouca oportunidade para fazer poupanças com os recursos humanos ou para transferir os fundos para outras rubricas. Este processo pode prejudicar a apropriação por parte dos distritos assim como a flexibilidade no âmbito do planeamento e da implementação (Ensor & Ronoh 2005).

Existem provas de que, em geral, a capacidade a nível distrital continua fraca, o que afecta o processo de planeamento e a orçamentação. Ensor e Ronoh (2005) afirmam que os benefícios da descentralização são condicionados pelo fraco investimento no reforço das capacidades em matéria da gestão dos processos complexos de elaboração de planos e orçamentos.

Face à dicotomia entre o financiador (MdS) e o prestador de serviços (SSG), é necessário que haja comunicação e colaboração entre as agências para assegurar prioridades, objectivos políticos e metas comuns, e para criar as sinergias essenciais entre as agências para reforçar a eficiência e a eficácia. Para este efeito, existe um comité directivo inter-agências (*Interagency Leadership Committee*), cuja eficácia tem vindo a ser afectada pela falta de participação por parte das agências mais importantes, como o SSG e o NHIA (MdS 2010), entre outros factores.

3.2 Reformas organizacionais: integração dos serviços

Outro elemento importante do processo de reforma é a substituição dos programas verticais por programas integrados. Antes da reforma, o sector da saúde tinha 14 programas verticais. Cada um dos programas funcionava a partir do nível regional para o nível nacional com muito pouca coordenação. Cada programa também possuía o seu próprio plano e orçamento. Mas, ao abrigo das reformas, os sistemas de apoio à gestão, inclusive os sistemas de adjudicação de contratos e de gestão pública, também foram reorganizados em termos funcionais para apoiar a prestação integrada dos serviços de saúde (UNFPA 2006).

O desafio, no que respeita à integração, reside em assegurar que a requisita atenção seja prestada aos programas individuais (UNFPA 2006; Ensor & Ronoh 2005). Mas, no Gana, no caso da saúde materna ou reprodutiva, por exemplo, o modo como a prestação dos serviços é organizada nos centros de prestação de serviços parece remeter esta ameaça para apenas algumas das componentes do pacote de saúde reprodutiva. Por exemplo, todos os centros de saúde pública possuem unidades de saúde materna que prestam serviços de planeamento familiar e maternidade segura. Isto assegura uma contínua atenção para com estas componentes da saúde reprodutiva no planeamento e prestação dos serviços de saúde (UNFPA 2006).

3.3 Reformas financeiras

As reformas financeiras na área da saúde tiveram por objectivo assegurar:

- o aumento dos recursos globais para o sector da saúde;
- a distribuição equitativa de recursos;



- a utilização eficiente de recursos;
- a implementação de estratégias sustentáveis de financiamento em defesa dos pobres; e
- a redução das barreiras financeiras para os serviços de saúde. (Addai 2005)

As componentes principais destas reformas financeiras incluíram taxas moderadoras, políticas de isenção, o NHIS, abordagens sectoriais e, mais recentemente, a adopção do apoio orçamental sectorial.

3.3.1 Taxas moderadoras, isenções e o NHIS

Com vista a reduzir o défice de financiamento para a prestação de serviços de saúde adequados e de qualidade, as taxas moderadoras eram cobradas em relação a todos os serviços, excepto o atendimento a mulheres grávidas e o planeamento familiar. Para reduzir as barreiras financeiras que dificultavam o acesso aos serviços, uma série de isenções foram posteriormente introduzidas em conjunto com as taxas moderadoras. Os cuidados pré-natais, os serviços de parto, o planeamento familiar e as vacinações foram alguns dos serviços com direito à isenção de pagamentos da taxa moderadora (Population Council et al. 2006).

Com respeito ao processo de planeamento no sector da saúde, embora as receitas provenientes das taxas moderadoras sejam reduzidas, sobretudo nos distritos mais pobres, estas podem ser vistas como contribuindo para a tomada de decisões a nível descentralizado, uma vez que estão sob a alçada dos distritos e dos centros de saúde (Mayhew 2003).

Em 2004, o Gana criou o NHIS, com vista a substituir as taxas moderadoras (pagamento directo) e, assim, pôr fim à necessidade de impor um sistema complicado de isenções. Os serviços de maternidade cobertos pelo NHIS incluem cuidados pré-natais, serviços de parto, cesarianas, tratamento de condições obstétricas de urgência e cuidados pós-natais (Population Council et al. 2006). O Presidente do Gana declarou, a 1 de Julho de 2008, que as mulheres grávidas estavam isentas do pagamento dos prémios para o NHIS (Serviços de Estatística do Gana 2009).

3.3.2 Mecanismos de financiamento: de abordagem sectorial para o apoio orçamental sectorial

Abordagens sectoriais foram adoptadas no sector da saúde em 1997, como modalidade de trabalho entre o MdS e os doadores, com vista a que o financiamento destinado ao sector apoie uma única política sectorial e programa de trabalho. Deste modo, o Governo e os doadores desenvolveram um programa de trabalho comum (relativo ao período 2002–2006) que previa a visão, as prioridades, as estratégias, o pacote de recursos e os critérios de afectação para o sector (UNFPA 2006). Porém, os doadores principais nos domínios da saúde sexual e reprodutiva, como a USAID e o FNUAP, não aderiram à abordagem sectorial e continuaram a desembolsar fundos através da consignação de fundos a canais separados. Efectivamente, Mayhew (sem data) afirmou que a existência em paralelo destes dois mecanismos de financiamento podia minar o planeamento coordenado, prejudicando a saúde sexual e reprodutiva se estes forem domínios reservados a um determinado grupo de doadores, ao invés de serem tratados como parte integrante do sistema de saúde no seu todo. Os mesmos argumentos podem ser aplicados aos aspectos relacionados com a saúde infantil.

Igualmente, ao abrigo da abordagem sectorial, o 'fundo da saúde', através do qual os doadores canalizavam os seus fundos, não estava associado a determinados serviços mas a classificações económicas (como sendo salários, despesas de capital, administração e



despesas relacionadas com os serviços). Os distritos não podiam transferir fundos de uma rubrica orçamental para outra, embora pudessem transferir fundos entre diversos elementos na mesma rubrica orçamental, assim permitindo uma maior flexibilidade a nível do planeamento e da priorização. Porém, cada rubrica orçamental estava associada a um mecanismo de desembolso diferente, o que criava problemas para os responsáveis pelos planos distritais (Mayhew 2003).

Nos últimos anos, tem-se registado uma tendência para introduzir um mecanismo de apoio orçamental ao sector. Durante as discussões, o AOS foi elogiado pela flexibilidade, a certeza e o grau de apropriação que confere ao processo de planeamento e de priorização. O AOS também confere ao Governo o papel de liderança, ao melhorar a supervisão, pelo MdS, dos recursos do sector da saúde. Porém, estes aspectos positivos são contrabalançados por reservas com respeito aos atrasos registados sempre que os recursos dos doadores passam pelos sistemas financeiros públicos do Gana.

Caixa 3.1 Plano Nacional de Seguro de Saúde

O NHIS do Gana foi criado ao abrigo da Lei do Seguro Nacional de Saúde (*National Health Insurance Act*) de 2003. O NHIS está sob a alçada do Conselho Nacional de Seguro de Saúde. Os escritórios regionais e distritais do NHIC estão a ser organizados de modo a descentralizar as operações do fundo. O NHIS administra o Fundo Nacional de Seguro de Saúde (NHIF) através da recolha, investimento, desembolso e administração dos recursos do fundo. O conselho é também responsável pela concessão de licenças, a regulamentação e a acreditação dos prestadores de serviços de saúde.

Os prémios do NHIS são calculados com base nas capacidades financeiras dos clientes. Os Comités Distritais do Seguro de Saúde identificam e categorizam os habitantes em quatro grupos sociais principais – os mais necessitados ou indigentes; os pobres e muito pobres; a classe média; e os ricos e muito ricos - cujas respectivas contribuições são calculadas em conformidade. Os mais necessitados ou indigentes, as pessoas com idades superiores aos 70 anos, e os contribuintes da antiga Caixa de Segurança Social e Seguro Nacional (*Social Security and National Insurance Trust - SSNIT*) já aposentados estão isentos do pagamento de prémios.

Embora os prémios variem ligeiramente de Distrito para Distrito, em geral os membros não pagam menos de GH¢7.2 (US\$8.00) por ano. No que respeita aos membros que trabalham no sector formal, 2.5% das contribuições para o SSNIT é descontado mensalmente dos salários como prémio para o seguro de saúde. Os trabalhadores do sector formal são automaticamente membros do NHIS, embora tenham de registar com os respectivos Fundos Distritais de Seguro de Saúde. As pessoas que trabalham no sector informal e aquelas que trabalham por conta própria pagam uma anualidade de entre GH¢7.2 e GH¢48.0, em função dos seus rendimentos. Os prémios cobrem os filhos e dependentes com idades inferiores aos 18 anos.

Em 2004, o governo introduziu um imposto sobre vendas de 2.5% (imposto de seguro de saúde) sobre determinados bens e serviços para financiar o NHIS. Outras fontes de financiamento para o Fundo incluem verbas provenientes do orçamento do Estado e contribuições dos doadores. O pacote de benefícios inclui serviços gerais ambulatoriais e hospitalares, saúde oral, serviços oftalmológicos, serviços de urgências e maternidade, incluindo cuidados pré-natais, e alguns partos complicados. As doenças abrangidas incluem a malária, a diarreia, as infeções das vias aéreas superiores, as doenças



dermatológicas, a hipertensão, a asma, os diabetes – no todo, cerca de 95% dos problemas de saúde mais comuns no Gana estão cobertos.

Até meados de 2007, uns 47% de toda a população nacional havia aderido ao NHIS, com a Região de Ashanti a registar o maior número de adesões (2.0 milhões).

Fonte: Mensah, Oppong & Schmidt (2009)

3.4 Reforma da gestão das finanças públicas

Na última década, têm sido introduzidas reformas na gestão das finanças públicas (GFP) no Gana. (CABRI 2007). Os elementos principais relacionados com a preparação e formulação de orçamentos são os seguintes:

- mudança de orçamentos por rubricas e orçamentos incrementais para um quadro de despesa de médio prazo;
- adopção de planos sectoriais de médio prazo (transformação de uma perspectiva anual para uma perspectiva trienal);
- dotação de verbas numa base analítica; e
- inclusão dos fundos dos doadores e de fundos provenientes de fontes internas. (Adjei-Mensah 2007)

Os objectivos típicos de uma tal reforma de GFP são: mais colaboração entre os diferentes actores (como os ministérios da saúde e das finanças) na formulação dos orçamentos; maior abrangência do orçamento (incluindo todas as fontes de financiamento); alinhamento dos orçamentos com as prioridades, e proporcionando mais certeza para as previsões futuras.

Hoje, o processo orçamental no Gana é um processo anual administrado com rigor, consistindo na definição de limites e prioridades gerais em regime descendente e priorização e afectação em regime ascendente. Os elementos principais deste processo incluem:

1. pedido de comentários do público em geral, incluindo a sociedade civil e grupos do sector privado;
2. actualização do quadro macroeconómico, a saber os limites gerais de despesa e a distribuição de fundos públicos e dos doadores;
3. revisão prévia de políticas pelos ministérios, departamentos e agências (MDA). Durante esta revisão, o MdS examina os seus objectivos, políticas e actividades para definir os requisitos de despesa face às políticas e prioridades;
4. reuniões multisectoriais (lideradas pelo MdfPE) para identificar: áreas de sobreposição e duplicação dos resultados, objectivos e produtos principais; áreas em que a colaboração e coordenação entre os MDA são necessárias para o planeamento e a implementação de actividades; e comentários e feedback sobre a priorização de objectivos entre os MDA no mesmo sector geral;
5. análise e finalização de limites pelo MdfPE, consistindo nas previsões das despesas de serviço, investimento, e despesas administrativas e de recursos humanos;
6. emissão, através de orientações orçamentais, de limites finais aos MDA, após a aprovação do Conselho de Ministros;
7. desenvolvimento de propostas pelos MDA e planos operacionais mais pormenorizados para o primeiro ano, que são debatidos em reuniões de política e técnicas com o MdfPE. Após finalização, o MdfPE efectua a consolidação do orçamento nacional;
8. definição final de limites pelos MDA, em relação aos centros de custo e aos objectivos. (Adjei-Mensah 2007)



A definição de limites indicativos iniciais pelo MdFPE dá início a um processo intensivo de planeamento nas organizações responsáveis pela área da saúde. Por exemplo, o SSG emite orientações de planeamento e política aos distritos. As orientações servem de guia para a preparação de vários planos regionais e distritais, com destaque para as políticas e as prioridades do sector da saúde. São reflexo da orientação política e prioridades do SSG (e do sector da saúde e geral), conforme indicado no plano estratégico do SSG para o período 2007-2011. Estas orientações contêm as fórmulas para o cálculo das dotações orçamentais relativamente às respectivas fontes de financiamento.

Depois, workshops de planeamento são organizados a nível distrital para informar os gestores em relação às prioridades para o ano e aos instrumentos e processos de planeamento. Os distritos elaboram os seus planos e orçamentos em conformidade com os seus respectivos programas de trabalho regionais. Durante o processo de planeamento, os distritos passam em revista as diversas componentes dos serviços, como cuidados clínicos, serviços de saúde pública, incluindo saúde reprodutiva, e serviços essenciais de apoio. Os distritos também avaliam o progresso e os desafios do ano anterior, definem as metas distritais em função das prioridades e metas nacionais, identificam as actividades a serem implementadas e determinam os custos das actividades.

Após estes processos sectoriais, o MdS consolida e planeia os orçamentos para todo o sector e apresenta-os ao MdFPE (passo 7, supra).

4. Aspectos relacionados com a reforma

4.1 Autonomia e abrangência

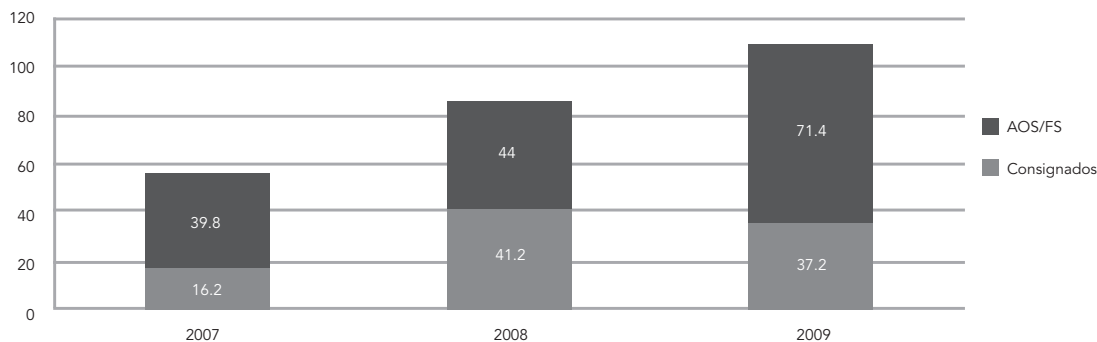
Em pelo menos duas das áreas de reforma – descentralização e melhor coordenação (ou abrangência dos processos orçamentais), existe a percepção que, embora a reforma tenha progredido bastante, está incompleta, o que afecta o impacto das reformas.

Esta é a situação no que respeita à descentralização, onde a autonomia das autoridades regionais e locais no sentido de aplicarem o seu critério continua condicionada pelo mecanismo central de afectação (como no caso dos recursos humanos). Assim, longe de ser uma realidade, a autonomia e a flexibilidade são uma ilusão.

No que respeita à coordenação entre os diferentes financiadores (e as diferentes áreas de Governo, como o MdS e o NHIS, e os doadores) muitos comentadores descrevem o processo orçamental como pouco abrangente, não obstante a longa experiência do Gana em matéria de abordagens sectoriais e de apoio aos orçamentos sectoriais.



Figura 4.1: AOS a adquirir proeminência no sector da saúde do Gana (pagamentos dos parceiros de desenvolvimento em milhões de GH¢)



Fonte: MdS (2009b)

Bempah (2007) indica que o financiamento proveniente de algumas fontes não é conhecido durante a fase de formulação dos orçamentos e, por conseguinte, não é incluído na formulação e na análise do orçamento (Bempah 2007). Além do mais, o MdFPE envia alguns fundos directamente para as regiões e os distritos. Isto afecta a transparência e a prestação de contas pelas unidades de serviços, e dificulta a monitorização da aplicação desses fundos pelo MdS. Também nega os princípios de abrangência do orçamento e a eficiência das dotações (Bempah, 2007). Abekah-Nkrumah Dinklo e Abor (2009) afirmam que o MdS, sem recurso ao MdFPE, pode obter o financiamento suplementar necessário para a prestação de serviços dos seus parceiros de desenvolvimento e que, por conseguinte, o MdS dialoga mais com os parceiros de desenvolvimento do que com o MdFPE.

4.2 Efeitos das reformas sobre a determinação de prioridades

Embora se tenha registado progressos substanciais no Gana no que respeita às abordagens sectoriais e aos orçamentos sectoriais, continuam a existir fundos consignados para determinados propósitos, tal como é o caso dos fundos para a SMI, o que incide sobre o poder do processo orçamental e sobre a capacidade das regiões e dos distritos de responderem às necessidades identificadas e assegurar uma maior eficiência.

Em 2008, o *Independent Health Sector Review* (MdS 2009a), um estudo independente do sector da saúde, confirmou que o financiamento ao sector da saúde regista dois tipos de transformação: transformação da ponderação relativa das diferentes fontes, e alteração da facilidade de acesso a essas fontes. No que respeita às fontes, o financiamento é caracterizado pela estabilização das contribuições do GdG e um aumento significativo do seguro nacional de saúde. Ainda não é possível confirmar qual será o efeito do aumento do financiamento pelo NHIS sobre as diferentes áreas prioritárias, mas tem sido manifestado o receio de que o efeito pode ser negativo para o financiamento dos serviços preventivos em relação aos serviços curativos, uma vez que o financiamento do NHIS será orientado pela procura dos serviços de saúde por parte dos doentes em vez de pelo impacto das medidas preventivas. Alfors (2009) aponta para 'uma ênfase notável da saúde reprodutiva feminina no pacote de benefícios' (do NHIS).

Os receios iniciais de que a descentralização e o foco no fardo da doença podia afectar a relativa prioridade dos serviços de saúde reprodutiva e infantil parecem não ter materializado, principalmente em virtude destes serviços estarem fortemente enraizados nas políticas e nas estruturas distritais de saúde.



4.3 Execução orçamental e transferências

Alguns comentários na literatura e nas entrevistas a respeito do atraso no desembolso de fundos aos sectores pelo MdFPE e do facto de algumas instituições serem privilegiadas em termos dos desembolsos de fundos, apontam para alguns aspectos da execução dos orçamentos susceptíveis de impedir a execução dos planos conforme previsto.

A par do aumento das contribuições dos parceiros de desenvolvimento para o sector, o AOS está a conquistar proeminência em relação aos fundos consignados (ver Figura 4.1). Este facto é animador e consentâneo com os princípios consagrados na Declaração de Paris, permitindo uma maior abrangência e flexibilidade no processo de planeamento. Porém, uma vez que os fundos de AOS são canalizados através dos sistemas do Governo, foi manifestada a opinião de que é possível que se registem mais atrasos no desembolso dos fundos necessários para a implementação de intervenções importantes, em relação à canalização dos mesmos pelas estruturas paralelas. O atraso nos desembolsos pode também afectar o planeamento e minar a credibilidade do orçamento, para além de criar obstáculos em relação à introdução de contratos de desempenho para efeitos da monitorização.

4.4 Capacidades e incentivos

Tem sido expressa a opinião de que o novo processo orçamental no Gana 'oferece os instrumentos necessários para os departamentos tomarem as medidas fundamentais no sentido de prepararem um conjunto realista de dotações orçamentais e fazerem melhores previsões ... embora cada MDA tenha aproveitado esta oportunidade de modo diferente. Alguns MDA continuam a produzir planos estratégicos pormenorizados, com custos, prazos e prioridades bem definidos. Outros não.' (Adjei-Mensah 2007)

Os estudos anteriores revelam que o MdS nem sempre consegue convencer o MdFPE e o Conselho de Ministros (Abekah-Nkrumah et al. 2009; MacCarthy 2009). Outros afirmam que o MdS precisa de reforçar as suas capacidades no sentido de desenvolver os instrumentos necessários para justificar as suas necessidades perante o Ministério das Finanças. O orçamento é um instrumento fundamental utilizado pelos MDA para justificarem as suas políticas e pedidos de verbas perante o MdFPE, sobretudo durante o debate orçamental. Alguns afirmam que necessita de mais técnicos devidamente habilitados e à altura de defenderem a sua posição durante o processo orçamental.

Embora este estudo de caso não tivesse analisado em pormenor os instrumentos utilizados para a determinação dos custos nem os métodos empregues para avaliar a eficácia ou os benefícios dos programas, existe quem sugira que estas actividades têm sido demasiado 'lideradas pelos consultores' (com uma fraca apropriação pelos departamentos) sem que exista uma 'caixa de ferramentas' apropriada.

Especificamente no que respeita à formulação de planos e de orçamentos no domínio da SMI, o Gana adoptou a abordagem *High Impact Rapid Delivery* (HIRD), ou serviços rápidos de elevado impacto, em 2005, uma estratégia ou instrumento visando reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil. Permite a identificação das prioridades principais e das intervenções custo-eficazes para alcançar os ODM 4 e 5 (SSG 2007). A Caixa 4.1 ilustra os processos seguidos na elaboração de planos e identificação de prioridades ao abrigo da HIRD.

Na sua análise da experiência do Gana com a aplicação da abordagem HIRD, Aboagye (2008) identificou vários elementos que condicionam a sua eficácia, a saber: deficiências de dados



para a definição de planos e determinação de metas em virtude da falta de bases de referência, sobretudo referenciais específicos para os distritos relativos aos indicadores chave; desembolso atrasado e inadequado de fundos para implementação; fraca participação dos respectivos actores nas reuniões de planificação e advocacia, assim como na execução das actividades; e atrasos na aquisição de equipamentos de cuidados obstétricos. Os debates com entrevistados importantes também apontaram para a perda de memória institucional e fraco envolvimento de outros intervenientes do sector social.

Caixa 4.1 Nove passos para a formulação de planos para os serviços HIRD

- Definir visão da região / distrito no que respeita à SMI.
- Comparar os níveis actuais de cobertura das intervenções de SMI às metas definidas.
- Identificar as intervenções cujos níveis de cobertura estão aquém das metas definidas.
- Identificar estrangulamentos que impedem a concretização das metas definidas, elencar as causas subjacentes dos estrangulamentos.
- Formular estratégias para remover as causas subjacentes dos estrangulamentos.
- Identificar potenciais recursos existentes no sector da saúde e fora dele.
- Desenvolver um plano para a implementação das estratégias.
- Estimativa do custo suplementar de implementar o plano.
- Desenvolver um quadro de monitorização e avaliação para o acompanhamento do desempenho.

Fonte: GHS (2007)

O conhecimento do processo orçamental e das suas componentes é também um aspecto importante. Por exemplo, a elaboração de planos de médio prazo tem por finalidade dar uma indicação geral da disponibilidade de fundos em relação às prioridades. As prioridades são sujeitas a uma revisão uma vez estabelecidos os limites finais, seguido da formulação de planos pormenorizados. Mas, os debates tidos revelam que este processo de 'reformulação de orçamentos' é frequentemente visto como duplicação. Os CGO 'sabem' que o orçamento 'verdadeiro' será elaborado posteriormente, depois de os limites finais serem aprovados. Para eles, os limites iniciais indicativos não são credíveis (no geral e em termos da distribuição) pelo que, com o passar do tempo, tem-se transformado num exercício de preenchimento de modelos orçamentais em vez de um processo real de planeamento estratégico.

Os técnicos no sector da saúde referiram aos fracos conhecimentos gerais sobre como os limites são calculados e como estão associados às suas necessidades e desafios. Este é visto como um processo 'do topo para a base'. Os técnicos superiores da saúde também consideram que as linhas directrizes e os limites minam a apropriação, sobretudo a nível distrital, visto que as prioridades nacionais frequentemente se sobrepõem às prioridades distritais. Com respeito aos debates sobre o orçamento, os técnicos do sector vêem este processo como uma formalidade em vez de uma verdadeira oportunidade de negociação.



4.5 Cooperação

Abekah-Nkrumah et al. (2009) descreve a relação entre o ministério das finanças e o ministério da saúde do seguinte modo: “O MdS considera o MdFPE como uma entidade muito poderosa que define limites e não altera esses limites independentemente do que faça o MdS. Por seu lado, o MdFPE considera que o MdS não está interessado em dialogar’. Adianta que quase que não existem incentivos para o MdS dialogar com o MdFPE porque praticamente 80% do financiamento proveniente do MdFPE é afectado a emolumentos de pessoal e investimentos, sobre os quais o MdS não possui qualquer controlo.

Este estudo levantou aspectos importantes relacionados com o nível de cooperação entre o MdS e o MdFPE. Consta que as relações entre os dois ministérios melhoraram ao longo dos anos na sequência da substituição dos fundos agrupados pelo AOS, o que obriga os dois ministérios a dialogarem. Os ministérios que recebem apoio extraorçamental são encorajados a comunicarem este facto. Além do mais, foi nomeado recentemente um oficial de programação da saúde no ministério das finanças que, segundo consta, tem contribuído para melhorar o diálogo entre os dois ministérios.

Além da melhor colaboração entre o MdS e o MdFPE, os inquiridos também apontaram para a necessidade de aprofundar o diálogo entre o MdS e as suas próprias agências. A descentralização pode vir a dificultar a coordenação entre os sectores. A maioria dos inquiridos para os propósitos deste estudo de caso confirmaram que existe espaço para o sector dialogar entre si de modo mais benéfico do que tem vindo a fazer até à data.

Foi feita referência à necessidade de haver outro nível de diálogo, designadamente entre o MdS e os demais sectores sociais. Ao que parece, na prática, o processo de identificação da duplicação é limitado. Os debates com os técnicos dos SSG e dos doadores principais revelaram que o ritmo lento no alcance dos ODM 4 e 5 deve-se às fragilidades no planeamento intersectorial entre o sector da saúde e os demais sectores sociais, como o da educação e o dos transportes, o que resulta num processo descoordenado de definição de prioridades. Por exemplo, a colaboração entre o sector da saúde e o sector dos transportes poderia contribuir para superar as barreiras que impedem o acesso a assistentes de parto devidamente qualificados.

Por último, outro aspecto considerado fraco é o diálogo entre a administração política descentralizada a nível das regiões e dos distritos durante o processo de planeamento e preparação do orçamento (Abekah-Nkrumah et al. 2009).

4.6 Informação e dados

A capacidade de definição de prioridades e de determinação dos custos das actividades é condicionada pela falta de dados a nível dos distritos, sobretudo no que respeita à saúde materna, face à falta de acesso a indicadores que permitam fazer o acompanhamento do progresso e identificar os estrangulamentos. As fontes de dados actualmente disponíveis, como o Levantamento Demográfico da Saúde (LDS) e o Levantamento de Saúde Materna (LSM) não oferecem uma perspectiva distrital. As fragilidades no que toca às capacidades de gestão financeira também incidem sobre a análise da eficácia dos custos de opções alternativas para a consecução dos objectivos de política.



5. Perguntas para discussão

1. O processo de planeamento e orçamentação: Será que a estrutura descentralizada produz os melhores resultados no domínio da saúde? O que pode ser melhorado?
2. Financiamento das reformas: Será que o MdF do Gana explorou apropriadamente o financiamento dos serviços de saúde, tomando em consideração as taxas moderadoras, o NHIS, etc.? Estes mecanismos são apropriados? Quais são as lições que podem ser tiradas de outros países?
3. Eficiência da dotação: Será que o MdS está a aplicar recursos financeiros em áreas prioritárias? O que podemos afirmar acerca dos indicadores relativos à saúde materno-infantil no contexto em que o sector da saúde recebe 14.4 % do orçamento?
4. Quais são os prós e os contras da ajuda dos doadores / extraorçamental? Como é que isto é gerido noutros países?
5. Os processos de planeamento, de definição de custos e de análise das opções (como as análises da relação custo-eficácia) são frequentemente dirigidos por consultores externos. Quais opções existem para criar mais capacidades e apropriação junto dos MDAs? Será que os ministérios das finanças consagram recursos suficientes à elaboração de planos? Existem linhas orientadoras a este respeito?
6. Os dados necessários para a definição de custos, planos e prioridades frequentemente estão omissos, sobretudo para o planeamento descentralizado. O que pode ser feito para superar este problema? Será que alguns países encontraram soluções?



Referências/Bibliografia

- Abekah-Nkrumah G, Dinklo T & Abor J (2009) Financing the health sector in Ghana: A review of the budgetary process. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences* 17.
- Addai E (2005) Budget support: How far or how fast? Experience from the Ghana Health SWAp. Presentation at the Johannesburg SPA Plenary meeting, January.
- Adjei-Mensah K (2007) Ghana: Process discipline and policy effectiveness drive the new budget process. In CABRI (Collaborative Africa Budget Reform Initiative) *4th annual CABRI seminar*. Pretoria: CABRI.
- Alfers L (2009) The Ghana National Health Insurance Scheme. WIEGO Social Protection Case Study. Disponível em: <http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/alfers-ghana-nhis-case-study.pdf> [acedido a 8 de Agosto de 2011].
- Bempah B (2007) Planning, budgeting and performance management: An appraisal of the Ghana health sector. MSc dissertation, University of Bradford.
- Ensor T & Ronoh J (2005) Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: A review of the literature. *The International Journal of Health Planning and Management* 20(3): 209–225.
- GHS (Ghana Health Service) (2007) *Reproductive health strategic plan (2007–2011)*.
- GHS (2008) *High Impact Rapid Delivery: Policy briefing paper*.
- GSS (Ghana Statistical Service) (2008) *Demographic health survey*.
- GSS (Ghana Statistical Service), GHS (Ghana Health Service) & Macro International (2009) *Ghana maternal health survey 2007*. Calverton: GSS, GHS & Macro International.
- Hogan M. et al. (2010) Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: A systematic analysis of the progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet* 375: 1 609–1 623.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2010) *Building momentum: Global progress towards reducing maternal and child mortality*. Washington DC: IHME.
- Mayhew S & Adjei S (2004) Sexual and reproductive health; Challenges for priority setting in Ghana's health reforms. *Health Policy and Planning* 19(10).
- Mayhew S (2003) Impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana. *Reproductive Health Matters* 11(21):74–87.
- Mayhew S (n.d.) Sexual and reproductive health in Ghana and the role of donor assistance: A case study. Disponível em: http://www.populationaction.org/Publications/Reports/Progress_and_Promises/asset_upload_file36_5855.pdf [acedido a 8 de Agosto de 2011].
- McCarthy M (2009) Study of the relationship between ministry of health and ministry of finance. Paper presented at the Global Health Initiative, Woodrow Wilson International Conference for Scholars.
- Mensah J, Oppong J & Schmidt C (2009) *Ghana's national insurance scheme in the context of the health MDGs: An empirical evaluation using propensity score matching*. Ruhr Economic Papers No. 157. Disponível em: http://repec.rwi-essen.de/files/REP_09_157.pdf [acedido a 8 de Agosto de 2011].
- MoH (Ministry of Health) (2009a) *Independent review. Health sector programme of work 2008*.
- MoH (2009b) *Programme of work: Change for better results – Improving maternal and neonatal health*.



- MoH (2010) *Independent review. Health sector programme of work 2009.*
- NDPC (National Development Planning Commission) and UNDP (2010) *2008 Ghana millennium development goals report.* Disponível em: http://www.pdaghana.com/images/stories/ReferenceMaterials/ghana_april2010.pdf [acedido a 8 de Agosto de 2011].
- OPM (Oxford Policy Management) (2003) *Ministry of Health Programme of Work 2002: Report of the External Review Team for the Ministry of Health.* Accra: OPM.
- Rajaratnam J et al. (2010) Neonatal, post-neonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet* 375: 1 988–2 008.
- Reichenbach L (2002) The politics of priority setting for reproductive health: Breast and cervical cancer in Ghana. *Reproductive Health Matters* 10(20).
- Soucat A, Lerberghe W, Diop F, Nam Nguyen S & Knippenberg R (2002) *Marginal budgeting for bottlenecks: A new costing and resource allocation practise to buy health results.* Geneva: WHO.
- UNDP (United Nations Development Programme) (2010) *Human development report.* New York: UNDP.
- UNFPA (United Nations Population Fund) (2006) *Priority setting for reproductive health at the district level in the context of health sector reforms in Ghana.* Accra: UNFPA. Disponível em: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Ghana_Reform.pdf [acedido a 5 de Agosto de 2011].
- USAID (United States Agency for International Development) (2006) *Maternal and neonatal programme effort 2005: Ghana.* Disponível em: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/countries/africa/ghana.pdf [acedido a 8 de Agosto de 2011].
- USAID (2008) *MCH program description: Ghana.* Disponível em: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/countries/africa/ghana.pdf [acedido a 8 de Agosto de 2011].



Apêndice A: Lista de pessoas consultadas

Nome	Organização	Cargo
Simon Kyei	Ministério das Finanças e do Planeamento Económico	Director do Orçamento
Emmanuel Adjorlolo	Ministério das Finanças e do Planeamento Económico	Ponto Focal para a Saúde
Sally Lake	Ministério da Saúde	Economista da área da saúde
Sylvester Anemana	Ministério da Saúde	Director Superior
George Dakpalla	Ministério da Saúde	Director de Políticas, Planos e Monitorização e Avaliação
Herman Dusu	Ministério da Saúde	Controlador Financeiro
Samuel Boateng	Ministério da Saúde	Chefe de Aquisições
Isabella Sagoe-Moses	Serviços de Saúde do Gana	Coordenadora dos Serviços de Saúde Infantil
Frank Nyornator	Serviços de Saúde do Gana	Director de Planeamento
Dan Osei	Serviços de Saúde do Gana	Director do Orçamento
Ramatu Ude	Serviços de Saúde do Gana	Controlador Financeiro
Gloria Quansah	Serviços de Saúde do Gana	Chefe de Saúde Materno-Infantil
Irene Agyepong	Direcção da Saúde para a Região de Acra	Direcção Regional da Saúde
Charles Fleisher -Djoleto	Organização Mundial da Saúde	Assessor Nacional para a Saúde Familiar e Populacional
Daniel Yeyemain	Fundo das Nações Unidas para a Infância	Especialista em Saúde Infantil



Esta publicação foi produzida com o apoio generoso do Ministério Federal para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos da Alemanha (BMZ) através da Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.



A GIZ não partilha necessariamente as opiniões expressadas nesta publicação. A CABRI assume plena responsabilidade por este conteúdo.