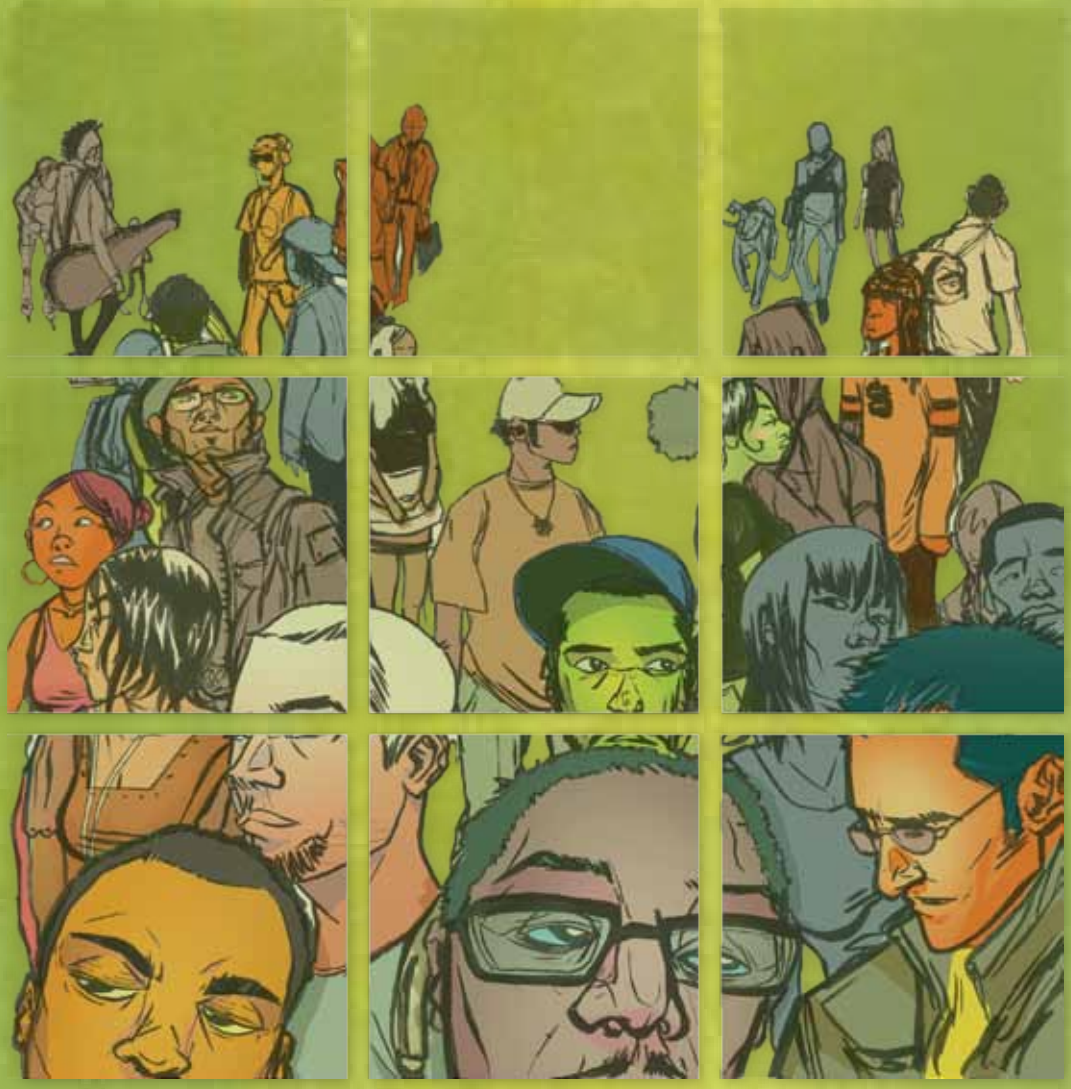
Relatório Mundial da Saúde



FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O caminho para a cobertura universal

Relatório Mundial da Saúde



FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O caminho para a cobertura universal

Índice

vi **Mensagem da Directora Geral**

xi **Sumário Executivo**

xi Porquê cobertura universal?
xii Onde estamos nós agora?
xiii Como resolvemos o problema?
xiv Angariar recursos suficientes para a saúde
xvi Remover riscos e barreiras financeiras ao acesso
xix Promover a eficiência e eliminar o desperdício
xxi Desigualdades na cobertura
xxi Uma agenda para acção
xxii Facilitar e apoiar a mudança
xxiv Etapas práticas para os parceiros externos
xxiv Uma mensagem de esperança

1 Em que ponto estamos?

5 Pagamentos directos
6 Os Fundos comuns
7 Assistência externa
8 No caminho para a cobertura universal
9 Sustentar os resultados alcançados
10 Cobertura universal: as duas hastes
13 Fazer as escolhas certas
14 Seguindo em frente

2 Mais dinheiro para a saúde

21 Angariando recursos para a saúde
22 Mas quanto custa a cobertura universal?
23 Assegurar para a saúde uma proporção justa da despesa governamental total
26 Diversificar as fontes domésticas de receita
28 Explorar as fontes de financiamento doméstico para a saúde
32 Assistência financeira externa
33 O efeito da recessão económica na assistência ao desenvolvimento
36 Conclusão

3 A força nos números

43 Os problemas com os pagamentos directos
46 As isenções de taxas são eficazes?
48 Abandonar os pagamentos directos
50 A força nos números
52 Onde e como aumentar a cobertura?
53 O enfoque nos mais pobres
54 Outras barreiras ao acesso
56 Conclusão

4 Mais saúde pelo mesmo dinheiro

65 Utilizar os recursos racionalmente
66 Dez causas principais de ineficiência
66 Eliminar despesas desnecessárias em medicamentos
68 Melhorar o controlo de qualidade dos medicamentos
69 Utilização apropriada dos medicamentos
69 Retirar o máximo benefício dos serviços e da tecnologia
71 Motivar as pessoas
72 Melhorar a eficiência hospitalar – dimensão e duração da estadia
73 Definir o tratamento correcto desde o início
73 Eliminar o desperdício e a corrupção
74 Levantamento crítico dos serviços necessários
76 Benefícios potenciais de melhorar a eficiência
78 Incentivos, financiamento da saúde e eficiência
80 Pagamentos de acordo com o desempenho
82 Aquisições estratégicas
83 Fragmentação
84 Corrigir as desigualdades
85 Conclusão

5 Uma agenda para a acção

95 Aprender com a experiência
99 Apoio à mudança
110 Conclusão

113 Índice remissivo

Mensagem da Directora Geral

Eu encomendei este Relatório Mundial da Saúde em resposta a uma necessidade, expressa tanto por países ricos como pobres, de indicações práticas sobre modos de financiar os cuidados de saúde. O objectivo era transformar a evidência, recolhida de estudos em diversos locais, num menu de opções para angariar recursos suficientes e remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres. Como indica o subtítulo, coloca-se firmemente a ênfase no caminho para a cobertura universal, um objectivo actualmente no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde.

A necessidade de orientação nesta área tornou-se ainda mais urgente neste momento caracterizado simultaneamente pela crise económica e custos crescentes dos cuidados de saúde, à medida que a população envelhece, as doenças crónicas aumentam, e novos tratamentos mais caros se tornam disponíveis. Como é sublinhado neste Relatório, a exigência pública para acesso a cuidados de boa qualidade ainda aumenta mais a pressão pela escolha de políticas inteligentes.



Num tempo de dinheiro escasso, o meu conselho aos países é este: antes cortarmos nas despesas em saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência. Todos os sistemas de saúde, em toda a parte, podem fazer melhor uso dos seus recursos, seja por melhores práticas de aprovisionamento, um uso mais generalizado de produtos genéricos, melhores incentivos aos prestadores, ou mecanismos financeiros e administrativos mais fluidos.

Este Relatório estima que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são actualmente desperdiçados por ineficiência, e aponta 10 áreas específicas onde melhores políticas e práticas podem aumentar o impacto das despesas, às vezes de modo dramático. Investir esses recursos de modo mais inteligente pode ajudar os países a chegarem mais perto da cobertura universal sem aumentar os gastos.

No que diz respeito ao caminho para a cobertura universal, o Relatório identifica o uso regular de pagamentos directos, incluindo taxas de utente[1], como sendo de longe o maior obstáculo ao progresso. Há evidência abundante que demonstra que

[1] Na literatura podem também encontrar-se os termos equivalentes, "taxas de utilização" ou "taxas moderadoras": tanto estes termos, como o de "taxa de utente" referem-se a pagamentos no momento do consumo.

o angariar de fundos através da obrigação de pré-pagamentos é a base mais eficiente e mais equitativa para aumentar a cobertura populacional. De facto, tais mecanismos significam que os ricos subsidiam os pobres, e que os saudáveis subsidiam os doentes. A experiência mostra que esta abordagem funciona melhor quando o pré-pagamento provém de um grande número de pessoas, resultando na subsequente agregação de fundos para cobrir os custos de cuidados de saúde para todos.

Ninguém necessitando de cuidados de saúde, preventivos ou curativos, deve correr o risco da ruína financeira daí resultante. Tal como mostra a evidência, os países necessitam de fundos estáveis e eficientes para a saúde, mas a afluência do país não é um pré-requisito para se chegar mais perto da cobertura universal. Países com níveis semelhantes de gastos em saúde obtêm surpreendentes diferenças nos resultados em saúde com os seus investimentos. As decisões de políticas ajudam a explicar muita desta diferença.

Ao mesmo tempo, não há nenhum pacote de políticas que seja eficaz em todos os contextos. Tal como preconiza o Relatório, qualquer estratégia efectiva de financiamento da saúde tem que ser de gestação local. Os sistemas de saúde são sistemas complexos e adaptativos, e os seus diferentes componentes podem interagir de modos inesperados. O Relatório cobre falhanços e retrocessos tal como sucessos, e assim pretende ajudar os países a antecipar surpresas indesejadas e evitá-las. Os compromissos serão inevitáveis, e terão de ser tomadas decisões que obtenham o correcto equilíbrio entre a proporção de população coberta, o leque de serviços incluído, e os custos a serem cobertos.

Apesar destas precauções, a mensagem central do Relatório é de optimismo. Todos os países, em todos os estádios de desenvolvimento, podem, de imediato, dar passos em direcção à cobertura universal e manter os resultados atingidos. Os países que adoptem as políticas correctas podem melhorar significativamente a cobertura de serviços e a protecção contra risco financeiro para qualquer nível de gastos. Faço sinceros votos para que as experiências práticas e os conselhos disponibilizados neste Relatório possam orientar os que têm que tomar decisões sobre que políticas adoptar na direcção correcta. Lutar pela cobertura universal é um objectivo admirável, e viável – em toda a parte.



Dra. Margaret Chan
Directora Geral
Organização Mundial da Saúde

Sumário executivo

Porquê cobertura universal?

A promoção e protecção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável. Isto foi reconhecido há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, que assinalaram que a Saúde para Todos contribuiria tanto para melhor qualidade de vida como também para a paz e segurança globais.

Não constitui surpresa que as pessoas na maioria dos países classifiquem a saúde como uma das suas maiores prioridades, ultrapassada apenas pelas preocupações económicas, tais como desemprego, baixos salários ou alto custo de vida (*1, 2*). Daqui resulta que a saúde se transforma frequentemente num tema político à medida que os governos tentam responder às expectativas da população.

Há muitas maneiras de promover e manter a saúde. Algumas ficam fora dos limites do sector da saúde. As "circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem" influenciam fortemente como as pessoas vivem e morrem (*3*). A educação, habitação, alimentação e emprego influenciam a saúde. Reduzir as desigualdades nestas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde.

Mas o acesso atempado a cuidados de saúde – uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – também é crítico. Isto não será atingido, excepto para uma minoria da população, sem um sistema de financiamento de saúde bem funcionante, que permita às pessoas usar os serviços de saúde quando deles precisam.

Como reconhecimento desta situação, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprometeram-se em 2005 a desenvolver sistemas de financiamento da saúde, que permitam às pessoas aceder a serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los (*4*). Esta meta foi definida como cobertura universal, por vezes também chamada cobertura universal de saúde.

Na luta por esta meta, os governos enfrentam três questões fundamentais:

1. Como deve ser financiado tal sistema?

2. Como proteger as pessoas das consequências financeiras da falta de saúde e do pagamento pelos cuidados de saúde?

3. Como optimizar a utilização dos recursos disponíveis?

Os governos têm ainda que assegurar que a cobertura é equitativa e estabelecer mecanismos fiáveis para monitorizar e avaliar a evolução.

Neste Relatório, a OMS define orientações gerais para os países modificarem os seus sistemas de financiamento a fim de evoluírem mais rapidamente na direcção da

cobertura universal e sustentar esses ganhos. O Relatório sintetiza investigação recente e lições de experiências, identificando um conjunto de acções que os países, em todos os estádios de desenvolvimento, podem considerar e adaptar às suas próprias circunstâncias e necessidades. O Relatório sugere formas de apoio da comunidade internacional aos esforços dos países de baixo rendimento para atingir a cobertura universal.

A necessidade de cobertura universal de saúde, e duma estratégia para financiá-la, nunca foram tão grandes como neste momento em que o mundo se debate com o abrandamento económico, a globalização das doenças e das economias e com exigências crescentes para cuidados crónicos que estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações.

Onde estamos nós agora?

A Resolução 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde de 2005 diz que todos devem ter acesso a serviços de saúde sem necessidade de sacrifícios financeiros. Tanto para um como para outro, o mundo está longe da cobertura universal.

Quanto à cobertura de serviços, a proporção de partos atendidos por técnicos de saúde qualificados pode, por exemplo, ser tão baixa como 10% em alguns países enquanto se aproxima dos 100% nos países com as taxas de mortalidade materna mais baixas. Dentro dos países, também se observam variações semelhantes. Em todas as sociedades as mulheres afluentes obtêm geralmente níveis semelhantes de cobertura, mas as pobres são esquecidas. As mulheres no estrato dos 20% mais ricos da população têm até 20 vezes mais probabilidades de ter o parto conduzido por um técnico de saúde qualificado do que as mais pobres. A redução deste hiato de cobertura entre ricos e pobres em 49 países de baixo rendimento poderia, até 2015, salvar as vidas de mais de 700.000 mulheres (5). De modo semelhante, as crianças ricas vivem vidas mais longas que as pobres; a redução do fosso de cobertura para um leque de serviços para crianças abaixo dos 5 anos, particularmente vacinações de rotina, salvaria mais de 16 milhões de vidas.

Mas os rendimentos não são o único factor com influência sobre a cobertura com serviços. Em muitos contextos, migrantes, minorias étnicas e povos indígenas usam menos os serviços do que os outros grupos populacionais, mesmo que as suas necessidades sejam maiores. A outra face da moeda é que quando as pessoas usam os serviços, têm frequentemente que arcar com elevados custos, por vezes catastróficos, para pagar os cuidados. Nalguns países, a fracção da população atingida por este tipo de sacrifício financeiro pode, anualmente, chegar aos 11%, e a dos que são levados à pobreza pode atingir os 5%. À escala mundial, anualmente, cerca de 150 milhões de pessoas são alvos desta catástrofe financeira enquanto 100 milhões são empurrados para baixo do limiar de pobreza.

A outra penalização financeira imposta aos doentes (e frequentemente às suas carreiras) é a perda de rendimentos. Em muitos países, os familiares providenciam algum tipo de apoio financeiro, mesmo que reduzido, aos membros da família durante os períodos de doença. As transferências financeiras mais formais para proteger os que estão demasiado doentes para trabalhar são menos comuns. De acordo com a Organização Internacional

do Trabalho (OIT), apenas um em cada cinco habitantes do mundo beneficia de protecção de segurança social que também inclui os rendimentos perdidos por doença, e mais de metade da população do mundo não tem qualquer tipo de protecção social formal. Só 5-10% das pessoas estão cobertas na África Subsaariana e na Ásia do Sul, enquanto nos países de rendimento médio a cobertura varia desde os 20% aos 60%.

O financiamento de saúde é uma parte importante dos esforços mais gerais para garantir protecção social para todos. Como tal, a OMS é a agência co-líder com a OIT para a iniciativa do sistema das Nações Unidas para ajudar os países a desenvolver uma Plataforma Integrada de Protecção Social, que inclui os tipos de protecção contra os riscos financeiros discutidos neste Relatório e os aspectos mais gerais da substituição de rendimentos e de apoio social em eventos de doença (*6*).

Como resolvemos o problema?

Três problemas fundamentais, interligados limitam a aproximação dos países à cobertura universal. O primeiro é a disponibilidade de recursos. Nenhum país, independentemente do grau de riqueza, foi capaz de assegurar que toda a gente tenha acesso imediato a todas as tecnologias e intervenções que podem melhorar a sua saúde ou prolongar a sua vida.

No outro extremo da escala, nos países mais pobres, poucos serviços estão disponíveis para todos.

A segunda barreira à cobertura universal é uma dependência excessiva dos pagamentos directos no momento em que as pessoas necessitam de cuidados. Estes incluem pagamentos por medicamentos *"ao balcão"*[1] e taxas por consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Mesmo quando as pessoas dispõem de alguma forma de seguro de saúde, elas podem ter de contribuir sob a forma de co-pagamentos, co-seguro ou franquias.

A obrigação de pagar directamente pelos serviços no momento da necessidade – seja o pagamento feito de modo formal ou informal (ilegal) – impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando o necessitam. Para aqueles que procuram tratamentos, pode resultar em sacrifícios financeiros, ou mesmo empobrecimento.

O terceiro obstáculo a uma aproximação mais rápida à cobertura universal é o uso ineficiente e desigual de recursos. Numa estimativa conservadora, 20-40% dos recursos de saúde são desperdiçados. Reduzindo este desperdício aumentar-se-ia significativamente a capacidade de os sistemas de saúde fornecerem serviços de qualidade e melhorarem a saúde. Mais eficiência também torna mais fácil a argumentação do ministério da saúde junto do ministério das finanças por fundos adicionais.

A via para a cobertura universal é, portanto, relativamente simples – pelo menos no papel. Os países devem angariar mais dinheiro, reduzir a dependência dos pagamentos directos para financiar serviços, e melhorar a eficiência e equidade. Estes aspectos são discutidos nas secções que se seguem.

Muitos países de baixos e médios rendimentos demonstraram ao longo da última década que aproximarem-se da cobertura universal não é uma prerrogativa dos países de rendimentos elevados. Por exemplo, o Brasil, a

[1] N.T.: tradução literal da expressão inglesa *"over the counter"*. Inclui frequentemente medicamentos vendidos "sem necessidade de receita médica" e que não beneficiam de co-participação ou reembolso dos sistemas de seguro de saúde.

China, o México, o Ruanda e a Tailândia realizaram recentemente grandes avanços para enfrentar todos os três problemas descritos acima. O Gabão introduziu modos inovadores de angariar fundos para a saúde, incluindo uma taxa sobre o uso de telemóveis; o Cambodja introduziu um fundo de equidade em saúde que cobre os custos de saúde dos pobres, e o Líbano melhorou a eficiência e qualidade da sua rede de cuidados primários.

Entretanto, torna-se claro que qualquer país pode fazer ainda mais em pelo menos uma destas três áreas principais. Mesmo os países de rendimentos elevados se dão agora conta que devem avaliar continuamente os seus progressos, face aos custos e expectativas crescentes. A Alemanha, por exemplo, reconheceu que o envelhecimento da sua população significa que a proporção de titulares de salários e rendimentos declinou na população total, tornando mais difícil financiar o seu sistema de seguro social de saúde a partir das fontes tradicionais de contribuições para os seguros baseadas nos rendimentos. Em consequência, o governo teve de injectar no sistema fundos adicionais provenientes das receitas gerais do Estado.

Angariar recursos suficientes para a saúde

Embora o apoio financeiro interno para a cobertura universal seja crucial para a sua sustentabilidade, não é realista esperar que a maioria dos países de baixo rendimento consiga, no curto prazo e sem ajuda externa, alcançar a cobertura universal. A comunidade internacional terá de prestar apoio financeiro aos esforços domésticos dos países mais pobres para expandir rapidamente o acesso a serviços.

Para que isso aconteça, é importante conhecer o custo provável. Estimativas recentes do dinheiro necessário para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde e assegurar acesso a intervenções críticas, incluindo para doenças não-transmissíveis em 49 países de baixo rendimento, sugerem que, em média (não – ponderada) esses países precisarão de gastar um pouco mais de 60 US$ per capita em 2015, consideravelmente mais do que os 32 US$ que actualmente gastam. Este número inclui, até 2015, os custos de expandir os sistemas de saúde para que eles possam prestar a combinação específica de intervenções necessárias. A primeira etapa para a cobertura universal é, então, assegurar que os países mais pobres têm estes fundos e que o financiamento aumenta consistentemente nos anos seguintes, de modo a permitir a expansão necessária.

Mas mesmo os países que actualmente gastam mais do que o mínimo estimado não se podem dar ao luxo de relaxar. Atingir os ODM de saúde e assegurar o acesso às intervenções críticas com foco nas doenças não-transmissíveis – as intervenções incluídas nas estimativas de custos aqui descritos – é apenas o começo. À medida que o sistema melhora, seguir-se-ão inevitavelmente as exigências por mais serviços, melhor qualidade e/ou maiores níveis de protecção para o risco financeiro. Os países afluentes estão continuamente a procurar fundos para satisfazer as crescentes exigências e expectativas das suas populações e para pagar por tecnologias em rápida expansão e novas opções para melhorar a saúde.

Todos os países dispõem internamente de margem para angariar mais dinheiro para a saúde, desde que os governos e a população se comprometam

a isso. Há, em termos gerais, três modos de o fazer, além de uma quarta opção de aumentar a ajuda ao desenvolvimento e conseguir que esta funcione melhor para a saúde.

1. **Aumentar a eficiência da colecta da receita fiscal.** Mesmo em alguns países de rendimentos elevados, a evasão fiscal e a colecta ineficiente de impostos e prémios de seguros podem ser problemas sérios. As dificuldades práticas na colecta de impostos e contribuições para seguros de saúde, particularmente em países com um grande sector informal, estão bem documentadas. Melhorar a eficiência da colecta da receita fiscal aumentará os fundos que podem ser usados para prestar serviços ou contratualizá-los em nome da população. A Indonésia reformulou completamente o seu sistema fiscal com benefícios substanciais para a despesa pública total, e particularmente para as despesas em saúde.
2. **Redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais.** Os governos dão por vezes à saúde uma prioridade relativamente baixa nas suas afectações orçamentais. Por exemplo, poucos países africanos atingem a meta, fixada pelos seus chefes de estado na Declaração de Abuja de 2001, de gastar 15% do seu orçamento governamental em saúde; 19 dos países da região que assinaram a declaração afectam hoje menos do que em 2001. A República Unida da Tanzânia, no entanto, afecta 18,4% à saúde e a Libéria 16,6% (números que incluem as contribuições dos parceiros externos canalizadas através do governo, difíceis de isolar). Tomados como um grupo, os 49 países de baixo rendimento poderiam angariar anualmente 15 mil milhões de US$ adicionais de fontes domésticas se aumentassem a proporção da saúde nas despesas totais do Estado para 15%.
3. **Financiamento inovador.** Até agora a atenção tem estado voltada geralmente para ajudar os países ricos a angariar mais fundos para a saúde em contextos mais pobres. O Grupo de Missão de alto nível para o Financiamento Internacional Inovador para Sistemas de Saúde incluiu o aumento das taxas nos bilhetes de avião, transacções financeiras internacionais e tabaco na sua lista de formas de angariar anualmente 10 mil milhões de US$ adicionais para a saúde global. Países de alta, média e baixo rendimento podem todos considerar alguns destes mecanismos para angariamento de fundos domésticos. Uma taxa sobre transacções financeiras internacionais poderia angariar somas substanciais em alguns países. A Índia, por exemplo, tem um mercado substancial de transacções financeiras internacionais, com um movimento diário de 34 mil milhões de US$. Uma taxa de 0,005% sobre este volume de comércio poderia gerar cerca de 370 milhões de US$ anuais, se a Índia considerasse esta uma via apropriada. Outras opções incluem "títulos de obrigações da diáspora" (vendidas a expatriados) e taxas de solidariedade sobre um leque de produtos e serviços, como as chamadas por telemóvel. Cada taxa tem o seu efeito distorcedor sobre a economia e terá a oposição de interesses instalados. Os governos terão que aplicar aquelas que melhor se adaptem às suas economias e que mobilizem os apoios políticos necessários. Por outro lado, taxas sobre produtos que são prejudiciais à saúde têm o duplo benefício de melhorarem a saúde da população através de redução do consumo, concomitante com o angariar de fundos. Um aumento de 50% na taxa sobre tabaco geraria 1,42 mil milhões de US$ adicionais em

22 países de baixo rendimento (para os quais há informação disponível). Se tudo isto fosse afecto à saúde, permitiria um aumento da despesa governamental com a saúde de mais de 25% em vários países, podendo chegar aos 50%. Um aumento de 40% nas taxas sobre as vendas do álcool teria um impacto ainda maior. Estimativas para 12 países de baixo rendimento em que existe informação mostra que os níveis de consumo poderiam cair mais de10%, enquanto a colecta fiscal poderia mais que triplicar chegando a 38% da despesa total em saúde nesses países. O potencial para aumentar a cobrança fiscal sobre o tabaco e álcool existe em muitos países. Mesmo que só uma parte das receitas fosse afecta à saúde, o acesso a serviços poderia ser melhorado. Alguns países também ponderam taxas sobre outros produtos prejudiciais, tais como bebidas açucaradas e alimentos ricos em sal ou gorduras *"trans"* (*7,8*).

4. **Ajuda ao desenvolvimento para a saúde.** Apesar de todos os países, ricos ou pobres, poderem fazer mais para aumentar o financiamento para a saúde ou diversificar as suas fontes, apenas 8 dos 49 países de baixo rendimento descritos anteriormente têm alguma hipótese de gerar os fundos necessários para atingir as ODM em 2010 a partir de fontes domésticas apenas. A solidariedade global é necessária. O financiamento em falta para estes países de baixo rendimento põe em relevo a necessidade de os países afluentes honrarem os seus compromissos em Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), e apoiá-la com maiores esforços para melhorar a sua efectividade. Enquanto o financiamento inovador pode suplementar a APD tradicional, se os países cumprissem imediatamente os seus actuais compromissos internacionais, o financiamento externo para a saúde poderia mais que duplicar de imediato e a escassez estimada de fundos para atingir os ODM seria virtualmente eliminada.

Remover riscos e barreiras financeiras ao acesso

Ter financiamento suficiente é importante, mas será impossível aproximarmo-nos da cobertura universal se o acesso aos serviços no momento da doença exigir sacrifícios financeiros ou for dificultado pelo custo dos serviços e tratamentos. Quando isto acontece, os doentes arcam com todos os riscos financeiros do pagamento pelos cuidados. Eles têm que decidir se podem permitir-se receber cuidados, e isto frequentemente significa escolher entre pagar por serviços de saúde e outras necessidades básicas, como a alimentação ou a educação dos filhos.

Onde se cobram taxas, todos pagam o mesmo preço independentemente do seu estatuto económico. Não há expressão formal de solidariedade entre os doentes e os saudáveis, ou entre os ricos e os pobres. Tais sistemas tornam impossível a distribuição dos custos ao longo do ciclo da vida: pagar contribuições enquanto se é jovem saudável, e usá-las para episódios de doença, mais tarde na vida. Em consequência, o risco de catástrofe financeira e empobrecimento é elevado, e a cobertura universal é impossível.

Quase todos os países impõem alguma forma de pagamento directo, por vezes chamado co-pagamento, embora a proporção da despesa total que

é financiada deste modo seja maior quanto mais pobre é o país. Os exemplos mais extremos encontram-se em 33 países, maioritariamente de baixo rendimento, aonde os pagamentos directos no momento da prestação de cuidados[3] representaram mais de 50% das despesas totais de saúde em 2007.

O único caminho para reduzir a dependência dos pagamentos directos é o encorajamento pelos governos de abordagens de partilha de risco e pré-pagamento, seguida pela maioria dos países que mais se aproximaram da cobertura universal. Quando a população tem acesso a mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, o objectivo da cobertura universal torna-se mais realista. Estes mecanismos baseiam-se em pagamentos independentes do estado de saúde do pagador, distribuídos ao longo da vida e usados para financiar serviços de saúde - tratamento e reabilitação para os doentes e diminuídos, e prevenção e promoção - para todos os que estão cobertos.

A incidência da catástrofe financeira e do empobrecimento subsequente só cai para níveis negligenciáveis quando os pagamentos directos descem para 15-20% ou menos das despesas totais em saúde. É uma meta difícil, que pode ser ambicionada por países ricos, mas outros países podem definir objectivos de curto prazo mais modestos. Por exemplo, os países das Regiões da OMS do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental propuseram-se recentemente uma meta entre os 30 e 40%. Os fundos vêm de uma variedade de fontes – impostos sobre rendimentos e salários, impostos de valor adicionado (IVA) ou impostos especiais sobre o consumo de tabaco e álcool, e/ou prémios de seguros. O tipo de fonte tem menos interesse do que as políticas desenvolvidas para gerir os sistemas de pré-pagamento. Devem as contribuições ser obrigatórias? Quem deve pagar, quanto e quando? O que acontece com as pessoas que não podem contribuir financeiramente? Também têm de ser tomadas decisões quanto à agregação desses fundos em fundos comuns. Devem os fundos ser mantidos como parte das receitas consolidadas dos governos, ou num ou mais fundos de seguros de saúde, sejam eles sociais, privados, comunitários ou micro fundos?

A experiência dos países demonstra que se podem ponderar três lições ao formular essas políticas.

Em primeiro lugar, em qualquer país há sempre uma parte da população que é demasiado pobre para contribuir através de impostos ou prémios de seguros. Eles terão de ser subsidiados pelos fundos comuns, geralmente através de receitas governamentais. Esta assistência pode tomar a forma de acesso directo a serviços financiados pelo governo ou através de subsídios aos seus prémios de seguro. Os países em que toda a população tem acesso a uma gama de serviços têm geralmente elevados níveis de fundos comuns – na ordem dos 5-6% do produto doméstico bruto (PIB).

Em segundo lugar, as contribuições têm que ser obrigatórias, caso contrário os ricos e saudáveis poderiam optar por se excluírem de contribuir para o fundo comum o o que tornaria o financiamento insuficiente para cobrir as necessidades dos pobres e doentes. Enquanto que os sistemas de seguro voluntário podem angariar alguns fundos na ausência de pré-pagamento e fundos comuns generalizados, e também ajudar a familiarizar as pessoas com os benefícios do seguro, eles têm capacidade limitada para cobrir o leque de serviços para os que são demasiado pobres para pagar os prémios. A definição de planos a longo prazo para expandir o pré-pagamento

[2] N.T.: Não existe uma expressão portuguesa que traduza de modo expressivo *pagamentos "out of pocket"*.

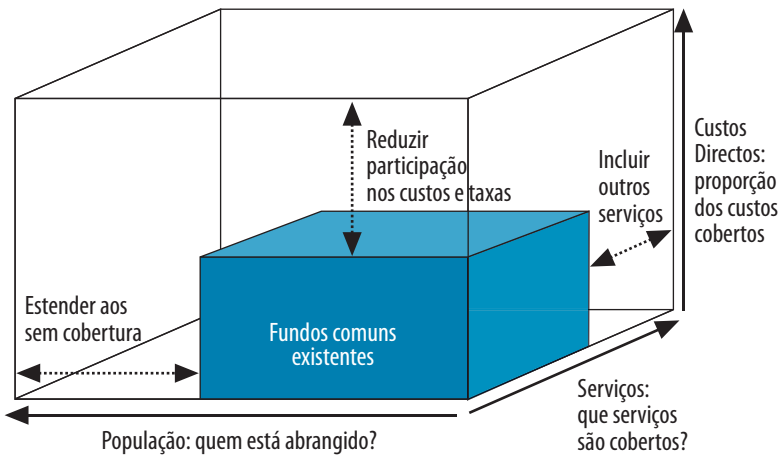
e incorporar os planos de seguros comunitários e micro-seguro num fundo comum é importante para garantir a sua sustentabilidade.

Em terceiro lugar, os fundos comuns que protegem as necessidades de saúde de pequenos grupos de pessoas não são viáveis a longo prazo. Uns poucos episódios de doença mais caros podem levar ao seu colapso. Múltiplos fundos, cada um com a sua administração e sistemas de informação, são também ineficientes e tornam difícil a meta da equidade. Normalmente, um dos fundos providenciará elevados benefícios a pessoas relativamente saudáveis, que não quererão subsidiar os custos dos mais pobres e menos saudáveis.

O subsídio cruzado é possível quando há fundos múltiplos, mas requer vontade política e capacidades técnicas e administrativas. Na Holanda e na Suíça, por exemplo, há transferências de fundos de sistemas de seguros que incluem pessoas com escassas necessidades de saúde (ou que têm baixos custos) para sistemas que incluem pessoas com riscos mais elevados e que requerem mais serviços. Mesmo quando o financiamento é predominantemente pré-pago e agregado num fundo comum, terão de ser considerados os *trade-offs* entre as proporções da população a ser coberta, o leque de serviços a ser disponibilizado, e a proporção dos custos totais a ser paga (Fig. 1). A caixa designada "fundos comuns actuais" descreve a situação num país hipotético, em que cerca de metade da população está coberta para aproximadamente metade dos serviços possíveis, mas menos de metade do custo desses serviços é coberto pelos fundos comuns. Para se aproximar da cobertura universal, o país deveria estender a cobertura a mais pessoas, oferecer mais serviços, e pagar uma proporção maior dos custos. Em países com uma longa tradição de mecanismos de protecção social de saúde como os da Europa, ou do Japão, os fundos comuns cobrem a maior parte do espaço definido pelas três dimensões da figura 1. Mas nenhum dos países afluentes de que se diz terem atingido a cobertura universal cobre, na realidade, 100% da população, para 100% dos serviços disponíveis e para 100% dos custos – e sem listas de espera. Cada país preenche a caixa à sua maneira, com compromissos entre a proporção dos serviços e a proporção dos custos a ser coberta pelos fundos comuns.

Apesar de tudo, toda a população desses países tem acesso a um leque de serviços (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação). Todos estão protegidos de graves sacrifícios financeiros, graças aos mecanismos de financiamento baseado no pré-pagamento e fundos comuns. Os princípios são os mesmos, mesmo que as especificações difiram, moldadas pela conjugação das expectativas da população e dos prestadores de cuidados de saúde, o ambiente político e a disponibilidade de fundos.

Fig. 1 **Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal**



Fonte: Adaptado de (*9,10*).

Os países podem tomar diferentes caminhos para a cobertura universal, dependendo de onde e como eles começam, e farão diferentes escolhas ao longo dos eixos delineados na Fig. 1. Por exemplo, aonde todos menos a elite estão excluídos dos serviços de saúde, a progressão rápida para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, mesmo que a lista de serviços e a proporção dos custos coberto pelos fundos comuns seja relativamente pequena. Mas num sistema de base larga, com apenas algumas bolsas de exclusão, o país pode decidir por uma abordagem por alvos delimitados, identificando aqueles que estão excluídos e dando passos para assegurar que venham a ser cobertos. Em tais casos, os países podem aumentar os serviços para os pobres e/ou cobrir uma proporção maior dos seus custos.

O resultado último da cobertura universal exige um compromisso para cobrir 100% da população, e os planos para este fim têm de ser desenvolvidos à partida, mesmo que o objectivo não seja atingido de imediato.

Outras barreiras de acesso a serviços de saúde

A remoção das barreiras financeiras implícitas nos sistemas de pagamento directo ajudarão as pessoas pobres a obter cuidados, mas não o garantem. Estudos recentes sobre por que é que as pessoas não completam o tratamento para doenças crónicas mostram que os custos de transportes e o rendimento perdido podem ser ainda mais proibitivos que as taxas cobradas pelo serviço. Mais ainda, se os serviços não estiverem disponíveis, ou pelo menos a distância aceitável, as pessoas não os podem usar, mesmo que sejam gratuitos.

Muitos países estão a tentar superar estas barreiras. Transferências condicionais de dinheiro, através das quais as pessoas recebem dinheiro se cumprirem certas obrigações relacionadas com a melhoria da sua saúde (normalmente ligadas à prevenção) resultaram no aumento da utilização de serviços em alguns casos. Outras opções incluem *vouchers* e reembolsos para os custos de transporte, e planos de micro- crédito que permitem aos membros de agregados pobres (frequentemente mulheres) a possibilidade de ganhar dinheiro, que pode ser usado de vários modos, incluindo a procura ou obtenção de serviços de saúde.

Promover a eficiência e eliminar o desperdício

Angariar financiamento suficiente é imperativo, mas o ter o dinheiro não assegura a cobertura universal. Nem a remoção das barreiras ao acesso através do pré-pagamento e fundos comuns. O requisito final é o de assegurar que os recursos são usados de modo eficiente.

Existem oportunidades para se fazer mais com os mesmos recursos em todos os países. Medicamentos caros são frequentemente usados quando existem opções mais baratas e igualmente eficazes. Em muitos locais, abusa-se dos antibióticos e injectáveis, há desperdício e mau armazenamento, e grandes variações nos preços negociados com os fornecedores. Os países poderiam reduzir as suas despesas em saúde até cerca de 5%, se reduzissem os gastos supérfluos em medicamentos, os usassem de modo mais adequado e melhorassem o controlo da sua qualidade.

Os medicamentos contribuem para três das causas mais comuns de

ineficiência listadas neste Relatório. As soluções para as restantes seis podem agrupar-se nos seguintes temas:

- Obter o máximo rendimento das tecnologias e serviços de saúde;
- Motivar os trabalhadores de saúde;
- Melhorar a eficiência hospitalar;
- Obter os cuidados correctos no primeiro contacto, por redução do erro médico;
- Eliminar o desperdício e a corrupção;
- Avaliar de modo crítico que serviços são necessários.

Numa estimativa conservadora, cerca de 20-40% dos recursos gastos em saúde são desperdiçados, recursos que poderiam ser redireccionados para atingir a cobertura universal.

Todos os países, independentemente do seu nível de rendimento, podem tomar medidas para reduzir a ineficiência, algo que requer uma avaliação inicial da natureza e causas das ineficiências locais. A ineficiência pode por vezes ter como origem gastos em saúde insuficientes, e não excessivos. Por exemplo, salários baixos incentivam os trabalhadores de saúde a suplementar o seu rendimento com um segundo emprego, reduzindo a produção no primeiro. É então necessário avaliar os custos e impacto potencial das soluções possíveis.

Os incentivos para melhorar a eficiência podem ser incluídos nos modos como se pagam os prestadores de serviços. O pagamento por serviço encoraja excesso de serviços para os que podem permitir-se pagar ou cujos custos são cobertos por fundos comuns (e.g. impostos e seguros), e serviços insuficientes para os que não podem pagar. Muitas alternativas foram já experimentadas. Todas têm vantagens e desvantagens. Onde o pagamento por serviço é a norma, os governos e as companhias de seguros introduziram controlos para reduzir o excesso de serviços. Estes controlos podem ter uma implementação dispendiosa, requerendo capacidade humana e infra-estrutura adicional para medir e monitorizar a utilização (ou possível sobre-utilização) de serviços.

Noutros contextos, os pagamentos por serviço foram substituídos pela capitação no nível de cuidados primários, ou por alguma forma de pagamento por caso, como os grupos de diagnósticos homogéneos nos hospitais. A capitação envolve o pagamento de um valor fixa por pessoa inscrita com um prestador ou instituição para um determinado período de tempo, independentemente dos serviços prestados. E o pagamento por caso é para um valor fixada por caso, mais uma vez independente da intensidade ou duração do tratamento hospitalar.

Ambas reduzem os incentivos á prestação de serviços em excesso. No entanto, tem-se argumentado que os grupos de diagnósticos homogéneos (i.e. pagamento de um valor fixo por procedimento, sem atender à duração da estadia dos doentes no hospital) podem encorajar os hospitais a dar alta precoce aos doentes, para readmiti-los rapidamente, cobrando assim dois pagamentos em vez de um.

O pagamento dos prestadores de serviços é um processo complexo, sempre em mudança e alguns países desenvolveram sistemas de pagamento mistos, acreditando que é mais eficiente que um modelo simples de pagamento.

É possível encontrar abordagens mais eficientes para a compra de serviços, frequentemente descritas como aquisição estratégica. O sistema tradicional, em que os prestadores são reembolsados pelos seus serviços (e os governos nacionais afectam orçamentos aos vários níveis da administração com base no financiamento que estes receberam no ano anterior) é chamado de aquisição passiva. Uma aquisição mais activa pode melhorar a qualidade e eficiência ao colocar questões explícitas sobre as necessidades de saúde da população: que intervenções e serviços respondem melhor a essas necessidades e expectativas com os recursos disponíveis? Qual a melhor combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação? Como e de quem devem essas intervenções e serviços ser prestados e adquiridos?

A aquisição estratégica é mais do que fazer uma escolha simples entre aquisição passiva e activa. Os países devem decidir a que nível podem operar com base na sua capacidade de colher, monitorizar e interpretar a informação necessária, e encorajar e impor padrões de qualidade e eficiência. Quanto mais os países se aproximarem da aquisição activa, mais eficiente o sistema poderá vir a ser.

Desigualdades na cobertura

Os governos têm a responsabilidade de assegurar que todos os prestadores, públicos e privados, operam de modo apropriado e atendem às necessidades dos pacientes do modo mais custo-eficaz e eficiente. Devem também assegurar a disponibilidade de um leque de serviços de prevenção e promoção de base populacional, tais como programas de comunicação de massas dirigidos à redução do consumo de tabaco, ou para encorajar as mães a vacinar os seus filhos.

São também responsáveis por assegurar que todos podem obter os serviços de que necessitam e que estão protegidos do risco financeiro associado ao seu uso. Isto pode entrar em conflito com a procura da eficiência, pois os modos mais eficientes de utilizar recursos nem sempre são os mais equitativos. Por exemplo, é habitualmente mais eficiente localizar serviços em zonas populosas, mas atingir os pobres rurais requer a localização de serviços próximos deles.

Os governos devem também estar cientes que os serviços públicos gratuitos podem ser capturados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores. Nalguns países, apenas os mais ricos têm acesso a um nível adequado de serviços, enquanto noutros apenas os mais pobres são excluídos. Alguns grupos de pessoas são ignorados pelas falhas da maioria dos sistemas, e os padrões de exclusão dos serviços variam. Deve prestar-se particular atenção às dificuldades de acesso a serviços encaradas pelas mulheres e grupos étnicos e migrantes, e aos problemas específicos vividos pelas populações indígenas.

Uma agenda para a acção

Nenhum país começa do nada, quanto ao financiamento de serviços de saúde. Todos têm algum tipo de sistema montado e têm que evoluir a partir

dele, de acordo com os seus valores, limites e oportunidades. Este processo deveria ser informado pela experiência nacional e internacional.

Todos os países podem fazer mais para angariar fundos para a saúde ou para diversificar as suas fontes de financiamento, para reduzir a dependência dos pagamentos directos através da promoção do pré-pagamento e fundos comuns, e usar os financiamentos de modo mais eficiente e equitativo, desde que exista vontade política.

O sector saúde pode ser um pioneiro na melhoria da eficiência e equidade. Os decisores políticos em saúde podem dar passos importantes para, por exemplo, reduzir o desperdício particularmente no aprovisionamento. Também podem tomar medidas, incluindo regulação e legislação, para melhorar a prestação de serviços e a eficiência geral do sistema – medidas que outros sectores poderão seguir.

A simples escolha de um menu de opções, ou a importação do que funcionou noutros locais, não será suficiente. A estratégia de financiamento da saúde tem de ser definida localmente, procurando alcançar a cobertura universal a partir da base existente. É imperativo, portanto, que os países desenvolvam as suas capacidades para analisar e compreender as forças e fraquezas do sistema existente para que possam adaptar apropriadamente as políticas de financiamento da saúde, implementá-las, e monitorizá-las e modificá-las sempre que necessário.

Facilitar e apoiar a mudança

As lições descritas atrás focam-se nos desafios técnicos da reforma do financiamento da saúde. Mas o aspecto técnico é apenas uma componente do desenvolvimento e implementação de políticas; é necessária uma variedade de acções concomitantes que facilitam a reflexão e a mudança.

Estas acções estão captadas no processo de decisão em financiamento de saúde representado na Fig. 2. Este processo deve ser encarado como um guia e não com um modelo pronto a copiar, e devemos ter em conta que apesar dos processos estarem representados como conceptualmente discretos, eles sobrepõem-se e evoluem continuamente.

As sete acções aqui descritas aplicam-se não apenas aos países de baixos e médios rendimentos. Os países afluentes que atingiram elevados níveis de protecção de risco financeiro e cobertura também precisam de se auto-avaliar continuamente para assegurar que o sistema de financiamento atinge os seus objectivos ao confrontar-se com a constante evolução de práticas e tecnologias de diagnóstico e de tratamento, exigências crescentes e limites fiscais.

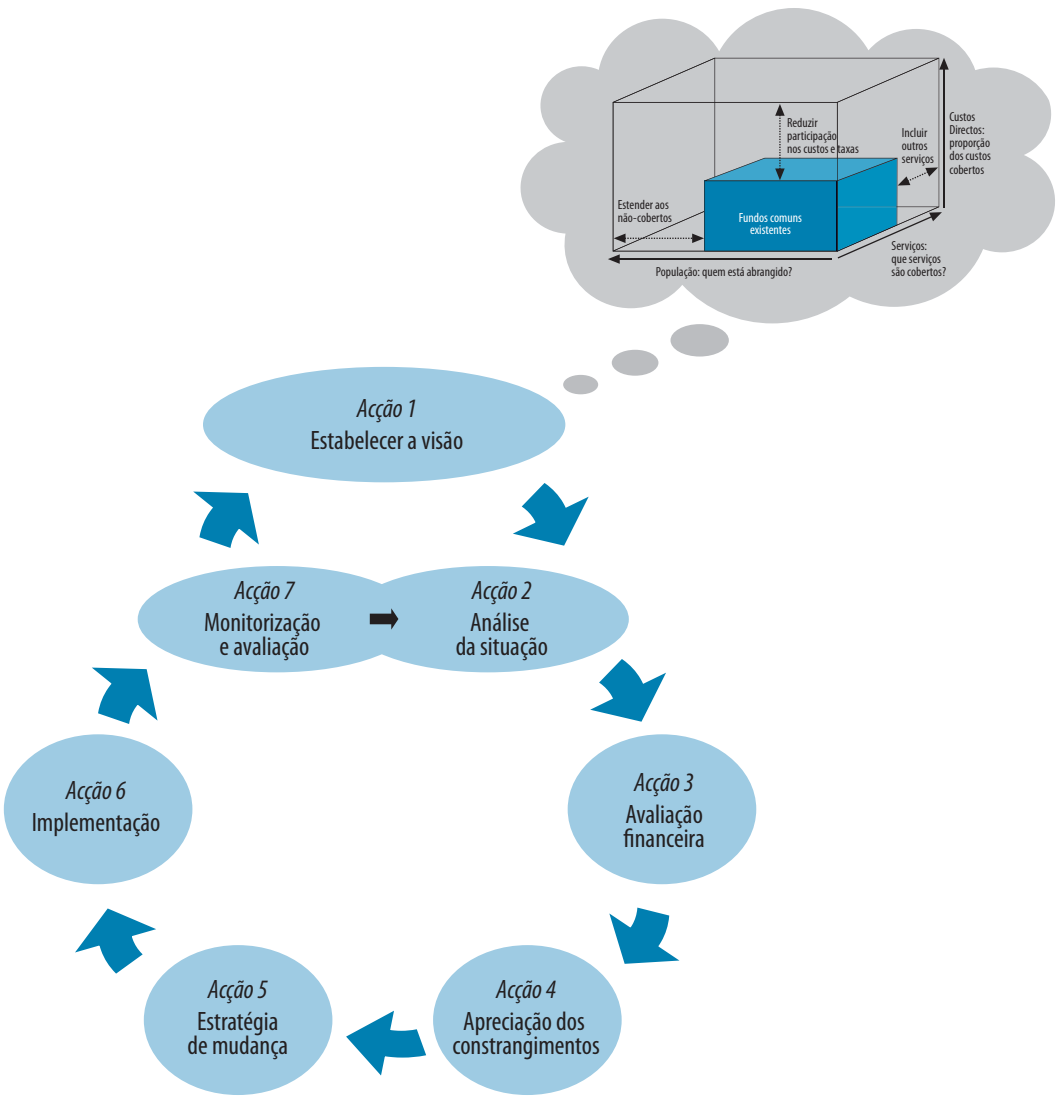
Desenhar e implementar uma estratégia de financiamento da saúde é um processo de adaptação contínua, mais do que um progresso linear para uma qualquer ideia de perfeição. Tem de começar com uma declaração clara de princípios e ideais que movem o sistema de financiamento – uma interpretação do que significa cobertura de saúde universal para um determinado país. Isto prepara o terreno para uma análise de situação (acção 2). A Acção 3 identifica o envelope financeiro e a sua possível evolução no tempo. Inclui considerações sobre quantas pessoas estão sujeitas a pagamentos directos e quanto é gasto no sector não-governamental. A Acção 4 considera os obstáculos potenciais ao desenvolvimento e implementação de

planos para alcançar a cobertura universal, enquanto as Acções 5 e 6 tratam da formulação e implementação de estratégias detalhadas.

O ciclo, tal como o visualizamos, completa-se (Acção 7) quando um país revê o progresso para os seus objectivos traçados (Acção 1), permitindo a reavaliação das suas estratégias e a elaboração de novos planos para corrigir os possíveis problemas. É um processo baseado na aprendizagem contínua, em que a realidade prática do sistema alimenta uma constante reavaliação e ajustamento.

Os sistemas de financiamento de saúde devem adaptar-se, e não é apenas porque há sempre margem para melhorar, mas porque os países que eles servem também mudam: os padrões de doença evoluem, os recursos fluem e refluem, as instituições desenvolvem-se ou declinam.

Fig. 2. **Processo de decisão sobre o financiamento da saúde**



Etapas práticas para os parceiros externos

Como já foi mencionado acima, muitos dos países mais pobres serão incapazes, por muitos anos, de financiar um sistema de cobertura universal – mesmo que com uma modesta lista de serviços de saúde – com os seus recursos domésticos. Para permitir aos países mais pobres fazer a expansão mais rapidamente, os parceiros externos devem aumentar as suas contribuições para honrar os compromissos internacionais anteriores. Este acto, por si só, poderia preencher quase completamente o hiato financeiro identificado para os 49 países atrás referidos, e salvar mais de 3 milhões adicionais de vidas antes de 2015.

A Ajuda Pública ao Desenvolvimento tradicional pode ser suplementada por fontes inovadoras de financiamento. Tal como já sugerido pela Grupo de Missão de alto nível, alguns dos modos inovadores de angariar fundos discutidos antes também podem ser aplicados ao nível internacional. Alguns já estão a ser implementados, como evidenciado pela campanha *Massive Good* da Fundação do Milénio. Muitos mecanismos financeiros inovadores não requerem consenso internacional. Se cada país de rendimentos elevados introduzisse apenas uma das opções já discutidas, isso poderia aumentar significativamente os níveis de financiamento adicional para apoiar uma progressão mais rápida dos países em maior necessidade para a cobertura universal.

Os parceiros externos também podem ajudar a reforçar os sistemas de financiamento dos países recipientes. Os dadores usam presentemente múltiplos canais de financiamento que aumentam substancialmente os custos de transacção aos níveis do país e internacional. A harmonização dos sistemas poderia pôr fim aos muitos mecanismos de auditoria, monitorização e avaliação que competem com os sistemas domésticos por contabilistas, auditores e actuários. Também libertaria pessoal do ministério da saúde e de outros organismos do governo para dedicarem mais tempo à extensão da cobertura de saúde.

A comunidade internacional fez progressos com a adopção da Declaração de Paris sobre a Efectividade da Ajuda e a subsequente Agenda de Acção de Acra. A Parceria Internacional para a Saúde e as iniciativas relacionadas procuram implementar os princípios inscritos na declaração e na agenda. Muito fica ainda por fazer, no entanto. O Vietname relata que em 2009 houve mais de 400 missões de dadores para rever projectos de saúde ou o sector de saúde. O Ruanda tem que prestar contas anualmente sobre 890 indicadores de saúde para vários doadores, sendo que só para VIH e malária são 595, enquanto novas iniciativas globais com secretariados estão a ser criadas.

Uma mensagem de esperança

A primeira mensagem central deste Relatório Mundial da Saúde é que não existe remédio santo para chegar à cobertura universal. No entanto, um amplo leque de experiências de todo o mundo sugere que os países podem progredir mais rapidamente do que no passado ou tomar medidas para garantir a protecção dos ganhos já adquiridos. É possível angariar fundos

adicionais e diversificar as fontes de financiamento. É possível passarmos dos pagamentos directos aos pré-pagamentos e fundos comuns (ou assegurar que os esforços para conter o crescimento da despesa não agravem, de facto, a dependência dos pagamentos directos) e sermos mais eficientes e equitativos na utilização dos recursos.

Os princípios estão bem estabelecidos. Dos países que puseram estes princípios em prática aprenderam-se as lições. Agora é tempo de recorrer a essas lições e difundi-las, pois que há margem de manobra para que cada país faça algo para acelerar ou sustentar o progresso para alcançar a cobertura universal. ■

Referências

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
9. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

Notas finais

a Neste Relatório, o termo "serviços de saúde" é usado para incluir promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Inclui serviços destinados a indivíduos (por exemplo, imunização infantil ou tratamento para a tuberculose) e serviços dirigidos a populações (por exemplo, campanhas antitabágicas de massas).



Capítulo 1 | Em que ponto estamos?

Mensagens principais

- Melhor saúde é crítica para o bem-estar humano e essencial para um desenvolvimento económico e social sustentado. Atingir o "nível de saúde mais elevado possível", como declarado na Constituição da OMS, requer uma nova e contínua procura para alcançar a cobertura universal em muitos países, e acções decididas para proteger os ganhos já alcançados em outros.
- Para atingir a cobertura universal de saúde, os países precisam de sistemas de financiamento que permitam às pessoas utilizar todos os tipos de serviços de saúde – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – sem incorrer em sacrifício financeiro.
- No presente, há milhões de pessoas que não podem usar serviços de saúde porque têm de os pagar no momento de os receber. Muitos recorrem aos serviços com grande sacrifício financeiro, ou ficam mesmo abaixo do nível da pobreza quando têm de os pagar.
- Afastarmo-nos do pagamento directo no momento da recepção dos serviços para o pré-pagamento é uma importante etapa para o evitar do sacrifício financeiro associado com o pagamento de serviços de saúde. Agregar os fundos resultantes em fundos comuns aumenta o acesso aos serviços necessários, e distribui os riscos financeiros da má saúde pela população.
- Os fundos comuns nunca serão capazes de cobrir 100% da população para 100% dos custos e 100% dos serviços necessários. Os países ainda terão de fazer escolhas difíceis quanto à melhor utilização desses fundos.
- Globalmente, estamos muito longe de atingir a cobertura universal de saúde. Mas há países de todos os níveis de rendimento que fizeram recentemente importantes progressos para o objectivo de angariar mais fundos para a saúde, agregando-os mais efectivamente para distribuir os riscos financeiros, e tornando-se mais eficientes.

1

Em que ponto estamos?

O acidente ocorreu a 7 de Outubro de 2006. Narin Pintalakarn caiu da sua motorizada ao fazer uma curva. Bateu numa árvore, a sua cabeça sem protecção sofreu todo o impacto. Motoristas que passavam encontraram-no algum tempo depois e levaram-no para um hospital próximo. Os médicos diagnosticaram uma lesão craniana grave e referiram-no para um centro de traumatologia, a uns 65 quilómetros, onde o diagnóstico foi confirmado. Uma tomografia mostrou um hematoma subdural com protrusão subfalcial e do úncus. O crânio de Pintalakarn tinha diversas fracturas. O seu cérebro tinha-se movimentado e protrudido, e ainda sangrava; os médicos decidiram intervir cirurgicamente. Ele foi levado para o serviço de urgências onde um cirurgião removeu parte da calote craniana para aliviar a pressão. Um coágulo sanguíneo foi também removido. Cinco horas mais tarde, o doente foi colocado em respiração assistida e levado para a unidade de cuidados intensivos, onde ficou 21 dias. Trinta e nove dias depois da entrada no hospital, a recuperação era suficiente para ter alta.

O que é admirável nesta história não é o que ela nos diz sobre a capacidade da medicina moderna em reparar um corpo traumatizado; é admirável porque o episódio teve lugar não num país pertencente à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), onde a despesa média anual per capita com saúde se aproxima dos 4.000 US$, mas na Tailândia, um país que gasta US$ 136 per capita, apenas 3,7% do seu produto interno bruto (PIB) (*1*). E o doente não pertencia à elite do poder, o tipo de pessoa que – como este relatório mostrará – tende a receber bons cuidados, onde quer que viva. Pintalakarn era um trabalhador à jorna, ganhando apenas 5 dólares por dia.

"A legislação tailandesa exige que todos os doentes traumatizados sejam atendidos com procedimentos padronizados, independentemente do seu status", diz o Dr. Witaya Chadbunchachai, o cirurgião que efectuou a craneotomia a Pintalakarn no Hospital Regional de Khon Kaen. De acordo com o Dr. Chadbunchachai, o pessoal médico não se preocupa com quem vai pagar pelo tratamento, mesmo que seja caro, porque na Tailândia, os custos dos cuidados de saúde para todos estão cobertos.

Numa era em que muitos países, incluindo grandes poderes económicos como a China e os Estados Unidos da América, fazem a revisão do modo como cobrem as necessidades de saúde das suas populações, a cobertura de saúde universal – o que é, quanto custa e como é paga? – domina as discussões sobre a prestação de serviços de saúde. Neste relatório sobre a saúde no mundo, nós abordamos o assunto numa perspectiva de financiamento, e sugerimos modos através dos quais todos os países, ricos e pobres, podem melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade sem grandes sacrifícios financeiros para quem tem de pagar pelos cuidados (Caixa 1.1).

As três áreas críticas do financiamento são:

1. Angariar fundos suficientes para a saúde;
2. Remover as barreiras financeiras de acesso e reduzir os riscos financeiros da doença;
3. Usar melhor os recursos disponíveis (ver a Caixa 1.1 para detalhes).

Os serviços de saúde têm custos. De um modo ou de outro, médicos e enfermeiros, medicamentos e hospitais têm de ser pagos. Actualmente, a despesa global anual em saúde é de cerca de US$ 5,3 triliões (1). Com uma carga das doenças transmissíveis que permanece teimosamente elevada em certas partes do mundo, e a prevalência das não-transmissíveis – doença cardíaca,

Caixa 1.1. O que faz um sistema de financiamento de saúde: uma explicação técnica

O financiamento de saúde é muito mais do que um simples angariar de dinheiro para a saúde. Também se debruça sobre a quem se pede para pagar, quando se paga, e como é que o dinheiro obtido é gasto.

A colecta de receitas é o que a maioria das pessoas associa ao financiamento de saúde: o modo como o dinheiro é angariado para pagar os custos do sistema de saúde. Habitualmente o dinheiro é recebido das famílias, organizações ou empresas, e por vezes de contribuintes de fora do país (designados "fontes externas"). Os recursos podem ser colectados através de impostos genéricos ou específicos; contribuições para seguros de saúde obrigatórios ou voluntários; pagamentos directos, como taxas de utentes; e donativos.

A **aquisição** é o processo de pagamento pelos serviços de saúde. Há três modos principais de o fazer. Um deles é o governo financiar directamente os orçamentos dos seus próprios prestadores de serviços (integração da aquisição e prestação) utilizando as receitas governamentais e, por vezes, contribuições de seguros. O segundo é ter uma agência de aquisições distinta (por exemplo, um fundo de seguro de saúde, ou entidade governamental) que compra os serviços em nome da população (separação entre o comprador e o prestador). O terceiro é deixar os indivíduos pagarem directamente ao prestador de serviços. Muitos países usam uma combinação dos três.

Dentro de cada um destes processos gerais, os prestadores podem ser pagos de diferentes modos, como detalhado no Capítulo 4. A aquisição também inclui a decisão sobre que serviços devem ser financiados, incluindo a combinação entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Este tópico é desenvolvido no Capítulo 2.

Os fundos comuns decorrem da acumulação e gestão dos recursos financeiros para assegurar que o risco financeiro de ter de pagar pelos cuidados médicos é assumido por todos os membros do grupo e não só pelos indivíduos que ficam doentes. O objectivo principal do "fundo comum" é repartir o risco financeiro associado com a necessidade de recorrer a serviços de saúde. Se os fundos são partilhados, eles têm de ser *pré-pagos*, antes da ocorrência da doença – através de impostos e/ou seguros, por exemplo. A maioria dos sistemas de financiamento incluem uma componente de fundo comum financiado por pré-pagamento, combinada com pagamentos directos individuais aos prestadores de serviços, por vezes designados de *co-pagamentos*.

Os rótulos podem enganar. Cada país faz diferentes escolhas sobre como angariar fundos, como agregá-los e como adquirir serviços. O facto de diversos países decidirem angariar parte das receitas para a saúde através de prémios de seguro de saúde obrigatório não significa que eles agreguem os fundos do mesmo modo. Alguns países têm um fundo único – por exemplo um fundo nacional de seguro de saúde – enquanto outros têm múltiplos fundos, por vezes em competição, geridos por companhias privadas de seguros. Mesmo quando os países têm sistemas de fundos comuns semelhantes, as suas escolhas sobre como prestar ou adquirir serviços variam consideravelmente. Dois sistemas baseados genericamente em seguro de saúde podem funcionar de modo diferente quanto à agregação dos fundos e o seu uso para assegurar que as pessoas têm acesso a serviços; o mesmo se aplica a sistemas que são descritos como baseados em impostos. É por isto que a tradicional caracterização dos sistemas de financiamento em baseados em impostos e seguro social de saúde – ou Beveridge versus Bismarck – já não é útil para decisão política.

É muito mais importante considerar as escolhas a fazer em cada etapa ao longo do caminho, desde o angariar dos fundos, a sua agregação, até à sua execução. Estas são as escolhas que determinam se um sistema de financiamento vai ser efectivo, eficiente e equitativo, escolhas que são descritas nos capítulos subsequentes.

As pessoas no centro. No meio de todo este trabalho técnico, é importante lembrar que as pessoas são o centro das nossas preocupações. Por um lado, elas são a fonte dos fundos necessários para pagar os serviços. Por outro lado, o único motivo para se angariarem estes fundos é o de melhorar a sua saúde e bem-estar. O financiamento da saúde é um meio para atingir um fim, não o fim em si.

cancros e condições crónicas como a obesidade – aumentando em toda a parte, os custos de saúde não podem senão continuar a aumentar. Esta tendência será exacerbada pelo desenvolvimento de novos medicamentos e de procedimentos mais sofisticados para as tratar.

Parece lógico, portanto, que os países mais ricos estejam mais aptos a prestar serviços de saúde acessíveis. De facto, os países que chegaram mais próximo da cobertura universal têm em geral mais dinheiro para gastar em saúde. Os países da OCDE, por exemplo, representam apenas 18% da população do globo mas respondem por 86% da despesa de saúde no mundo; poucos países da OCDE gastam menos de US$ 2.900 por pessoa em cada ano. Mas não se dá sempre o caso de países com menor rendimento terem menor cobertura. A Tailândia é um exemplo flagrante de um país que melhorou significativamente a cobertura de serviços e a protecção contra os riscos financeiros da doença, apesar de gastar muito menos em saúde do que países de rendimento mais elevado. Conseguiu isto alterando o modo como angaria fundos para a saúde e afastando-se dos pagamentos directos, como as taxas de utente (Caixa 1.2). Isto é talvez o elemento mais crucial para o desenvolvimento de sistemas de financiamento para cobertura universal; muitos países ainda se baseiam nos pagamentos directos aos prestadores de serviços para financiar os seus sistemas de saúde.

Caixa 1.2. **O que são pagamentos directos?**

Em saúde, taxas ou co-pagamentos são frequentemente cobrados pelas consultas com profissionais de saúde, por procedimentos médicos ou de diagnóstico, pelos medicamentos ou outros bens, e por exames laboratoriais.

Dependendo do país, estas são cobradas pelo governo, por entidades não-governamentais, e por instituições de saúde religiosas ou privadas.

Estas taxas são por vezes oficialmente sancionadas, mas muitas vezes não são oficiais, ou também chamadas pagamentos "por debaixo da mesa". Por vezes ambas coexistem.

Mesmo quando estes pagamentos são garantidos pelo seguro, geralmente solicita-se aos doentes que partilhem os custos, tipicamente sob a forma de co-seguro, co-pagamentos ou franquias – pagamentos que a pessoa segurada tem de fazer directamente no momento do uso do serviço porque esses custos não são cobertos pelo plano de seguros.

As franquias são a parte da despesa que deve ser paga directamente antes de o segurador cobrir qualquer despesa. O co-seguro reflecte a proporção dos custos subsequentes que devem ser feitos directamente pela pessoa que está coberta, enquanto os co-pagamentos são estipulados como uma importância fixa que o beneficiário deve pagar por cada serviço.

Nós usamos o termo *pagamentos directos* para enquadrar todos estes elementos. No entanto, porque o termo *pagamentos do bolso* é frequentemente usado para designar as mesmas ideias, usamos os dois termos indiscriminadamente.

Pagamentos directos

Os pagamentos directos têm sérias repercussões sobre a saúde. Obrigar as pessoas a pagar no momento e local da prestação de serviços desencoraja-as de utilizar os serviços (particularmente os de promoção da saúde e prevenção da doença), e encoraja-os a protelar rastreios de saúde. Isto significa que elas não recebem tratamento nas etapas mais precoces das doenças, quando as probabilidades de cura são maiores.

Foi estimado que uma elevada proporção dos 1,3 mil milhões de pobres do mundo não tem acesso a serviços de saúde simplesmente porque não se podem permitir pagar no momento em que necessitam dos serviços (*2*). Eles arriscam-se a ser empurrados para a pobreza, ou para uma pobreza ainda mais profunda, porque estão demasiado doentes para trabalhar.

Os pagamentos directos também prejudicam as finanças domésticas. Muitas pessoas que procuram tratamento, e têm de pagar por ele no

momento da prestação, sofrem graves dificuldades financeiras em consequência (*3-6*). Existem estimativas do número de pessoas que enfrentam a catástrofe financeira (definida como o pagamento de mais de 40% do rendimento doméstico directamente em cuidados de saúde, depois de satisfeitas as necessidades básicas) para 89 países, cobrindo cerca de 90% da população mundial (*7*). Em alguns países, a percentagem dos que são afectados anualmente por este tipo de sacrifício financeiro pode ir até aos 11% e a dos que são empurrados para a pobreza por terem de pagar por serviços de saúde no momento da sua recepção pode ir até aos 5%. Estudos recentes mostram que, em apenas um ano, tanto no Quénia como no Senegal, estes pagamentos directos empurraram 100.000 famílias para baixo da linha de pobreza. Cerca de 290.000 sofrem o mesmo destino na África do Sul (*8*).

A catástrofe financeira acontece em países de todos os níveis de rendimentos, mas é mais acentuada naqueles que se baseiam mais em pagamentos directos para angariar fundos para a saúde (*9*). À escala mundial, cerca de 150 milhões de pessoas enfrentam anualmente custos de saúde catastróficos devido a pagamentos directos, como as taxas de utente, enquanto 100 milhões são empurrados para baixo da linha de pobreza (*7*).

As despesas catastróficas em saúde não são necessariamente causadas por procedimentos médicos de elevado custo, ou por um episódio único excessivamente caro. Para muitas famílias, pagamentos relativamente pequenos podem também resultar em catástrofe financeira (*10*). Um rosário de contas médicas pode levar à pobreza pessoas com doenças ou incapacidades crónicas, por exemplo (*11-13*).

Os pagamentos directos não são apenas um obstáculo ao uso de serviços de saúde e uma causa de stress financeiro, mas conduzem também a uma utilização ineficiente e desigual dos recursos. Encorajam o abuso por aqueles que podem pagar e a subutilização por aqueles que não podem (Caixa 1.3).

Os fundos comuns

O avanço na direcção da cobertura universal depende de se angariarem fundos adequados de um conjunto suficientemente grande de indivíduos, suplementados, onde necessário, com apoio de doadores e receitas governamentais gerais, e gastar esses fundos nos serviços que a população necessita.

Quanto mais pessoas partilharem o risco financeiro deste modo, menor o risco financeiro a que qualquer indivíduo se expõe. De um modo geral, quanto maior a dimensão do fundo, maior será a sua capacidade para lidar com os riscos financeiros. Utilizando o mesmo raciocínio, os fundos com poucos participantes podem experimentar o que os contabilistas designam como "flutuações extremas da utilização e de pedidos de pagamento" (*16*).

Caixa 1.3. **Financiamento da cobertura de saúde universal**

Os sistemas de financiamento devem ser especificamente desenhados para:

- prover todas as pessoas com acesso aos serviços de saúde de que têm necessidade (incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) de qualidade suficiente para serem eficazes;
- assegurar que a utilização de serviços de saúde não exige do utente sacrifício financeiro (*14*).

Em 2005, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou, por unanimidade, uma resolução que urgia os países a desenvolver os seus sistemas de financiamento da saúde para se atingirem estes dois objectivos, definidos então como a obtenção da cobertura universal (*15*). Quanto mais os países se basearem em pagamentos directos, como as taxas de utente, para financiar os seus sistemas de saúde, mais difícil lhes será a materialização destes dois objectivos.

Para que exista um fundo comum, deve-se lá colocar dinheiro, razão pela qual é necessário um sistema de pré-pagamento. O pré-pagamento significa simplesmente que as pessoas pagam antes de estarem doentes. Existem diferentes modos de organizar o pré-pagamento para as pessoas que podem pagar (ver Capítulo 3) mas existem em todos os países pessoas que não podem contribuir financeiramente. Os países que estão mais perto da cobertura universal usam a receita fiscal para cobrir as necessidades de saúde dessas pessoas, assegurando assim que todos podem aceder a serviços quando deles necessitam.

Os países situam-se em diferentes pontos do percurso para a cobertura universal e em diferentes etapas do desenvolvimento de sistemas de financiamento. O Ruanda, por exemplo, tem um sistema fiscal ainda em desenvolvimento, e três robustas organizações de seguro de saúde (Caixa 1.4). Poderá decidir mais tarde construir fundos maiores através da fusão dos actuais fundos individuais.

Assistência externa

Em países de baixo rendimento, onde as estruturas para o pré-pagamento podem estar subdesenvolvidas ou ser ineficientes e as necessidades de saúde são enormes, há muitos obstáculos para que se angariem fundos suficientes através do pré-pagamento e dos fundos comuns. Torna-se essencial, portanto, o apoio de doadores internacionais. Investir no pré-pagamento e fundos comuns, em vez de simplesmente financiar projectos ou programas através de canais separados, é um dos modos que os doadores têm para ajudar os países a afastarem-se das taxas de utente e melhorar o acesso a cuidados de saúde e à protecção do risco financeiro (*21*,*22*).

Durante os últimos cinco anos, muitas agências bilaterais começaram a apoiar os países a desenvolver os seus sistemas de financiamento, com vista a atingirem a cobertura universal. Estas agências também começaram a tentar determinar como é que a sua assistência financeira pode apoiar, e não ser um obstáculo, neste processo. Isto reflecte-se na adopção da Declaração de Paris sobre a Efectividade da Ajuda e a subsequente Agenda de Acção de Accra. A Parceria Internacional de Saúde

Caixa 1.4. Partilhando o risco de doença: seguro mútuo de saúde no Ruanda

De acordo com o governo do Ruanda 91% da população do país pertence a um dos três principais planos de seguro de saúde (*17*). O primeiro, a *Rwandaise assurance maladie*, é um plano de seguro de saúde obrigatória para funcionários públicos que também está aberta a empregados no sector privado ou numa base voluntária. O segundo, o plano de Seguro Médico Militar, cobre as necessidades do pessoal militar. O terceiro, e o mais importante em cobertura populacional, é o grupo das *Assurances maladies communautaires* – organizações de seguros mútuos cujos membros vivem predominantemente em zonas rurais e trabalham no sector informal. Estas organizações mútuas de seguros cresceram rapidamente nos últimos 10 anos, e no presente cobrem mais de 80% da população. Cerca do 50% do financiamento da organização mútua de seguros vem das contribuições dos membros, a outra metade é subsidiada pelo governo através de um misto de receita fiscal e de apoio de doadores (*18*).

Os planos de seguros não cobrem todos os custos de saúde: as famílias ainda têm que pagar directamente uma proporção dos seus custos e o leque de serviços disponível é definitivamente menos extenso do que em países mais ricos. Mesmo assim, eles tiveram um impacto assinalável. A despesa per capita em saúde subiu de US$ 11 em 1999 para US$ 37 em 2007; a crescente proporção da população coberta por algum tipo de seguro traduziu-se num consumo aumentado de serviços de saúde, e, o que é mais importante, em melhorias do estado de saúde, medidas, por exemplo, em declínio da mortalidade infantil (*19*).

Num estádio ainda precoce de desenvolvimento, existem ainda muitos desafios. Estes incluem: tornar as contribuições mais acessíveis aos mais pobres; aumentar o leque de serviços oferecidos e a proporção dos custos totais cobertos; e melhorar a gestão financeira. O Ruanda também se esforça por harmonizar os diferentes mecanismos de financiamento, parcialmente através do desenvolvimento de um quadro legal de governação para o seguro social de saúde (*20*).

(*International Health Partnership*), e outras iniciativas relacionadas, procuram pôr estes princípios em prática no sector saúde, com o objectivo de mobilizar os países doadores e os seus parceiros de desenvolvimento em torno de uma única estratégia nacional de saúde, conduzida pelo país receptor (*23,24*).

No caminho para a cobertura universal

Muitos são os países a reformar o modo como financiam os cuidados de saúde, na procura da cobertura universal, entre eles duas das mais importantes economias, a China e os Estados Unidos da América.

Em Abril de 2009, o governo Chinês anunciou planos para prestar serviços de saúde "seguros, eficazes, convenientes e acessíveis" a todos os residentes urbanos e rurais em 2020 (*25*). Se for completamente executada, a reforma porá fim aos mecanismos de mercado para a saúde que foram introduzidos em 1978. Antes deles, o governo oferecia serviços de saúde básicos mas essencialmente gratuitos a toda a população, mas a nova abordagem de mercado resultou num grande incremento dos pagamentos directos – de pouco mais de 20% da despesa total em saúde em 1980 para 60% em 2000 – levando muitas pessoas a enfrentar custos de cuidados de saúde catastróficos. A nova abordagem também significava que os hospitais tinham de sobreviver na base de pagamentos directos pelos doentes, o que colocou enorme pressão sobre os médicos para prescreverem medicamentos e tratamentos baseados mais na sua capacidade de gerar receitas do que na sua eficácia clínica.

O governo tomou medidas para corrigir estas situações. As Novas Organizações Médicas Cooperativas, iniciadas em 2003 para satisfazer as necessidades das populações rurais, e o plano de Seguro Médico Básico para os Residentes Urbanos, testado em 79 cidades em 2007, estão no centro das últimas reformas. O governo pretende reduzir a dependência dos pagamentos directos e aumentar a proporção da população coberta por seguro formal de 15% em 2003 para 90% em 2011, e expandir ao longo do tempo o acesso a serviços e a protecção contra o risco financeiro da doença (*26*).

As recentes reformas do financiamento de saúde nos Estados Unidos estenderão a cobertura de seguro em 2019 a uns 32 milhões de pessoas que estavam anteriormente sem cobertura (*27*). Numerosas estratégias serão usadas para esse fim. Os seguradores privados não poderão mais rejeitar os candidatos com base no estado de saúde, por exemplo, e os indivíduos e as famílias de baixos rendimentos terão as suas apólices subsidiadas (*28*).

Muitos países de baixos e médios rendimentos também conseguiram progressos significativos no desenvolvimento de sistemas de financiamento para a cobertura universal. Incluem-se exemplos bem conhecidos, como o Chile (*29*), a Colômbia (*6*), Cuba (*30*), o Ruanda (*20*), Sri Lanka (*31*) e a Tailândia (*32*), mas também o Brasil (*33*), a Costa Rica (*34*), o Gana (*35*), o Quirguistão (*36*), a Mongólia (*37*) e a República da Moldávia (*38*). Ao mesmo tempo, o Gabão (*39*), a República Popular e Democrática do Laos (*40*), o Mali (*41*), as Filipinas (*42*), a Tunísia (*43*) e o Vietname (*44*) expandiram várias formas de pré-pagamento e de fundos comuns para aumentar a protecção contra riscos financeiros, particularmente para os pobres.

No outro extremo da escala de rendimentos, 27 países da OCDE cobrem

todos os seus cidadãos com um conjunto de intervenções através de fundos comuns, enquanto outros dois – o México, com o seu plano de seguro de saúde voluntário *Seguro Popular,* e a Turquia, com o seu Programa de Transformação de Saúde – estão a movimentar-se no mesmo sentido (*45-47*).

Cada um destes países avançou para a cobertura universal de diferentes modos e a diferentes velocidades. Por vezes os seus sistemas de saúde evoluíram por longos períodos, frequentemente enfrentando oposição; por vezes o caminho foi mais curto e rápido (*21,48*).

A República da Coreia, por exemplo, começou o seu caminho no início da década de 60. O investimento inicial focou-se na construção de infra-estruturas, mas o programa expandiu-se significativamente em 1977 com forte apoio político ao mais alto nível (*49*). Seguiu-se uma expansão contínua de organizações de cuidados de saúde baseadas nos empregadores, começando com empresas que empregavam mais de 500 trabalhadores, descendo através da cadeia empresarial até às empresas com 16 empregados, e mais recentemente àquelas com apenas um empregado a tempo inteiro. Os funcionários públicos foram incorporados no plano em 1981 e tiveram um papel crucial no consciencializar do resto da população. Isto, por sua vez, ajudou a colocar a cobertura universal no centro da agenda política em 1988, quando a inscrição em programas de bem-estar social foi assunto central da campanha presidencial. Em 1989, a cobertura foi estendida ao resto da população – os indigentes, os empregados por conta própria e os residentes rurais (*50*). Desde então, o sistema procurou expandir tanto o leque de serviços oferecidos como a proporção dos custos coberta pelo sistema de seguro.

Sustentar os resultados alcançados

Acelerar o movimento para a cobertura universal é um desafio, mas sustentar os ganhos já obtidos pode ser igualmente difícil. Vários países adaptaram os seus sistemas de financiamento em face das circunstâncias em mudança. O Gana, por exemplo, começou depois da Independência em 1957 a prestar cuidados médicos à sua população, gratuitos no momento de prestação do serviço, através de unidades financiadas pelo governo. Abandonou o sistema no início da década de 80 devido a graves restrições, antes de introduzir recentemente um tipo de seguro nacional (Caixa 1.5).

Também o Chile atravessou várias fases. Depois de ter gerido um

Caixa 1.5. Gana: diferentes fases das reformas de financiamento da saúde

Depois da independência em 1957, o Gana providenciou serviços à sua população através de uma rede de unidades de cuidados primários. O sistema era financiado através das receitas fiscais e recebeu algum grau de apoio de dadores externos. Não se cobravam taxas pelos serviços. Na década de 80, enfrentando condições económicas deterioradas, o país liberalizou o seu sector de saúde como parte de reformas estruturais mais amplas. A liberalização levou a uma explosão do número de prestadores privados de cuidados de saúde, o que, combinado com a introdução de taxas para cobrir parcialmente os custos nas unidades públicas, levou a uma marcada redução na utilização de serviços de saúde, particularmente entre os pobres. As pessoas que procuravam tratamento pago directamente arriscavam-se frequentemente à ruína financeira como resultado (*51*).

Mais recentemente, os pagamentos directos começaram a reduzir-se como proporção dos gastos totais com a saúde à medida que o país procura inverter estes desenvolvimentos. O processo começou com isenções de taxas para doenças como a Lepra e Tuberculose, e para vacinações e cuidados pré – natais. O Gana também isenta as pessoas com rendimentos muito baixos. Uma Plano de seguro de Saúde Nacional foi introduzida em 2004 e em Junho de 2009 67,5% da população estava inscrita (35). Durante o período 2005-2008 o número nacional de consultas externas aumentou de 50%, de 12 para 18 milhões, enquanto o número de internamentos aumentou em 6,3%, de 0,8 para 0,85 milhões.

Por enquanto, cada uma das organizações distritais de seguro de saúde mútuo que fazem parte do sistema nacional constitui para todos os efeitos um fundo comum de partilha de risco separado. A fragmentação é pois um problema que persiste, tal como a sustentabilidade, mas o Gana está comprometido em reverter o distanciamento da cobertura universal que tinha tido lugar nas últimas décadas.

serviço nacional de saúde com financiamento estatal por 30 anos, optou em 2000 por uma abordagem mista público / privada para o seguro de saúde, garantindo acesso universal a tratamentos de qualidade para um leque bem definido de situações. O número de situações expandiu com o tempo e os pobres têm sido os maiores beneficiários (*29*).

Todos os países enfrentam uma procura crescente por melhores serviços, ameaças à saúde e uma lista crescente de tecnologias e medicamentos, muitos deles dispendiosos, para manter ou melhorar a saúde. Os custos crescem continuamente mais do que o rendimento nacional, colocando os governos sob pressão para conter esses custos.

Cobertura universal: as duas hastes

Muitos países, em vários estadios de desenvolvimento económico, demonstraram que é possível fazer progressos substanciais em direcção à cobertura universal. No entanto, o mundo como um todo ainda tem um longo caminho a percorrer. Para percebermos onde estamos hoje, temos que nos centrar nos dois elementos principais da cobertura universal descritos atrás: acesso financeiro a serviços cruciais; e a extensão da protecção do risco financeiro providenciada às pessoas que os usam (Caixa 1.3).

Como foi antes mencionado, estima-se em 150 milhões o número de pessoas que anualmente sofrem catástrofe financeira e 100 milhões são empurradas para a pobreza devido a pagamentos directos por serviços de saúde. Isto indica um défice significativo na protecção contra o risco financeiro – uma deficiência que afecta mais os países de baixo rendimento, mas não está de modo nenhum limitada a eles. Em seis países da OCDE, mais de 1% da população, ou seja cerca de 4 milhões de pessoas, é vítima de gastos catastróficos, enquanto a incidência excede os 5 por 1000 habitantes noutros cinco países (*7*).

Para além disso, as dívidas médicas são a causa principal de falência pessoal nos EUA. Investigadores de Harvard concluíram em 2008 que as facturas de doença ou médicas tinham contribuído para 62% das falências do ano anterior (*52*). Muitas destas pessoas tinham alguma forma de seguro de saúde, mas os benefícios oferecidos eram insuficientes para os proteger dos pagamentos directos ou co-pagamentos mais caros. Esta observação não está relacionada com a actual recessão económica; as facturas médicas já tinham sido a causa de 50% das falências nos EUA em 2001.

Numa escala mundial, as falências por razões médicas ainda não são um grande problema, quer porque o acesso financeiro aos cuidados é adequado ou porque o crédito formal não está acessível para a maioria da população (*53,54*). No entanto, se os pagamentos directos permanecerem elevados e aumentar o acesso ao crédito, isto pode tornar-se num problema ainda maior.

A redução na incidência do stress financeiro associado com os pagamentos directos é um indicador chave do progresso para a cobertura universal. No entanto, estudos nacionais indicam que a catástrofe financeira ou o empobrecimento desta natureza é reduzido entre os mais pobres, pelo motivo simples de que eles não se podem permitir recorrer aos serviços de saúde (*55,56*). Em que grau as pessoas têm a possibilidade de utilizar os

serviços de que precisam é, portanto, também um importante indicador da saúde do sistema de financiamento.

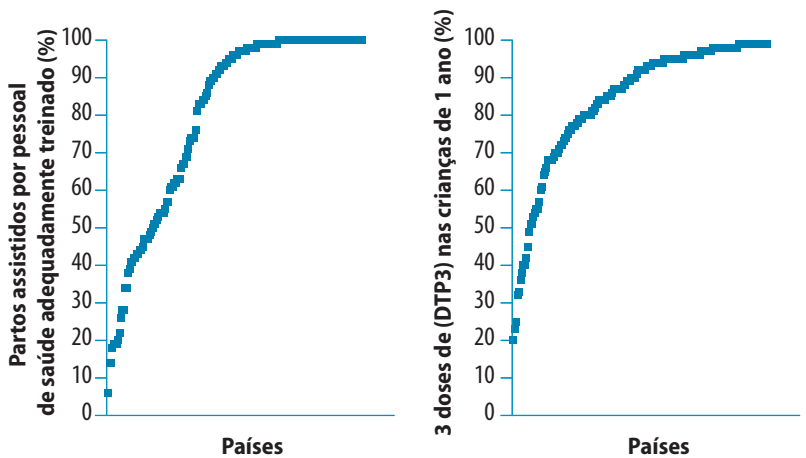
Dados sobre acesso financeiro a serviços de saúde são escassos, mas existe informação sobre cobertura com algumas intervenções chave. Isto fornece pistas sobre quanto as barreiras financeiras impedem as pessoas de utilizar os serviços. Por exemplo, vacinar as crianças com menos de um ano de idade com a vacina da difteria-tétano-sarampo (DPT3) salva muitas das suas vidas, do mesmo modo que ter pessoal de saúde qualificado a assistir durante o parto é crucial para salvar as vidas tanto dos recém-nascidos como das mães. Esta informação, sobre a proporção de crianças completamente vacinadas com DPT3 e a proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado é largamente divulgada.

A Figura 1.1 mostra a cobertura reportada para ambas as intervenções, em que cada ponto de dados representa um país, ordenados da cobertura mais baixa para a mais alta no eixo horizontal. Muitos países atingem, ou quase atingem, 100% de cobertura para ambas as intervenções, embora haja considerável variação entre os países. Num extremo, em 16 países, menos de 40% das mulheres dão à luz na presença de um trabalhador de saúde qualificado capaz de salvar as suas vidas no caso de uma complicação. Em sete países, a cobertura com a vacinação DPT3 é inferior a 40%. Isto sugere que as desigualdades de cobertura entre os países são substanciais e ainda maiores para os serviços que requerem mais infra-estrutura e técnicos qualificados (tais como o parto) do que para outras intervenções (tais como as vacinações) (*57*).

Desigualdades em cobertura e resultados de saúde também existem no interior dos países. Os Inquéritos Demográficos e de Saúde revelam diferenças substanciais entre grupos de níveis de rendimento em muitos países de baixo rendimento. Mais uma vez, ocorrem maiores discrepâncias no acesso a profissionais de saúde qualificados para o parto do que para a vacinação infantil. Com raras excepções, as pessoas mais ricas, mesmo nos países de baixo rendimento, beneficiam de acesso a serviços semelhante ao dos países de rendimentos elevados. Os pobres, no entanto, são quase sempre mais excluídos dos que os ricos, embora a extensão da exclusão varie. Nalguns lugares, a cobertura com DPT3 entre os pobres pode ser de apenas 10% da dos ricos (*58*).

O uso de serviços de saúde também varia significativamente entre e dentro dos países (*59, 60*). Dados dos 52 países incluídos no Inquérito Mundial de Saúde, atravessando todos os níveis de rendimentos, mostram que a utilização de serviços de saúde, durante as quatro semanas antes do inquérito, variou entre menos de 10% da população até mais de 30%. Em alguns locais,

Fig. 1.1. **Cobertura de partos assistidos por pessoal de saúde treinado e da vacinação contra difteria-tétano-pertussis (DTP3) por país, último ano disponível[a]**



[a] Ordenado da cobertura mais baixa para a mais alta
Fonte: (*19*).

a utilização dos serviços pelos mais ricos é mais do dobro da utilização pelos mais pobres, apesar dos pobres precisarem muito mais deles.

Os dados que citámos dão uma indicação da cobertura, mas não oferecem nenhuma indicação quanto à qualidade dos cuidados. A evidência disponível sugere que as desigualdades são ainda mais pronunciadas no que diz respeito aos padrões dos serviços prestados. Por outras palavras, as pessoas pobres nos países pobres não apenas estão francamente excluídas destes serviços, como também quando recebem cuidados é bem possível que sejam de qualidade inferior ao que é prestado às pessoas mais ricas (*61*).

Estas indicações genéricas dão-nos um quadro sombrio, em que milhões de pessoas, predominantemente pobres, não podem usar os serviços de que necessitam, enquanto outros tantos milhões enfrentam graves dificuldades financeiras em resultado do pagamento pelos serviços de saúde. Muito claramente, as razões para a cobertura baixa e desigual não estão todas no sistema de financiamento, mas nós argumentamos neste relatório que a cobertura poderia ser consideravelmente mais alta se houvesse fundos adicionais, menos dependência dos pagamentos directos para angariar fundos e mais eficiência – tudo assuntos que têm a ver com o financiamento.

Vários países aumentam a protecção de risco financeiro para além do que é oferecido pelo sistema de financiamento de saúde ao providenciar um elemento de segurança financeira quando as pessoas não podem trabalhar por motivos de saúde - porque estão doentes, ou tiveram um parto. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) sistematiza informação sobre o direito à licença de doença paga no evento de doença bem como sobre o direito a licença de parto remunerada. Em 2007, 145 países tinham instituído o direito a uma licença de doença paga, embora a duração da licença e o montante da compensação variassem consideravelmente. Apenas 20% destes países compensavam 100% dos rendimentos perdidos, sendo que a maioria oferecia entre 50-75%. A maioria dos países permitem um mês ou mais por ano de licença de doença paga para doença grave, mas mais de 40 limitam os pagamentos a menos de um mês (*62*).

A maioria dos países industrializados garantem o direito a licença de maternidade paga para os empregados no sector formal, mas a duração da licença e a natureza dos pagamentos também variam consideravelmente. E mesmo que exista um direito teórico à licença de maternidade paga, poucos países de baixos e médios rendimentos relatam qualquer apoio financeiro para as mulheres elegíveis (caixa 1.6). A protecção financeira na incapacidade ocupacional por doença ou gravidez é geralmente disponível

Caixa 1.6. Protecção contra o risco financeiro e substituição de rendimentos: licença de maternidade

O elemento central da protecção da maternidade, que garante à mulher um período de repouso quando uma criança nasce (em conjunto com meios de apoio para a própria e a sua família e uma garantia de ser capaz de retomar o seu trabalho em seguida) é o benefício financeiro que substitui o rendimento regular da mulher durante um período definido da gravidez e depois do parto. Os benefícios financeiros não substituem normalmente o rendimento anterior, mas são uma importante protecção social sem a qual a gravidez e o parto imporiam sacrifícios financeiros a muitas famílias. A licença de maternidade e o sistema de substituição de rendimentos que a acompanha também têm consequências de saúde indirectas, sem as quais as mulheres poderiam sentir-se compelidas a regressar ao trabalho demasiado cedo após o parto, antes de ser medicamente recomendado fazê-lo.

A maioria dos países industrializados afectam recursos consideráveis para a licença de maternidade. Em 2007, a Noruega gastou mais do que qualquer outro país, afectando 31.000 US$ por recém-nascido, por ano, para um total de 1,8 mil milhões de US$. Em contraste na maioria dos países de baixos e médios rendimentos os gastos em licenças de maternidade são nulos, apesar de vários terem aprovado legislação que a garante. Isto, porque as leis permanecem sem execução mas também pode ser explicado pelo facto de que, em muitos países, a licença de maternidade não se fazer acompanhar de qualquer elemento de substituição de rendimentos.

Fonte: International Labour Organization.

apenas para os trabalhadores do sector formal. Tipicamente, em países de baixo rendimento, mais de 50% da população em idade economicamente activa trabalha no sector informal sem acesso a substituição de rendimentos nessas alturas (*63*).

Embora este relatório se centre na protecção do risco financeiro ligada à necessidade de pagar por serviços de saúde, a substituição de rendimentos em situação de doença ou pós-parto é uma componente importante de esforços mais amplos de protecção social na saúde. Como tal, a OMS é co-promotora com a OIT e participante activa na iniciativa das Nações Unidas para ajudar os países a desenvolver tectos de Protecção Social abrangentes. Estes incluem a protecção contra o risco financeiro discutido neste relatório assim como aspectos de substituição de rendimentos e apoio social em caso de doença (*64*).

Fazer as escolhas certas

Não há um modo único de desenvolver um sistema de financiamento para atingir a cobertura universal. Todos os países devem fazer escolhas e opções, particularmente quanto ao modo como os fundos comuns são usados. É um constante desafio equilibrar as prioridades: os fundos mantêm-se escassos, no entanto as pessoas exigem mais e as novas tecnologias para a melhoria da saúde estão em constante expansão. Tais conflitos forçam os decisores políticos a fazer escolhas em três áreas nucleares (Figura 1.2): a proporção da população a ser coberta, o leque de serviços a que se dá acesso; e a proporção dos custos totais abrangida.

A caixa rotulada "fundos comuns existentes" reflecte a situação de um país hipotético onde cerca de metade da população está coberta para cerca de metade dos serviços possíveis, mas onde menos de metade do custo desses serviços é coberta pelos fundos comuns. Para se aproximar da cobertura universal, o país deveria estender a cobertura a mais pessoas, oferecer mais serviços e/ou pagar uma maior proporção do custo com os fundos comuns.

Em países europeus com sistemas de protecção social estabelecidos há muito, esta caixa de "fundos comuns existentes" quase preenche o espaço total. Mas nenhum país, nem mesmo os de rendimentos elevados e dos quais se diz terem alcançado a cobertura universal, tem, sem listas de espera, 100% da população coberta para 100% dos serviços que poderiam ser disponibilizados e para 100% dos custos. Cada país preenche a caixa ao seu modo muito próprio, transaccionando serviços e custos a serem cobertos pelos fundos comuns. Os tempos de espera para serviços podem variar muito de um país para outro, alguns serviços mais dispendiosos podem não ser providenciados e os cidadãos podem ter de contribuir com proporções diferentes dos custos sob a forma de pagamentos directos.

Apesar disso, todos nesses países têm acesso a um conjunto de serviços (de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) e quase toda a gente está protegida dos riscos financeiros graves graças ao pré-pagamento e aos fundos comuns. A base é comum, mesmo que as especificidades sejam diferentes, moldadas pelas expectativas da população e dos prestadores de saúde, pelo ambiente político e pela disponibilidade de fundos.

Os países percorrerão caminhos diversos para atingirem a cobertura universal, dependendo de onde e como começam esse percurso, e fazem

diferentes escolhas nos três eixos definidos na Figura 1.2. Por exemplo, em contextos em que apenas a elite não está actualmente excluída de serviços de saúde, caminhar rapidamente para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, mesmo que a lista de serviços e a proporção dos custos cobertos pelos fundos comuns seja relativamente pequena (*21,66*). Entretanto, num sistema de base ampla, com apenas algumas "bolsas" de exclusão, o país pode inicialmente optar por uma abordagem dirigida, identificando os que estão excluídos e cumprindo etapas para assegurar que são progressivamente incluídos. Nesses casos, eles podem vir a cobrir mais serviços para os pobres e/ou cobrir uma maior proporção dos seus custos.

Muitos países que iniciam o caminho para a cobertura universal começam por apontar a grupos empregados no chamado sector formal porque esses grupos são mais facilmente identificados. Mas existem contras nesta abordagem delimitada: pode levar a sistemas com dois níveis e tornar as condições mais difíceis para os que são deixados sem cobertura; e ao obter-se um sucesso parcial, pode retardar o ímpeto para uma reforma mais fundamental.

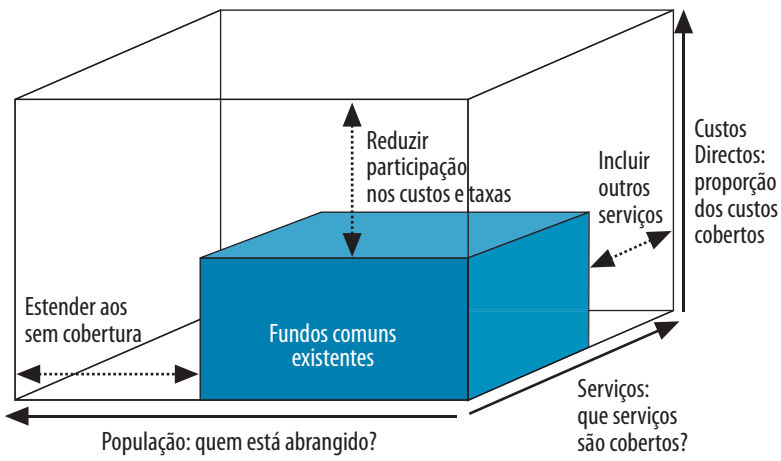
Estes temas serão abordados em maior detalhe no Capítulo 3.

Seguindo em frente

A Constituição da OMS descreve o direito fundamental de todo o ser humano de gozar "o nível de saúde mais alto possível". A cobertura universal é o melhor modo de atingir esse direito. É fundamental para o princípio da Saúde para Todos definido há mais de 30 anos na Declaração de Alma-Ata. A Declaração reconheceu que a promoção e protecção da saúde eram também essenciais para o desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, segurança social e paz. O princípio da cobertura universal foi reafirmado no Relatório Mundial da Saúde de 2008 sobre cuidados de saúde primários e a subsequente resolução da Assembleia Mundial da Saúde (67), e foi assumido pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde e a subsequente resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o mesmo tópico (68).

Este relatório reitera estas crenças de longa data, crenças que se reforçaram à medida que os países lutam pelos seus sistemas de financiamento da saúde. Apesar de tratar dos temas técnicos especificamente relacionados com os sistemas de financiamento da saúde, o Relatório coloca a justiça e a humanidade no centro do assunto. O foco é prático, e optimista: todos os países, em

Fig. 1.2. **Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal**



Fonte: Adaptado de (*21,65*).

todos os estádios de desenvolvimento, podem realizar etapas para caminhar mais rapidamente na direcção da cobertura universal e manter o que já realizaram.

Ao preparar um caminho para a cobertura universal, há que lembrar três pontos:

1. Os sistemas de saúde são "sistemas adaptativos complexos" em que as relações não são previsíveis e os componentes interagem de modos inesperados. Os participantes do sistema têm de aprender e adaptar-se constantemente, por vezes enfrentado resistência à mudança (*69*). Embora sejam feitas sugestões de vários caminhos para a cobertura universal, os países têm de esperar o inesperado.
2. Planear um caminho para a cobertura universal requer que os países reconheçam primeiro a sua situação inicial. Existe compromisso político e comunitário suficiente para atingir e manter a cobertura universal? Esta questão terá diferentes significados em diferentes contextos mas traçará o perfil das atitudes prevalecentes para com a solidariedade social e a auto-suficiência. Requer-se um certo grau de solidariedade social para se desenvolver a cobertura universal de saúde, dado que qualquer sistema efectivo de protecção financeira para toda a população depende da disponibilidade dos ricos em subsidiar os pobres, e dos saudáveis em subsidiarem os doentes. Investigações recentes sugerem que a maioria das sociedades, senão todas, têm um conceito de solidariedade social quando se trata do acesso a serviços de saúde e dos custos dos cuidados de saúde, embora a natureza e extensão desses sentimentos varie em diferentes contextos (*70*). Dito de outro modo, toda a sociedade tem uma noção de justiça social que coloca um limite em quanta desigualdade é aceitável (*71*).
3. Os decisores políticos têm de decidir que proporção dos custos virão dos fundos comuns a longo prazo, e como equilibrar as inevitáveis transacções no seu uso – transacções entre a proporção da população, serviços e custos que podem ser cobertos. Para os países centrados na manutenção dos seus ganhos árduamente conquistados, a monitorização contínua e adaptação serão cruciais face às tecnologias em desenvolvimento rápido e estruturas etárias e perfis de doença em mudança.

Os próximos três capítulos delineiam modos práticos de:

- angariar mais fundos para a saúde onde necessário, ou manter o financiamento em face das necessidades e exigências em competição;
- providenciar ou manter um nível adequado de protecção do risco financeiro de modo a que as pessoas que precisem de serviços não se sintam impedidos de procurá-los, e não estejam sujeitas a despesas catastróficas ou ao empobrecimento ao fazê-lo;
- melhorar a eficiência e equidade do modo como os fundos são utilizados, assegurando efectivamente que os fundos disponíveis são ainda mais intensamente usados para alcançar o objectivo da cobertura universal.

O capítulo final delineia etapas práticas que todos os países e parceiros internacionais podem tomar para angariar fundos suficientes, optimizar a partilha e usar de modo eficiente os recursos disponíveis em direcção à cobertura universal. ■

Referências

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer.* The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience.* World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage.* Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country.* World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection.* World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81–104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385–437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20- doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glanc*e. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x

49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research GroupInequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave.* World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond.* Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor.* Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009.* Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results.* Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity.* World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf, accessed 08 July 2010).



Capítulo 2 | Mais dinheiro para a Saúde

Mensagens principais

- Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde. Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro, embora essas restrições sejam mais críticas nos países de baixo rendimento.
- Todos os países podem angariar fundos domésticos adicionais para a saúde ou diversificar as suas fontes de financiamento se o quiserem fazer.
- As opções incluem maior priorização dos governos à saúde nos seus orçamentos, colectar mais eficientemente impostos ou contribuições de seguros e angariar fundos adicionais através de vários tipos de financiamento inovador.
- Taxas sobre produtos prejudiciais como o tabaco e álcool são uma dessas opções. Assim se reduz o consumo, melhora-se a saúde e aumentam-se os recursos que os governos podem gastar na saúde.
- Mesmo com essas inovações, serão necessários maiores fluxos dos doadores para a maioria dos países mais pobres por um período de tempo considerável. Os países doadores podem também angariar mais fundos para os canalizar para os países mais pobres de modos inovadores, mas eles devem também esforçar-se mais por cumprir os seus compromissos internacionais para a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e proporcionar fluxos mais previsíveis e de longo prazo.

2

Mais dinheiro para a saúde

Angariando recursos para a saúde

Em 2009, o Instituto Nacional Britânico para a Saúde e Excelência Clínica anunciou que o Serviço Nacional de Saúde não poderia oferecer alguns medicamentos dispendiosos para o tratamento de cancro renal porque estes não eram custo-eficazes (*1*). Os cortes provocaram alguma ira popular (*2*) mas foram defendidos pelo Instituto como sendo parte das medidas necessárias para racionar recursos e definir prioridades (*3*). O facto é que novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica emergem mais rapidamente do que é possível expandir os recursos financeiros.

Todos os países, ricos e pobres, lutam para angariar os fundos requeridos para pagar os serviços de saúde que as suas populações necessitam ou procuram (o que por vezes tem significados diferentes). Nenhum país, não importa quão rico, é capaz de prover toda a sua população com todas as tecnologias ou intervenções que podem melhorar a saúde ou prolongar a vida. Mas enquanto os sistemas de saúde dos países mais ricos podem mais facilmente enfrentar limitações orçamentais – frequentemente exacerbadas pela dupla pressão do envelhecimento populacional e de recursos humanos de saúde em retracção – a despesa com a saúde permanece relativamente elevada. Os Estados Unidos da América e a Noruega gastam ambos mais de US$ 7.000 *per capita* por ano; a Suíça mais de US$ 6.000. Os países da OCDE como um grupo gastam em média cerca de US$ 3.600. No outro extremo da escala de rendimento alguns países lutam para assegurar o acesso aos serviços mais básicos: 31 dos Estados Membros da OMS gastam menos de US$ 35 *per capita* por ano e quatro gastam menos de US$ 10, mesmo depois de incluídas as contribuições dos parceiros externos (*4*).

Mas existe margem em todos os países para estender a protecção contra o risco financeiro e o acesso a serviços de saúde de um modo mais equitativo. O Ruanda, com um rendimento nacional *per capita* de cerca de US$ 400, oferece um conjunto de serviços básicos aos seus cidadãos através de um sistema de seguros de saúde a um custo de apenas US$ 37 *per capita* (*4*). O Ruanda beneficia de apoio financeiro da comunidade doadora internacional, mas o governo também compromete 19,5% da sua despesa anual total com a saúde (*4*). Há 182 Estados Membros da OMS com níveis de produto interno bruto (PIB) comparáveis ou superiores (em certos casos imensamente superiores) aos do Ruanda, e mesmo assim muitos deles estão mais distantes da cobertura de saúde universal (*4*). Isto deveria mudar. Com raras excepções, os países não têm razões para atrasar a melhoria do acesso a serviços de saúde de qualidade, aumentando ao mesmo tempo a protecção contra o risco financeiro. Isto terá custos, e os governos têm de começar a pensar sobre quanto é necessário e donde virão esses recursos.

Mas quanto custa a cobertura universal?

A cobertura universal não é um conceito homogéneo; nem a cobertura para todos significa cobertura para tudo. Tal como descrito no Capítulo 1, o caminho para a cobertura universal significa encontrar o melhor modo de expandir ou manter a cobertura em três dimensões críticas: quem está abrangido pelos fundos comuns; que serviços estão implicados; e que parte do custo está coberta. Neste quadro de referência, os que tomam decisões sobre as políticas a adoptar devem decidir como é que os fundos devem ser angariados e administrados.

A Tailândia oferece medicamentos prescritos, cuidados ambulatórios, hospitalização, prevenção da doença e promoção de saúde sem custos para os doentes, em paralelo com serviços médicos mais caros como a radioterapia e a quimioterapia para tratamento oncológico, cirurgia e cuidados intensivos para acidentes e emergências. Consegue fazer tudo isto por apenas US$ 136 *per capita* – menos do que a média de despesas de saúde dos países de rendimento médio-baixo, que se situa nos US$ 153 (*4*). Mas a Tailândia não cobre tudo. Até recentemente, a linha de corte ficava na terapêutica para substituição da função renal para doença renal terminal (Caixa 2.1). Outros países podem estabelecer esta linha em qualquer outro ponto. Para saber quão longe se pode ir na expansão de cobertura nestas três dimensões, tem que se ter uma ideia de quanto custam os serviços.

Em 2001 a Comissão de Macroeconomia e Saúde estimou que os serviços básicos poderiam ser disponibilizados por cerca de US$ 34 *per capita* (*6*), próximo do que o Ruanda gasta actualmente. No entanto, os cálculos não incluíram o custo total de anti-retrovirais ou o tratamento de doenças não-transmissíveis; nem tiveram completamente em conta os investimentos que seriam necessários para reforçar um sistema de saúde de tal modo que a cobertura possa ser estendida a áreas mais isoladas. Uma estimativa mais recente do custo de prestar serviços de saúde essenciais, que foi produzida pelo Grupo de Missão Internacional de Alto Nível sobre Financiamento Inovador para Sistemas de Saúde, sugere que os 49 países de baixo rendimento estudados necessitariam de gastar em média (não ponderada) ligeiramente menos que US$ 44 *per capita* em 2009, aumentando para um pouco mais de US$ 60 *per capita* em 2015 (*7*). Esta estimativa inclui

Caixa 2.1. A Tailândia corrige a linha de corte da cobertura de cuidados de saúde

Quando em 2001 a Tailândia introduziu a sua organização de cobertura universal, na altura designada como o plano dos 30 *baht*, oferecia cuidados de saúde abrangentes que incluíam não apenas os básicos, mas serviços como radioterapia, cirurgia e cuidados intensivos para acidentes e emergências: Não cobria, no entanto, a terapêutica de substituição da função renal. "Havia uma preocupação de que a terapêutica de substituição da função renal sobrecarregaria o sistema, dado que os grandes factores de risco para a doença renal, como por exemplo a diabetes e hipertensão, não estavam ainda controlados", diz o Dr. Prateep Dhanakijcharoen, secretário-geral adjunto do Escritório do Seguro Nacional de Saúde que dirige o plano. A terapêutica de substituição da função renal é cara; a hemodiálise custa cerca de 400.000 *baht* (12.000 US$) por doente, por ano na Tailândia, quatro vezes mais do que os 100.000 *baht* definidos como o patamar por ano de vida ajustado para a qualidade (*quality adjusted life year, QUALY*) definido pelo subcomité do gabinete de seguros para medicamentos e tratamentos do pacote de benefícios dentro do plano.

Dhanakijcharoen acredita, no entanto, que o plano deveria ter coberto a doença renal desde o princípio. Este ponto de vista é partilhado pelo Dr. Viroj Tangcharoensathien, director do Programa de Política de Saúde Internacional no Ministério da Saúde Pública. Para Tangcharoensathien, tratava-se apenas de uma questão de justiça: "Há três organizações de cuidados de saúde na Tailândia", diz ele. "Só esto plano é que não incluiu a terapêutica de substituição da função renal. Entretanto, metade dos membros do plano pertencem ao quintil mais pobre da economia Tailandesa". O seu sentimento de injustiça era partilhado por outras pessoas, como Subil Noksakul, um doente de 60 anos que gastou as suas economias de uma vida em terapêutica de substituição da função renal durante 19 anos. "Eu cheguei a juntar sete milhões de *baht*", diz ele, "mas as minhas economias acabaram-se". Em 2006 Noksakul fundou o Clube Tailandês do Rim que fez crescer a consciência dos doentes renais sobre os seus direitos e pôs pressão sobre o Escritório do Seguro Nacional de Saúde para providenciar tratamento. Finalmente, em Outubro de 2008, o então ministro da saúde, Mongkol Na Songkhla, incluiu a terapêutica de substituição da função renal no plano.

Fonte: Excerto de (*5*).

o custo de expandir os sistemas de saúde de tal modo que eles sejam capazes de prestar o conjunto completo das intervenções especificadas. Inclui intervenções dirigidas a doenças não-transmissíveis e aquelas que são o foco dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde. Estes números, no entanto, são apenas uma média (não-ponderada) dos 49 países, em dois momentos temporais. As necessidades variarão por país: cinco dos países nesse estudo gastarão mais de US$ 80 *per capita* em 2015, enquanto outros seis precisarão de gastar menos de US$ 40 a.

Isto não significa que os 31 países que gastam menos de US$ 35 *per capita* em saúde devam abandonar os esforços para se aproximarem mais da cobertura universal. Mas eles terão de acomodar a sua expansão aos seus recursos. Também quer dizer que embora esteja dentro das suas capacidades angariar mais fundos domésticos – como demonstraremos nas próximas duas secções – no futuro imediato eles necessitarão também de ajuda externa. Mesmo com níveis relativamente altos de crescimento doméstico, e orçamentos nacionais que priorizem a saúde, apenas oito dos 49 países têm alguma probabilidade de financiar o nível de serviços requerido a partir de recursos domésticos em 2015 (*7*).

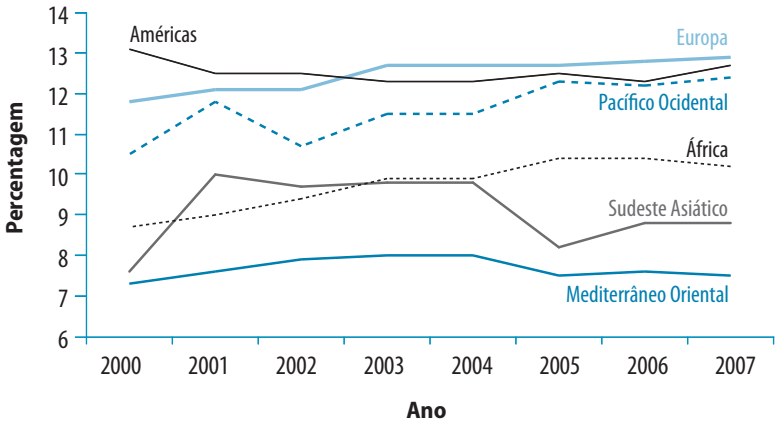
Muitos países mais ricos também necessitarão de angariar fundos adicionais para ir ao encontro de necessidades de saúde em permanente evolução, parcialmente devida ao envelhecimento populacional assim como ao aparecimento de novos medicamentos, procedimentos e tecnologias. Um aspecto fundamental deste assunto complexo é a redução da proporção da população em idade economicamente activa em alguns países. A retracção das contribuições de impostos sobre rendimentos ou dos prémios de seguros de saúde baseados nos salários (impostos sobre salários) implicarão considerar fontes alternativas de financiamento.

Em termos gerais, há três modos de angariar fundos adicionais ou de diversificar as fontes de financiamento: o primeiro é dar à saúde maior prioridade na despesa actual, principalmente no orçamento do governo; o segundo é encontrar fontes novas ou fontes mais diversificadas de financiamento doméstico; e o terceiro é aumentar o apoio financeiro externo. Revemos estas opções uma a uma, sendo as duas primeiras importantes para países em qualquer estadio de desenvolvimento, ricos ou pobres. O capítulo encerra com considerações sobre a ajuda ao desenvolvimento para a saúde nos países de baixos e médios rendimentos.

Assegurar para a saúde uma proporção justa da despesa governamental total

Even in countries where external assistance is important, its contribution is gMesmo nos países em que a assistência externa é importante, a sua contribuição é geralmente muito menor do que o dinheiro que é colectado para a saúde localmente. Nos países de baixo rendimento, por exemplo, a contribuição média (não ponderada) das fontes externas em 2007 era um pouco menos de 25% da despesa total em saúde, o resto era proveniente de fontes domésticas (*4*). É crítico, portanto, sustentar e, onde necessário, aumentar os recursos domésticos para a saúde, mesmo nos países mais pobres (*8*). Isto

Fig. 2.1. **Despesa governamental em saúde como percentagem da despesa governamental total, por Região da OMS, 2000-2007[a]**



[a] Médias não-ponderadas. A despesa governamental com saúde inclui a despesa em saúde por todos os ministérios e todos os níveis do governo. Também inclui as despesas de contribuições obrigatórias para o seguro social de saúde.

Fonte: (*4*)

é tão importante como em contextos de maiores rendimentos.

Os governos financiam melhorias da saúde tanto directamente, através de investimentos no sector saúde, e indirectamente, através de despesas nos determinantes sociais – ao reduzir a pobreza ou melhorar os níveis de educação feminina, por exemplo. A proporção da despesa total afecta ao sector saúde, embora capte apenas o componente directo, revela o valor que os governos dão à saúde, algo que varia muito entre os países. A Fig. 2.1. mostra a quota média da despesa governamental em saúde por Região da OMS para o período de 2000 a 2007, o último ano para o qual temos estatísticas.

Os dados incluem as contribuições dos parceiros externos canalizadas através dos orçamentos governamentais tanto no numerador como no denominador porque poucos países as divulgam separadamente.

Os governos das regiões das Américas, da Europa e do Pacífico Ocidental, afectam, em média, mais à saúde do que as outras regiões. Os países africanos como um grupo estão a aumentar o seu compromisso com a saúde tal como os das Regiões da Europa e do Pacífico Ocidental. No Sudeste Asiático, a prioridade relativa dada à saúde caiu em 2004-2005, mas está a crescer de novo, enquanto os países da Região do Mediterrâneo Oriental têm estado a reduzir a proporção afecta à saúde desde 2003.

Alguma da variação inter-regional pode ser explicada por diferenças na riqueza dos países. Em termos gerais, a saúde vai recebendo uma porção maior da despesa governamental total à medida que o país fica mais rico. O Chile é um bom exemplo, tendo aumentado a sua quota de despesa governamental em saúde de 11% em 1996 para 16% uma década mais tarde, durante um período de forte crescimento económico (*9*).

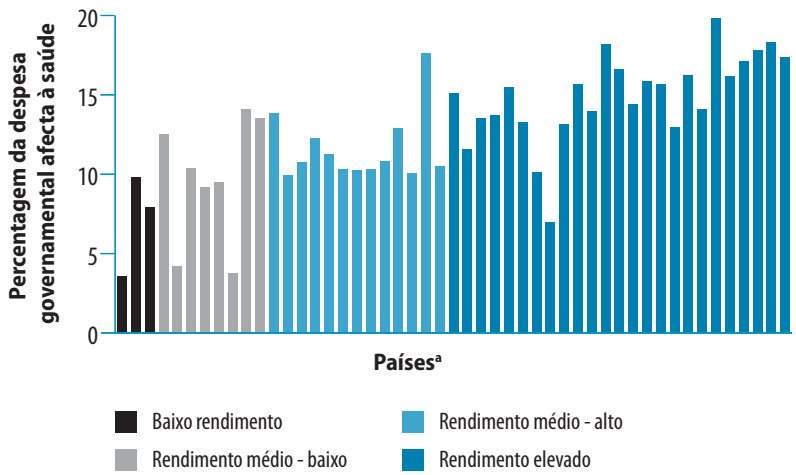
Mas a riqueza relativa de um país não é o único factor em jogo. As substanciais variações entre países com níveis semelhantes de rendimento indicam diferentes níveis de compromisso governamental com a saúde. Isto pode ser ilustrado de muitos modos, mas aqui citamos o Escritório Regional da OMS para a Europa, que inclui países de todos os níveis de rendimento. Na Fig. 2.2. o eixo vertical mostra a proporção da despesa governamental total afecta à saúde, e as barras no eixo horizontal representam os países daquela região, ordenados por PIB *per capita*, dos mais baixos para os mais altos.

As atribuições orçamentais à saúde na Região Europeia da OMS variam de um mínimo de 4% da despesa governamental total até quase 20%. É importante notar que apesar de a prioridade dada à saúde nos orçamentos governamentais gerais geralmente aumentar com o rendimento nacional, alguns governos escolhem afectar à saúde uma proporção maior das suas

despesas totais apesar de níveis relativamente baixos de rendimento nacional; outros relativamente mais ricos dedicam menores proporções à saúde.

Este padrão também podem ser visto a nível global. Embora os compromissos governamentais com a saúde tendam a aumentar com níveis crescentes de rendimento nacional, alguns países de baixo rendimento dedicam à saúde proporções mais elevadas da despesa governamental total que os países de rendimentos elevados; 22 países de baixo rendimento em todo o mundo dedicavam à saúde mais de 10% em 2007 mas, por outro lado, 11 países de rendimentos elevados dedicavam-lhe menos de 10%.

Fig. 2.2. **A proporção da despesa total do governo alocada à saúde na Região Europeia da OMS, 2007**



[a] a Ordenado por PIB/capita.
Fonte: (*4*)

Embora a Região Africana não apresente o resultado mais baixo na Fig 2.1, o nível relativamente baixo de investimento doméstico em saúde de alguns dos seus países é motivo de preocupação, porque é na África subsaariana que o progresso em direcção aos ODM tem sido menor (*10, 11*). Em 2007, apenas três países – Libéria, Ruanda e República Unida da Tanzânia – tinham seguido em frente com a Declaração de Abuja de 2001, na qual os líderes Africanos se comprometeram a "afectar pelo menos 15% dos seus orçamentos anuais à melhoria do sector saúde" (*12*). É desencorajador constatar que, em 2007, 10 países Africanos afectaram à saúde uma porção menor dos seus orçamentos totais do que antes de Abuja (*4*).

Os governos têm, portanto, a opção de reexaminar as suas prioridades orçamentais, tendo em conta a saúde. Embora as necessidades de financiamento variem com as diferenças de custos, estruturas etárias da população e padrões de doença, muito governos de países ricos e pobres poderiam afectar à saúde muito mais dos recursos disponíveis. Os ganhos poderiam ser substanciais. Tomados em grupo, os países de baixo rendimento poderiam angariar (no mínimo) uns 15 mil milhões de US$ adicionais por ano para a saúde das fontes domésticas se aumentassem a proporção da saúde na despesa governamental total (líquido de fluxos externos de ajuda) para 15%. Para os mesmos países, o acréscimo ao financiamento para o período 2009-2015 seria de cerca de US$ 87 mil milhões (*7*).

Há vários motivos pelos quais os países não dão prioridade à saúde nos seus orçamentos, alguns fiscais, alguns políticos, outros talvez ligados à percepção nos ministérios das finanças que os ministérios da saúde não são eficientes. Para além disso, a prioridade que os governos dão à saúde nos seus orçamentos reflecte o grau de preocupação com a saúde do seu povo que têm, ou são levados a ter, aqueles que governam. Tratar da cobertura universal de saúde também significa tratar dos pobres e marginalizados, pessoas que frequentemente são politicamente excluídas e sem representação.

Este é o motivo pelo qual fazer da saúde um tema político central é tão importante e por que a sociedade civil, em conjunto com os paladinos da cobertura universal, podem ajudar a persuadir os políticos a colocar o financiamento da cobertura universal no topo da agenda política (*13*). Melhorar a eficiência e a prestação de contas também convencerá os ministérios das finanças, e de modo crescente os doadores, que mais fundos serão bem utilizados (voltaremos a este tópico no Capítulo 4).

Aprender a linguagem dos economistas e o tipo de argumentos que os convencem da necessidade de financiamento adicional também pode ajudar os ministérios da saúde a negociar com o ministério das finanças. Também os ajuda a compreender a complexidade das alterações no financiamento da saúde e a aproveitar as oportunidades que se possam apresentar. Por exemplo, é importante que os ministérios da saúde acompanhem as negociações relacionadas com o alívio da dívida e o apoio geral ao orçamento entre os doadores e os ministérios das finanças (*14-16*). Os ministérios da saúde devem ser capazes não apenas de compreender estes processos, mas também de discutir e negociar com o ministro das finanças por uma maior participação nos fundos disponíveis.

Diversificar as fontes domésticas de receita

Existem basicamente dois modos de aumentar o financiamento doméstico para a saúde: um é afectar à saúde uma parte maior dos recursos existentes, tal como discutido na secção anterior; outro é encontrar novos métodos de angariar fundos ou diversificar as suas fontes.

Colectar de modo mais eficiente impostos e contribuições para seguros poderia efectivamente angariar fundos adicionais. Melhorar a colecta da receita é algo que todos os países devem ter em consideração, embora isto possa ser problemático para muitos países de baixo rendimento com sectores informais significativos (*17*). Isto não significa, no entanto, que não possa ser feito. Embora seja uma tarefa complexa e frequentemente assustadora, houve melhorias na colecta fiscal em vários contextos, incluindo países com grandes sectores informais, como o notável exemplo da Indonésia (Caixa 2.2).

O tipo de reforma levado a cabo pela Indonésia requer investimento e um nível de tecnologia e infra-estrutura que ultrapassa as capacidades de alguns países. Também requer melhorar a colecta fiscal das empresas, não apenas dos indivíduos. Mais uma vez, isto pode ser problemático em países de baixo

Caixa 2.2. A Indonésia aumenta a receita fiscal através do encorajamento do cumprimento

Mesmo antes da crise asiática de petróleo de 1997-98, a receita fiscal não-proveniente do petróleo na Indonésia estava já a declinar, descendo a 6,9% do PIB em 2000. O regime fiscal era complexo e a administração fiscal era fraca. No final de 2001, a Direcção Geral de Impostos (DGI) decidiu simplificar o sistema fiscal e a sua administração. A intenção era a de encorajar o cumprimento voluntário, através do qual os contribuintes poderiam fazer a auto-avaliação, e então pagar as taxas sobre o rendimento declarado. O cumprimento voluntário contribui tipicamente com 90% da receita fiscal total de um país e representa a linha de menor resistência para governos que queiram aumentar a sua receita fiscal. Em contraste, a colecta forçada tende a ser árdua, intensiva no uso de trabalho e capital, e resulta em retorno relativamente pequeno.

A DGI emitiu leis e regulamentos que eram claros, acessíveis e consistentemente aplicados, e adoptou uma política de tolerância zero em relação à corrupção. A DGI também introduziu procedimentos para a solução rápida, pouco dispendiosa e imparcial de conflitos, e encorajou a transparência ao permitir o escrutínio público de todos os actos da administração fiscal. O desempenho e a eficiência melhoraram parcialmente devido à digitalização do anterior processo baseado em papel. Seguiram-se os resultados positivos, com a subida de 9,9% para 11% da receita fiscal não relacionada com o petróleo nos quatro anos depois da implementação. A receita fiscal adicional significou que a despesa pública pôde aumentar; a despesa com a saúde cresceu mais do que as restantes.

Fonte: (*18*).

rendimento que acolhem indústrias extractivas. Um baixo cumprimento por uns poucos dos grandes contribuintes fiscais pode levar a uma considerável perda de receita.

A crescente globalização e a localização *offshore* de activos empresariais – frequentemente em paraísos fiscais – aumenta o potencial de perda de receita fiscal, seja por lacunas não-intencionais na legislação seja através do uso ilegal de contas individuais ocultas. Todos os países da OCDE aceitam agora o Artigo 26 da convenção fiscal modelo da OCDE, que cobre a troca de informação, e mais de 360 acordos de troca de informação sobre impostos foram assinados (*19*). Espera-se que as empresas globais e as instituições financeiras que as servem sejam mais transparentes nas suas transacções futuras, e que os países que as acolhem obtenham uma fatia mais justa das receitas fiscais, algumas das quais, esperamos, irão para o pagamento das despesas de saúde.

Mas o cumprimento fiscal também pode ser estimulado quando os cidadãos acreditam que estão a ter uma boa resposta dos governos. Um estudo de 2009 concluiu que enquanto a ameaça de detecção e punição era um factor de cumprimento, as percepções sobre a qualidade da governação também são importantes (*20*). O cumprimento era notavelmente elevado no Botswana, onde os serviços governamentais eram considerados bons, e mais baixo em países vizinhos onde a qualidade dos serviços governamentais era considerada inferior.

A curto prazo, países de baixo rendimento com grandes sectores informais tenderão a concentrar-se nos impostos que sejam mais fáceis de cobrar, como os que recaem nos empregados do sector formal e nas empresas, taxas de importação e exportação de vários tipos e imposto sobre o valor acrescentado (IVA) (*21*). O Gana, por exemplo, preenche 70-95% das necessidades de financiamento do seu Esquema Nacional de Seguro de Saúde com os fundos de impostos gerais, particularmente através de uma taxa para o seguro nacional de saúde de 2,5% do IVA, que está em 12,5%. O resto do financiamento provém de outros fundos públicos e de parceiros de desenvolvimento, enquanto os prémios, a fonte tradicional de receita para os seguros, contam como apenas 3% da receita total. A base de IVA para o Esquema Nacional de Seguro de Saúde tem sido capaz de suportar um aumento da despesa total de saúde através de fundos comuns de origem doméstica. Ao mesmo tempo, isto reduziu a dependência do sistema nos pagamentos directos, como as taxas de utente, como fonte de financiamento (*22*).

O Chile, um país de rendimento médio-alto, também introduziu em 2003 um aumento de 1% no IVA para financiar a saúde. Mesmo países mais ricos são forçados a diversificar as suas fontes de financiamento, para lá das tradicionais formas de taxas sobre rendimentos e deduções para seguros baseadas nos salários. O envelhecimento populacional significa uma proporção menor de trabalhadores e as contribuições baseadas nos salários deixarão de cobrir os custos totais dos cuidados de saúde. A Alemanha, por exemplo, começou recentemente e injectar dinheiro da receita fiscal geral no sistema de seguro social de saúde através de um novo fundo central designado o *Gesundheitsfond* (Fundo de Saúde). O plano de seguro nacional de saúde Francês tem sido parcialmente financiada ao longo de 30 anos pela *Contribution sociale généralisée* (Contribuição social generalizada), que inclui impostos cobrados sobre ganhos de capital e imobiliário a adicionar às formas mais tradicionais de receita como os impostos sobre os rendimentos (*23*).

Explorar as fontes de financiamento doméstico para a saúde

A comunidade internacional deu vários passos importantes desde 2000 para angariar financiamento adicional para melhorar a saúde nos países mais pobres. Estes são aqui brevemente citados porque também oferecem ideias para os países angariarem fundos domésticos.

Uma das etapas mais precoces foi a taxa sobre bilhetes de viagens aéreas para financiar a Unitaid, um mecanismo global para compra de medicamentos para VIH/SIDA, tuberculose e malária (*24, 25*). Proporcionou até à data quase mil milhões de US$, que, quando combinados com a ajuda ao desenvolvimento tradicional, permitiu à Unitaid financiar projectos em 93 países, totalizando US$ 1,3 mil milhões desde 2006 (*26*). Ao mesmo tempo, o poder de compra da Unitaid resultou em reduções significativas dos preços de certos produtos, aumentando as quantidades disponíveis para melhorar a saúde. Mas recentemente, a Fundação do Milénio para o Financiamento Inovador em Saúde lançou uma taxa solidária voluntária sob o nome de *MassiveGood*, em que os indivíduos podem complementar o financiamento da Unitaid através de contribuições voluntárias quando compram produtos de viagem e turismo (*27, 28*).

Estima-se que a venda de títulos garantidos por países doadores e emitidos nos mercados internacionais de capitais tenha recolhido mais de 2 mil milhões de US$ desde 2006 (*29*). Estes fundos são canalizados para o Mecanismo Internacional de Financiamento para Vacinas, ligado à Aliança do GAVI[1]. Os governos de oito países comprometeram os fundos necessários para re-financiarem esses títulos quando eles vencerem, embora a capacidade deste mecanismo conseguir angariar recursos adicionais para a saúde global dependa criticamente de se os re-pagamentos serão considerados como parte dos futuros desembolsos para a ajuda ou como desembolsos adicionais. Eles permitirão, pelo menos, que a ajuda seja desembolsada imediatamente, e não diferida.

Mais recentemente, o Grupo de Missão de alto nível sobre Financiamento Internacional Inovador para Sistemas de Saúde fez a revisão de um amplo leque de opções para suplementar o financiamento bilateral tradicional para a ajuda externa (*30*). O Grupo de Missão concluiu que uma taxa sobre transacções de moeda tinha o potencial de angariar a maior quantidade de dinheiro globalmente: uma soma anual que pode vir a exceder os 33 mil milhões de US$, mas também recomendou várias opções adicionais (*30, 31*).

Estes desenvolvimentos ajudaram a assinalar novas fontes de fundos e a suster o momento para uma crescente solidariedade internacional para com o financiamento da saúde. No entanto, os debates sobre financiamento inovador têm até agora ignorado a necessidade de os países encontrarem novas fontes de fundos domésticos para seu próprio uso: países de rendimentos baixos e médios que apenas necessitam de angariar mais fundos e países de rendimentos elevados que precisam de inovar em face das mudanças nas necessidades de saúde, procura de cuidados e padrões de trabalho.

Para ajudar neste debate, a Tabela 2.1 apresenta uma lista de opções para consideração pelos países que procuram aumentar ou diversificar as fontes domésticas de financiamento.

Nem todas as opções são aplicáveis a todos os contextos, e o potencial

[1] GAVI: The Global Alliance for Vaccines and Immunization

Tabela 2.1. **Opções domésticas para financiamento inovador**

Opções	Potencial de angariação de fundos[a]	Permissas/exemplos	Comentários
Taxa especial sobre empresas grandes e lucrativas – uma taxa que é imposta a algumas grandes empresas a operar no país	$$–$$$	A Austrália impôs recentemente uma taxa às companhias mineiras; o Gabão introduziu uma taxa sobre as companhias de telemóveis; o Paquistão tem há muito uma taxa sobre as empresas farmacêuticas	Específica de contexto
Taxa sobre transacções cambiais – uma taxa sobre transacções de moeda estrangeira nos mercados cambiais	$$–$$$	Alguns países de rendimento médio com mercados de transacções monetárias poderiam angariar recursos substanciais	Pode ter de ser coordenado com outros mercados financeiros se for levado a cabo em larga escala
Títulos da diáspora – títulos governamentais para venda aos nacionais que vivem no estrangeiro	$$	Reduz os custos de empréstimos ao país (desconto patriótico); tem sido usado na Índia, Israel e Sri Lanka, embora não necessariamente para a saúde	Para países com uma parte substancial da população vivendo no exterior
Taxa sobre transacções financeiras – uma taxa sobre todas as transacções de contas bancárias ou sobre transacções de remessas	$$	No Brasil, nos anos 90's houve uma taxa sobre transacções bancárias, embora tenha sido subsequentemente substituída por uma taxa sobre fluxos de capital de / para o país; o Gabão pôs em prática uma taxa sobre transacções de remessas	Parece ter havido oposição mais forte de grupos de interesse a esta taxa do que às outras (*32*)
Contribuição voluntária de solidariedade sobre os telemóveis – contribuições de solidariedade podem permitir a indivíduos e empresas fazer donativos voluntários através da sua factura mensal de telemóvel	$$	O mercado global de serviços pós-pagos de telemóveis é de US$ 750 milhões, por isso, mesmo tirando 1% dessa quantia poderia angariar uma quantidade de dinheiro; relevante para países de rendimentos baixos, médios e elevados (*33*)	Os custos de implantação e funcionamento poderiam ser de 1-3% das receitas (*33*)
Imposto de consumo sobre tabaco – uma taxa ao consumidor sobre os produtos do tabaco **Imposto de consumo sobre álcool** – uma taxa ao consumidor sobre os produtos alcoólicos	$$	Os impostos especiais sobre o consumo de tabaco e álcool existem na maioria dos países mas existe um amplo espaço para aumentá-los em muitos deles sem causar uma quebra das receitas	Reduz o consumo de tabaco e álcool, o que tem um impacto positivo na saúde pública
Imposto de consumo sobre alimentos menos-saudáveis (açúcar, salgados, etc.) – uma taxa ao consumidor sobre alimentos e ingredientes não-saudáveis	$–$$	A Roménia propõe-se pôr em prática uma taxa de 20% sobre alimentos de alto teor de gordura, sal, aditivos e açúcar (*34*)	Reduz o consumo de alimentos prejudiciais e melhora a saúde
Venda de produtos e serviços por franquia – semelhante ao ProductRED do Fundo Global, através do qual empresas são autorizadas a vender produtos e uma proporção dos lucros vai para a saúde	$	A venda de produtos ou serviços em franquia, de que uma percentagem dos lucros vai para a saúde	Um esquema destes poderia operar em países de rendimentos baixos e médios sem competir com o Fundo Global
Taxa sobre o Turismo – um imposto de turismo poderia ser aplicado a actividades ligadas principalmente a visitantes internacionais	$	As taxas de aeroporto já são amplamente aceites; uma componente de saúde poderia ser adicionada, ou encontradas outras taxas	O ganho pode variar substancialmente entre países, dependendo da força do seu sector de turismo

[a] $, fraco potencial de angariação de fundos; $$, potencial de angariação de fundos mediano; $$$, elevado potencial de angariação de fundos.

de geração de receita das que o são também varia com o país, embora sejam feitas algumas sugestões acerca do nível provável de financiamento que pode ser angariado no país. Por exemplo, mesmo que a taxa sobre transacções de moeda proposta pelo Grupo de Missão de Alto Nível tenha o potencial de gerar grandes somas de dinheiro, as transacções financeiras e produtos nos quais ela se baseia estão concentrados nos países de rendimentos elevados. De facto, 10 países de rendimentos elevados controlam 85% do comércio de moeda (*35*). Os volumes transaccionados são ligeiros na maioria dos países de rendimentos baixos e médios, pelo que esta taxa específica pode não se aplicar à maioria deles. Há algumas excepções: a Índia tem um mercado significativo de câmbios, com um volume diário de transacções de US$ 34 mil milhões (*35*). Uma taxa sobre transacção de moeda de 0,005% sobre este volume poderia proporcionar à Índia cerca de US$ 370 milhões anuais.

As chamadas taxas de solidariedade sobre bens especificados são outra opção promissora, com capacidade provada de gerar receita, custos de administração relativamente baixos e sustentabilidade. Com apoio político, elas podem ser implementadas rapidamente. A taxa obrigatória sobre os bilhetes de viagens aéreas, por exemplo, pode requerer 2-12 meses para implementação (*39*).

A introdução de mecanismos que envolvem impostos pode ser politicamente sensível e terá invariavelmente a resistência de grupos de interesse particulares. Uma taxa sobre transacções de moeda, por exemplo, pode ser entendida como um travão ao sector bancário ou um desincentivo para exportadores / importadores. Quando o Gabão introduziu em 2009 uma taxa sobre as transferências monetárias para subsidiar cuidados de saúde para os grupos de rendimentos baixos, algumas pessoas contestaram o que consideravam uma restrição cambial.

Mesmo assim, o Gabão impôs uma taxa de 1,5% sobre os lucros pós-impostos às empresas que transferem remessas e uma taxa de 10% aos operadores de telefones móveis. No conjunto, as duas taxas angariaram o equivalente a 30 milhões de US$ em 2009 (*36,37*). Do mesmo modo, o governo do Paquistão há muitos anos que taxa os lucros das empresas farmacêuticas para financiar parte das suas despesas com a saúde (*38*).

Entretanto, as chamadas taxas sobre vícios têm a vantagem de combinar a angariação de fundos com ganhos em saúde, ao reduzirem o consumo de produtos prejudiciais como o tabaco ou álcool. Estudos em 80 países mostraram que o preço do tabaco, ajustado por poder de compra, decaiu entre 1990 e 2000. Embora tenha havido alguns aumentos desde 2000, há uma larga margem para angariar fundos nesta área, como recomendado pela Convenção Quadro da OMS sobre o Controle do Tabaco (*39*).

Não é possível, neste relatório, dar estimativas de quanto dinheiro se poderia angariar por cada um destes métodos financeiros inovadores, por país. Mas a OMS analisou os ganhos potenciais resultantes do aumento das taxas sobre tabaco em 22 dos 49 países de baixo rendimento para os quais existe informação suficiente para os cálculos. Os impostos de consumo nestes países variam entre 11% a 52% do preço a retalho das marcas de cigarros mais populares, representando uma amplitude nominal de variação de US$ 0,03 – 0,51 por cada maço de 20 cigarros (*37*). Estimou-se que um aumento de 50% no imposto de consumo poderia gerar US$ 1,42 mil milhões em fundos adicionais para estes países – uma soma bastante substancial. Em países como a República Popular Democrática do Laos, o Madagáscar e o Vietname,

a receita extra representaria um aumento de 10% ou mais da despesa total em saúde, e um aumento de mais de 25% no orçamento governamental para a saúde, assumindo que a receita colhida fosse totalmente afecta à saúde (Caixa 2.3). Posto de outro modo, esta medida por si só poderia angariar fundos adicionais no valor de mais do que o dobro dos níveis correntes de ajuda externa à saúde em alguns países.

Existe uma crescente preocupação internacional sobre os efeitos nocivos e as consequências económicas do consumo de álcool, e as políticas de preços podem estar no centro das estratégias para atender a estes problemas. Por exemplo, em Moscovo, os preços do álcool foram aumentados em 20% em Agosto de 1985 e em mais 25% no ano seguinte. O resultado foi uma quebra dramática (28,6%) no consumo de álcool nos 18 meses seguintes. Os internamentos hospitalares por perturbações do comportamento e mentais relacionadas com o álcool e as mortes por cirrose hepática, o envenenamento por álcool e outras formas de violência reduziram-se substancialmente. Estas medidas terminaram em 1987 e no período subsequente, quando os preços do álcool aumentaram a um ritmo muito menor do que os outros preços, muitas destas tendências positivas inverteram-se (*44*).

Caixa 2.3. **Reservar ou não reservar?**

Os impostos "reservados" são aqueles designados para um uso específico ou um programa particular. Os exemplos incluem as tarifas sobre licenças de televisão que são usadas para financiar a transmissão pública e as taxas rodoviárias que são usadas para manter e melhorar as estradas. A Via de Saúde da Fundação para a Promoção da Saúde da Austrália Ocidental foi criada em 1991 nesta base, financiada inicialmente a partir de um aumento na taxa sobre produtos do tabaco, enquanto a República da Coreia instituiu em 1995 um Fundo Nacional de Promoção da Saúde, parcialmente financiado por taxas sobre o tabaco (40). O Fundo Tailandês de Promoção da Saúde , estabelecido em 2001, foi financiado por uma sobretaxa adicional de 2% sobre o tabaco e álcool (41, 42).

Os ministérios da saúde são frequentemente a favor destas taxas porque elas garantem financiamento, particularmente para a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Estas actividades dificilmente competem com financiamentos para a medicina curativa, em parte porque são percebidas como menos urgentes, e em parte porque tendem a dar resultados mais a longo prazo, tornando-as menos atractivas para os políticos focados no ciclo eleitoral ou para os fundos de seguros interessados na viabilidade financeira.

Os ministérios das finanças, raramente endossam a "reserva" de fundos porque sentem que isso mina o seu mandato para afectar orçamentos. Ao retirar ao governo capacidade de decisão sobre as despesas, a reserva de receita fiscal constrange a capacidade do governo para lidar com os ciclos económicos.

Na prática, o reservar para a saúde qualquer forma de imposto – por exemplo um imposto sobre o tabaco – não garante que o financiamento governamental total para a saúde aumente. A maioria das receitas governamentais são essencialmente fungíveis; um aumento no financiamento para a saúde com impostos reservados pode ser contrariado por uma redução dos fluxos do resto do orçamento. Portanto, a probabilidade de a reserva conduzir a um aumento líquido do financiamento para a saúde ou para uma actividade específica, é uma questão empírica.

Uma abordagem pragmática poderá dar melhores dividendos do que insistir na reserva. Se os governos poderem ser persuadidos a afectar à saúde qualquer uma das novas fontes de financiamento discutidas neste capítulo, ainda bem. Se não o poderem fazer, pode mesmo assim haver um aumento no financiamento para a saúde porque a saúde obtém normalmente uma proporção de qualquer aumento na despesa governamental. Embora esse aumento possa ser menor do que no caso da reserva, os que advogam em prol da saúde devem assegurar-se que a insistência na reserva não tem como resultado a oposição total do ministério das finanças à nova taxa, de tal modo que acabe por não se obter quaisquer dinheiros extras.

Fonte: (*43*).

A análise de alguns países seleccionados para os quais existem dados sobre o consumo, os impostos e os preços de bebidas alcoólicas, mostra que se o imposto de consumo fosse aumentado para pelo menos 40% do preço a retalho, poder-se-ia gerar receita adicional substancial e os efeitos nocivos do consumo de álcool seriam reduzidos. Para os 12 países de baixo rendimento na amostra, os níveis de consumo cairiam em mais de 10%, enquanto as receitas fiscais poderiam mais do que triplicar atingindo um nível de 38% das despesas totais com a saúde nestes países (*37*).

Estas somas não são negligenciáveis. Se todos os países escolhessem apenas uma das opções descritas na Tabela 2.1 e também dessem prioridade à saúde nos orçamentos dos governos, substanciais montantes adicionais poderiam vir a ser angariados para a saúde.

Assistência financeira externa

Antes da recessão económica global que começou no final de 2008, a assistência ao desenvolvimento para a saúde dos países ricos para os pobres estava a crescer a uma taxa robusta. Os países de baixo rendimento viram o financiamento de fontes externas aumentar em média de 16,5% das suas despesas totais com a saúde em 2000 para 24,8% em 2007 (*4*). De acordo com as bases de dados do Comité de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE, os compromissos governamentais para a saúde divulgados pelos doadores bilaterais subiram de cerca de US$ 4 mil milhões em 1995 para US$ 17 mil milhões em 2007 e US$ 20 mil milhões em 2008[a].

Isto pode representar uma estimativa muito subestimada dado que a base de dados do Comité não captura todas as contribuições dos governos não pertencentes à OCDE, como a China, Índia e alguns países do Médio Oriente; relata dados de apenas um número limitado de instituições multilaterais; e não junta os fundos providenciados por alguns parceiros privados destacados na área da saúde tais como a Fundação Bill e Melinda Gates, outras fundações privadas, e organizações não-governamentais. Um estudo recente sugeriu que a contribuição combinada de todas estas fontes pode ter sido de cerca de US$ 21,8 mil milhões, maior em quase US$ 5 mil milhões que o relatado pela OCDE em 2007 (*45*).

No entanto, em pelo menos quatro aspectos, as perspectivas para os países recipientes são menos positivas do que estes números parecem sugerir.

Em primeiro lugar, apesar do aumento do apoio externo, as despesas totais com a saúde permanecem lamentavelmente baixas – insuficientes para assegurar sequer o acesso universal aos serviços básicos em muitos países. Relatámos acima que apenas oito dos 49 países de baixo rendimento incluídos na análise do Grupo de Missão de Alto Nível tinham alguma hipótese de angariar todos os recursos necessários para atingir, até 2015, os objectivos de saúde da Declaração do Milénio a partir de fontes domésticas. Os outros países necessitariam contribuições adicionais de fontes externas, variando entre os US$ 2 e 41 *per capita*.

Em segundo lugar, apesar do financiamento externo ter aumentado substancialmente, apenas cerca de metade dos países que divulgam os seus desembolsos de assistência ao desenvolvimento à OCDE estão a cumprir as metas a que se comprometeram a nível internacional (para o desenvolvimento em geral, incluindo a saúde) (*46*). Os outros países estão a falhar no cumprimentos dos seus compromissos. O lento progresso no respeito para com esses compromissos tem um elevado custo humano; três milhões de vidas adicionais poderiam ser salvas até 2015 se todos os doadores respeitassem as suas promessas (*7*).

Em terceiro lugar, os números da assistência ao desenvolvimento para a saúde relatados acima representam compromissos; os desembolsos reais são menores. Além disso, parte dos fundos que os doadores relatam como desembolsados não chegam aos países recipientes para ser despesas. Uma proporção por vezes considerável da ajuda é afectada à chamada cooperação técnica. Foi o caso, por exemplo, entre 2002 e 2006, quando a base de dados do Comité permitiu compreender que mais de 40% da ajuda pública ao desenvolvimento (APD)[b] tinha sido absorvida pelo apoio técnico, frequentemente

para financiar assistência técnica ou formação por nacionais do país doador nos países recipientes (*47*). Embora a assistência técnica possa ser útil, os desembolsos relatados empolam a disponibilidade de fundos que os países recipientes podem usar para melhorar a saúde localmente.

Por último, também se têm manifestado recentemente preocupações quanto às restrições de gasto a que fica sujeita alguma da ajuda que chega aos países. As metas macroeconómicas e monetárias fixadas para o controlo da inflação e o nível de reservas de moeda convertível são baseados num conceito de gestão macroeconómica prudente. Alguns dizem que isto impede a ajuda desembolsada de ser completamente explorada porque se acredita que uma parte da ajuda que chega ao país é retirada da circulação para evitar a inflação, ou é usada para compor reservas de moeda externa (*48-50*).

Existe um vigoroso debate sobre se as metas para a inflação e reservas de moeda externa determinadas nos países não serão demasiado rigorosas e os restringem de gastar a ajuda que os doadores disponibilizam para a saúde e o desenvolvimento (*39, 51,52*). Além disso, ainda não está claro quanto mais se poderia gastar se as metas macroeconómicas fossem liberalizadas; trabalho recente sugere que a despesa adicional poderia provavelmente ser pequena se comparada com os fundos extra que poderiam fluir dos governos se estes alocassem maior prioridade à saúde nos seus orçamentos (*53*).

Reexaminar as metas da prudência macroeconómica talvez seja uma opção para aumentar a quantidade de ajuda que pode ser gasta. O aumento do défice é outra. Os países tanto podem pedir dinheiro emprestado para gastar no presente, ou levar a cabo o que foi recentemente designado como flexibilização quantitativa – imprimir moeda para financiar a despesa actual. Nenhuma delas é uma estratégia sustentável porque a dívida contraída agora terá de ser paga, enquanto a impressão de dinheiro aumentará a pressão inflacionária.

Uma opção mais sustentável é a de os parceiros externos reduzirem a volatilidade dos seus fluxos de ajuda. Isto permitiria, no mínimo, liberalizar os tectos orçamentais dos governos para a saúde e mais ajuda poderia vir a ser utilizada para melhorar a saúde. Uma agenda mais ambiciosa foi recentemente proposta na qual países doadores e recipientes fariam a revisão completa da arquitectura da ajuda e da sua governação (*54, 55*). O objectivo seria o de se afastarem da visão da ajuda como caridade, sujeita à total discrição dos doadores, em direcção a um sistema de responsabilidade mútua global que permitiria fluxos de fundos mais previsíveis, e provavelmente maiores, para as populações que necessitam deles.

O efeito da recessão económica na assistência ao desenvolvimento

Ainda não é claro qual o efeito preciso que a crise financeira e económica iniciada em 2008 terá sobre a assistência ao desenvolvimento para a saúde. Existem, no entanto, preocupações que a crise possa agir como um travão num momento em que há um crescente consenso global em que o apoio financeiro externo para a saúde tem de crescer.

A assistência ao desenvolvimento em geral tende a reflectir o crescimento económico do país doador. Isto nem sempre se mantém no caso da

ajuda ao desenvolvimento para a saúde, que foi protegida durante algumas das recentes crises económicas, apesar da queda da assistência ao desenvolvimento em geral (*56*). No entanto, muitos governos que têm sido tradicionalmente os maiores contribuintes para a ajuda ao desenvolvimento na saúde enfrentam agora um fardo da dívida maior do que em crises anteriores, muita dela decorrente dos efeitos da crise económica e da necessidade de estimular o crescimento nos seus próprios países. Alguns destes governos tentam agora reduzir a sua dívida com cortes nas despesas.

A OCDE relata que embora alguns doadores prometam manter os compromissos com a APD para 2010, alguns dos grandes doadores já reduziram ou protelaram os seus compromissos (*46*). Ainda se espera que a APD global cresça em 2010 mas a um ritmo inferior ao anteriormente previsto. Estas não são boas notícias, e espera-se que os maiores doadores não apenas mantenham os níveis presentes de assistência aos países mais pobres mas também os aumentem no grau necessário para cumprirem as suas promessas de ajuda internacional. Do mesmo modo que se espera que eles não respondam aos elevados níveis de dívida governamental cortando nos serviços de saúde dos seus próprios países.

Já havia motivos de preocupação com o circuito mundial do financiamento da ajuda à saúde, mesmo antes do início da actual crise económica. A canalização da ajuda para iniciativas de saúde de alta visibilidade enquanto outras são negligenciadas é uma dessas preocupações. Entre 2002 e 2006, os compromissos financeiros para os países de baixo rendimento centraram-se no ODM 6 (combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças, incluindo a tuberculose), correspondendo a 46,8% da ajuda externa para a saúde. Foi estimado que isto deixou apenas US$ 2,25 *per capita* por ano para tudo o resto – saúde infantil e materna (ODM 4 e 5), nutrição (ODM 1), doenças não-transmissíveis e sistemas de saúde (47). O montante requerido só para reforçar os sistemas de saúde já excede este número – US$ 2,80 *per capita* são necessários a cada ano para formar técnicos de saúde adicionais, e este montante não inclui sequer o financiamento para pagar os seus salários (*57*).

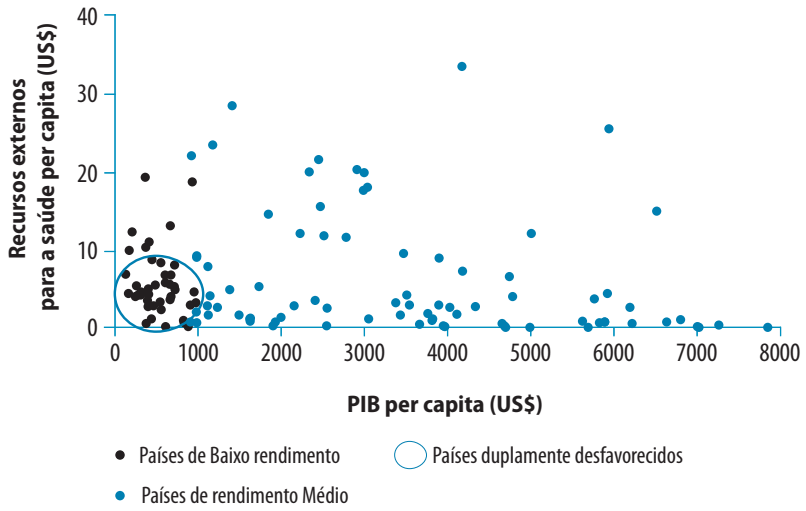
O quadro é menos sombrio se tivermos em conta os esforços recentes da Aliança do GAVI e do Fundo Global para o Controlo da SIDA, Tuberculose e Malária para apoiar o desenvolvimento de sistemas de saúde e o reforço institucional. Mesmo assim, as doenças que ficam de fora destes cabeçalhos continuam a ser negligenciadas pelos doadores, tal como os temas de sistemas de saúde como a gestão, logística, aprovisionamento, infra-estrutura e desenvolvimento da força de trabalho (*58*).

O desequilíbrio na afectação da ajuda também se torna visível quando desdobrado por país; alguns países são particularmente bem financiados enquanto outros recebem virtualmente nada. A Fig. 2.3 mostra que os países recipientes que receberam mais de US$ 20 *per capita* de ajuda externa para a saúde em 2007 eram países de médio rendimento, enquanto o grosso dos países de baixo rendimento recebeu menos de US$ 5 *per capita*. Muitos dos países mais pobres recebem substancialmente menos ajuda ao desenvolvimento em saúde do que os seus vizinhos mais ricos. A Namíbia, por exemplo, um país de rendimento médio-baixo, recebeu cerca de US$ 34 *per capita* para a saúde em 2007, comparados com US$ 10 em Moçambique, US$ 4,40 na República Democrática do Congo e US$ 2,8 na República da

Guiné (*4*). Fica-se com a impressão que muitos outros factores, além da necessidade, determinam as afectações da ajuda.

O Grupo de Missão de Alto Nível sugeriu que a atenção de muitos parceiros externos nuns poucos programas de alta visibilidade vai em sentido contrário ao espírito da Declaração de Paris de 2005 sobre a Efectividade da Ajuda, que procura capacitar os países recipientes para formular e executar os seus próprios planos de acordo com as suas prioridades nacionais (*59*). No seu relatório, o grupo de missão clamou por um afastamento dos "mecanismos internacionais de financiamento que se estruturam em submissões para projectos aprovados na capital ou sede do parceiro de desenvolvimento" (*60*). O que é preciso é uma refocagem em contribuições financeiras direccionadas para os planos nacionais de saúde em vez da continuação da ajuda baseada em projectos. Ainda estamos para ver o impacto destes ideais reflectido em números oficiais. De acordo com um estudo preparado para a Agência Norueguesa de Cooperação ao Desenvolvimento, entre 2002 e 2007 o número de projectos relacionados com a saúde, em vez de declinar, duplicou para 20.000. A maioria destes eram pequenos, com um desembolso médio de apenas US$ 550.000 (*61*). A necessidade de gerir, monitorizar e preparar relatórios para um leque de pequenos projectos impõe altos custos de transacção ao país receptor.

Fig. 2.3. **Assistência ao desenvolvimento para a saúde per capita por nível de rendimento do país, países de baixos e médios rendimentos, 2007[a]**



[a] Excluindo pequenos estados insulares
Fonte: Organização Mundial da Saúde, série das Contas Nacionais de Saúde (*4*)

A Declaração de Paris também enfatizou que o financiamento deve ser previsível e de longo prazo. Quando os países não podem confiar num financiamento estável – no Burquina Faso, a ajuda ao desenvolvimento para a saúde *per capita* flutuou entre US$ 4 e 10 e regrediu para US$ 8 entre 2003 e 2006 – é virtualmente impossível planificar para o futuro. Alguns países de baixo rendimento têm dois terços da sua despesa total de saúde financiados por fontes externas, fazendo com que a previsibilidade dos fluxos de ajuda se transforme numa preocupação crítica para eles (*4, 62*).

Alguns parceiros de desenvolvimento já estão a estruturar as suas contribuições de um modo que reflecte o início do distanciamento dos tradicionais compromissos de APD de curto prazo. Os contratos para ODM da União Europeia são um exemplo, oferecendo apoio orçamental flexível e baseado em performance por um período de seis anos. Nem todos apreciam este tipo de compromisso, porque condiciona os orçamentos futuros da ajuda. Posto isto, na Agenda de Acção de Accra de 2008, os doadores do Comité de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE comprometeram-se a proporcionar aos países recipientes informação sobre os seus "planos de implementação e/ou orçamentos em curso para três-a-cinco anos" – o que talvez seja o início de compromissos com um horizonte mais alargado.

Conclusão

Os países têm de adaptar continuamente os seus sistemas de financiamento para angariar fundos suficientes para os seus sistemas de saúde. Muitos países de rendimentos elevados enfrentam um declínio da proporção da sua população em idade activa e têm de considerar alternativas às fontes tradicionais de receita na forma de impostos sobre os rendimentos e contribuições para o seguro de saúde dos trabalhadores e seus empregadores. Em muitos países de baixo rendimento, trabalham mais pessoas no sector informal do que no formal, tornando difícil colectar de impostos sobre os rendimentos e contribuições para os seguros baseadas nos salários.

Como apresentadas na Tabela 2.1, há várias opções para angariar fundos adicionais para a saúde.. Nem todas se podem aplicar a todos os países, e o potencial de geração de receita e a viabilidade política das que se podem aplicar variam de país para país. Em alguns casos, no entanto, a receita adicional que se pode obter de qualquer uma dessas opções pode ser substancial, possivelmente muito mais do que os fluxos decorrentes da ajuda externa. No entanto, estes mecanismos inovadores e adicionais não são a única opção. Muitos governos, em países ricos e pobres, ainda dão uma prioridade relativamente baixa à saúde quando afectam financiamentos. É por isso importante equipar melhor os ministérios da saúde para negociar com os ministérios das finanças e planeamento, bem como com as instituições financeiras internacionais. Mas a mensagem deste capítulo é que cada país pode fazer mais a nível doméstico para angariar fundos adicionais para a saúde.

No entanto, o financiamento inovador não deve ser visto como um substituto dos fluxos de APD das nações doadoras. Compreendem-se os apelos para que os países recipientes utilizem os fundos externos de modo mais transparente e eficiente. Mas estas preocupações não devem impedir os países mais ricos de manter as promessas que fizeram em Paris e Accra. A acção colectiva que levou ao Mecanismo Financeiro Internacional para a Imunização e à Fundação do Milénio tem sido inestimável no financiamento de bens públicos globais para a saúde, mas não é necessário que os países aguardem por mais colaborações globais antes de agirem. Se os governos dos países doadores tivessem cumprido com as suas promessas de ajuda internacional corrente, afectando fundos de modos que apoiassem planos nacionais de saúde dirigidos pelos países, a comunidade internacional estaria já bem avançada quanto ao atingir dos ODM de 2015. Se, além disso, cada país doador adoptasse apenas uma das opções inovadores aqui descritas e usasse a receita para suplementar a APD, já estariam a colocar os alicerces para um movimento sustentado em direcção à cobertura universal e à melhor saúde no futuro. ■

Referências

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail,* 29 April 2009 (http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html, accessed 3 April 2010).

3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 4 May 2010).
5.. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience.* World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010.* Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355–384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001–07).* Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009,9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004.* Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html, accessed 1 June 2010).

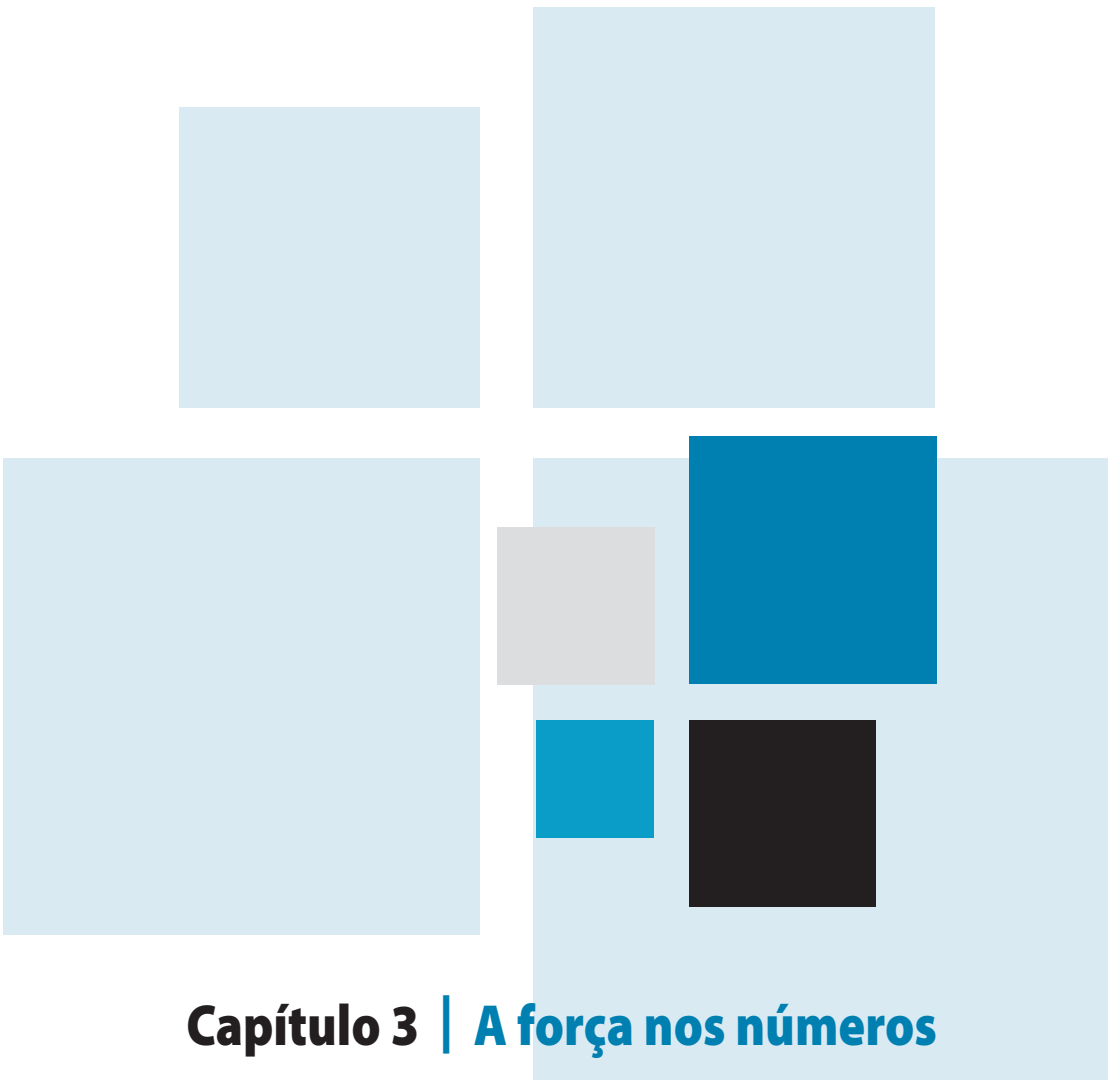
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010,375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (http://www.iff-immunisation.org, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (http://www.bis.org/publ/rpfxf07t.pdf, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. NishtarSChoked pipes–reforming Pakistan's mixed health system. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en) .
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).

49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries.* ActionAid, 2010 (http://www.ifiwatchnet.org/sites/ifiwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening.* World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en) .
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners.* Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed.* World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health.* World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health*: *report prepared for the Accra High–level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals.* Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient.* World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

Notas finais

a a.O grupo de missão de alto nível incluiu intervenções com eficácia provada na redução de mortalidade nas mães, recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos; serviços de saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das principais doenças infecciosas; diagnóstico, informação, referência e cuidados paliativos para quaisquer motivos de contacto; e promoção da saúde.

b Típicamente, o termo ajuda pública ao desenvolvimento (APD) é usado para descrever a assistência fornecida oficialmente pelos governos. A assistência ao desenvolvimento para a saúde é mais ampla, incluindo a APD, além de créditos de bancos multilaterais de desenvolvimento, e transferências das grandes fundações e ONG's.



Capítulo 3 | A força nos números

Mensagens principais

- Os sistemas de saúde que requerem pagamentos directos quando as pessoas necessitam de cuidados – incluindo taxas de utilização e o pagamento dos medicamentos – impedem o acesso aos serviços e causam dificuldades financeiras a milhões de pessoas, e mesmo o empobrecimento de muitos outros milhões.
- Os países podem acelerar o progresso para a cobertura universal, através da redução da dependência dos pagamentos directos. Isto requer a introdução ou o reforço de formas de pré-pagamento e fundos comuns para partilha de risco.
- Os fundos com pré-pagamentos obrigatórios devem, idealmente, ser combinados num único fundo comum, em vez de mantidos separados. Ao reduzir a fragmentação, aumenta-se o potencial de protecção financeira dos fundos pré-pagos o que, por sua vez, permite a prossecução de maior equidade.
- Os planos voluntários, como os seguros de saúde comunitários ou micro-seguros, podem desempenhar um papel útil em circunstâncias em que os planos obrigatórios proporcionam apenas níveis mínimos de pré-pagamentos. Se forem capazes de redireccionar alguns dos seus pagamentos directos para fundos pré-pagos, podem, em certa medida, expandir a protecção dos riscos financeiros da doença e ajudar as pessoas a perceber os benefícios de serem segurados.
- Algumas pessoas irão encontrar barreiras financeiras ao acesso mesmo se os pagamentos directos forem eliminados; os custos de transporte e acomodação para obter tratamento podem ainda ser proibitivos. Os governos devem considerar várias opções, incluindo a transferência condicional de dinheiro, para reduzir estas barreiras.

3

A força nos números

Os problemas com os pagamentos directos

A forma como os serviços de saúde são pagos é um aspecto central para o desempenho do sistema de saúde. Embora a obtenção de recursos suficientes seja um imperativo óbvio para o funcionamento do sistema de saúde, a forma como os recursos são utilizados para adquirir bens e serviços – dito de outro modo, a forma como os pagamentos são efectuados – é igualmente importante. Uma das formas mais comuns de pagamento, a nível mundial, é o pagamento directo de medicamentos e serviços de saúde no momento de necessidade e são os países mais pobres que a utilizam mais frequentemente (*1*).

> *"As taxas de utilização punem os mais pobres"*
>
> Dr. Margaret Chan (*2*)

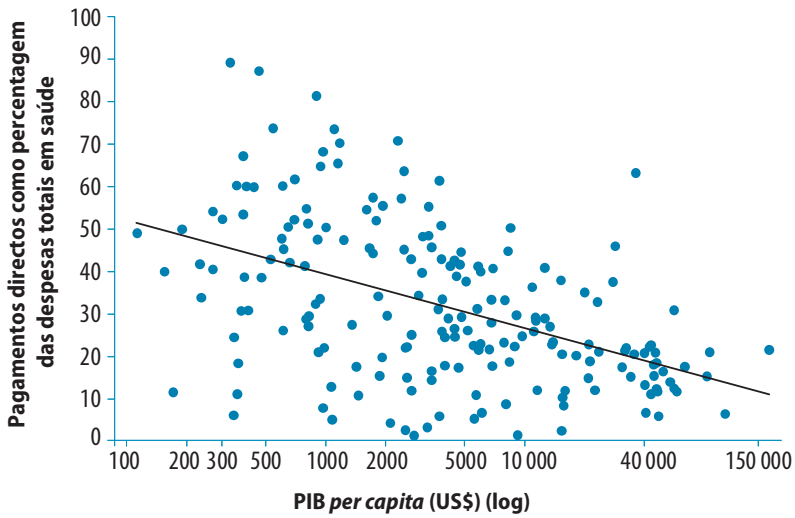
Um estudo recente, em 50 países de rendimento médio e baixo, baseado dos dados da OMS sobre despesa em saúde, num inquérito sobre tipologia dos sistemas de saúde e em entrevistas com testemunhos privilegiados, determinou que apenas seis dos países não requeriam algum tipo de pagamentos directos nas instalações de saúde governamentais (*3*).

Mas os pagamentos directos não se restringem apenas aos países de rendimento baixo ou a sistemas de financiamento do sector da saúde menos sofisticados (Fig 3.1). A cobrança aos utentes pelos serviços de saúde prestados é um mecanismo de financiamento em 33 países e contribui para mais de 25% do total de fundos obtidos para o sector noutros 75 (*4*). Como verificamos no Capítulo 1, os pagamentos directos assumem muitas formas, incluindo taxas para consultas médicas em ambulatório, pagamento de procedimentos, medicamentos e outros consumíveis e testes laboratoriais. Os pagamentos também podem assumir a forma de franquias, como co-seguros e co-participações em seguros de saúde.

Uma das razões para que a existência de pagamentos directos não seja adequada à oferta/consumo de serviços de saúde é o facto de inibir o acesso. Isto é particularmente verdade no caso das pessoas mais pobres, que têm muitas vezes de escolher entre pagar pelo acesso à saúde ou por outros bens essenciais, como alimentação ou habitação. Para as pessoas que têm necessidade urgente de receber tratamento – para o quisto que cresce na mama ou para a criança cuja febre não baixa – existe o risco de empobrecimento e mesmo de destituição. O Burundi introduziutaxas de utilização em 2001. Dois anos mais tarde, quatro em cinco doentes estavam endividados ou tinham alienado bens (*5*). Em muitos países, as pessoas são forçadas a pedir empréstimos ou a vender bens para financiar os cuidados de saúde (*6, 7*).

A incidência da catástrofe financeira associada aos pagamentos directos pelos serviços de saúde – i.e. a proporção de pessoas que gastam directamente mais de

Fig. 3.1. **Pagamentos directos como função do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, 2007**



Fonte: (*4*).

40% do seu rendimento em saúde, em cada ano, depois de deduzir as despesas em alimentação – pode ser superior a 11% por ano, ao nível nacional e, tipicamente, mais de 2% nos países de rendimento baixo. Provavelmente, sem surpresa, a nível nacional, a incidência é mais baixa entre os mais ricos, mas os mais pobres nem sempre sofrem mais em termos estritamente financeiros porque, como não conseguem pagar, não têm nenhuma despesa com a saúde. Pesquisa recente também sugere que as famílias com um dos membros incapacitados ou aquelas com crianças ou idosos a seu cargo estão mais susceptíveis a despesas de saúde com consequências catastróficas (*8-11*).

É apenas quando a dependência dos pagamentos directos se reduz para menos de 15-20% do total das despesas em saúde que a incidência da catástrofe financeira cai para níveis negligenciáveis (Fig. 3.2) (*1*). Esses níveis foram atingidos, na grande maioria, apenas pelos países de elevados rendimentos, pelo que os de rendimento médio e baixo deveriam, desejavelmente, definir objectivos mais realistas para o curto prazo. Por exemplo, os países do Sudoeste Asiático e da região do Pacifico Ocidental (de acordo com a definição da OMS), definiram recentemente metas de 30-40% (*12, 13*).

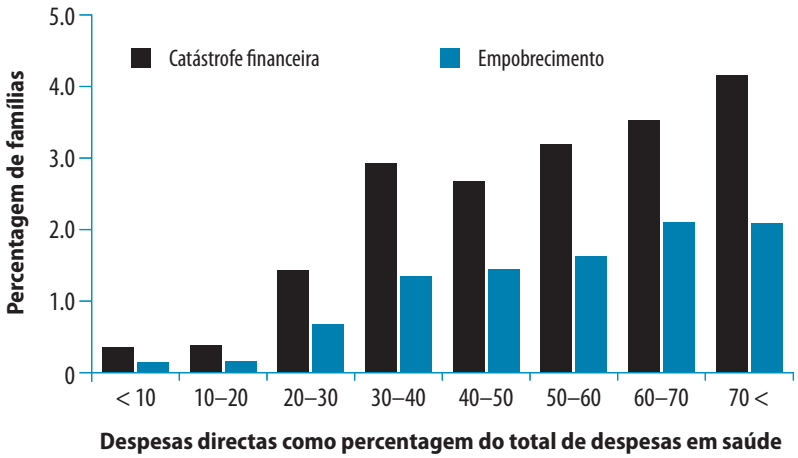
Mesmo que seja relativamente baixa, qualquer tipo de taxa de utilização imposta directamente às famílias pode desencorajar a utilização dos serviços de saúde ou empurrar as pessoas para o limiar de pobreza. Um estudo experimental realizado no Quénia demonstrou que a introdução de uma taxa de US$ 0,75 nas redes mosquiteiras impregnadas de insecticida, que anteriormente eram gratuitas, reduziu a procura em 75% (*14*), ao mesmo tempo que a cobrança de uma pequena taxa para um medicamento de desparasitação diminui a sua utilização em 80% (*15*). Os pagamentos directos, mesmo que reduzidos, também podem encorajar o recurso ao auto-tratamento e auto-medicação – por exemplo, a utilização de medicamentos fora de prazo ou de qualidade inferior ou a toma de doses parciais - ou o adiamento do recurso a consultas com profissionais de saúde nas fases iniciais da doença (*16*).

Os pagamentos directos não necessitam de ser oficiais para restringirem o acesso. Na Arménia, por exemplo, até recentemente apenas cerca de 10% dos pagamentos directos em hospitais eram taxas de utilização oficiais cobradas pelos serviços governamentais. Uma proporção substancial dos restantes 90% era constituída por pagamentos não-oficiais ou informais aos profissionais de saúde. O governo desenvolveu entretanto estratégias para eliminar os pagamentos não-oficiais, reconhecendo que também eles impedem as pessoas de aceder aos cuidados que necessitam e introduzem

um nível de ansiedade nos doentes e suas famílias, devido a natureza imprevisível das "taxas" não-oficiais (*17*). Estes pagamentos informais podem ser encontrados em muitos países, em várias partes do mundo (*18-20*).

Os pagamentos directos são a forma menos equitativa de financiamento do sector da saúde. Têm natureza regressiva, permitindo que os mais ricos paguem o mesmo que os pobres por um determinado serviço. O enquadramento socio-económico não é a única base da desigualdade. Em culturas onde a mulher tem um estatuto inferior ao homem, as mulheres e crianças das famílias são, muitas vezes, preteridas em relação aos homens quando são cobradas taxas de utilização e, por isso, têm menos probabilidade de aceder aos serviços de saúde (*21*).

Fig. 3.2. **Os efeitos das despesas directas em saúde na catástrofe financeira e no empobrecimento**



Fonte: (*1*).

O benefício que advém do pagamento directo está restringido ao indivíduo servido e ao prestador ou instituição que recebe a taxa. Uma moeda oferecida à enfermeira, numa clínica local, assegura que o indivíduo pagador obtém os cuidados ou os medicamentos. Isto não é um problema em si mesmo se, enquanto ministério da saúde, tivermos o objectivo de repartir esse benefício, para garantir o acesso aos outros membros da comunidade local, que não têm capacidade de pagamento. Os pagamentos directos tendem a impedir a repartição dos custos entre grupos de pessoas, enquanto expressão formal de solidariedade - por exemplo, entre os ricos e os pobres ou entre os saudáveis e os doentes. Mas também tornam impossível distribuir os custos ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Com os pagamentos directos, as pessoas não podem pagar contribuições enquanto são jovens e saudáveis, esperando usufruir os benefícios mais tarde na vida quando necessário. Em vez disso, têm de pagar sempre que estão doentes, ou seja, quando estão mais vulneráveis.

Dadas as limitações dos pagamentos directos, enquanto mecanismo de financiamento do sector da saúde, porque estão ainda tão difundidos?

Primeiro, a elevada dependência dos pagamentos directos verifica-se quando os governos não estão dispostos a gastar mais no sector da saúde ou não acreditam ou compreendem que têm a capacidade de expandir os planos de pré-pagamentos ou os sistemas de fundos comuns. Isto origina um hiato entre a necessidade de cobertura dos serviços e o grau de cobertura que o governo tem capacidade de proporcionar. Tipicamente, os profissionais de saúde são apanhados a meio, tendo de subsistir com salários baixos (complementados, algumas vezes, com as "taxas" informais) enquanto tentam proporcionar serviços com medicamentos e consumíveis insuficientes. Neste cenário, muitos governos decidiram implementar um sistema formal de taxas de utilização ou co-pagamentos, para suplementar os salários dos

profissionais de saúde e disponibilizar mais medicamentos e consumíveis.

Segundo, os pagamentos directos oferecem uma oportunidade para colmatar as lacunas em determinadas áreas para as quais as instalações de saúde não dispõem, geralmente, de recursos - provavelmente para áreas em que as transferências governamentais, se existirem, nem sempre são regulares. Na República Democrática do Congo, o isolamento geográfico, os conflitos esporádicos e os desastres naturais têm, por vezes, isolado, pelo menos temporariamente, muitas partes do país. Este isolamento do controlo e apoio governamental, especialmente nas províncias orientais, tornam o pagamento directo pelos doentes o método habitual (para além da ajuda externa) para manter os serviços em funcionamento, pelo menos parcialmente (*22*). Os pagamentos directos tornam-se habitualmente o método padrão de financiamento da saúde em situações pós-crise, nomeadamente depois de um período de conflito armado. Num período em que as pessoas mais necessitam de acesso aos serviços de saúde, muitos simplesmente não conseguem financiar o seu tratamento (*23*).

Terceiro, os pagamentos directos podem parecer uma opção atractiva durante períodos de recessão económica. De facto, a primeira vaga de taxas de utilização nos serviços de saúde governamentais, nos países em desenvolvimento, foi impulsionado pela recessão global da década de 1970. A crise global da dívida despoletou os programas de ajustamento estrutural que restringiram as despesas governamentais (*24*). Nessa altura foi sugerido que a cobrança de taxas de utilização podia ser uma forma de gerar as necessárias receitas adicionais, reduzir a sobre-utilização e encorajar a prestação de serviços com baixas taxas e custos (*25*).

A Iniciativa de Bamako, em 1987, foi um dos resultados desse tipo de raciocínio. A iniciativa, aprovada pelos ministros da saúde africanos, baseava-se no pressuposto de que, no contexto da escassez crónica de recursos no sector público da saúde, os pagamentos directos iriam assegurar, pelo menos, alguns fundos para pagar os medicamentos e, por vezes, mesmo o pessoal necessário a nível local (*26*). Existe evidência que as reformas inspiradas por Bamako melhoraram a disponibilidade de medicamentos em alguns contextos, mas também existem indícios de que os pagamentos directos criaram barreiras ao acesso, especialmente para os mais pobres (*27-31*).

Por último, muitos países introduziram frequentemente alguma forma de pagamentos directos para refrear a sobre-utilização dos serviços de saúde, como forma de controlo dos custos. Este é um instrumento de controlo de custos relativamente rígido e tem um efeito secundário indesejado: impedir a utilização dos serviços de saúde por alguns grupos populacionais mais necessitados. Isto será discutido com mais detalhe no Capítulo 4.

As isenções de taxas são eficazes?

A maioria dos países que implementaram pagamentos directos tentaram evitar a exclusão no acesso criando isenções para grupos específicos – mulheres grávidas ou crianças, por exemplo – ou disponibilizando certos tratamentos livres de taxas. Em 2006, o governo do Burundi renunciou às taxas na saúde materno-infantil, incluindo os partos. Três meses depois desta isenção, a utilização de serviços em ambulatório para crianças com menos de 5 anos

aumentou em 42% (*32*). O Senegal, em 2005, removeu as taxas de utilização em partos e cesarianas; de acordo com a primeira fase de avaliação, esta política conduziu a um aumento de 10% nos partos, em instituições públicas de saúde, e a um aumento de 30% nas cesarianas (*33*).

O rendimento também tem sido utilizado como critério de elegibilidade para as isenções. A Alemanha, por exemplo, impôs co-pagamento para alguns serviços, mas apenas até um limite determinado pelo rendimento de cada utente. A França também oferece um seguro complementar gratuito – seguro para cobrir os co-pagamentos – aos mais pobres (*34*). Mas os planos de isenção baseados no rendimento mostraram ser menos eficientes nos países de baixo rendimento. Em países onde a maioria das pessoas praticam agricultura de subsistência ou actividades no sector informal é mais difícil identificar quais os mais pobres entre os pobres. O desafio está entre criar categorias demasiado abrangentes, para evitar a exclusão de grupos necessitados - uma abordagem que conduz ao desvio de benefícios para os menos necessitados – ou utilizar critérios demasiado estritos – que originam uma cobertura insuficiente, conduzindo ao aparecimento de barreiras ao acesso (*35*).

A simples definição de isenções é provavelmente insuficiente na maioria dos países. No Camboja, por exemplo, um levantamento do impacto das taxas de utilização, cinco anos depois de terem sido introduzidas na década de 1990, demonstrou que as isenções não eram efectivas: uma vez que 50% das receitas das taxas eram redistribuídas pelo pessoal de saúde, cada isenção representava uma perda de rendimento para os já mal pagos profissionais de saúde (*36*). Para serem efectivas, as isenções requerem um sistema financiamento para compensar as instituições pelas potenciais perdas de receitas. O Camboja corrigiu posteriormente a sua política nesse sentido. Foram introduzidos fundos de compensação para a saúde, com financiamento de agências doadoras específicas, para compensar as instituições de saúde e o seu pessoal pela perda de receitas resultantes da atribuição de isenções aos mais pobres.

Estes tipos de fundos estavam associados com uma crescente utilização das instituições de saúde pelos mais pobres, quer nas zonas urbanas quer nas rurais (*37, 38*). Também existiram ganhos na protecção do risco financeiro; os beneficiários dos fundos de compensação tinham menor necessidade de recorrer a empréstimos para pagar os cuidados de saúde do que os utentes não isentos (*39*). Com um apoio crescente, os fundos de compensação são agora financiados, na sua maioria, através de fundos comuns do Projecto de Apoio ao Sector da Saúde do Camboja, embora desde 2007, também tenham angariado fundos domésticos do ministério da economia e finanças. Uma abordagem similar está a ser implementada no Quirguistão (*40*).

Mas existem outros factores que impedem os mais pobres de aceder aos serviços, mesmo quando estão disponíveis isenções ou subsídios para cobrir os custos, cuja quantificação é mais difícil: por exemplo, a relutância dos mais pobres em procurarem a isenção ou o subsídio devido à estigmatização ou à forma como os profissionais da saúde, por vezes, tratam os mais pobres. Onde os profissionais de saúde estão dependentes, parcial ou integralmente, dos pagamentos directos para a sua remuneração, existe um claro incentivo para a recusa de isenções. Um estudo do Banco Mundial verificou que as instituições de saúde no Quénia raramente atribuíam mais

de duas isenções, por mês, para toda a população, 42% da qual vivia abaixo do limiar de pobreza (*41*). Apesar da evidência ser perturbadora, devemos ter em consideração que, muitas vezes, os profissionais de saúde recebem salários muito insuficientes.

Por outro lado, parece que definir escalões de rendimento pode funcionar em alguns contextos, particularmente ao nível comunitário. No Camboja, por exemplo, foi pedido aos líderes comunitários para determinarem quem deveria ser isento de taxas para ser financiado pelo fundo de compensação da saúde. O seu levantamento provou ser correcto, pelo menos até ao ponto em que as pessoas seleccionadas para as isenções eram mais pobres do que as não seleccionadas (*42*). No Paquistão, o projecto HearFile está a explorar um mecanismo de isenção inovador que será avaliado dentro em breve (*43*).

Muitos países que integravam a antiga União Soviética assistiram, durante a década de 1990, a um declínio rápido das despesas públicas em saúde, com o subsequente crescimento de esquemas de pagamentos directos informais. Isto criou diversas barreiras financeiras ao acesso para aqueles que não eram capazes de pagar. Como resultado, muitos destes países introduziram sistemas de taxas ou co-pagamentos formais, desenhados para contrariar os pagamentos informais e angariar recursos adicionais. Posteriormente, tiveram de introduzir mecanismos de isenção para identificar e proteger aqueles incapazes de pagar (*44*). Apesar disto, muitos destes países ainda têm taxas relativamente altas de catástrofes financeiras associadas aos pagamentos directos dos serviços de saúde (*45*).

Abandonar os pagamentos directos

O problema prático que condiciona os esforços de identificar grupos específicos desaparece quando os políticos alargam as isenções a toda a população. Recentemente, seis países de baixo rendimento aboliram os pagamentos directos em instituições governamentais e um deles alargou essa política às instituições de saúde não-governamentais (*46*). Em alguns casos, esta política aumentou significativamente o número de pessoas que procuraram tratamento. Por exemplo, a remoção das taxas na Zâmbia rural, em Abril de 2006 e Janeiro de 2007, originou um aumento de 55% na utilização das instituições de saúde governamentais; os distritos com a maior concentração de pessoas pobres registaram o maior aumento (*47*). As taxas de frequência nos centros de saúde do Uganda subiram 84%, quando os pagamentos directos foram eliminados em 2001 (*48*).

Contudo, em ambos os casos, a abolição das taxas não foi uma medida isolada; o aumento do orçamento das instituições de saúde rurais era parte integrante da política. Na Zâmbia, o aumento das afectações proveniente de recursos locais, combinados com o apoio de doadores, significou um aumento de 36% do orçamento dos distritos, comparado com o que tinham recebido no ano anterior em taxas de utilização. O governo ugandês aumentou a despesas em medicamentos e atribuiu aos gestores das unidades sanitárias mais controlo sobre os fundos orçamentais, para que não perdessem a flexibilidade de gestão anteriormente associada às taxas.

Alguns observadores concordam que os pagamentos directos em

instituições de saúde governamentais podem ser eliminados sem muito transtorno, uma vez que apenas geram um montante de receitas limitado (*49, 50*). Estudos sobre as taxas de utilização oficiais em instituições governamentais em 16 países da África subsaariana revelaram que elas geram, em média, o equivalente a apenas 5% das despesas correntes totais do sistema de saúde, não incluindo os custos administrativos (*51, 52*).

Contudo, os fundos orçamentados estão, em grande medida, ligados aos custos fixos com pessoal e infra-estruturas, sobrando pouco para os bens essenciais ao tratamento dos pacientes, como medicamentos e consumíveis. É aí que as receitas provenientes das taxas desempenham, muitas vezes, um papel crítico. Um estudo realizado numa região do Gana revelou que enquanto os pagamentos directos proporcionavam apenas 8% e 27% das despesas totais numa amostra de centros de saúde e hospitais, respectivamente, eles eram responsáveis por 66% (centros de saúde) e 83% (hospitais) das despesas não salariais, constituindo uma parte importante dos fundos sob controlo das instituições que podiam ser geridos com relativa flexibilidade (*53*).

As consequências da remoção dos pagamentos directos devem ser cuidadosamente consideradas pelos políticos, seja qual for o seu valor dentro do sistema. A sua abolição, sem planificação do aumento da procura e da redução da receita associada, específica para cada contexto, pode resultar em pessoal de saúde mal pago e com excesso de trabalho, escassez de medicamentos e equipamento avariado ou sem manutenção (*46, 54*). É importante referir que a incidência das despesas de saúde catastróficas entre os mais pobres não foi reduzida depois da abolição das taxas de utilização no Uganda, provavelmente porque a escassez de medicamentos nas instituições públicas depois de 2001 forçou alguns doentes a recorrer a farmácias privadas (*55*). Também é possível que os pagamentos informais aos profissionais de saúde tenham aumentado, como forma de compensar a perda de receitas das taxas.

Um regresso aos pagamentos informais parece ser um dos riscos expectáveis com a retirada das taxas de utilização, embora não seja claro em que medida isso irá acontecer. Apesar de algum sucesso na sua redução, também não é claro se os países que introduziram taxas oficiais para tentar combater os pagamentos informais conseguiram efectivamente eliminá-los (*56*).

Estas experiências demonstraram que para reduzir a dependência dos pagamentos directos – um grande obstáculo à cobertura universal – é essencial encontrar outros recursos para substituir os provenientes dos pagamentos oficiais ou informais anteriormente realizados. Isto pode ser realizado directamente, se os governos forem capazes e tiverem dispostos a afectar mais fundos para o sector da saúde (*57*). Mas existem alternativas ao simples aumento da despesa que envolvem a introdução de outras alterações no sistema de financiamento.

Essas alternativas não estão disponíveis apenas para os países com menos recursos. Embora os pagamentos directos desempenhem um papel relativamente residual na maioria dos países da OCDE, verificou-se uma tendência crescente para o recurso aos pagamentos directos, mesmo antes de crise económica global. Muitos aumentaram a contribuição dos doentes para os custos, através dos pagamentos directos para limitar as contribuições do governo e desencorajar a utilização excessiva dos serviços (*58*). Estes pagamentos directos criaram dificuldades financeiras para algumas

pessoas e, para outras, reduziram a possibilidade de aceder aos serviços. Como verificámos no Capítulo 1, os pagamentos directos originam pagamentos catastróficos, em cada ano, para mais de 1% da população ou cerca de 4 milhões de pessoas, em apenas seis países da OCDE.

A força nos números

A forma mais efectiva de lidar com o risco financeiro do pagamento dos serviços de saúde é partilhá-lo e quanto mais pessoas o partilharem melhor a protecção. Se o Narin Pintalakarn tivesse criado com outras pessoas da sua aldeia um fundo de emergência para ser utilizado em casos de doença ou acidente, o custo da sua operação e tratamento ao cérebro no Hospital Regional de Khon Kaen teria esgotado as suas reservas. Felizmente, ele pertencia ao sistema público de contribuições Tailandês, que financia o sistema de cobertura universal. Esta não foi uma decisão consciente; foi uma decisão tomada e pensada por outros muitas décadas atrás. Pintalakarn fazia parte de um grupo de pessoas tão alargado que, mesmo enquanto trabalhador ocasional com um rendimento equivalente a US$ 5 por dia, rendimento que não lhe permitia contribuir com um único baht para o seu tratamento, pôde receber tratamento e recuperar. Existe força nos grandes números (Caixa 3.1).

As pessoas têm vindo, desde à muito tempo, a colocarem, voluntariamente, o seu dinheiro em fundos comuns para se protegerem contra o risco financeiro associado às despesas com serviços de saúde. O plano de seguro de saúde para estudantes (Student's Health Home) começou em Bengala Ocidental em 1952 e em vários países da África Ocidental, incluindo o Benim, Guiné, Mali e Senegal. Estão, desde a década de 1980, em funcionamento planos similares, muitas vezes com pouco mais de algumas centenas de membros (*64-67*). Estes planos são altamente localizados, frequentemente associados a aldeias ou grupos profissionais específicos. Na Ucrânia, por exemplo, onde existe pouca disponibilidade orçamental nas instalações de saúde locais, foram criados os intitulados "fundos de doença", para ajudar a suportar os custos com medicamentos. As contribuições são, geralmente, cerca de 5% do salário e, muitas vezes, são reforçadas com dinheiro angariado em eventos de solidariedade. Apesar da sua cobertura ser reduzida, quando medida ao nível nacional, os fundos desempenham um importante papel em algumas pequenas cidades com instalações de saúde sub-financiadas.

Na ausência de alternativas efectivas – um sistema de fundo comum funcional e publicamente regulado – estes planos são, muitas vezes, populares entre diferentes grupos populacionais. No Bangladesh, Índia e Nepal operam um total de 49 planos comunitários relacionados com a saúde e os planos indianos integram trabalhadores informais e pequenos agricultores. Estes planos podem ter centenas de milhares de membros (*69*), mas em termos relativos, eles são geralmente demasiado pequenos para funcionar efectivamente como partilha de risco, proporcionando apenas cobertura limitada para intervenções dispendiosas, como cirurgias. Contudo, eles oferecem um certo grau de protecção, cobrindo os custos dos cuidados primários de saúde e, em alguns casos, parte dos custos de internamento; também contribuem para familiarizarem as pessoas com os pré-pagamentos e partilha de risco e podem gerar a solidariedade necessária para construir

um movimento de fundo a favor da cobertura universal (*70*).

Os seguros comunitários de saúde, ou microseguros, também podem ser impulsionadores institucionais para planos regionais de maior dimensão que, por sua vez, podem ser consolidados em planos de partilha de risco nacionais, embora para tal sejam, quase sempre, necessários incentivos governamentais. Muitos dos países que mais se aproximaram da cobertura universal começaram com pequenos seguros de saúde voluntários que, gradualmente, se consolidaram em sistemas de segurança social obrigatórios para grupos específicos e, finalmente, atingiram níveis mais elevados de protecção do risco financeiro em grupos de partilha muito mais alargados. Os planos de seguro de saúde voluntários foram importantes para ajudar a desenvolver, muitos anos mais tarde, a cobertura universal na Alemanha e no Japão.

Mais recentemente, muitos países escolheram um caminho mais directo para a cobertura universal do que o seguido pela Alemanha e Japão há um século atrás. A Tailândia, antes das reformas conducentes à cobertura universal, que começaram em 2001, teve diversos planos independentes: o Plano de Bem-Estar na Saúde para Pobres, o plano de Cartão de Saúde Voluntário, o plano de Benefícios Médicos para Funcionários Públicos, o Plano de Segurança Social para o sector formal e seguros privados. Apesar da rápida expansão da cobertura durante da década de 1990, cerca de 30% dos tailandeses ainda não tinha cobertura em 2001 (*71*). O plano para os funcionários públicos também recebia um subsídio governamental por membro muito maior do que o Plano de Bem-Estar na Saúde para Pobres (*72*). Com efeito, estes planos contribuíam para o aumento das desigualdades.

A reforma que conduziu ao programa de cobertura universal, em 2001, reduziu rapidamente o conjunto fragmentado de planos de seguros e dos subsídios do governo para as instalações sanitárias. Os decisores políticos

Caixa 3.1. A força nos números

Os decisores políticos que planeiam abolir as taxas de utilização ou outras formas de pagamento directo têm três opções interrelacionadas. A primeira é substituir os pagamentos directos por outras formas de pré-pagamento, mais vulgarmente por uma combinação de taxas e de prémios de seguros. A segunda é consolidar os fundos comuns existentes em fundos cada vez maiores e a terceira é melhorar a eficiência na utilização dos fundos tema tratado no Capítulo 4).

Os pré-pagamentos não significam, necessariamente, que as pessoas suportam todos os custos dos cuidados que recebem, mas somente que fazem pagamentos adiantados. Isto significa que contribuem para um fundo comum que eles ou outros podem utilizar quando adoecerem. Nalguns anos, podem receber tratamentos que custam mais do que as suas contribuições e, noutros, que custam menos.

Se os diferentes fundos agregados são consolidados num único fundo nacional ou se permanecem separados para estimular a competição ou para se adequarem às necessidades das diferentes regiões, é em parte uma questão de preferência nacional. Na maioria dos países de elevado rendimento, a recolha e agregação dos fundos é realizada ao nível do governo central – sendo essa função repartida entre os ministérios das finanças ou tesouro e o ministério da saúde. A República da Coreia, por exemplo, escolheu agregar mais de 300 seguradoras particulares num único fundo nacional (*59*).

Mas existem excepções. Os cidadãos da Suíça votaram, de forma esmagadora, para a manutenção de múltiplos fundos comuns em vez de um único e os recursos são agregados por pequenos grupos de pessoas (*60*). A Holanda tem um sistema de fundos comuns concorrentes desde o início da década de 1990 (*61*). Em ambos os casos, as contribuições são obrigatórias e ambos os governos procuram consolidar os fundos, pelo menos até um certo nível, através da perequação dos riscos, em que o dinheiro dos fundos que servem uma grande proporção de pessoas com baixo risco é transferido para aqueles que seguram pessoas com risco elevado e, por isso, têm mais custos.

De qualquer modo, a experiência sugere que um único fundo comum tem diversas vantagens, incluindo maior eficiência (ver Capítulo 4) e capacidade de subvenção cruzada entre elementos da população. Existe uma forte evidência de que sistemas fragmentados de fundos partilhados, sem perequação dos riscos, podem contrariar os objectivos de equidade no financiamento, porque cada fundo tem mais incentivos para aceitar pessoas com baixo risco e a parte da população que recebe mais benefícios não está disposta a partilhar os seus fundos comuns com a parte da população que tem menos benefícios (*62*).

A perequação dos riscos também desempenha um papel central quando o governo central distribui fundos alocados para a saúde para outros níveis governamentais ou instalações sanitárias em diferentes áreas geográficas. As pessoas e empresas nas regiões mais ricas, com menos problemas de saúde, geralmente contribuem mais para o fundo, através de impostos e outras contribuições, enquanto as regiões mais pobres, com maiores problemas de saúde, recebem mais do que contribuem. Alguns países também utilizam uma fórmula complexa para decidir quais são as distribuições mais justas consoante as várias áreas geográficas e instalações sanitárias (*63*).

rejeitaram a expansão gradual da cobertura, através das contribuições para os seguros, reconhecendo que uma grande proporção das pessoas que não estavam cobertas desenvolvia actividades informais e muitos eram demasiado pobres para pagar as contribuições necessárias (*73*). Em vez disso, substituíram os anteriores planos de Bem-estar na Saúde para Pobres e o Cartão de Saúde Voluntário e utilizaram as receitas do orçamento geral, que eram anteriormente canalizadas para os seguros e para os prestadores públicos, para criar um fundo comum nacional que é agora designado de plano de cobertura universal (anteriormente designado por "Plano de 30 Baht"). Os funcionários públicos e os planos de segurança social mantêm-se separados, mas o plano de cobertura universal agrega fundos de perto de 50 milhões de pessoas, e reduziu a proporção de população sem cobertura de 30% para menos de 4%.

Todos os países que utilizam seguros concorrentes de adesão obrigatória também utilizam algum tipo de perequação dos riscos, para evitar os efeitos negativos da fragmentação. A República Checa começou com um conjunto de seguros de saúde, mas apenas um fundo suportava o fardo dos clientes mais velhos e pobres. Em 2003, o governo alargou o seu mecanismo de perequação dos riscos a todas as receitas provenientes dos seguros de saúde pré-pagos obrigatórios, transferindo efectivamente recursos de fundos que cobriam pessoas com baixo risco para aqueles com alto risco. Esta reforma também criou um mecanismo para compensar as seguradoras pelos clientes com elevado custo (*74*).

Onde e como aumentar a cobertura?

Ao caminharem para o financiamento da saúde baseado nos pré-pagamentos e fundos comuns, os decisores políticos devem primeiro decidir que grupos populacionais devem ser abrangidos. Historicamente, muitos dos países de elevado rendimento na Europa e também no Japão começaram com os trabalhadores do sector formal, que são mais fáceis de identificar e cujo salário regular é relativamente fácil de taxar.

Contudo, hoje em dia, começar com o sector formal traria o risco de maior fragmentação e desigualdade, em vez de proporcionar um sistema onde os grandes fundos de partilha de risco permitam que os subsídios sejam transferidos dos ricos para os pobres e dos saudáveis para os doentes. Desde 1980, talvez apenas a República da Coreia tenha alcançado a cobertura universal dessa forma. Nesse país, o sistema evoluiu sob forte liderança governamental e no contexto de rápido crescimento económico e elevados níveis (comparando com a maioria dos países de rendimento médio e baixo) de participação do trabalho formal (*75, 76*).

Noutros contextos, os resultados tem sido menos positivos. Tipicamente, os grupos que inicialmente recebiam cobertura pressionam para o aumento dos benefícios e a redução das contribuições, mas não alargam a cobertura a outros beneficiários, particularmente aqueles incapazes de contribuir. Isto exacerba a desigualdade, dado que aqueles com emprego formal têm, geralmente, maior segurança financeira que o resto da população. Esta foi a experiência do México, 15 anos atrás, quando diferentes tipos de fundos cobriam diferentes grupos da população, cada um com diferentes níveis de

benefícios (*77-79*). Este tipo de regime não é apenas desigual, mas ineficiente e dispendioso (*80, 81*). Esta foi a racionalidade para as recentes reformas no México, que tinham o objectivo de proporcionar uma cobertura mais efectiva aos grupos mais pobres (*82*).

O enfoque nos mais pobres

Os decisores políticos, ao planearem o financiamento da cobertura universal, não devem excluir aqueles que não podem contribuir, talvez porque não ganham o suficiente para pagar os impostos ou fazer contribuições. A questão chave é se o direito ao acesso deve estar ligado às contribuições. Aqueles que não contribuem financeiramente devem ter cuidados de saúde gratuitos? A pouca investigação realizada sobre este tema sugere que, enquanto a maioria acredita que os pobres devem ter apoio para suportar os custos dos cuidados de saúde, acreditam também que essa ajuda não deve incidir sobre o total das despesas (*83*). Cada país discutirá este assunto tendo em conta o seu contexto socioeconómico, mas os decisores políticos devem recordar-se que os sistemas de financiamento da saúde considerados justos têm maior probabilidade de serem sustentáveis no longo-prazo.

O perigo de exclusão não está limitado simplesmente aos doentes e pobres. Os trabalhadores pobres com ocupações perigosas são disso exemplo. Na região onde Narin Pintalakarn teve o seu acidente, os trabalhadores tem elevada probabilidade de acabar na unidade de cuidados intensivos ou, se não existir nenhuma forma de cobrir os custos do tratamento, na morgue.

Qualquer que seja o sistema adoptado, será sempre necessário direccionar algumas das receitas gerais do governo para assegurar que as pessoas que não podem contribuir têm acesso aos serviços de saúde, por exemplo, subsidiando os prémios do seu seguro de saúde ou não exigindo pagamentos directos. Nos países em que a despesa combinada do orçamento geral do estado e das contribuições obrigatórias para o sistema de saúde é inferior a 5% ou 6% do produto interno bruto (PIB), existirão dificuldades para assegurar a cobertura dos serviços de saúde aos pobres (*84*). O Escritório Regional da OMS para as Américas advoga um nível de 6% (*85, 86*). Apenas os países mais ricos atingem este nível de contribuições obrigatórias, mas aqueles que ambicionam a cobertura universal precisam de desenvolver, com o decorrer do tempo, estratégias para alargar as contribuições que irão cobrir os pobres. Isto pode ser feito de muitas formas, incluindo o subsídio dessas contribuições ou a prestação de serviços gratuitos.

Enquanto a definição do nível de cobertura requer atenção cuidada, a origem dos fundos – quer seja do orçamento geral do Estado ou de alguma outra forma de contribuição obrigatória para um seguro de saúde – é menos relevante. De facto, resumir a questão a uma dicotomia entre contribuição obrigatória e apoio social pode nem ser útil. Na maioria dos sistemas de financiamento da saúde prevalecem os formatos híbridos, a recolha, agregação e execução de recursos suportada por um misto de mecanismos interrelacionados. As fontes de receita não determinam, necessariamente, como os fundos são agregados ou quem beneficia deles. As contribuições realizadas pelos empregadores ou pelos funcionários podem ser agregadas

no mesmo fundo comum, assim como as receitas gerais do orçamento de Estado. Na República da Moldávia, o governo criou a *National Health Insurance Company* (Companhia Nacional de Seguros de Saúde), em 2004, suportada por duas fontes principais de financiamento: um novo imposto de 4% sobre os salários (aumentado para 7% em 2009); e as receitas proveniente do orçamento geral que anteriormente se direccionavam para as instalações de saúde ao nível nacional e distrital (*87*).

A agregação de receitas do orçamento geral do Estado e de contribuições obrigatórias elimina virtualmente a fragmentação no sistema de financiamento descentralizado e, quando combinado com uma alteração do método de pagamento (de baseado-nos-recursos para baseado-nos-resultados), origina maior perequação das despesas governamentais *per capita* em saúde. Para além do atrás referido, na República da Moldávia houve uma redução dos pagamentos directos para a população no quintil 20% mais pobre (*88, 89*), embora o país ainda se debata com dificuldades para alargar a cobertura a segmentos da sua população (Caixa 3.2).

Mesmo a Alemanha, que é considerada como tendo o mais antigo seguro social de saúde para trabalhadores, aumentou a proporção das receitas do orçamento geral do Estado no seu fundo comum para a saúde. Esta alteração surgiu como resposta aos desafios impostos pelo envelhecimento da população e a redução da base de contribuição obrigatória para os seguros de saúde. O país também teve de considerar o impacto da crise económica global, que começou em 2008, no emprego e nos níveis de contribuição. Subsequentemente, a Alemanha injectou fundos adicionais, provenientes das receitas gerais do Estado, no sistema de segurança social e reduziu as taxas de contribuição dos trabalhadores de 15,5% para 14,9% (*91, 92*).

Caixa 3.2. As questões de garantia na República da Moldávia

A República da Moldávia introduziu, em 2004, um sistema nacional obrigatório de seguro de saúde. A lei estipulava que a população economicamente activa realizasse contribuições através de um imposto dedutível automático, para os assalariados, e uma taxa-fixa, para os trabalhadores por conta própria. A restante população, incluindo aqueles registados como desempregados ou sem trabalho, estava isenta de realizar contribuições e era segurada pelo governo, que fazia a contribuição em seu nome. A alteração da base da garantia na República da Moldávia, do cidadão para o indivíduo que paga um prémio, significou que um quarto da população (27,6% em 2009) passou a ter acesso inadequado aos cuidados de saúde. Estas pessoas, trabalhadores agrícolas na sua maioria, têm acesso a serviços de saúde em situação de urgência e a um número limitado de consultas com prestadores de cuidados primários, mas todos os outros serviços têm de ser pagos directamente (*87*).

O governo não apenas exigiu que essas pessoas – muitas vivendo abaixo do limiar da pobreza – pagassem um prémio, mas definiu também um prémio fixo para todos os trabalhadores independentes, incluindo médicos, notários e advogados. Uma outra lei foi aprovada em Fevereiro de 2009, que assegurava que todos os registados como pobres, de acordo com uma Lei de Apoio Social recentemente aprovada, receberiam um subsídio para o seguro de saúde no total do valor da contribuição. Os problemas de cobertura foram também remediados através da legislação aprovada em Dezembro de 2009 que expandiu significativamente (i.e. todos os cuidados primários) o pacote de serviços para todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto de segurado. Apesar de algumas questões de desigualdade persistentes, a centralização de todos os fundos públicos para os cuidados de saúde e a divisão entre as funções de aquisição e prestação permitiu maior igualdade geográfica nas despesas de saúde *per capita* no governo, desde que a reforma do sistema de saúde foi introduzida em 2004 (*90*).

Outras barreiras ao acesso

Apesar da alteração do sistema de pagamentos directos para o de pré-pagamentos ou fundos comuns permitir aos mais pobres obter cuidados de saúde, ela não garante o acesso. Os pagamentos directos são apenas um dos custos financeiros que as pessoas enfrentam ao procurar serviços de saúde, e as taxas de utilização pagas nas instalações governamentais podem ser apenas um pequena proporção desses custos. Para além disso, os custos financeiros não são a única barreira

potencial ao acesso (*93, 94*). Existem barreiras culturais e linguísticas em sociedades multi-culturais, por exemplo, onde as mulheres são impedidas de viajar sozinhas em algumas circunstâncias.

Os resultados do Inquérito Mundial de Saúde em 39 países de rendimento baixo e médio-baixo demonstram que, em média, apenas 45% do custo directo dos cuidados ambulatórios se destinavam aos pagamentos em instalações sanitárias governamentais, incluindo os honorários dos médicos, os medicamentos e os testes clínicos (os segmentos cinzentos na Fig. 3.3). Em alguns países, esse custo era inferior a 15%. Os restantes 55% representavam os pagamentos em instalações privadas, incluindo organizações não-governamentais, e os medicamentos e testes clínicos no sector privado (*95*). A disponibilização de cuidados de saúde gratuitos nas instalações governamentais corresponde apenas a parte do caminho para reduzir as barreiras financeiras ao acesso; em alguns países, é mesmo uma parte bastante reduzida.

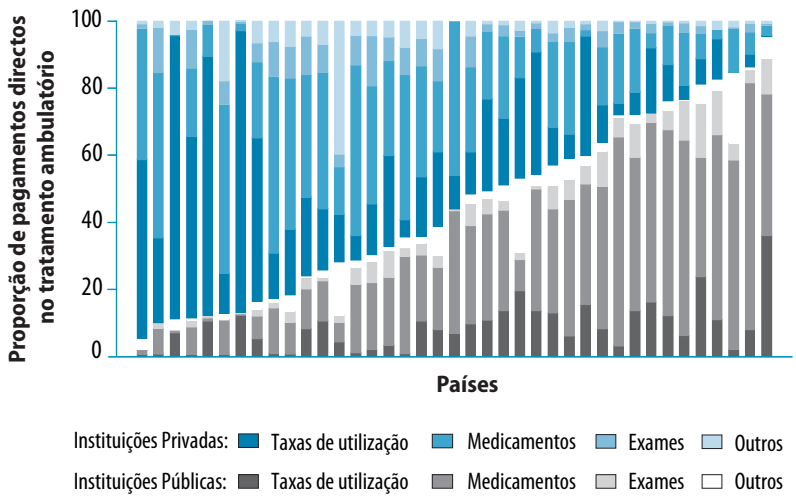
O transporte pode ser outra despesa considerável, especialmente em áreas rurais remotas. O mesmo inquérito Mundial de Saúde em 39 países demonstrou que os custos de transporte representam, em média, mais de 10% do total de pagamentos realizados pelas pessoas que procuraram cuidados de saúde (*95*). Os custos de transporte também podem motivar as pessoas a adiar os tratamentos (*96*). Uma permanência prolongada no hospital requer, muitas vezes, acomodação e alimentação para os acompanhantes. Isto também aumenta o custo do tratamento (*97*). Mesmo em contextos onde as taxas de utilização são limitadas ou inexistentes, os custos de transporte e outros pagamentos directos podem ser um impedimento significativo à procura atempada de tratamento pelas famílias (*98*).

Existem diversas formas de ultrapassar estas barreiras financeiras adicionais. Uma das mais óbvias é investir nos cuidados primários, assegurando que todos têm acesso físico fácil e sem encargos aos serviços de saúde. Isto foi um factor chave no caminho para a cobertura universal na Tailândia. A reforma do financiamento da saúde foi acompanhada por uma expansão, a nível nacional, dos cuidados primários e dos serviços de saúde rurais, obrigatório para os médicos recém-formados (*99*).

Outros países optaram por uma reforma gradual, utilizando créditos ou transferências condicionais de dinheiro (TCD) que permitiram às pessoas obter os meios financeiros para aceder aos serviços e/ou tomar algumas medidas de saúde específicas, geralmente associadas à prevenção (*100, 101*).

A utilização destas transferências tem sido mais difundida na América Latina, com algum sucesso no Brasil, Colômbia, Honduras,

Fig. 3.3. **Pagamentos directos realizados em instituições públicas e privadas em 39 países**



Fonte: (*95*).

México e Nicarágua (102-104). No México, o plano de TCD Oportunidades (previamente conhecido por Progresa), que começou em 1997 e cobria 5 milhões de famílias com perto de 4 mil milhões de dólares americanos de despesa pública, melhorou a saúde e reduziu a mortalidade infantil (*105, 106*).

A TCD também foi implementada num conjunto de países, incluindo o Bangladesh, Equador, Guatemala, Índia, Quénia, Nepal, Paquistão, Turquia e EUA. Embora desempenhassem um papel relevante no financiamento do sector da saúde, as TCD são de pouca utilidade em áreas onde os serviços são limitados ou de fraca qualidade, como no caso de muitas áreas rurais da África subsaariana.

As TCD e os *vouchers* apenas são eficazes, como formas de minimizar os custos e a perda de rendimento associados à procura de cuidados de saúde, se forem direccionados de forma adequada. Isto significa correr o risco de ter custos potencialmente mais elevados e maior ineficiência, por exemplo se forem atribuídos benefícios aos não-pobres, que, devido à sua educação ou contactos, são mais capazes de aceder a esses benefícios.

Contudo, em áreas onde as barreiras ao acesso são substanciais – por exemplo, áreas rurais isoladas e pobres – as TCD e os vouchers podem ser a única forma de assegurar, no curto prazo, o acesso atempado aos cuidados de saúde.

Caixa 3.3. Ideias chave para reduzir as barreiras financeiras

A questão essencial para os decisores políticos do presente é: como podemos alterar o nosso sistema actual de financiamento do sector da saúde para tirar partido dos números ou proteger os ganhos que foram realizados? Aqui ficam algumas considerações chave para os decisores que procuram aumentar a protecção financeira da população ao mesmo tempo que reduzem as barreiras à utilização dos mais necessitados.

Fundos comuns

Os países podem realizar progressos rápidos no caminho para a cobertura universal se introduzirem formas de pré-pagamento e fundos comuns para partilha de risco de forma a tirar partido da força dos números.

Consolidar ou compensar

Existem oportunidades para melhorar a cobertura através da consolidação dos fundos fragmentados ou do desenvolvimento de formas de compensação do risco entre fundos.

As contribuições obrigatórias ajudam

Os países que mais se aproximaram da cobertura universal utilizam alguma forma de plano de contribuições obrigatórias, quer sejam financiadas pelas receitas gerais do Estado ou por contribuições obrigatórias pelos segurados. Isto permite que os fundos comuns possam cobrir as pessoas que não podem pagar existentes em qualquer sociedade.

Os planos voluntários são úteis como primeiro passo

Onde o contexto económico e fiscal permite apenas baixos níveis de receita fiscal ou contribuições obrigatórias, os planos voluntários têm o potencial para proporcionar alguma protecção contra o risco financeiro na doença e podem ajudar as pessoas a perceber os benefícios do pré-pagamento e dos fundos comuns. Mas a experiência sugere que o seu potencial é limitado.

Abandonar os pagamentos directos

Apenas quando os pagamentos directos das famílias descem aos 15-20% das despesas totais em saúde é que a incidência da catástrofe financeira se reduz para níveis negligenciáveis, apesar dos países e regiões poderem desejar estabelecer objectivos intermédios, como reportámos anteriormente para o caso das regiões da OMS do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental.

Conclusão

As últimas 3 décadas proporcionaram lições sobre as falhas dos pagamentos directos, como as taxas de utilização, no financiamento do sistema de saúde. A resposta é caminhar para um sistema de pré-pagamentos ou fundos comuns, que distribuem o risco financeiro entre a maior proporção possível da população. Isto deve ser cuidadosamente planeado para evitar a exacerbação da situação desesperadas de muitos dos mais pobres e vulneráveis, a nível mundial, especialmente aqueles a viver em áreas remotas. A Caixa 3.3 sintetiza a evidência apresentada neste capítulo, informação que pode ser utilizada para apoiar os decisores políticos, a nível nacional.

Os objectivos de longo-prazo devem ser diminuir o nível de pagamentos directos abaixo dos 15-20% da despesa total de saúde e aumentar para 5-6% a proporção no PIB

das despesas combinados do governo e seguros obrigatórios. Atingir estes objectivos poderá levar tempo em alguns países, que podem estabelecer os seus próprios objectivos de curto prazo, mais realistas. A transição pode ser assustadora, mas grandes avanços foram feitos recentemente em muitos países, incluindo países com recursos limitados.

Para aqueles países incapazes de mobilizar o financiamento ou com insuficiente capacidade técnica para sustentar a transição, o apoio financeiro externo será vital. É determinante que este apoio seja atribuído dentro do espírito da Declaração de Paris, de uma forma que permita aos receptores da ajuda formular e executar os seus próprios planos nacionais, de acordo com as suas prioridades. A forma fragmentada como, por vezes, os doadores canalizam os fundos deve ser evitada. Os parceiros de desenvolvimento também precisam de se recordar que muitos dos governos que introduziram taxas de utilização o fizeram de acordo com recomendações externas e, algumas vezes mesmo, por imposição dos doadores.

A transição para um sistema de pré-pagamentos e fundos comuns requer intervenção a nível nacional e internacional para honrar os compromissos financeiros realizados na última década. O sucesso dependerá do grau de mobilização sustentada dos recursos até ao nível que os governos se comprometeram. Sem investimento em serviços de saúde, especialmente em infra-estruturas e pessoal para a prestação de cuidados primários adequados, a forma como os cuidados de saúde são adquiridos é irrelevante. A forma de pagamento dos cuidados de saúde é irrelevante se não existirem prestadores de serviços.

Por último, mesmo em países onde o sistema de pré-pagamento e fundos comuns é agora a norma, haverá sempre pessoas carenciadas para as quais os cuidados de saúde devem ser realmente gratuitos. ■

Referências

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries).* Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936

10. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME et al. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9–16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine (1982)*, 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485

32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168–198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 (http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf, accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care.* Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa.* Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649

54. Witter S et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach.* Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; http://go.worldbank.org/LSI0CP39O0, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries.* Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium.* Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenue*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudiy V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization.* Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross.* World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges.* World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea.* World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007.* World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.* Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity.* World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (http://www.hpm.org/survey/de/a13/3).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries.* World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938

98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco.2010.01.003.

Capítulo 4 | Mais saúde pelo mesmo dinheiro

Mensagens principais

- Todos os países podem fazer alguma coisa, e muitos deles muito, para melhorar a eficiência dos seus sistemas de saúde e, assim, libertar recursos que podem ser usados para cobrir mais pessoas, mais serviços e/ou mais custos.
- Algumas destas acções devem ser direccionadas para melhorar a eficiência em áreas específicas do sistema de saúde, como os medicamentos. Outras devem preocupar-se com os incentivos inerentes ao sistema de financiamento da saúde; em particular, à forma como os serviços são adquiridos e os prestadores são pagos.
- Todos os países podem procurar melhorar a eficiência adoptando uma abordagem mais estratégica na prestação e aquisição de serviços de saúde, e.g. decidir que serviços comprar com base em informação sobre as necessidades de saúde da população e ligar os pagamentos dos prestadores ao seu desempenho e a informação sobre os custos, a qualidade e o impacto dos serviços.
- Todos os mecanismos de pagamento aos prestadores têm vantagens e desvantagens, mas os pagamentos por serviço - que resultam na prestação excessiva aos que podem pagar ou aos que estão cobertos por fundos comuns e numa prestação de insuficiente aos que não podem pagar -, devem receber atenção prioritária.
- Reduzir a fragmentação no fluxo e agregação de fundos para a saúde e na prestação de serviços também irá aumentar a eficiência.
- Não existe evidência convincente de que os serviços de saúde do sector privado sejam mais ou menos eficientes que as governamentais. Depende do contexto.
- Ao estabelecer regras e assegurar que elas são cumpridas, a governação efectiva é a chave para melhorar a eficiência e a equidade.
- Os doadores também podem contribuir para o desenvolvimento das instituições financiadoras locais e para reduzir a fragmentação de fundos. Os doadores também poderiam reduzir a duplicação a nível global.

4

Mais saúde pelo mesmo dinheiro

Utilizar os recursos racionalmente

Os sistemas de saúde absorvem muitos recursos. Um estudo recente pelo Instituto de Pesquisa em Saúde da *PricewaterhouseCoopers* estimou que mais de metade dos mais de US$ 2 triliões que os EUA gastam em saúde cada ano é desperdiçado; um estudo da *Thomson-Reuters* apresentou um número mais baixo, mas ainda significativo, de US$ 600-850 mil milhões por ano (1, 2). A Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde afirma que, das despesas anuais globais em saúde, cerca de US$ 5,3 triliões, um pouco menos de 6%, ou perto de US$ 300 mil milhões, é perdido para os erros e a corrupção (3).

Apesar de alguns países perderem mais do que outros, a maioria, senão todos, são incapazes de utilizar plenamente os recursos disponíveis, devido a processos de aquisição mal executados, uso irracional de medicamentos, falhas na afectação e gestão de recursos humanos e técnicos ou sistemas financeiros e administrativos fragmentados. Mas nada disto é inevitável e existem muitas formas de ineficiência. Alguns países obtêm níveis mais elevados de cobertura e melhores resultados em saúde do que outros, com o mesmo dinheiro, e o hiato entre aquilo que os países obtêm e poderiam obter, com os mesmos recursos é, por vezes, enorme (*4*). Isto é ilustrado na Fig. 4.1, onde são apresentadas as variações substanciais na proporção de partos realizados por profissionais de saúde qualificados, mesmo para países com despesas totais em saúde similares.

Apesar da angariação de mais recursos para a saúde ser fundamental, nos países de rendimento baixo que pretendem alcançar a cobertura universal, é apenas tão importante quanto aproveitar ao máximo os recursos disponíveis. Encontrar as formas mais eficientes de atingir os múltiplos desafios que os sistemas de saúde enfrentam é também uma questão relevante para os países que se debatem para atingir níveis elevados de cobertura de forma sustentável, no contexto do aumento constante de custos e do crescimento da procura.

Existem muitas oportunidades para obter ganhos de eficiência. Isto não significa simplesmente cortar nos custos. A eficiência, como iremos discutir nas próximas páginas, é uma medida da qualidade e/ou quantidade dos produtos obtidos (i.e. produtos ou serviços de saúde) para um determinado nível de factores de produção (i.e. custos). Assim, os ganhos de eficiência podem ajudar a conter os custos – um objectivo importante em muitos países – através da redução dos custos da prestação de serviços. Contudo, ninguém quer conter os custos através da redução dos resultados na saúde, por isso a procura de ganhos de eficiência também deve ser encarada como uma forma de alargar a cobertura com os mesmos custos.

A forma como os países podem aumentar a eficiência nos seus sistemas de saúde será o objecto da discussão deste capítulo.

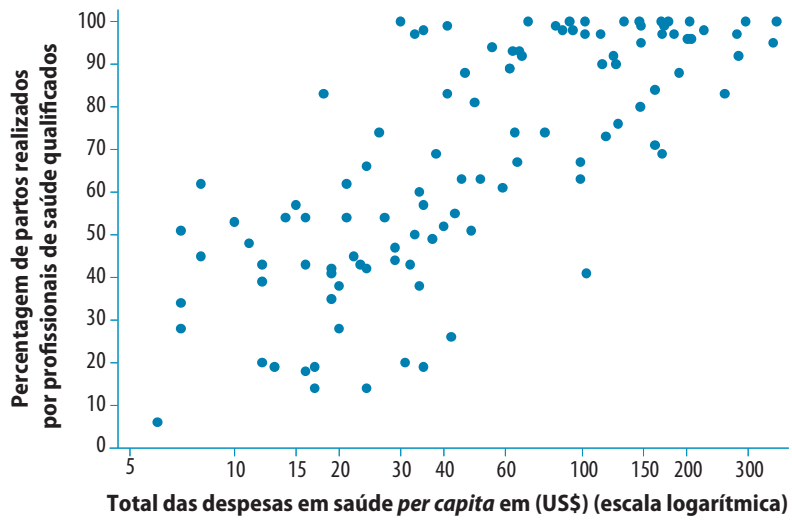
Dez causas principais de ineficiência

Todos os países podem melhorar a eficiência e, ao fazê-lo, contribuir para alcançar a cobertura universal em saúde. A tabela 4.1 identifica 10 áreas problemáticas e sugere formas de tornar os sistemas de saúde mais eficientes.

Eliminar despesas desnecessárias em medicamentos

Os medicamentos representam 20-30% das despesas globais em saúde, ligeiramente mais em países de rendimento baixo e médio, e, por isso, constituem uma parte importante do orçamento de quem quer que pague os serviços de saúde (*7*). Em muitos casos, esse fardo seria mais leve se os governos e os indivíduos pagassem um preço justo. Mas o que é exactamente um preço justo? Os preços de referência internacional são um ponto de partida útil para as negociações dos departamentos de aprovisionamento. Estes são determinados pelo cálculo do preço mediano para o mesmo medicamento em países comparáveis (*8*). Sem este tipo de informação transversal entre países, os compradores podem ter dificuldade em obter um preço justo no mercado farmacêutico global, que não é nem transparente nem eficiente, e onde existe uma enorme variação nos preços pagos por produtos idênticos. Um estudo recente sobre o preço dos medicamentos revelou que, enquanto os medicamentos genéricos eram adquiridos pelo sector público nas Regiões (classificação da OMS) das Américas, Sudeste Asiático e Mediterrâneo Oriental a preços próximos dos de referência internacional, nas regiões da África, da Europa e do Pacífico Ocidental, os governos pagavam, em média, mais 34-44% do que seria necessário (Fig. 4.2) (*9*).

Fig. 4.1. **Percentagem de partos realizados por profissionais de saúde qualificados, por nível de despesas totais em saúde, em países de rendimento baixo e médio, último ano disponível (cada ponto representa um país)**



Fonte: (*5*).

O mesmo estudo revelou que certos medicamentos eram quase sempre vendidos com um *mark-up* substancial, com os preços a variar de país para país. Por exemplo, os preços de aquisição para uma formulação de ciprofloxacina de marca registada (um antibiótico de largo espectro) variam amplamente entre os países em desenvolvimento, com alguns a pagar até 67 vezes mais do que o preço de referência internacional (*9*). Nos EUA, a ciprofloxacina de marca registada é vendida a um preço entre os US$ 90 e 100 por tratamento; enquanto no Reino Unido é vendida por metade do preço (*10*).

A aquisição de medicamentos

Tabela 4.1. **Dez causas principais de ineficiência**

Causas de ineficiência	Razões habituais para a ineficiência	Como ultrapassar a ineficiência
1. Medicamentos: subutilização de genéricos e preços dos medicamentos mais elevados do que necessário	Controlo inadequado dos agentes da cadeia de oferta, prescritores e prescritores; percepção de baixa eficácia/segurança dos genéricos; padrões históricos de prescrição e sistemas ineficientes de aprovisionamento/ distribuição; impostos e taxas para os medicamentos; *mark-up* excessivo.	Melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática. Requerer, permitir ou oferecer incentivos para a utilização de genéricos. Desenvolver aquisição activa baseada no levantamento de custos e benefícios de alternativas. Assegurar a transparência na aquisição e concursos. Remover os impostos e taxas. Controlar os *mark-up* excessivos. Monitorizar e publicitar os preços dos medicamentos.
2. Medicamentos: utilização de medicamentos contrafeitos ou de qualidade inferior	Mecanismos/estruturas de regulação farmacêutica inadequadas; fracos sistemas de aprovisionamento.	Reforçar os padrões de qualidade na manufactura de medicamentos; realizar testes de produtos; reforçar os sistemas de aprovisionamento com a pré-qualificação dos fornecedores.
3. Medicamentos: utilização inapropriada e ineficiente	Incentivos de prescrição inapropriados e práticas de promoção pouco éticas; procura/ expectativas dos consumidores; conhecimento limitado sobre efeitos terapêuticos; quadros reguladores inadequados.	Separar as funções de prescrição e dispensa; regular as actividades de promoção; melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática; disseminar informação publicamente.
4. Produtos e serviços de saúde: sobre-utilização ou excesso de oferta de equipamentos, meios complementares de diagnóstico e procedimentos	Oferta induzida pela procura; mecanismos de pagamento por serviço; receio de litígio (medicina defensiva).	Reformar as estruturas de incentivo e pagamento (e.g. por capitação ou grupos de diagnóstico); desenvolvimento e implementação de orientações clínicas.
5. Profissionais de saúde: estrutura de pessoal inapropriada ou dispendiosa, profissionais desmotivados	Conformidade com políticas e procedimentos pré-determinados para recursos humanos; resistência da classe médica; contratos fixos/inflexíveis; salários inapropriados; recrutamento baseado em favoritismos.	Realizar levantamentos com base nas necessidades e formação; rever as políticas remuneratórias; introduzir contratos flexíveis e/ou pagamentos relacionados com o desempenho; implementar delegação de tarefas e outras formas de adequar as competências às necessidades.
6. Serviços de saúde: admissões hospitalares e duração dos internamentos	Inexistência de formas de tratamento alternativo; incentivos insuficientes para reduzir as admissões; conhecimento limitado das melhores práticas.	Disponibilizar alternativas de tratamento (e.g. hospital de dia); alterar os incentivos para os hospitais; aumentar o conhecimento sobre práticas eficientes de admissão.
7. Serviços de saúde: dimensão hospitalar inapropriada (baixa utilização das infra-estruturas)	Nível inapropriado de recursos de gestão para coordenação e controlo; inadequada distribuição nacional das camas hospitalares. Frequentemente, isto reflecte a falta de planificação no desenvolvimento de infra-estruturas de saúde.	Incorporar a estimação dos factores de produção e resultados na planificação hospitalar; fazer corresponder as capacidades de gestão à dimensão; reduzir o excesso de capacidade para aumentar as taxas de ocupação para 80-90% (ao mesmo tempo que se controla a duração dos internamentos).
8. Serviços de saúde: erros médicos e qualidade dos cuidados sub-óptima	Insuficiente conhecimento ou aplicação dos protocolos e padrões clínicos; falta de orientações; supervisão inadequada.	Melhorar os padrões de higiene nos hospitais; proporcionar mais continuidade nos cuidados; realizar mais auditorias clínicas; monitorar o desempenho hospitalar.
9. Fugas nos sistemas de saúde: desperdício, corrupção e fraude	Orientações pouco claras sobre afectação de recursos; fracos mecanismos de responsabilidade e governação; baixos salários.	Melhorar a regulamentação e a governação, incluindo fortes mecanismos de sanção; verificar a vulnerabilidade à corrupção; realizar inquéritos para monitoria das despesas públicas; promover códigos de conduta.
10. Intervenções em saúde: estratégias inapropriadas e ineficientes	Financiamento de intervenções com elevados custos e baixos resultados, enquanto outras opções com baixo custo e elevado impacto não são financiadas. Equilíbrio inapropriado entre níveis de cuidados, e/ou entre a prevenção, promoção e tratamento.	Avaliar regularmente e incorporar na política evidências sobre os custos e impacto das intervenções, tecnologias, medicamentos e opções políticas.

Fonte (*6*).

de marcas registadas em vez de genéricos é também uma forma de ineficiência. Um estudo recente sobre 18 medicamentos em 17 países de rendimento médio revelou que os custos para os doentes poderiam ser reduzidos em 60%, em média, trocando as marcas originais por equivalentes genéricos com preço mais baixo (*11*). Para este grupo de países, isto representa uma poupança total de US$ 155 milhões, apenas para este conjunto limitado de medicamentos.

Os ganhos globais de um uso mais sistemático de genéricos podem ser ainda maiores em alguns países de rendimento elevado. Por exemplo, a França implementou uma estratégia de substituição por genéricos e foi estimado que uma utilização mais alargada de genéricos pouparia 1,32 mil milhões de Euros, apenas em 2008, que era equivalente, na altura, a US$ 1,94 mil milhões (*12, 13*).

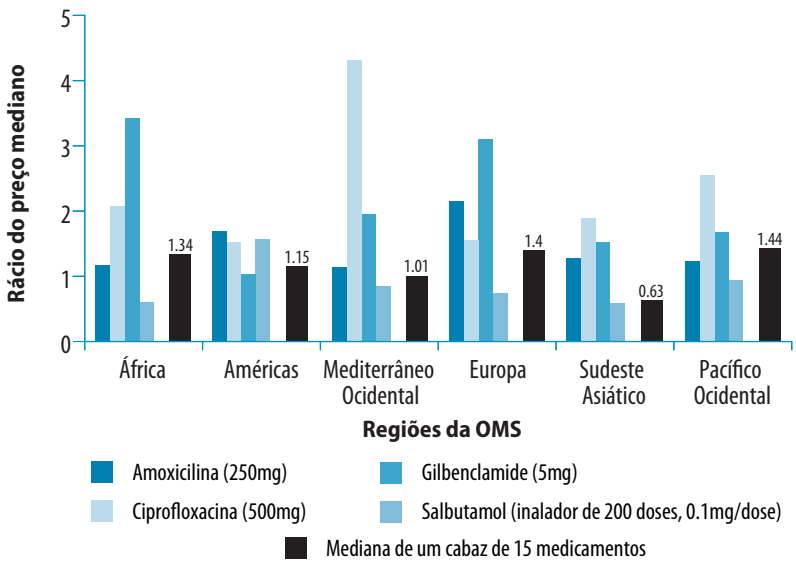
Melhorar o controlo de qualidade dos medicamentos

Os "maus" medicamentos, quer sejam de fraca qualidade, espúrios, falsificados, enganosamente etiquetados, contrafeitos ou expirados, são demasiado dispendiosos, qualquer que seja o seu preço, e evitá-los é outra forma de impedir o desperdício de recursos. Mais de metade dos produtos em circulação no Sudeste Asiático contendo, supostamente, o anti-malárico Artesunato foram identificados como não contendo nenhum ingrediente activo (*14*), enquanto um estudo em três países Africanos verificou que 26-44% das amostras de medicamentos anti-maláricos chumbaram o teste de qualidade (*15*).

Existe pouca informação fidedigna para permitir uma estimativa da extensão do problema. Contudo, a *United States Food and Drug Administration* estima que os produtos contrafeitos representem mais de 10% do mercado global de medicamentos; se utilizarmos esta percentagem como um limite inferior, as receitas anuais globais da venda de medicamentos de má qualidade seriam mais de US$ 31 mil milhões (*16*). Isto significa US$ 32 mil milhões de despesas que resultarão em poucas ou nenhumas melhorias em saúde.

Os países que procuram eliminar os produtos deficitários têm várias opções, nomeadamente, aderir às boas práticas de manufactura (BPM) na produção de fármacos e comprar a produtores com certificado BPM. As BPM foram concebidas para assegurar que os

Fig. 4.2. **Rácios dos preços medianos de aquisição de medicamentos genéricos no sector público[a], por região da OMS**



[a] Rácio da mediana do preço de aquisição para o preço de referência internacional da Management Sciences for Health.
Fonte: (*9*).

produtos são consistentemente produzidos e controlados, de acordo com um conjunto específico de padrões de qualidade, para evitar a contaminação, a etiquetagem incorrecta e níveis inapropriados de ingredientes activos (*17*). Muitos países formularam os seus próprios requisitos para as BPM, baseados no modelo desenvolvido pela OMS, enquanto outros adaptaram os requisitos já existentes.

Para apoiar o levantamento dos medicamentos que cumprem os padrões unificados de qualidade, segurança e eficácia para VIH/SIDA, malária, tuberculose e saúde reprodutiva, a OMS montou em 2001 um programa de pré-qualificação. Inicialmente era destinado a apoiar as agências de aprovisionamento das Nações Unidas, mas, ao longo do tempo, a lista de medicamentos pré-qualificados tornou-se um recurso para qualquer entidade que pretenda adquirir medicamentos em grandes quantidades, incluindo as agências nacionais de aprovisionamento (*18*).

Utilização apropriada dos medicamentos

A utilização irracional de medicamentos conduz não apenas a sofrimento e mortes, mas desvia recursos de intervenções efectivas. Apesar de muitos países terem adoptado políticas nacionais do medicamento e programas de medicamentos essenciais que encorajam o seu uso apropriado, menos de metade de todos os doentes tratados, em países de rendimento médio e baixo, recebem tratamentos de acordo com protocolos clínicos para as principais doenças nos cuidados primários (*19*). As estimativas apontam para que, a nível global, mais de metade de todos os medicamentos sejam prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente (*19*) e metade de todos os doentes não tomem a sua medicação como prescrito (*20*). O uso irracional pode assumir muitas formas, incluindo o uso de misturas perigosas de medicamentos (polifarmácia), a sobre-utilização de antibióticos e injectáveis, a não prescrição de acordo com as orientações clínicas e a automedicação inapropriada (*21*).

O abuso ou mau uso de antibióticos é um problema global particularmente grave, com dois terços de todos os antibióticos a serem vendidos sem prescrição através de mercados privados não regulamentados. Muitos doentes não obtêm a prescrição ou a dose correcta ou não cumprem o tratamento como prescrito. Menos de metade de todos os doentes com diarreia aguda obtêm tratamento com sais de hidratação oral, baratos e extremamente efectivos, enquanto mais de metade recebem antibióticos dispendiosos e – para este propósito – inúteis. Como exemplo, foi estimado que o abuso de antibióticos para o tratamento de infecções agudas das vias respiratórias, em países com rendimento médio e baixo, acresce, em média, 36% aos custos do tratamento (*22*).

Retirar o máximo benefício dos serviços e da tecnologia

A tecnologia médica pode ser crucial para proporcionar bons serviços de saúde, desde que seleccionada e utilizada de forma adequada, baseada na evidência científica e em boas práticas (*23*). Contudo, as políticas

de aprovisionamento são, demasiadas vezes, distorcidas pelas pressões dos fabricantes de equipamentos. Isto é tão verdadeiro para os países de elevado rendimento como para os de baixo, talvez ainda mais para os primeiros dado que têm maior margem para gastar. A moderna tecnologia médica é a maior contribuidora para o aumento dos custos nos países da OCDE e a sua introdução em cada país nem sempre depende da necessidade. Entre os países da OCDE, o Japão tem o número mais elevado *per capita* de equipamento para ressonância magnéticas (RM) e tomografia computorizada (TC), enquanto os EUA lideram a nível mundial na prescrição de diagnósticos por imagiologia: 91,2 exames por RM por 1000 habitantes (comparado com a média da OCDE de 41,3 por 1000); e 227,8 TC por 1000 (comparação com a média da OCDE de 110) (*24*). Crê-se que uma proporção significativa destes exames podem ser considerados medicamente desnecessários.

A aquisição e utilização desnecessária de equipamento também pode ocorrer em países de baixo rendimento, mas, em termos gerais, os contextos com poucos recursos tem outros desafios tecnológicos. É estimado que pelo menos 50% dos equipamentos médicos nos países em desenvolvimento estejam totalmente ou parcialmente inoperacionais (*25*). Na África Sub-Sahariana, perto de 70% dos equipamentos médicos permanecem inactivos. Os estudos sugerem que existem diversas razões para este tipo de falha sistémica alargada, incluindo deficiente gestão do processo de aquisição de tecnologia e falta de formação dos utilizadores e apoio técnico efectivo (*26*). Onde a tecnologia médica está disponível, esta constitui, muitas vezes, causa de diagnósticos deficientes ou perigosos ou de tratamentos que colocam em risco a segurança dos doentes. A tecnologia médica inapropriada também impõe um fardo financeiro para um sistema que mal a pode suportar.

Ironicamente, uma das maiores causas de ineficiência, relacionadas com tecnologia médica nos países de baixo rendimento, é os donativos. Em alguns países, perto de 80% do equipamento de saúde é proveniente de doadores internacionais ou governos estrangeiros e a maior parte permanece inoperante por diversas razões. Um estudo recente, realizado na Cisjordânia e Faixa de Gaza, reflecte esta situação (*27*). Depois das hostilidades que terminaram em Janeiro de 2009, foram enviadas grandes remessas de equipamentos médicos para a Faixa de Gaza. Enquanto algum do equipamento doado era útil, uma proporção significativa não podia ser integrado no sistema local de saúde e permaneceu nos armazéns.

Este tipo de problema poderia ser evitado se os parceiros de desenvolvimento consultassem os países receptores para clarificar as suas necessidades e capacidades para operar o equipamento doado. Também devem apoiar os governos receptores a estabelecer sistemas racionais de gestão, organizar o armazenamento dos equipamentos médicos por tipo, modelo e fabricante, e verificar a integridade, compatibilidade e qualidade de cada item doado.

O que se aplica à tecnologia também se aplica aos serviços de saúde. Um estudo comparativo dos serviços obtidos pelos doentes do programa Medicare nos EUA concluiu que os "residentes em regiões com custos de cuidados mais elevados recebiam 60% mais cuidados, mas não tinham taxas de mortalidade mais baixas, nem melhor estatuto funcional ou maior satisfação" (*28, 29*). As diferenças nos padrões da prática médica não podiam ser

atribuídas às diferenças em termos de necessidades de cuidados e cerca de 30% dos custos dos tratamentos poderiam ter sido evitados se os prestadores com custos mais elevados reduzissem a sua prestação de serviços para o nível verificado em regiões com tratamentos mais conservadores, embora seguros (*30*). Foram encontradas, em muitos países, variações similares nos padrões da prática médica, indicando a existência de oportunidades similares para a redução dos custos e melhoria da eficiência (*31-34*).

Enquanto, por vezes, é difícil estabelecer de forma precisa a necessidade para uma intervenção médica ao nível individual, os decisores políticos podem monitorar as variações nos padrões da prática médica dentro de um país, focando-se nos prestadores ou instituições que prestam um elevado número de serviços comparando-os com outros, ou com aqueles que prestam, comparativamente, menos. Reduzir esta variação pode, simultaneamente, gerar poupança de recursos e melhorar os resultados em saúde.

Motivar as pessoas

Os profissionais de saúde estão no centro do sistema de saúde e, tipicamente, constituem cerca de metade de toda a despesa em saúde num país (*35*). A escassez de profissionais de saúde é, muitas vezes, um obstáculo ao reforço dos sistemas de saúde. O recrutamento pouco efectivo, a formação inapropriada, a supervisão inadequada e a sua deficiente distribuição a nível nacional também minam a eficiência. As compensações inadequadas conduzem a elevada rotatividade ou atritos excessivos (*36*). O inevitável resultado conjugado destas falhas é a redução da produtividade e um desempenho deficiente.

Mas quanto exactamente é perdido por causa da ineficiência da força de trabalho? Sem dados abrangentes e confiáveis, é difícil de estimar, mas têm existido diversas tentativas para medir a produtividade dos trabalhadores da saúde em contextos específicos. Na República Unida da Tanzânia, por exemplo, foi estimado que as faltas inexplicadas mais o tempo dispendido em pausas, em contactos sociais e na espera por doentes reduz os níveis de produtividade em 26% (*37*). Sousa et al. determinaram que a eficiência com que os trabalhadores da saúde alcançam a cobertura dos cuidados pré-natais, nas municipalidades brasileiras, estava entre menos de 20% e mais de 95% (*38*).

Tomando os exemplos (efectivamente limitados) como indicadores da tendência global e aplicando um nível médio conservador de ineficiência reportado (15-25%) para a proporção de despesas totais em saúde em recursos humanos (45-65%, dependendo do rendimento da região do mundo), é possível obter um custo mundial para a ineficiência da força de trabalho que excede os US$ 500 mil milhões anualmente.

Como reduzir esta perda – como melhorar a produtividade e o desempenho dos trabalhadores de saúde – é objecto de análise no Relatório Mundial de Saúde 2006, que destaca, entre outras coisas, a importância de remunerações adequadas e melhor adequação das competências às tarefas (*36*). A questão do pagamento ao prestador e do pagamento em função do desempenho é discutido com mais detalhe mais abaixo.

Melhorar a eficiência hospitalar – dimensão e duração da estadia

Em muitos países, os cuidados hospitalares absorvem mais de metade e até dois terços das despesas totais em saúde do governo, com os internamentos e a sua duração (muitas vezes excessiva) a constituírem as categorias de despesas mais significativas. Por exemplo, quatro estudos independentes sobre adultos internados no sistema de saúde canadiano identificaram que 24-90% das admissões e 27-66% dos dias de internamento eram inapropriados (*39*).

Outra fonte de ineficiência é a dimensão inapropriada de algumas instalações e da gama de serviços que oferecem. Apesar de poder ter sentido, em termos económicos, aumentar a dimensão e as valências de um hospital para explorar plenamente as competências, infra-estrutura e equipamentos disponíveis, existe um ponto em que a eficiência começa a diminuir. De forma similar, os pequenos hospitais tornam-se ineficientes quando a infra-estrutura fixa e os custos administrativos são repartidos por um número muito pequeno de casos e, assim, aumentam os custos do episódio hospitalar médio. Uma investigação, desenvolvida principalmente nos EUA e no Reino Unido, indica que as ineficiências começam abaixo das 200 camas e acima das 600 (*40*). Um bom indicador de eficiência hospitalar é a utilização das unidades de internamento, medida através das taxas de ocupação. Um estudo da OMS em 18 países de rendimento baixo e médio revelou que, nos hospitais distritais, em média, apenas 55% das camas estavam ocupadas, muito abaixo do nível recomendado de 80-90% (*6*).

Uma recente revisão de mais de 300 estudos sobre a eficiência e produtividade da prestação de cuidados de saúde determinou que a eficiência hospitalar, em média, era cerca de 85%, significando que os hospitais poderiam fazer 15% mais do que actualmente com os mesmos custos, ou atingir o mesmo nível de serviços com menos 15% dos custos (*41*). Não foram relatadas diferenças substanciais entre hospitais nos EUA, na Europa ou noutras partes do mundo, embora, interessantemente, os hospitais públicos fossem mais eficientes do que os hospitais privados, independentemente de terem ou não fins lucrativos (Caixa 4.1). Aplicando uma taxa de ineficiência mediana de 15% para a proporção das despesas

Caixa 4.1. A eficiência relativa dos prestadores de serviços públicos e privados

Os papéis relativos dos sectores público e privado (lucrativo ou não-lucrativo) na prestação de cuidados de saúde têm evoluído ao longo do tempo e têm despoletado continuamente um forte debate de natureza ideológica. Em última instância, a evidência empírica deveria assistir na determinação do tipo de instituições que proporcionam mais eficientemente serviços específicos.

A maioria dos estudos disponíveis direccionou-se para a eficiência hospitalar, responsável por cerca de 45-69% das despesas de saúde governamentais na África Sub-Sahariana (*42*). Hollingsworth (*41*) conduziu recentemente uma meta-análise de 317 publicações sobre medidas de eficiência e concluiu que "a prestação pública pode ser potencialmente mais eficiente que a privada". Contudo, estudos nacionais sugerem que o impacto da propriedade na eficiência é misto. Lee et al. (*43*) determinaram que os hospitais não-lucrativos nos EUA eram mais eficientes que os hospitais lucrativos. Por outro lado, os níveis de eficiência dos hospitais Suíços não variavam de acordo com a propriedade (*44, 45*). Na Alemanha, alguns estudos determinaram que os hospitais privados são menos eficientes tecnicamente que os públicos, enquanto outros concluíram o inverso, e outros ainda não encontraram nenhuma diferença (*46, 47*).

Por seu turno, os estudos que medem as eficiências relativas das instalações públicas e privadas em países de rendimento médio e baixo são escassos. Masiye (*48*) é, provavelmente, o único estudo que refere um efeito positivo significativo da propriedade privada na eficiência nos hospitais Zambianos (a eficiência média para os hospitais privados era de 73% comparado com 63% dos públicos).

Isto enfatiza o argumento de que não devemos generalizar as conclusões sobre o melhor modelo de propriedade – público ou privado. Ao mesmo tempo, a evidência demonstra que os níveis médios de eficiência são substancialmente mais baixos do que deveriam em todos os tipos de hospitais. Os hospitais podem tornar-se mais eficientes, independentemente da propriedade, se reduzirem o desperdício e produzirem intervenções custo-efectivas. Para assegurar que isto aconteça é necessária uma forte orientação governamental para estabelecer e fazer aplicar regras operacionais.

totais em saúde consumidas pelos hospitais em cada região de rendimento a nível mundial, são perdidos anualmente cerca de US$ 300 mil milhões em ineficiências associadas aos hospitais.

Definir o tratamento correcto desde o início

O erro médico tem custos elevados, para além de causar sofrimento. Devido à falta de dados epidemiológicos confiáveis, a prevalência e magnitude do erro médico é globalmente desconhecida, mas as estimativas sugerem que a proporção de doentes lesados iatrogenicamente no momento dos cuidados hospitalares, em países desenvolvidos, pode chegar a um em cada 10; nos países em desenvolvimento este número pode ser significativamente maior (*49*). Em determinado momento, 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofreram infecções adquiridas em hospitais (*50*). O custo deste fenómeno para as autoridades de saúde é desconhecido, mas um estudo de 1999 sugeria que o erro médico evitável poderia ser responsável pela morte de até 98.000 pessoas por ano nos EUA, com um custo de US$ 17-29 mil milhões (*51*).

Uma medida para reduzir o erro médico é encorajar a higiene das mãos. Outra é promover práticas seguras para a administração de injectáveis. A terceira é assegurar um diagnóstico correcto.

Um procedimento simples que salva vidas é a utilização de *checklists*, como aquela defendida na iniciativa da OMS "Cirurgia Segura Salva Vidas" (*Safe Surgery Saves Lives*). As *checklists* já atingiram resultados impressionantes, nomeadamente no Michigan, EUA, onde uma iniciativa estadual procurou reduzir as infecções hemorrágicas associadas aos cateteres através da instituição de uma pequena *checklist*. Entre outras coisas, a *checklist* reforça a autoridade das enfermeiras como garante de que os médicos seguem os procedimentos estabelecidos (*52*). As infecções sanguíneas nas unidades de cuidados intensivos que participaram caíram para 1,4 por 1.000 dias de utilização de cateter, menos de 20% da taxa anterior à implementação, salvando cerca de 1.800 vidas em quatro anos. As iniciativas de introdução de *cheklists* foram implementadas em diversos países, incluindo a China, Jordânia, Tailândia e Reino Unido.

Uma abordagem mais punitiva (e potencialmente controversa) para reduzir o erro médico é suspender os pagamentos quando se identificam erros. Esta abordagem está a ser testada nos EUA, onde, desde Outubro de 2008, a *Medicare*, o programa de seguro social administrado pelo governo, que proporciona cobertura de saúde a pessoas com mais de 65 anos, deixou de reembolsar os hospitais pelos designados *"never-events"*, ou seja, aqueles erros médicos que considera "razoavelmente evitáveis". Isto inclui os *maiores* erros, como uma operação realizada na parte do corpo errada, mas também inclui complicações como escaras graves e certas feridas causadas por quedas dos doentes. Ao recusar o pagamento dos erros, a *Medicare* espera reduzir as 98.000 mortes estimadas que ocorrem cada ano devido ao erro médico (*53*).

Eliminar o desperdício e a corrupção

Cerca de 10-25% da despesa pública em saúde relacionada com o aprovisionamento – a aquisição dos bens e serviços necessários como medicamentos,

equipamentos e infra-estruturas – é perdida, cada ano, devido a práticas corruptas (*54*). Apenas nos países desenvolvidos, a fraude e outras formas de abuso nos cuidados de saúde podem representar um custo estimado para os respectivos governos tão grande quanto US$ 12-23 mil milhões por ano (*55*). Dado que a produção e distribuição de medicamentos é um processo multifásico complexo, existem oportunidades específicas para muitos abusos nesta área, embora o problema se estenda a todas a áreas do aprovisionamento.

A experiência demonstrou que, para reduzir significativamente a corrupção na aquisição e distribuição de medicamentos, é necessário aplicar duas estratégias complementares: primeiro, uma abordagem disciplinadora, que tendencialmente é do topo para a base, apoiada em reformas legislativas, estabelecendo as leis, as estruturas administrativas e os processos necessários para assegurar que a regulação e o aprovisionamento de medicamentos são transparentes; e, segundo, uma abordagem de valores, mais da base para o topo, que promova a integridade institucional através de valores e princípios morais e que tente motivar uma conduta ética nos funcionários públicos.

Desde 2004, 26 países introduziram programas de boa governação para os medicamentos, baseados nestes princípios, que resultaram na redução da despesa em medicamentos (*56*). A Aliança para a Transparência nos Medicamentos é outra iniciativa que se direcciona para a disponibilidade de e acessibilidade a medicamentos de boa qualidade, através de acções ao nível nacional que promovam a eficiência na cadeia de compra do medicamento, nomeadamente através da transparência e responsabilização (*57*).

Contudo, estes princípios não se limitam à aquisição e distribuição de medicamentos, e podem ser aplicados a todas as actividades na saúde. Eles são sustentados pelos princípios centrais da boa governação, que inclui a responsabilidade, a transparência e o respeito pelas leis (*58*). As principais funções reguladoras, que podem combater efectivamente as fugas orçamentais ou outras, incluem desde o registo, acreditação e licenciamento dos prestadores, instalações e serviços de saúde (para melhorar a qualidade), até às funções de supervisão interna e auditoria. A melhoria da governação também requer inteligência e melhor utilização da informação, para que possam ser identificadas violações das práticas e acompanhadas as alterações.

Levantamento crítico dos serviços necessários

Os custos estimados de ganhar um ano de vida saudável encontra-se entre menos de US$ 10 e mais de US$ 100.000, dependendo da intervenção (*59, 60*). Por outras palavras, se escolhermos uma intervenção que custe US$ 10 por ano de vida saudável ganho, podemos poupar 100.000 anos por um US$ 1 milhão. Se escolhermos uma intervenção de US$ 100.000, ganhamos apenas 10 anos de vida saudável.

Não existe nenhuma regra universal para que as intervenções sejam mais custo-efectivas num país, considerando os níveis de preços, os padrões de doença e os níveis de cobertura. Nem sequer é verdade que a prevenção tenha sempre um maior rácio de custo-efectividade do que o tratamento. Algumas formas de prevenção são custo-efectivas e subutilizadas, enquanto outras não. Idealmente, cada país necessita de identificar o rácio de custo-efectividade e a eficiência no seu próprio contexto, embora o programa

WHO-CHOICE (*CHOosing Interventions that are Cost Effective – Escolher Intervenções custo-efectivas*) e as duas rondas do Projecto de Prioridade para o Controlo de Doenças (*Disease Control Priorities Project*) tenham proporcionado orientações sobre uma gama abrangente de intervenções custo-efectivas em diferentes contextos (*61*).

Contudo, o que é claro é que, por um conjunto de motivos, as intervenções com custos elevados e baixo impacto tendem a ser sobre-utilizadas, enquanto as intervenções com baixos custos e elevado impacto são sub-exploradas (*59, 60*). A transferência de recursos das primeiras para as últimas é, por isso, uma forma óbvia de atingir maior eficiência. A nossa revisão de alguns estudos que comparam o estatuto para doenças ou enfermidades complexas especificas (Tabela 4.2) sugere que o mesmo ganho de saúde poderia ter sido obtido com apenas 16-99% das despesas correntes,

Tabela 4.2. **Ganhos potenciais da avaliação crítica das intervenções**

Estudo	Moeda[a]	Custo de obter um ano de vida saudável *		
		Conjugação Actual	Conjugação Óptima	Melhoria (%)
Medicamento para tratamento da malária na Zâmbia (*62*)		10.65	8.57	20
(Custo por caso tratado)	US$			
Prevenção da doença e lesões na Tailândia (*63*)				
Prevenção das doenças cardiovasculares	BHT	300 000	2 185	99
Prevenção das lesões por acidente rodoviário (álcool)		6 190	3 375	45
Prevenção das lesões por acidente rodoviário (capacetes)		1 000	788	21
Controlo do álcool e tabaco na Estónia (*64*)				
Álcool	EEK	2 621	893	66
Tabaco		292	247	15
Intervenções Neuropsiquiátricas na Nigéria (*65*)		37 835	26 337	30
Esquizofrenia	NGN	210 544	67 113	68
Depressão		104 586	62 095	41
Epilepsia		13 339	10 507	21
Abuso de Álcool		20 134	10 677	47
Pacote de Saúde Mental na Austrália (*66*)		30 072	17 536	42
Esquizofrenia	AU$	196 070	107 482	45
Perturbações afectivas (qualquer)		20 463	10 737	48
Ansiedade (qualquer)		15 184	9 130	40
Alcoolismo		97 932	53 412	45
Tratamento e prevenção do cancro cervical (*67*)[b]				
Sub-região com elevado rendimento (EurA)	I$	4 453	3 313	26
Sub-região de rendimento médio (WprB)		3 071	1 984	35
Sub-região de rendimento baixo (SearD)		421	355	16

[a] US$, Dólar dos Estados Unidos; BHT, baht Tailandês; EEK, coroa da Estónia; NGN, naira Nigeriana; AU$, dólar australiano; I$, dólar internacional.
[b] Sub-regiões da OMS (estratos da mortalidade): EurA são os países da Região Europeia com taxa de mortalidade infantil e de adultos muito baixa; WprB são os países da região ocidental do Pacífico com taxa de mortalidade infantil e de adultos baixa; SearD são os países da região do Sudeste Asiático com taxa de mortalidade infantil e de adultos elevada. As regiões da OMS são subdivididas com base nos estratos de mortalidade infantil e de adultos: A, mortalidade infantil e de adultos muito baixa; B, mortalidade infantil e de adultos baixa; C, mortalidade infantil baixa e de adultos elevada; D, mortalidade infantil e de adultos elevada; E, mortalidade infantil elevada e de adultos muito elevada (http://www.who.int/choice/demography/regions). As classificações não têm nenhum estatuto oficial e servem apenas para os propósitos desta análise.

dependendo da condição. Esta poupança poderia então contribuir, de forma relevante, para melhorar a saúde de outras formas.

Mesmo incluindo os custos de transacção para realizar as reafectações necessárias, a evidência na Tabela 4.2 sugere que seriam possíveis ganhos de eficiência de cerca de 20% em países que dêem prioridade a intervenções custo-efectivas. As intervenções custo-efectivas diferem, obviamente, por país, mas em contextos de baixo rendimento, muitas das intervenções mais custo-efectivas – cuidados preventivos e tratamentos de saúde materno-infantil, ou vacinação infantil básica – não estão ainda plenamente implementadas, resultando em grandes custos em vidas humanas.

O rácio de custo-efectividade não é o único factor a ter em conta quando decidimos sobre o conjunto óptimo de intervenções. Em casos onde a justiça, equidade ou, simplesmente, a decência estão em causa, o valor social de uma intervenção específica em saúde pode ser diferente do valor que produz em termos de benefícios para a saúde. Consideremos os cuidados paliativos no final da vida. É dispendioso: nos EUA, por exemplo, os cuidados durante o último ano de vida do doente representam quase um terço das despesas anuais da Medicare, apesar destes doentes representarem apenas 5% dos internamentos (*68*). Considerações sobre o valor social, em vez do rácio de custo-efectividade, determinam se as sociedades irão continuar a proporcionar cuidados paliativos no final da vida. Um exemplo menos extremo, mas com o qual se confrontam os decisores políticos em contextos de rendimento médio e baixo, é o baixo rácio de custo-efectividade da extensão da cobertura das intervenções para áreas rurais remotas. Como referido no Capítulo 1, o compromisso com a cobertura universal depende significativamente da solidariedade social, a prontidão para se fazerem escolhas que ponderem eficiência e equidade.

Enquanto as considerações de equidade são muito importantes, é crucial que os governos continuem a focar-se no rácio de custo-efectividade para que possam desencadear uma aquisição de serviços mais activa que assegure a obtenção do melhor valor para o dinheiro dispendido. Isto é discutido novamente mais à frente neste capítulo.

Benefícios potenciais de melhorar a eficiência

Tomando em consideração os níveis médios de ineficiência identificados nas secções anteriores e multiplicando-os pelas proporções médias da despesa total em saúde associadas a cada componente, é possível perceber o que pode ser ganho através de uma maior eficiência (Tabela 4.3). As 10 causas comuns de ineficiência são agrupadas nesta tabela em cinco categorias gerais: recursos humanos para a saúde; medicamentos; hospitais; as perdas devido a corrupção e desperdício, e a conjugação de intervenções.

O que se torna aparente com a tabela é que os países de baixo rendimento poderiam poupar anualmente 12-24% da sua despesa total em saúde se melhorassem a eficiência dos hospitais ou da força de trabalho, libertando assim recursos para alargar potencialmente a protecção contra o risco financeiro a mais pessoas ou alargar os serviços disponíveis. O que aconteceria exactamente se os países trabalhassem em todas as fontes de ineficiência ao mesmo tempo não é claro, mas certamente os ganhos não seriam totalmente

aditivos, uma vez que a melhoria da eficiência dos trabalhadores de saúde, por exemplo, seria sentida automaticamente como uma melhoria da eficiência hospitalar. Uma estimativa conservadora sugere que 20-40% das despesas totais são consumidas de formas que fazem pouco para melhorar a saúde das pessoas. Os ganhos potenciais, em termos de melhoria da saúde da população, derivados do reinvestimento desses recursos de formas mais adequadas, são enormes.

O primeiro passo é realizar levantamentos nacionais sobre a natureza e causa das ineficiências locais, com base na análise anterior. É então necessário avaliar os custos e o impacto potencial das soluções possíveis. É possível melhorar a eficiência, como o Líbano recentemente demonstrou (Caixa 4.2).

Tabela 4.3. **Potenciais ganhos de eficiência por custo e nível de rendimento do país**

Nível de rendimento	Intervalo potencial dos ganhos de eficiência (percentagem das despesas totais em saúde)[a]	Ganhos potenciais de eficiência per capita (US$)[b]		Intervalo potencial dos ganhos de eficiência na população total (US$ mil milhões)	
		Média	Intervalo	Média	Intervalo
Recursos Humanos				563	110–851
Elevado-Rendimento	8–16	492	78–629	499	79–639
Médio-Rendimento	7–14	14	7–48	61	29–206
Baixo-Rendimento	8–15	2	1–5	3	1–6
Medicamentos				115	24–193
Elevado-Rendimento	2–3	93	14–122	95	14–124
Médio-Rendimento	2–5	5	2–16	19	9–67
Baixo-Rendimento	3–5	1	0–2	1	0–2
Hospitais				287	54–503
Elevado-Rendimento	3–8	233	30–325	236	31–330
Médio-Rendimento	5–11	11	5–39	49	23–168
Baixo-Rendimento	4–9	1	1–3	2	1–4
Perdas				271	51–468
Elevado-Rendimento	3–8	221	28–310	224	29–315
Médio-Rendimento	5–10	10	5–35	44	22–150
Baixo-Rendimento	5–10	2	1–3	2	1–4
Conjugação de intervenções				705	141–1094
Elevado-Rendimento	10–20	602	95–774	611	96–786
Médio-Rendimento	10–20	21	10–70	89	43–299
Baixo-Rendimento	10–20	3	2–7	4	2–8
Total				1409	282–2188
Elevado-Rendimento	20–40	1204	189–1548	1223	192–1573
Médio-Rendimento	20–40	42	20–140	178	86–599
Baixo-Rendimento	20–40	7	3–13	8	4–17

[a] Calculado através da multiplicação do intervalo de ganhos de eficiência potenciais (recursos humanos 15-25%; medicamentos 10-15%; hospitais 10-25%) pela proporção das despesas totais em saúde em diferentes níveis de rendimentos; ganhos potenciais de eficiência para as perdas e conjugação de intervenções estimadas directamente como percentagem das despesas de saúde per capita (*6, 69*).

[b] Calculado através da multiplicação dos ganhos potenciais de eficiência pela despesa média em saúde per capita [intervalo interquartil]: 4013 [947-3871] (elevado rendimento); 139 [101-351] (médio rendimento); 22 [15-33] (baixo rendimento) (*6, 69*).

Embora possa não ser possível, para todos os países, igualar os resultados deste país, podem sempre ser realizados ganhos substanciais em qualquer lado.

Incentivos, financiamento da saúde e eficiência

As secções anteriores sugeriram acções específicas para melhorar a eficiência nas 10 áreas identificadas. Nesta secção, o enfoque é nos incentivos – e desincentivos – inerentes aos diferentes sistemas de financiamento que podem promover ou comprometer a eficiência.

Uma das considerações principais é a forma como os prestadores de serviços de saúde são pagos. Os mecanismos de pagamento dos hospitais e instalações de saúde, e dos médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, etc. que nelas trabalham, variam substancialmente entre sistemas, e muitos proporcionam incentivos para a ineficiência. O sistema de pagamento mais rudimentar, como já discutido, é o prestador de cuidados de saúde ser pago pelo doente no momento da prestação. As muitas desvantagens deste sistema – nomeadamente as barreiras financeiras ao acesso que impõe aos mais pobres e as dificuldades financeiras que resultam para os utilizadores dos serviços – já foram discutidas em detalhe. Contudo, este pagamento directo também encoraja a prestação de serviços em excesso para as pessoas que podem pagar. Isto é outra forma de ineficiência.

As taxas de utilização são uma forma comum de pagamento, mesmo no contexto de existência de fundos comuns, nomeadamente de planos de seguros de saúde. É habitual e dispendioso. Dado que o segurador está a pagar, nem o médico nem o doente têm incentivos para restringir os custos e o excesso de serviços é o resultado inevitável. Este excesso de serviços toma, muitas vezes, a forma de sobre-utilização de medicamentos prescritos, mas não fica por aqui. Um estudo recente, sobre os factores responsáveis pelo aumento da incidência de partos por cesariana, faculta outro exemplo. Existem muitos determinantes, mas quer o aumento da procura pelos doentes quer o aumento da oferta pelos médicos que são pagos por intervenção são importantes (*70*). Apesar dos

Caixa 4.2. Reformas no Líbano: melhorar a eficiência do sistema de saúde, aumentar a cobertura e diminuir os pagamentos directos para os utilizadores

Em 1998, o Líbano gastou 12,4% do seu PIB em saúde, mais do que qualquer outro país na região do Mediterrâneo Oriental. Os pagamentos directos pelos utilizadores, correspondendo a 60% do total das despesas em saúde, eram também os mais elevados na região, constituindo um obstáculo significativo para as pessoas com baixos rendimentos. Desde então, uma série de reformas foram implementadas pelo ministério da saúde para melhorar a equidade e eficiência.

Os componentes chave desta reforma foram: a revitalização da rede pública de cuidados primários; a melhoria da qualidade dos hospitais públicos; e a melhoria da utilização racional das tecnologias médicas e dos medicamentos. Esta última incluía o aumento do uso de medicamentos genéricos certificados. O ministério da saúde também reforçou a sua liderança e as funções governamentais através de uma autoridade reguladora nacional para a saúde e tecnologia biomédica, de um sistema de acreditação para todos os hospitais e da contratação de hospitais privados para prestar serviços específicos a preços pré-determinados. Agora também dispõe de uma base de dados que utiliza para monitorar a prestação de serviços nas instalações de saúde públicas e privadas.

A melhoria da qualidade dos serviços no sector público, tanto ao nível primário como terciário, repercutiu-se no aumento da utilização, particularmente pelos pobres. Ao aumentar significativamente a prestação de serviços, o ministério da saúde tem agora maior capacidade para negociar as taxas para os serviços que compra aos hospitais privados e pode utilizar a base de dados para acompanhar os custos unitários dos vários serviços hospitalares.

A utilização de serviços preventivos, promotores e curativos, particularmente entre os mais pobres, melhorou desde 1998, assim como os resultados de saúde. A redução da despesa em medicamentos, combinada com outros ganhos de eficiência, significou uma quebra da despesa em saúde, em percentagem do PIB, de 12,4% para 8,4%. Os pagamentos directos pelo utilizador, em percentagem das despesas totais em saúde, caíram de 60% para 44%, aumentando os níveis de protecção contra o risco financeiro.

partos por cesariana estarem relacionados com o aumento da mortalidade materna, morbilidade materna e infantil e com o aumento de complicações nos partos subsequentes (*71-73*), estes partos são cada vez mais frequentes, mesmo quando o parto natural não apresenta nenhum risco particular (*74*). Em 69 dos 137 países com informação, as taxas de parto por cesariana estão a aumentar, representando um custo estimado de US$ 2 mil milhões por ano em procedimentos médicos desnecessários (Caixa 4.3).

A intensidade com que o parto por cesariana está a ser promovido, por pessoas que têm interesses financeiros em realizá-los, não é clara, mas, de acordo com o mesmo estudo sobre a procura e oferta, em contextos em que os serviços de saúde são assegurados pelo governo, as taxas de cesarianas caíram. Especificamente, a duplicação da proporção de despesas de saúde asseguradas por fundos públicas corresponde uma redução de até 29,8% (9,6-50%) das taxas de Cesarianas.

A maioria dos sistemas de seguros de saúde, em que os utilizadores pagam taxas de utilização, introduziu controlos para evitar a prestação de serviços em excesso. Muitos países também introduziram co-pagamentos e outras formas de partilha de custos para encorajar os doentes a reconsiderar a necessidade de utilização do serviço de saúde. Contudo, a implementação destas medidas pode ser dispendiosa, requer consideráveis capacidades para monitoria e não combate a principal causa do problema – os incentivos à prestação de serviços em excesso num sistema baseado na remuneração por serviço dos prestadores.

Uma estratégia para limitar o excesso de serviços é fixar, através da capitação, o montante de pagamento aos prestadores. A capitação é utilizada habitualmente ao nível dos cuidados primários, onde os prestadores recebem uma taxa pré-determinada para cobrir todos os serviços de saúde de cada pessoa registada. Ao tornar o médico ou a instalação prestadora de cuidados primários responsável pelo pagamento de qualquer tratamento que administre aos seus doentes ou pelos tratamentos daqueles doentes que encaminhe para níveis mais elevados do sistema, encoraja-os a privilegiarem a prevenção. A prevenção de doenças mais graves reduz o número de referências e impede a perda de parte dos seus fundos. Contudo, isto também pode encorajar os médicos a retardar as referências.

A capitação é, por vezes, utilizada para pagar os prestadores de cuidados primários de saúde pelos seus serviços, independentemente da forma como os cuidados secundários e terciários são financiados. Neste caso, os prestadores de cuidados primários podem ter um incentivo para referir os seus doentes para níveis superiores mais cedo, ou quando os doentes não necessitam realmente de cuidados mais

Caixa 4.3. Variações globais no recurso ao parto por cesariana

O número de partos por cesariana varia enormemente entre países, com os mais ricos e aqueles em transição a registarem um recurso excessivo a este procedimento, e os países economicamente mais frágeis, principalmente África, a não conseguirem corresponder à procura. Os dados sobre a realização de cesarianas em 137 países, em 2007, mostraram que em 54 países os nascimentos por cesariana representavam menos de 10% de todos os nascimentos; e em 69 países, a percentagem era superior a 15%. Apenas 14 países reportavam taxas dentro dos níveis recomendados, de 10 a 15%.

Uma análise a nível nacional, baseada no método WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Effective), revelou que o custo global do excesso de cesarianas é superior a US$ 2 mil milhões anualmente. Em 2008, o total de partos por cesariana desnecessários superaram os realmente necessários. Devido à concentração esmagadora de cesarianas desnecessários em países com elevados níveis de rendimento (e, por isso, níveis de preços mais elevados), o custo global do excesso de cesarianas em 2008 poderia ter potencialmente financiado, por mais de 6 vezes, os procedimentos realmente necessários nos países mais pobres.

Fonte: (*75*).

especializados, como forma de protegerem os seus orçamentos.

Nos hospitais, o equivalente ao pagamento por serviço é o pagamento de acordo com a duração do internamento. Como no caso dos pagamentos por serviço nos serviços clínicos, o pagamento de acordo com a duração do internamento induz internamentos mais longos e, consequentemente, custos mais elevados do que seria medicamente necessário (*76, 77*).

Um mecanismo mais eficiente utiliza uma forma de pagamento por caso, como os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), em que as diferentes patologias são agregadas em grupos de custo homogéneos para os quais são determinados custos médios de tratamento. O hospital recebe um reembolso fixo independentemente da forma como decide tratar o doente ou da duração da estadia. O lado negativo é que os hospitais podem dar alta aos doentes mais cedo para que os possam readmitir novamente para terem direito a um pagamento adicional pelo novo episódio GDH. Muitos países e seguros – e não apenas aqueles em contexto de elevado rendimento – introduziram algum tipo de pagamento por caso nos seus sistemas de financiamento hospitalar, para controlar os custos e encorajar a eficiência. Isto inclui países como o Cazaquistão, o Quirguistão, a Tailândia e a Turquia (*78-81*).

Na Suécia, uma comparação dos vários cantões que utilizam pagamentos baseados em GDH com os que não utilizam sugere uma poupança nos custos de cerca de 10% (*82*). Nos EUA, a duração média da estadia hospitalar diminuiu com o regime de GDH, em comparação com outros métodos de pagamento (*83*). Contudo, quer a capitação quer o pagamento por GDH requerem a capacidade para medir os custos correctamente antes de serem implementados e de monitorizar o seu impacto ao longo do tempo.

A alternativa à remuneração dos profissionais de saúde por serviço ou por capitação é o pagamento de um salário fixo. Aqui o desafio é oferecer incentivos para as pessoas que, de outra forma, não têm nenhuma motivação financeira para melhorar o seu desempenho. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido introduziu um esquema de incentivo por bónus para os médicos generalistas, em 2004, concebido para os encorajar a melhorar os cuidados prestados, especialmente no acompanhamento de certas doenças (ataque cardíaco, asma, diabetes). O bónus pode equivaler a vários milhares de libras por ano e constituir uma parte substancial do rendimento do médico (*84*).

Vários países começaram a desenvolver sistemas de pagamento misto, quer para os hospitais quer para os prestadores individuais, com o pressuposto de que um método de pagamento misto justo pode contribuir para maior eficiência e qualidade do que um modelo de pagamento fixo (*85*). O sistema Alemão, por exemplo, combina o orçamento com pagamentos por GDH ao nível hospitalar e os incentivos para controlar os custos. Na Finlândia, os médicos são pagos através de um misto de salário, capitação e por serviço.

Pagamentos de acordo com o desempenho

O pagamento em função do bom desempenho é, conceptualmente, o oposto da abordagem designada por *"never-events"* da Medicare, recompensando os médicos e as enfermeiras quando desempenham correctamente a sua

função em vez de recusar o pagamento quando cometem erros. Durante as últimas décadas, foram implementados muitos esquemas de incentivos associados ao desempenho, com várias designações – pagamento por desempenho, contratação baseada no desempenho, financiamento baseado no desempenho e financiamento baseado nos resultados – mas todos se resumem a recompensar a prestação de serviços específicos para encorajar maior cobertura, melhor qualidade ou melhores resultados de saúde (*86*).

Alguns deles tiveram resultados positivos em vários países de elevado rendimento, paralelamente à experiência do Reino Unido apresentada no capítulo anterior. Nos EUA existem mais de 200 programas de pagamento por desempenho, a França tem um programa nacional e a Espanha e Itália tem projectos locais ou em pequena escala (*84*). As avaliações sugerem que os esquemas de incentivos por desempenho melhoraram efectivamente o desempenho dos médicos e/ou hospitais, em relação a um conjunto de indicadores que variam de acordo com o contexto mas que incluem indicadores de qualidade, como a adesão às melhores práticas de tratamento, o controlo dos níveis de pressão arterial dos doentes e a redução da taxa de complicações associadas à diabetes (*87, 88*). Contudo, existe evidência que estes incentivos, por vezes, não resultaram numa melhoria do desempenho do prestador (*89*). Mesmo onde parece que tiverem algum impacto, o seu rácio de custo-efectividade raramente foi considerado. Será que os melhores níveis de desempenho merecem pagamentos adicionais? Existirão formas com maior rácio de custo-efectividade para alcançar os mesmos resultados? Estas questões ainda não têm resposta (*90*).

Nos últimos anos, estes tipos de mecanismos de pagamento foram introduzidos das formas mais diversas nos países em desenvolvimento, muitas vezes como projectos-piloto com financiamento externo, e muitas vezes em intervenções na saúde materno-infantil (*91*). Esses países incluem o Burúndi, o Cambodja, os Camarões, a República Democrática do Congo, o Egipto, o Haiti, a Índia, a Nicarágua e o Ruanda. Foram relatadas melhorias no desempenho em várias áreas de cuidados, incluindo o número de consultas pré-natais, a proporção de partos institucionais e a cobertura da vacinação infantil (*92, 93*).

Contudo, os resultados promissores precisam de ser encarados com cautela dada a escassez de evidência e as avaliações pouco robustas, apesar de uma recente revisão sectorial ter sugerido que podem ser um instrumento útil para melhorar a eficiência se implementados correctamente (*94*). Para tal é necessária a definição clara das regras do jogo e daquilo que é esperado de cada participante. Pode também envolver o reforço do sistema de informação e das funções de monitoria para contrariar incentivos perversos, nos caso em que os prestadores tentam explorar o sistema ao concentrarem-se em procedimentos e doentes mais bem recompensadores para aumentar o seu rendimento, ou negligenciam os procedimentos e doentes mais pobres. Este tipo de comportamento já foi reportado em contextos quer de elevado quer de baixo rendimento (*95-97*).

Existem duas considerações adicionais sobre sistemas de incentivos ao desempenho. Primeiro, se os pagamentos pelo desempenho forem introduzidos, para diferentes programas, de forma separada e independente, o resultado pode bem ser a criação de incentivos concorrentes – cada programa lutando para conseguir que os prestadores façam o seu trabalho em

vez do trabalho de outros programas. Quando estão envolvidos doadores, os países receptores precisam de tomar as decisões, determinar como os incentivos ao desempenho se encaixam no seu sistema global de financiamento da saúde e nas estratégias de prestação de serviços e como, onde e para quê devem ser pagos os incentivos.

Segundo, o enfoque nas recompensas financeiras pode afectar o comportamento dos prestadores de formas mais subtis ao fazer com que os profissionais de saúde, ao nível individual, sintam que as suas competências estão a ser questionadas ou que o seu desejo intrínseco de fazer um bom trabalho não é apreciado ou está a ser rejeitado (*98*). Esta abordagem pode também encorajar os profissionais de saúde a esperar bónus por cada acto que realizem (*99*).

Aquisições estratégicas

As recompensas pelo desempenho são apenas uma das considerações quando se afectam fundos para assegurar que existem serviços de qualidade para os que deles necessitam e que o sistema funciona eficientemente. Tradicionalmente, os prestadores têm sido reembolsados pelos serviços que prestam e/ou os governos determinam os orçamentos para os vários níveis governamentais, departamentos e programas em função dos fundos que receberam no ano anterior. Isto foi tipificado com a designação de aquisição passiva (*100, 101*). A transição para a aquisição activa pode melhorar a qualidade e eficiência ao identificar: as necessidades de saúde da população e as suas variações a nível nacional; as intervenções e os serviços que melhor correspondem às necessidades e expectativas da comunidade, dados os recursos disponíveis e a conjugação óptima entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; a forma como estes serviços e intervenções deveriam ser adquiridos ou prestados, incluindo os mecanismos contratuais e os sistemas de pagamento aos prestadores, como discutido no capítulo anterior; e a quem deveriam ser comprados, considerando os prestadores disponíveis e o seu nível de qualidade e eficiência (*102*).

A escolha entre a aquisição passiva e activa não é simples. Os países irão decidir onde podem operar com base na sua capacidade para recolher, monitorar e interpretar a informação necessária e encorajar e reforçar os padrões de qualidade e eficiência. As aquisições passivas conduzem à ineficiência. Mesmo que os países sintam que ainda não têm as capacidades técnicas para evoluírem rapidamente para a aquisição activa, podem desenvolver um quadro conceptual para a implementarem a prazo. Pode mesmo haver um espaço para os pagamentos em função do desempenho no contexto da aquisição activa, mas é provável que funcionem melhor enquanto parte de uma abordagem global que inclua todos os outros elementos.

Os instrumentos utilizados para a aquisição estratégica podem requerer alterações e modificações ao longo do tempo. Como já indicado, os sistemas de financiamento da saúde mais avançados exploram diversos métodos de pagamento dos prestadores para tentarem alcançar a conjugação correcta de incentivos. Muitos países já experimentaram vários, por motivos técnicos ou por razões políticas. Esta é a realidade dos sistemas de saúde: os decisores políticos devem considerar as várias opções ao mesmo tempo que se

envolvem em debates mais abrangentes – muitas vezes politizados – sobre os méritos dos vários métodos de pagamento aos prestadores e da aquisição de serviços para satisfazer as necessidades da população.

Fragmentação

Cada país precisa de encontrar soluções pragmáticas para pagar aos prestadores e para adquirir serviços; soluções que reflictam as condições locais. Quaisquer que sejam as escolhas, a base do sistema de saúde que melhor serve as necessidades da sua população irá incluir certamente alguma forma de pré-pagamento ou fundos comuns. Quanto maior a partilha de risco, ou seja, a dimensão do fundo comum, melhor. Os grandes fundos têm vantagens diversas, nomeadamente, uma maior capacidade de suportar os custos ocasionais de doenças dispendiosas. Um sistema de saúde mais eficiente evita a fragmentação originada pela multiplicação de fundos, mas também pela canalização e distribuição mais racional de recursos. Como discutido nos capítulos anteriores, a fragmentação limita o a possibilidade de solidariedade – entre os mais ricos e os pobres, e os saudáveis e doentes –, que é necessária num sistema de partilha de risco. Nos EUA, a fragmentação na partilha de risco é considerada como uma das razões para o fracasso da cobertura universal, apesar do elevado nível de despesa com a saúde (*103*).

A fragmentação também pode ser ineficiente. Os sistemas com múltiplos canais de angariação de fundos e fundos comuns, cada um com os seus custos administrativos, esforços duplicados, são dispendiosos e requerem coordenação. De igual modo, a fragmentação noutras partes do sistema – funcionamento dos hospitais, distribuição de medicamentos e equipamentos, manutenção de sistemas laboratoriais – origina desperdício e duplicações desnecessárias.

Os programas de saúde pública, como os de controlo da tuberculose (TB) e VIH, são frequentemente limitados por fluxos financeiros e prestação de serviços fragmentados (*104*). Nos casos em que as verbas orçamentadas para o programa têm origem no governo (muitas vezes reforçadas com fundos internacionais), o programa fica com a responsabilidade de agregar os fundos e direccioná-los para os prestadores de serviços. Em muitos casos, os programas têm os seus próprios sistemas para prestação de serviços, como um hospital para TB. No Quirguistão, por exemplo, a estratégia definida era ter cerca de 50% dos doentes com TB tratados nas instalações de cuidados primários, mas apenas 3-4% das despesas totais em TB eram realizadas a esse nível, devido à forma como a maioria dos fundos domésticos e externos para a doença era gerida, separadamente dos restantes fundos do sistema principal de pagamento, que se destinavam predominante aos hospitais de TB (*105*). Estes procedimentos foram recentemente modificados e a partir de 2011 alguns destes fundos serão adicionados aos fundos comuns para a saúde, que podem apoiar os cuidados primários aos doentes com TB.

A análise dos fluxos financeiros para os programas de VIH e toxicodependência na Estónia também revelou duplicação desnecessária. Os utilizadores de drogas injectáveis eram um grupo-alvo para cada programa, que contratava separadamente com ONG para a sua implementação (*106*). Como resposta, o governo introduziu um processo mais eficiente de

contratação, combinando recursos e agrupando as intervenções de ambos os programas (*107*).

A fragmentação é comum, mas não restrita aos sistemas de saúde. Um relatório recente do Banco Mundial sugere que existiriam ganhos de eficiência e equidade com a maior integração dos sistemas de assistência e segurança social (incluindo os seguros de saúde) nos países da América Latina (*108*).

A fragmentação também não é apenas uma preocupação dos governos nacionais. É crescentemente reconhecido que a fragmentação da ajuda internacional ao desenvolvimento origina custos administrativos elevados para os doadores e receptores, duplicações desnecessárias e variações nas orientações políticas e nos padrões de qualidade ao nível nacional (109). Uma ilustração desta duplicação e desperdício é o elevado número de seminários para reforço institucional realizados anualmente. Muitas vezes, as mesmas pessoas nos países receptores participam em diversos workshop de capacitação, no mesmo ano, cada um abordando tópicos semelhantes e financiado por diferentes doadores (*110*).

Deste modo, é imperativo, no espírito da Declaração de Paris sobre a Efectividade da Ajuda, que os maiores doadores não assumam apenas compromissos, mas actuem no sentido de alinhar os seus esforços de promoção da apropriação nacional das estratégias e planos de saúde. Os doadores podem fazê-lo se reduzirem a fragmentação na forma como os fundos são canalizados para os países receptores e diminuírem a duplicação nos sistemas de formação, prestação de serviços, supervisão e relatórios que exigem. Há muito a fazer: o número de parceiros internacionais e iniciativas globais, cada um agregando e canalizando fundos para o sector da saúde, aumentou substancialmente desde 2000 (*111*).

Corrigir as desigualdades

A melhoria da eficiência irá possibilitar resultados melhores e com melhor rácio de custo-efectividade em saúde, mas não será suficiente só por sí. Porque a saúde é mais do que o nível agregado de saúde da população, estatisticamente expresso por um indicador como a esperança de vida. Os sistemas de saúde têm objectivos múltiplos, muitas vezes concorrentes: melhorar o nível geral de saúde; reduzir as desigualdades de saúde; melhorar a capacidade de resposta do sistema às necessidades e expectativas das pessoas; e assegurar justiça financeira na forma como os fundos para a saúde são recolhidos (*112*). Idealmente, a eficiência seria medida pela capacidade do sistema avançar na obtenção de todos esses objectivos simultaneamente.

No mínimo, o progresso no nível geral de saúde da população e na cobertura das intervenções necessita de ser avaliado em relação às desigualdades, quer dentro desse nível agregado de cobertura quer nos resultados em saúde. As substanciais desigualdades de cobertura, nomeadamente no acesso a profissionais de saúde qualificados durante o parto e à vacinação DTP a nível nacional – recolhidas dos recentes Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) na maioria dos países de baixo rendimento com elevada mortalidade materno-infantil – foram descritas no Capítulo 1. Mas as desigualdades existem mesmo nos países mais ricos, como realçado pela recente

Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde (*113*). Um estudo recente na Austrália sugere que os doentes com doenças cardiovasculares tinham uma muito menor probabilidade de obter tratamento se pertencessem a um grupo socioeconómico baixo. No limite, os doentes com baixo estatuto socioeconómico tinham 52% menos probabilidade de realizar uma angiografia do que os seus pares mais afortunados (*114*). Exemplos de desigualdades semelhantes nos resultados em saúde ou no acesso aos serviços, podem ser encontrados num conjunto alargado de países, em todos os níveis de rendimento (*115, 116*).

Os imigrantes são um dos poucos grupos que permanece sem cobertura pelo seguro de saúde na Costa Rica, país que, em muitos outros aspectos, realizou progressos no sentido da cobertura universal (*117*). As populações indígenas, em quase todos os países, também merecem atenção especial, pois têm uma esperança de vida mais curta e com menos saúde do que os seus compatriotas não-indígenas. Um estudo recente afirma que, por exemplo, em sete países da América Central e do Sul, a proporção de mulheres indígenas que recebem cuidados pré-natais ou têm partos institucionais é muito menor do que nas mulheres não-indígenas; esta desigualdade na cobertura é uma das causas da disparidade nos resultados de saúde materna entre as populações indígenas e não-indígenas (*118*). As mulheres afro-americanas, nos mesmos países, também tiveram partos em instalações sanitárias com menos frequência e tiveram piores resultados de saúde do que outras mulheres (*118*). Existem diferentes tipos de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, entre os pessoas indígenas e não-indígenas, em países de elevado rendimento como a Austrália, o Canadá, a Nova Zelândia e os EUA, relacionados frequentemente com a distância e os custos de transporte. Quaisquer que sejam as razões, os resultados de saúde permanecem, persistentemente, mais baixos nas pessoas indígenas (*119*).

Ao assegurar que uma proporção mais elevada dos fundos disponíveis para a saúde é proveniente de pré-pagamentos e de fundos comuns, aumentamos a protecção contra o risco financeiro e o acesso aos serviços para todas as pessoas na população. Os subsídios governamentais, provenientes das receitas gerais do Estado e atribuídos às pessoas que não podem pagar aumentam, ainda mais, a protecção contra o risco financeiro e o acesso aos serviços. As transferências condicionais em dinheiro, os *vouchers* e outros mecanismos para reduzir as barreiras financeiras, decorrentes dos custos de transporte e acomodação e da perda de tempo de trabalho, aumentam ainda mais a cobertura. Contudo, o restabelecimento da igualdade requer mais do que bons sistemas de financiamento da saúde. É necessário um conjunto mais abrangente de iniciativas, paralelas ao sector da saúde, relacionadas principalmente com os determinantes socioeconómicos. Dito isto, nenhum sistema de saúde pode assegurar uma cobertura equitativa sem mecanismos de financiamento da saúde semelhantes aos descritos neste relatório.

Conclusão

Estimamos que 20-40% de todas as despesas em saúde são desperdiçadas devido à ineficiência. É uma estimativa indicativa, baseada em dados relativamente limitados, mas permite realçar que existem ganhos substanciais na

sua redução. Todos os países podem fazer mais, por vezes muito mais, para melhorar a eficiência. A comunidade internacional também poderia fazer mais para melhorar a eficiência da arquitectura global da saúde e para apoiar as tentativas dos países receptores para reforçar a eficiência.

Este capítulo discute algumas das formas mais práticas e directas de reduzir o desperdício. Os decisores políticos devem aproveitá-las, de acordo com as suas próprias necessidades, reconhecendo que podem existir ainda outras oportunidades no seu contexto. Reduzir a ineficiência não requer necessariamente reduzir a despesa; a ineficiência pode resultar de despesa insuficiente, em vez de excessiva. Por exemplo, os baixos salários podem resultar na procura de rendimentos adicionais pelos profissionais de saúde, através de outros trabalhos durante as horas do seu emprego principal. As soluções precisam de ser definidas de acordo com as necessidades de cada país, mas a eliminação de apenas algum do desperdício permitiria que os países mais pobres alcançassem a cobertura universal mais rapidamente, enquanto que os países mais ricos poderiam melhor a disponibilidade e qualidade dos serviços oferecidos. ■

Referências

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml, accessed 7 July 2010).
2. *Where can $700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 (http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf, accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe,* 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial_OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://dosei.who.int/).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (http://erc.msh.org/dmpguide, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009,373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (http://www.haiweb.org/medicineprices, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en* 2009. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mémento medicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiques-de-presse/La-Mutualite-francaise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255

15. S*urvey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines.* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO.* Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/prequal/default.htm, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://dosei.who.int/).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies.* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/eht, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety.* Amsterdam, Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations.* Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf, accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care–is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage.* Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil.* World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).

39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals.* Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf, accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient SafetyGlobal priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005,24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector.* World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (http://www.medicinestransparency.org/, accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009,90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/choice, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (http://www.dcp2.org, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003,1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007,6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand.* Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).

64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff.20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control.* World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMsb022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633
73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research groupCaesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991–2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage.* World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000–2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5
80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DP.E.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMsr065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMsa064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health.* Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (http://www.who.int/contracting/PBF.pdf, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.
101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001,56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009,374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme.* Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).

106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).
110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf, accessed 04 June 2010).
111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).
113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009,9:460- doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf, accesssed 2 July 2010).
117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos /raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all*. World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).



Capítulo 5 | Uma Agenda para a Acção

5

Uma Agenda para a Acção

Aprender com a experiência

Nenhum país começa do zero quando define a forma como financia os seus serviços de saúde. Todos têm algum tipo de sistema em funcionamento e devem desenvolvê-lo de acordo com os seus valores, constrangimentos e oportunidades. Este processo pode e deve ser suportado pela experiência nacional e internacional. Com base na revisão, descrita nos capítulos anteriores, da melhor evidência disponível, é agora tempo para apresentar as principais conclusões, sugerindo diferentes formas para os países alcançarem a cobertura universal.

1. Pagamento dos serviços de forma a não restringir o acesso

A mais importante conclusão é que, globalmente, **existe demasiada dependência dos pagamentos directos enquanto fonte de receita doméstica para a saúde**. A obrigação de pagar directamente pelos serviços no momento de necessidade de cuidados de saúde – quer esse pagamento seja feito numa base formal ou informal – impede que milhões de pessoas recebam cuidados de saúde quando deles necessitam; e, para aqueles que ainda assim procuram tratamento, pode resultar em dificuldades financeiras ou mesmo no seu empobrecimento. Muitos países podiam fazer mais para proteger estas pessoas, se assegurassem que o grosso do financiamento doméstico para a saúde tivesse por base o pré-pagamento, que fosse depois agregado para diluir o risco financeiro por toda a população. Os pré-pagamentos e os fundos comuns removem as barreiras financeiras ao acesso, mas também reduzem a incidência das despesas catastróficas em saúde, dois dos objectivos da promoção da cobertura universal.

Existem fortes evidências de que o reforço da recolha de fundos através de pré-pagamentos obrigatórios constitui a forma mais eficiente e equitativa para alcançar a cobertura universal. Nos países que mais se aproximaram da cobertura universal em saúde, os pré-pagamentos são a regra, organizados através dos impostos gerais e/ou contribuições obrigatórias para seguros de saúde. Nenhum mecanismo é inerentemente superior, nem existe sempre uma clara distinção entre os dois. As contribuições obrigatórias dos trabalhadores e do patronato para seguros de saúde são efectivamente um imposto específico para o financiamento da saúde. Dito isto, os países que dependem fortemente das contribuições obrigatórias dos trabalhadores e do patronato, como receita para os pré-pagamentos, precisam de diversificar as fontes de financiamento à medida que a população envelhece – visto que a proporção da população activa na população total será mais pequena e, consequentemente, haverá menos contribuições para os fundos associados ao pré-pagamento. Muitos já o fazem.

Quase todos os países têm a capacidade de angariar financiamentos adicionais

para a saúde, pela atribuição de maior prioridade à saúde nas despesas governamentais ou pelo reforço das receitas adicionais de impostos não explorados, como discutido no Capítulo 2. Os impostos sobre produtos prejudiciais, como o tabaco ou o álcool, melhoram a saúde ao mesmo tempo que permitem obter fundos adicionais, mas não são ainda totalmente explorados em muitos países.

As contribuições para o sistema de saúde devem ser percebidas como acessíveis e justas para o sistema ser sustentável. A avaliação da justeza das contribuições pode ser complexa quando as pessoas contribuem através de vários tipos de impostos e/ou seguros. As contribuições para seguros, por exemplo, podem não ser baseadas no rendimento, mas isto pode ser contrabalançado por um sistema geral de impostos progressivos, no qual os ricos contribuem com uma proporção mais elevada dos seus rendimentos do que os pobres. O que é importante é que, no geral, as contribuições sejam baseadas na capacidade de pagar.

A universalidade só pode ser alcançada quando os governos suportarem os custos com a saúde das pessoas que não têm capacidade para contribuir. Independentemente da riqueza global de um país, algumas pessoas são simplesmente demasiado pobres para contribuir, através de impostos sobre o rendimento e/ou contribuições para seguros, ou apenas conseguem fazer pequenas contribuições. Com algumas notáveis excepções, são poucos os países com despesas em saúde suportadas pelas receitas do orçamento geral ou por seguros inferiores a 5-6% do PIB, que alcançam a cobertura universal, pois não conseguem subsidiar os mais pobres.

Eliminar os pagamentos directos não garante, necessariamente, o acesso financeiro aos serviços de saúde, do mesmo modo que eliminar os pagamentos directos apenas nas instalações governamentais pouco fará para melhorar o acesso ou reduzir a catástrofe financeira em alguns países. Os custos de acomodação e transporte também impedem os mais pobres de utilizar os serviços, assim como as barreiras não financeiras, que incluem restrições às deslocações das mulheres sem serem acompanhadas, o estigma associado a alguns problemas de saúde e as barreiras linguísticas. Muitas das soluções potenciais para estes problemas não são do âmbito financeiro, mas outras sim. As transferências condicionais de dinheiro (TCD), por exemplo, têm sido utilizadas pelo sector da saúde, em alguns países, para alargar a cobertura, particularmente de medidas preventivas, enquanto as transferências incondicionais são tipicamente utilizadas pelos ministérios das finanças ou da segurança social para reduzir as desigualdades no rendimento e permitir às pessoas a aquisição de bens e serviços de que necessitem, incluindo serviços de saúde.

No caminho para a cobertura universal não é possível evitar escolhas difíceis. Nenhum país pode garantir o acesso a todo e qualquer serviço de saúde que promova, proteja ou melhore a saúde. Devem ser tomadas decisões sobre a extensão populacional da cobertura, os serviços de saúde e os custos, tendo em conta os fundos disponíveis. As escolhas que os países fazem serão, em parte, pragmáticas – por exemplo, qual o rácio de custo-efectividade de um determinado procedimento – e, por outro lado, serão baseadas em valores sociais que reflectem a relevância da solidariedade social e a auto-suficiência do país.

Para se concretizar, contudo, a cobertura universal requer um

compromisso de cobrir 100% da população, implicando escolhas difíceis entre a proporção de serviços de saúde e a proporção dos seus custos que podem ser cobertos pelos fundos comuns.

2. Fundos comuns consolidados e adopção de pré-pagamentos obrigatórios

É impossível atingir a cobertura universal através de planos de seguros voluntários. As pessoas com baixo risco – normalmente jovens e saudáveis – optarão pela não participação, ao mesmo tempo que será difícil assegurar que os trabalhadores independentes contribuam. A participação voluntária pode ajudar as pessoas a perceber os benefícios do pré-pagamento e, se é certo que alguma protecção do risco financeiro é melhor que nenhuma, no longo prazo, a participação terá de ser obrigatória se queremos cobrir 100% da população.

Os pequenos fundos comuns não são financeiramente viáveis no longo prazo. Os pequenos fundos são vulneráveis. Uma doença ou procedimento de elevado custo pode esgotar as suas reservas. Os seguros comunitários e micro-seguros desempenham o seu papel em contextos onde é difícil angariar e agregar fundos para a saúde de outras formas, e podem ser formas úteis de encorajar o sentido de solidariedade, enquanto promovem os benefícios do pré-pagamento. Também podem oferecer algum grau de protecção do risco financeiro aos participantes, mas, em última instância, quanto maior melhor, e a consolidação dos fundos deve ser parte da estratégia desde o início. Isto também se aplica aos pequenos fundos geridos pelo governo, como os orçamentos distritais para a saúde. Em alguns casos, a cobertura adequada dos distritos mais pobres apenas pode ser alcançada quando existam subsídios directos dos fundos comuns centrais ou quando os distritos partilhem custos.

A existência de múltiplos fundos para diferentes grupos populacionais é ineficiente, porque eles duplicam o esforço e aumentam os custos dos sistemas administrativos e de informação. Por exemplo, quando um ministério da saúde ou um departamento de segurança social gere serviços de saúde diferentes para diferentes grupos populacionais as consequências da duplicação e ineficiência são ampliadas.

A multiplicidade de fundos também torna mais difícil a equidade e a protecção contra o risco financeiro. Assegurar que toda a população tem acesso a benefícios similares geralmente requer que os ricos e os pobres contribuam e sejam cobertos pelo mesmo fundo. Entretanto, a protecção contra o risco financeiro é também amplificada quando pessoas com diferentes rendimentos e riscos de saúde contribuem para e beneficiam do mesmo fundo.

A multiplicidade de fundos pode promover a equidade e a protecção financeira em algumas circunstâncias, mas isso requer considerável capacidade administrativa. Quer estes fundos estejam organizados numa base geográfica não competitiva (por exemplo, fundos governamentais que abrangem a população de uma província ou região) ou numa base competitiva (múltiplos seguros competindo pelos consumidores), é possível atingir a equidade e protecção financeira se existirem suficientes fundos públicos e a participação for obrigatória. Mas para que tais estruturas possam funcionar é necessário assegurar a agregação "transversal" dos diferentes fundos,

criando efectivamente um único fundo comum virtual através da perequação do risco, de modo a que sejam transferidos fundos de segurados ou regiões que cobrem pessoas com baixo risco para aqueles que cobrem pessoas com elevado risco. Esta abordagem é exigente em termos administrativos, requerendo capacidade para monitorizar os riscos e o rácio de custo-efectividade e para recolher e transferir recursos entre os diversos fundos.

3. Utilizar recursos de forma mais eficiente e equitativa

Todos os países podem melhorar a eficiência, por vezes muito significativamente, e, deste modo, libertar recursos para assegurar um rápido progresso no sentido da cobertura universal. A atenção aos medicamentos, por si só, (por exemplo, na melhoria das orientações de prescrição ou no reforço da transparência na aquisição e procura) pode reduzir significativamente as despesas em muitos países, sem nenhuma perda de qualidade. Outras formas comuns de ineficiência foram apresentadas no Capítulo 4, conjuntamente com sugestões para a sua resolução.

A fragmentação conduz a problemas na agregação de recursos e à **ineficiência na aquisição e prestação de serviços**. Os fluxos de ajuda ao desenvolvimento para a saúde podem, inadvertidamente, amplificar este problema. O financiamento de programas de saúde não tem de ser realizado através de sistemas de financiamento paralelos, cada um com os seus procedimentos administrativos e de monitorização, mas, contudo, isto acontece muitas vezes.

A aquisição e a contratação activa ou estratégica de serviços de saúde ajuda os países a alcançar mais rapidamente a cobertura universal, mas deve ser considerada com cuidado. Os funcionários responsáveis pela aquisição e/ou contratação necessitam de utilizar os recursos com base nos benefícios obtidos com o dinheiro empregue (Value for Money), no desempenho e na informação sobre as necessidades da população. Isto requer bons sistemas de informação e forte capacidade de analisar e gerir a informação. A correcta avaliação das necessidades de saúde da população, dos padrões de despesa e do rácio de custo-efectividade das intervenções também melhora a qualidade e a eficiência.

Os incentivos para reforçar a eficiência, equidade e qualidade dos serviços são essenciais, quer os prestadores dos serviços sejam públicos ou privados. Não existe evidência de que os prestadores de serviços privados sejam mais ou menos eficientes do que os públicos. Na perspectiva da política de financiamento da saúde, decidir qual o melhor prestador de serviços requer uma abordagem mais pragmática do que ideológica.

O pagamento por serviço geralmente encoraja a a prestação excessiva para os que podem pagar (ou que estão cobertas por seguros) e um défice de prestação para os que não podem. Para além desta verdade universal, os mecanismos de pagamento devem ser avaliados pelos seus méritos. Por exemplo, a capitação, para os serviços de ambulatório e o pagamento por caso, como para os GDH no caso de internamentos, reduz os incentivos à prestação excessiva de serviços encorajada pelo sistema de pagamento por serviço. Mas estas abordagens podem criar outros problemas, como a antecipação da alta médica seguida pela readmissão para capturar um pagamento adicional. Muitos países estão a experimentar procedimentos

administrativos e de pagamento misto para aproveitar as vantagens e mitigar as fragilidades de cada sistema independentemente.

As intervenções de prevenção e promoção podem ter um rácio de custo-efectividade favorável e reduzir a necessidade de tratamentos subsequentes. Contudo, de um modo geral, existe muito maior pressão sobre os políticos para assegurarem o acesso ao tratamento, e muitos sistemas de financiamento concentram-se maioritariamente no seu pagamento, do que a formas de prevenção e promoção de base populacional. Para além disso, os próprios indivíduos geralmente desvalorizam a prevenção. Isto significa que, por vezes, é necessário que os governos financiem as actividades de prevenção e promoção de base populacional, de modo separado dos serviços de atenção pessoal, predominantemente de tratamento e de reabilitação.

A governação efectiva é a chave para melhorar a eficiência e equidade. Algumas das regras básicas para a boa governação são estabelecidas fora do sector da saúde – por exemplo, as regras de gestão financeira e auditoria – mas não existe nenhuma razão para que a saúde não seja um precursor nesta área. Os decisores políticos neste sector podem fazer muito para reduzir os desvios das boas práticas, por exemplo, no aprovisionamento. Podem melhorar a qualidade na prestação de serviços e a eficiência do sistema, inclusive através da regulamentação e legislação.

As lições descritas acima, resultantes de uma longa experiência em muitos países, podem ajudar os decisores políticos a definir as melhores formas de avançar, mas não é suficiente adoptar simplesmente alguns elementos de um menu de opções ou importar aquilo que funcionou noutros contextos. **A estratégia de financiamento da saúde deve ser definida localmente – avançar para a cobertura universal a partir da situação actual.** É imperativo que os países desenvolvam a sua própria capacidade para analisar e compreender as forças e fragilidades do sistema existente para que possam adaptar, implementar, monitorizar e modificar as políticas de financiamento da saúde em conformidade.

Estas lições estão principalmente relacionadas com os desafios técnicos da reforma do sistema de financiamento da saúde, mas os aspectos técnicos são apenas uma componente do desenvolvimento e implementação das políticas. Para produzir reflexão e mudança, são necessárias outras acções, que serão consideradas na seguinte secção.

Apoio à mudança

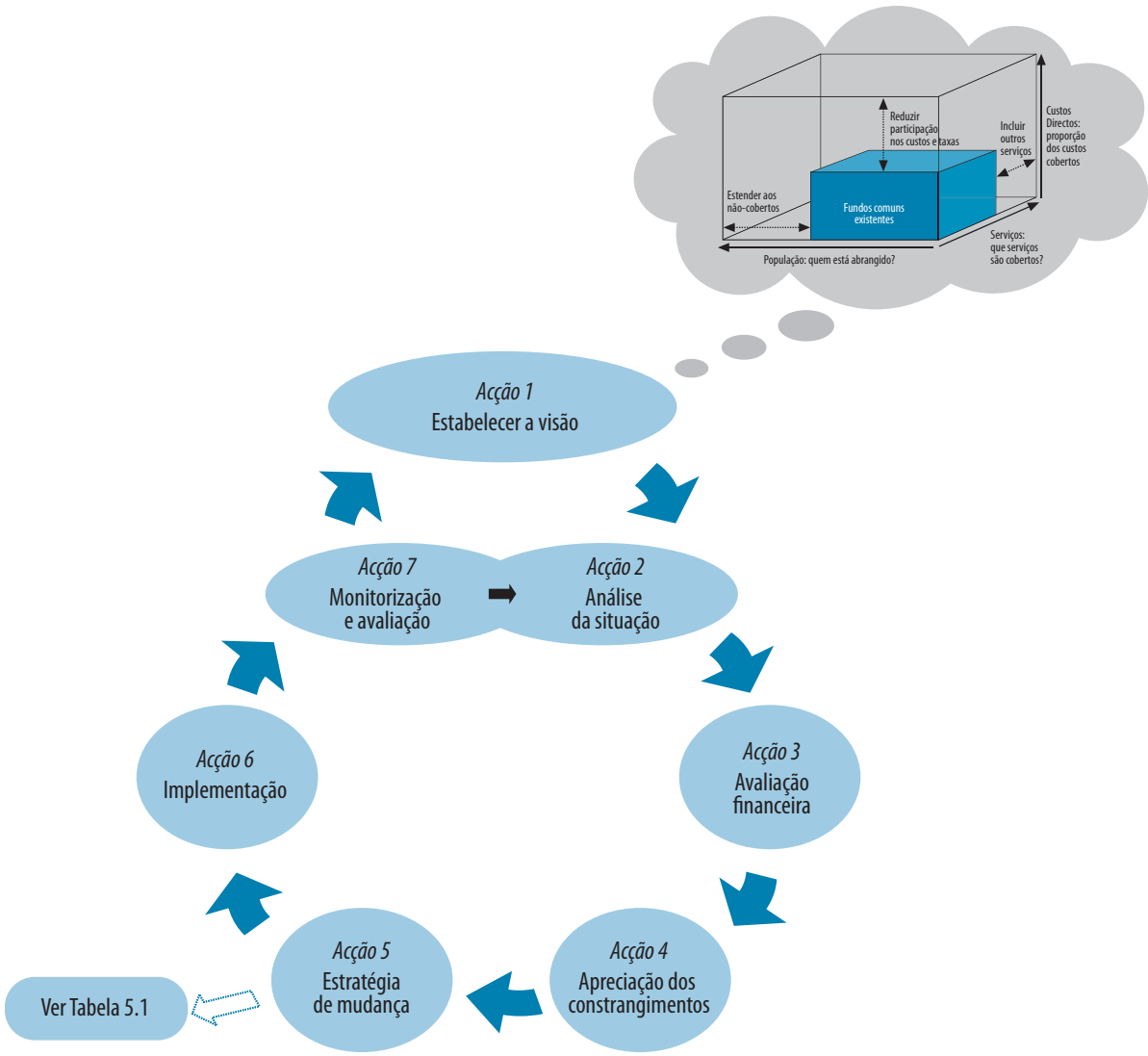
O ciclo de decisão do financiamento da saúde aqui representado (Fig. 5.1) é mais uma orientação do que uma regra e enquanto os processos que concebemos são representados como conceptualmente discretos na realidade eles sobrepõem-se e estão em constante evolução.

As sete acções aqui descritas não se aplicam apenas a países de rendimento médio e baixo. Os países de elevado rendimento, que atingiram elevados níveis de protecção contra o risco financeiro e cobertura, também necessitam de promover uma auto-avaliação contínua para assegurar que o sistema de financiamento atinge os seus objectivos, perante práticas e tecnologias de tratamento e diagnóstico em constante evolução, crescente procura e constrangimentos fiscais constantes.

A concepção e implementação de estratégias de financiamento da saúde requerem, em vez de um progresso linear no sentido de uma qualquer perfeição teórica, uma contínua adaptação. O ciclo fica completo (Acção 7) quando o país revê o seu progresso em relação aos objectivos definidos (Acção 1), permitindo a re-avaliação da sua estratégia e concepção de novos planos para resolver os problemas detectados. É um processo baseado numa contínua aprendizagem, com as realidades práticas do sistema a alimentarem uma re-avaliação e um ajustamento constantes.

Os sistemas de financiamento da saúde têm de se adaptar, não apenas devido à necessidade constante de melhorar, mas porque os países que servem também mudam: os padrões das doenças evoluem, os recursos escasseiam e abundam, as instituições desenvolvem-se ou perecem (Fig. 5.1).

Fig. 5.1. **Processo de decisão sobre o financiamento da saúde**



Acção 1: Estabelecer a visão

Definir uma visão para o futuro, baseada na compreensão do presente, é crucial, uma vez que os caminhos escolhidos pelos países no sentido da cobertura universal serão necessariamente diferentes. O compromisso com a cobertura universal reconhece os objectivos de redução das barreiras financeiras ao acesso e do aumento e manutenção da protecção contra o risco financeiro. Contudo, também reconhece que existirão escolhas ao longo do caminho sobre a proporção da população, dos serviços e dos custos que podem vir a ser cobertos, para qualquer nível de recursos. É importante clarificar as escolhas que um país tem de realizar. Por exemplo, num país onde a maioria das pessoas acreditam que os indivíduos têm de assumir alguma responsabilidade financeira pela sua saúde, pode ser decidido cobrir apenas uma proporção dos custos totais dos serviços, através dos fundos comuns, e pedir às famílias para contribuírem com a parte restante – pelo menos para alguns serviços. Em países onde o conceito de solidariedade social é forte pode ser preferível cobrir uma proporção mais elevada dos custos totais, mesmo que isso signifique oferecer uma gama mais limitada de serviços. Reconhecer estes valores e permitir que eles informem a visão geral do sistema é determinante para definir como se deve prosseguir o trabalho técnico. Para além disso, também pode guiar os decisores políticos na gestão das escolhas de cobertura, que inevitavelmente surgirão à medida que o sistema de financiamento evolui.

Acção 2: Análise da situação – compreender o ponto de partida

A análise da situação deve direccionar-se para duas componentes financeiras da cobertura universal: o acesso aos serviços necessários e a protecção do risco financeiro. A análise deverá identificar quem será coberto pelos fundos comuns, para que serviços e para que proporção dos custos, demonstrando os hiatos entre o que está actualmente a ser atingido e o que o país gostaria de vir a atingir (como definido na Acção 1). Ao planear para o futuro, a análise de situação requer a consideração dos factores internos e externos ao sistema de saúde que podem afectar o progresso para a cobertura universal (Caixa 5.1). Isto não é apenas um processo técnico. Para além de ser a base para o desenvolvimento de uma estratégia correcta, ter informação adequada – por exemplo, a incidência da catástrofe financeira relacionada com os pagamentos directos dos serviços financeiros – pode servir de ímpeto à mudança política (*1*).

Acção 3: Avaliação financeira

A disponibilidade actual e futura de fundos para a saúde, do governo, das famílias, do sector privado e dos parceiros externos, deve ser avaliada para definir um quadro abrangente de financiamento do sistema de saúde. A avaliação deve incluir a análise da proporção de recursos públicos afectados ao sector ao longo do tempo. A falta de continuidade entre política, planificação e orçamentação é preocupante em muitos países. Instrumentos analíticos como quadros de despesas de médio-prazo – um processo de formulação de planos e orçamentos que estabelece metas, para três anos fiscais, baseadas nas projecções macroeconómicas e que afecta recursos para metas estratégicas

Caixa 5.1. Componentes chave de uma análise de situação do financiamento da saúde

Protecção contra o risco financeiro

- Que fundos existem, que fundos são necessários e quais são as fontes? Que prioridade atribui o governo à saúde nas suas decisões de despesa?
- Quanto de ser pago directamente pelos doentes ao acederem aos serviços de saúde e qual é o impacto da protecção do risco financeiro na catástrofe financeira e no empobrecimento?
- Quem paga o quê em "outras contribuições para o sistema de saúde"? (Isto é para permitir uma análise da percepção de justiça nas contribuições financeiras.)
- Quem está coberto pelos fundos comuns, para que serviços e para que proporção dos custos?

Acesso aos serviços necessários

- É difícil medir directamente a capacidade financeira de acesso aos serviços, por isso a análise irá geralmente focar-se nos níveis actuais de cobertura para intervenções chave. Irá depois realizar uma avaliação das razões para a cobertura considerada baixa, particularmente entre os grupos mais vulneráveis, e em que grau as mudanças no sistema de financiamento irão melhorar esse acesso.

Eficiência

- Quais são os principais problemas de eficiência no sistema, as suas consequências e causas?

Características e capacidades dos sistemas de saúde

- Descrição sistemática e quantificação dos planos para angariação e agregação de fundos e utilização do financiamento ou prestação de serviços. Isto inclui mais do que apenas monitorizar os fundos, mas também perceber como fluem através do sistema, da fonte para o destino, incluindo fundos externos, percebendo onde/como o sistema está fragmentado e onde/como os instrumentos políticos estão pouco alinhados. Os propósitos da governação também requerem atenção, nomeadamente saber perante quem e por quê são as agências de aprovisionamento responsáveis.
- A disponibilidade, distribuição e padrão de utilização das instalações de saúde (governamentais ou não), dos profissionais de saúde (governamentais ou não) e dos principais factores de produção, como medicamentos e tecnologia. Os resultados desta avaliação determinam a probabilidade de diferentes abordagens aumentarem a cobertura – e.g. as transferências de dinheiro condicionais têm pouca probabilidade de resultar se não existirem instalações localizadas perto das pessoas identificadas como tendo baixa cobertura.

Factores externos ao sistema de saúde

- As variáveis demográficas, como as taxas de crescimento populacional, estrutura etária, distribuição geográfica e padrões de migração, participação da força de trabalho, extensão do trabalho informal, etc., têm implicações na rapidez do aumento das necessidades e na razoabilidade dos diferentes métodos de angariação de receita.
- Os principais problemas de saúde e as suas alterações prováveis ao longo do tempo, com implicações para os custos do alargamento da cobertura ao longo do tempo.
- A abrangência das redes sociais de segurança que reduzem o impacto económico da doença (de longa duração) ou reduzem as barreiras financeiras no acesso aos serviços.
- Aspectos relevantes da administração do sector público e do enquadramento legal, para perceber quanta margem de manobra existe para as mudanças no sistema de financiamento, no contexto dos regulamentos e legislação actuais. As questões chave incluem: como são os profissionais de saúde pagos e se o seu regime está ligado às regras do serviço público? O que seria exigido para o modificar se necessário? Como está estruturada a cadeia de decisão sobre a afectação de recursos financeiros nos diferentes níveis governamentais (i.e. questões de descentralização política-administrativa)? Como são definidos os orçamentos no sector público? Qual é a margem que os organismos estatais (e.g. hospitais públicos) têm para redistribuir os fundos entre rubricas?

prioritárias – pode ajudar a criar uma imagem global das necessidades de financiamento e sustentar o diálogo entre os ministérios da saúde e das finanças (*2*).

Em alguns países, esta fase irá envolver um diálogo com instituições financeiras internacionais e com parceiros externos para avaliar os recursos que estarão disponíveis e como serão canalizados para o governo e para os actores não governamentais. Os decisores políticos também irão querer definir se as despesas governamentais serão restritas e a forma como os limites de despesa poderão ser aumentados. Por último, terá de ser considerada a complementaridade entre as diferentes fontes de financiamento do sistema de saúde.

No Capítulo 2 foi proposto um menu de opções para ajudar os países a angariar fundos domésticos adicionais ou alternativos para a saúde. No mínimo, os países deveriam considerar se a saúde está a receber a sua justa parte das despesas governamentais e verificar as possibilidades de aumentar as taxas sobre o tabaco, álcool e outros produtos prejudiciais à saúde. Esses impostos podem contribuir com fundos adicionais substanciais, ao mesmo tempo que melhoram a saúde populacional. Quase todos os países podem implementar pelo menos uma das opções sugeridas no Capítulo 2.

Perceber a linguagem dos economistas é essencial para angariar mais fundos para a saúde. Quando o ministério da saúde é encarado como um gestor eficiente e prudente dos recursos públicos, que pode demonstrar progresso e bons resultados, é mais provável que consiga a confiança do ministério das finanças (e de outros). Ser capaz de falar a linguagem dos economistas também irá melhorar a capacidade de argumentar por fundos adicionais.

Para este esforço é essencial que o ministério da saúde tenha a capacidade de utilizar a análise das políticas de saúde para produzir os documentos necessários e conduzir o diálogo com os ministérios das finanças e Planeamento.

Acção 4: Avaliação dos constrangimentos

Depois de realizar o trabalho de fundo, nesta fase é importante que os decisores políticos identifiquem os principais apoiantes da mudança e as fontes de oposição mais significativas. Uma análise dos potenciais constrangimentos permite aos políticos identificar as áreas que requerem consulta alargada, com quem e de que forma devem realizar-se essas consultas. Essa avaliação irá culminar na decisão política para seguir em frente.

É nesta fase que os decisores políticos identificam o que é técnica e politicamente viável e determinam como o governo pode corresponder e apoiar o desejo social de um sistema de saúde bem sucedido. Este é um processo que se sobrepõe com acções subsequentes e deve ser repetido regularmente. O que é impossível hoje pode ser possível amanhã. Os pontos-chave a recordar são:

- Atingir a cobertura universal em saúde não é apenas uma questão técnica; é uma expressão da percepção nacional sobre a solidariedade social desejável. O ímpeto para a sua adopção é sempre, pelo menos parcialmente, político.
- Os sistemas de financiamento da saúde são resistentes à mudança, em parte porque qualquer mudança atenta contra os interesses de interesses poderosos. Perante forças competidoras e interesses profundamente enraizados, o apoio à mudança precisa de ser robusto e sustentado pelos níveis políticos mais elevados.
- Ao nível da base a dinâmica é, por vezes, invertida. Os inquéritos populacionais revelam, frequentemente, um desejo de mudança/melhoria no sistema de saúde nacional. Os movimentos de base para a reforma da saúde e os grupos da sociedade civil (incluindo organizações de consumidores preocupadas com condições específicas) podem ser impulsionadores da mudança, tanto a nível nacional como internacional. A comunicação entre estes grupos e o ministério da saúde ajuda a promover e manter a saúde dentro da agenda política. Esta foi a abordagem seguida pelo governo do Bangladesh, por exemplo, no seu projecto para revitalizar e alargar as clínicas de saúde comunitárias. Os grupos de gestão comunitária apoiaram na planificação e gestão e na interacção entre os profissionais de saúde e a comunidade (*3*).
- Uma abordagem pró-activa da esfera política deu frutos em muitos países. A advocacia, comunicação e argumentos baseados na evidência podem fazer muito para obter os apoios políticos e financeiros necessários para a meta de universalidade.

Acção 5: Desenvolver e formalizar estratégias e metas para a mudança

Esta é a acção mais demorada e de trabalho mais intenso. É também o enfoque da maioria da literatura sobre financiamento da saúde e constitui o grosso da assistência técnica realizada no sector, por vezes sob o pressuposto de que

as outras acções foram, ou serão, realizadas. Na realidade, as outras acções têm sido frequentemente descuradas ou apressadas, apesar de constituírem a fundação para o trabalho técnico. Nesta fase, a definição de estratégias e metas deve decorrer da análise da situação e da análise do contexto de financiamento (Acções 2 e 3).

Com base na análise da situação e na correcta avaliação dos cenários de financiamento prováveis, o trabalho técnico detalhado na estratégia pode iniciar-se, concentrando-se nas três fases chave do financiamento da saúde: angariação de fundos; a sua agregação; e utilização para assegurar que os serviços existem.

Para ilustrar a extensão e natureza das principais decisões a tomar, a Tabela 5.1 sintetiza as mensagens chave dos Capítulos 1-4.

Acção 6: Implementação, incluindo avaliação das regras e estrutura organizacional

Nesta fase, alguns países irão necessitar de fazer apenas pequenas alterações para manter as conquistas. Outros terão de impulsionar reformas, estabelecer novas instituições e organizações. Por exemplo, um país pode decidir desenvolver um seguro de saúde, através de uma autoridade semi-governamental, para ultrapassar as limitações da agregação de fundos e do aprovisionamento dentro do sistema de gestão financeira do sector público. Contudo, por vezes, as instituições existentes podem simplesmente adaptar-se; por exemplo, quando é necessário organizar um seguro obrigatório através do sector privado. Quando existe um seguro obrigatório numa agência pública, novas leis e nova regulamentação podem ser necessárias ou as regras existentes reforçadas ou revogadas.

A legislação pode, certamente, ajudar a desenvolver os sistemas de financiamento da saúde para a cobertura universal e também pode ajudar

Tabela 5.1. **Decisões técnicas necessárias para a Acção 5**

Objectivo Principal	Componentes	Decisões
Angariar fundos suficientes	**Suficiência** (esta parte está intimamente relacionada com a Acção 3 e algumas acções terão de ocorrer concomitantemente)	1. Escolher a conjugação de impostos e/ou contribuições para seguros que as famílias terão de suportar. Decidir sobre outros mecanismos para angariação de receitas domésticas para a saúde – e.g. contribuições de empresas. A meta é assegurar um fluxo estável e previsível de fundos para o sistema.
	Equidade nas contribuições	2. Desenvolver um mecanismo para cobrir as pessoas que não podem contribuir. Isto pode ser alcançado através da subsídios-cruzados, quer através das receitas gerais do Estado ou pelo aumento das contribuições para seguros de saúde das pessoas que podem pagar de modo a cobrir os que não contribuem.
		3. Implementar um sistema de contribuições familiares acessível.
	Eficiência na recolha	4. Melhorar a eficiência na angariação de fundos ao assegurar que as pessoas que deviam contribuir o fazem.
	Sustentabilidade financeira	5. Fazer estimativas baseadas na evidência sobre o montante provável de fundos (domésticos e externos) a angariar no futuro e comparar com as necessidades estimadas e com o seu crescimento (ligado à Acção 3)

Objectivo Principal	Componentes	Decisões
Reduzir as barreiras financeiras	**Acessibilidade e acesso**	6. Com base na Decisão 1, estabelecer acordos institucionais e administrativos para recolher e agregar as contribuições das várias fontes (e assim reduzir a dependência dos pagamentos directos em países onde eles são elevados). 7. Determinar se as taxas de utilização foram usadas para proporcionar incentivos para a qualidade, como os suplementos salariais nos cuidados primários de saúde. Ao substituir as taxas é importante substituir não apenas as receitas totais que seriam obtidas, mas também o financiamento das actividades anteriormente suportadas por essas taxas. Seriam também necessários fundos adicionais para satisfazer um aumento esperado da procura. Isto minimiza a possibilidade dos pagamentos não oficiais substituírem os oficiais. 8. Determinar se existem alguns grupos de pessoas ou intervenções específicas para as quais possam ser tomadas acções do lado da procura (*vouchers*, transferência de dinheiro), para assegurar o acesso apropriado.
	Equidade nos fundos comuns	9. Fazer contribuições obrigatórias para o sistema de saúde (impostos e/ou seguros) o mais cedo possível. Isto irá assegurar que as pessoas contribuam quando estão saudáveis e não apenas quando têm receio da doença. Permitir que as pessoas optem por sair deve ser evitado porque reduz a extensão de cobertura dos pobres e vulneráveis. 10. Se existirem múltiplos fundos, reduzir a fragmentação através da sua fusão num de maiores dimensões ou implementando um mecanismo para perequação do risco para assegurar que as pessoas cobertas pelos diferentes fundos sejam tratadas de igual forma. 11. Definir quem é elegível para obter serviços através dos fundos comuns, os serviços prestados e os níveis de co-pagamento. Desenvolver um cronograma para a expansão destes parâmetros, de acordo com o plano de sustentabilidade financeira acima descrito.
	Eficiência dos fundos comuns	12. Minimizar o mais possível a fragmentação nos fundos.
Utilização racional dos recursos	**Eficiência na utilização dos recursos**	13. Desenho e implementação de um mecanismo de pagamento aos prestadores que crie incentivos para aumentar a qualidade e eficiência. 14. Uma vez que todos os métodos de pagamento aos prestadores têm vantagens e desvantagens, desenvolver processos complementares que encorajem a qualidade e eficiência. Os elementos importantes incluem reduzir o desperdício e a corrupção e conceber mecanismos para a selecção, procura e cadeia de aprovisionamento de medicamentos. 15. Decidir como distribuir os recursos agregados entre os diferentes tipos de serviços de saúde e diferentes níveis de cuidados, ao mesmo tempo que se assegura que isto não cria obstáculos para a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. 16. Encetar uma estratégia de contratação/aquisição para assegurar a obtenção do maior valor pelo dinheiro. 17. Decidir se é necessário desenvolver um conjunto separado de fundos para a promoção da saúde e prevenção da doença. 18. Monitorizar regularmente os resultados e a eficiência no uso dos fundos.
	Equidade na utilização dos recursos	19. Decidir como afectar os recursos acumulados entre as diferentes áreas geográficas, considerando a dimensão relativa da população, o nível de rendimento/pobreza relativo, as necessidades de saúde relativas e as diferenças inevitáveis no custo da prestação dos serviços (e.g. devido à baixa densidade populacional). 20. Determinar se as desigualdades na cobertura e resultados de saúde que não podem ser resolvidos pelo sistema de financiamento se mantêm e que acções são necessárias no restante sistema de saúde (e.g. distribuição de instalações de saúde ou recursos humanos) ou noutros sectores. Decidir que outros ministérios e organizações da sociedade civil melhor podem contribuir para resolver estes problemas; desenvolver e implementar soluções conjuntas.

a proteger o direito individual a receber cuidados de saúde. Recentemente, em vários países, novas leis e direitos constitucionais conduziram a que maior número de pessoas recorressem aos tribunais para fazer valer os seus direitos de acesso aos serviços de saúde (*4*). É demasiado cedo para saber

as implicações disto para o processo de promoção da cobertura universal, apesar de os investigadores terem verificado, em alguns casos, que os mais pobres e vulneráveis beneficiaram menos deste direito de reparação legal, do que os mais ricos, que são mais eloquentes na expressão das suas necessidades (*5*).

Um dos maiores desafios que muitos países enfrentam nesta fase de implementação é a falta de capacidade técnica e organizativa. Os contabilistas, os actuários, os auditores, os economistas e os advogados podem ser essenciais nos diferentes contextos e, por vezes, os especialistas podem ser raros. Por isso, pode ser necessário aos países re-avaliar as prioridades educacionais/formativas para desenvolver as capacidades necessárias e desenvolver estratégias para atrair e reter os profissionais estrangeiros qualificados.

A expansão da cobertura dos serviços é regularmente dificultada pela carência de prestadores de serviços de saúde e a planificação financeira precisa de assegurar uma oferta adequada de profissionais de saúde com as capacidades apropriadas. Os planos financeiros também devem reforçar a qualidade e quantidade de serviços prestados e assegurar que os medicamentos e as tecnologias apropriadas estão disponíveis. Reciprocamente, os decisores políticos precisam de estar conscientes das implicações de financiamento quando realizam reformas noutras áreas do sistema de saúde.

Muitas das mudanças irão necessitar de acções intersectoriais, com o pessoal do ministério da saúde a trabalhar com outros ministérios.

Acção 7: Monitorização e avaliação

Os decisores políticos precisam de conhecer o ponto de situação nacional. Precisam de avaliar o seu grau e dinâmica de implementação, quer planeiem reformas que conduzam a uma sistema de cobertura universal, estejam em processo de transição ou tenham atingido os objectivos estabelecidos. Precisam de saber se o país se aproxima ou se afasta da cobertura universal.

Os sistemas de financiamento não respondem necessariamente como planeado às mudanças. Por isso é importante estar preparado para o inesperado e ser capaz de fazer ajustamentos rapidamente. Para o fazer, os decisores políticos necessitam de um fluxo constante de informação precisa. Na Caixa 5.1 apresentamos o tipo de informação necessária para uma análise de situação abrangente, muita da qual está relacionada com a forma como os recursos financeiros disponíveis estão a ser utilizados. Aqui direccionamo-nos para a avaliação de resultados, que é necessária para um país determinar o grau de aproximação ao objectivo da cobertura universal.

A monitorização requer um enfoque no acesso da população aos serviços de saúde e no risco de dificuldades financeiras no seu pagamento. Alguma da informação necessária para realizar uma avaliação correcta é difícil de obter. Por exemplo, enquanto é relativamente fácil medir a proporção de pessoas cobertas por um plano de seguro de saúde específico, isto não é um indicador da verdadeira cobertura porque também gostaríamos de saber que proporção dos serviços necessários e dos custos estão cobertos.

Em sistemas caracterizados por um misto de serviços públicos e privados, financiados parcialmente por seguros e por receitas fiscais, a situação pode ser complexa. Em teoria, todos podem utilizar os serviços públicos, mas na prática, as pessoas em áreas remotas podem não lhes ter acesso físico,

ou podem não os usar se a qualidade é fraca ou percebida como tal. Por isso, identificar quem está realmente coberto pelos serviços financiados publicamente pode ser difícil, mesmo com dados fiáveis provenientes de inquéritos familiares bem concebidos.

Na Tabela 5.2 nós propomos indicadores que demonstraram consistentemente ser fortes preditores de quem está coberto e da extensão da protecção do risco financeiro, da extensão dos pagamentos directos e do seu impacto na catástrofe financeira e empobrecimento. Evidentemente, nem todos os impactos possíveis do sistema de financiamento na saúde na vida das pessoas são monitorizados. Pessoas que já vivem na pobreza, por exemplo, não ficam pobres com os pagamentos na saúde, mas serão empurradas para a pobreza extrema. Muitos outros indicadores, tais como se as pessoas pobres se tornaram mais pobres pela necessidade de pagar pelos serviços de saúde, existem para os países com maiores capacidades de monitorização, mas aqui apresentamos um conjunto mínimo de indicadores que são amplamente utilizados (*6-8*).

Neste relatório não propomos indicadores de cobertura. Idealmente, gostaríamos de conhecer a proporção da população, desagregada por variáveis chave, incluindo a idade, o sexo e o nível socioeconómico, que não tem acesso aos serviços necessários devido às barreiras financeiras ou a outros obstáculos potenciais. Contudo, esta informação não está disponível na maioria dos países e a gama de serviços necessários pode variar consideravelmente devido a diferentes doenças e padrões demográficos. Sugerimos que cada país deve monitorizar a cobertura efectiva de um conjunto diferente de intervenções. Um conjunto de potenciais indicadores é disponibilizado anualmente nas *World health statistics* (*9*), embora eles pertençam sobretudo a países de baixo rendimento aonde as doenças transmissíveis predominam.

Os fluxos regulares de informação nestas áreas, assim como aqueles descritos para a análise de situação na Caixa 5.1, dependem de dois factores:

- Um sistema de informação em saúde operativo, que proporcione informação sobre a cobertura dos que necessitam, idealmente desagregado por idade, sexo, nível socioeconómico e outros indicadores de vulnerabilidade ou privação. Isto requer que os responsáveis pela gestão dos sistemas de informação administrativa em saúde tenham boas ligações com as agências nacionais de estatística.
- Um sistema de monitorização de fluxos financeiros. A contabilidade nacional da saúde proporciona informação crucial, assim como os inquéritos familiares esporádicos, para a determinação das despesas com pagamentos directos e protecção do risco financeiro.

Os decisores políticos devem empenhar-se na criação de um sistema unificado de relatórios financeiros, que não seja desagregado por programa, descentralização administrativa ou pela cobertura por seguro da população. Os problemas surgem quando o financiamento de doadores para projectos ou programas é acompanhado por sistemas paralelos de relatórios financeiros, que não se integram entre si. Também é vital recolher informação de todos os actores no sistema de saúde, privados e públicos. Em muitos países, os sistemas de informação oficiais em saúde recolhem pouca informação do sector não-governamental, tornando mais difícil obter uma visão global do estado de saúde e dos padrões de utilização da população.

Tabela 5.2. **Monitorização da cobertura universal para protecção do risco financeiro**

Objectivos e acções	Indicadores associados	Interpretação
1. Angariar fundos suficientes para a saúde: que proporção da população, serviços e custos é exequível cobrir?	1. Despesa total em saúde *per capita*	1. Deve estar relacionada com as necessidades da população, mas, em média, o mínimo requerido nos países de rendimento baixo está estimado em US$ 44 em 2009, subindo para US$ 60 em 2015.
	2. Despesa total em saúde como percentagem do PIB	2. Também reflecte a disponibilidade de fundos, pois as despesas totais em saúde/PIB geralmente aumentam com o PIB *per capita*. Países nas regiões da OMS do Sudeste Asiático e Pacifico Ocidental estabeleceram a meta de 4%, embora isto possa não ser suficiente. A nível global, cerca de 40 países com um PIB *per capita*. abaixo de US$ 1000 não irão atingir os níveis mínimos de financiamento necessários para este nível de despesa.
	3. Despesas gerais do Estado com saúde como percentagem das despesas totais do Estado[a]	3. Indica o compromisso do governo com a saúde. Os países da África subsaariana estabeleceram o objectivo de 15% das despesas do governo serem afectas à saúde. Na região da OMS do Mediterrâneo Oriental os Estados Membros estão a discutir um objectivo de 8% das despesas governamentais para o ministério da saúde.
	4. Despesas gerais do Estado com saúde como percentagem do PIB	4. Indica a capacidade e vontade do governo para proteger a população dos custos da saúde. É difícil aproximarmo-nos da cobertura universal com menos de 4-5% do PIB, embora para muitos países de baixo e médio rendimento, atingir este objectivo seja apenas uma aspiração, no curto prazo, e algo que requer planificação, no longo prazo.
2. Níveis de protecção do risco financeiro e cobertura para os grupos vulneráveis – uma combinação de quem é coberto com que proporção dos custos	5. Despesas em pagamentos directos como percentagem das despesas totais em saúde, com informação de quais os grupos populacionais mais afectados	5. Evidência empírica demonstra que isto está intimamente relacionado com a incidência de catástrofe financeira e empobrecimento, devido aos pagamentos directos. Quando os pagamentos directos/total das despesas em saúde é inferior a 15-20%, existe pouca catástrofe financeira ou empobrecimento. Muitos países continuam a ter rácios elevados e os países da região da OMS do Pacífico Ocidental estabelecem uma meta de 20-30%.
	6. Percentagem de famílias que sofrem de catástrofe financeira, anualmente, devido aos pagamento directos na saúde, com informação de quais os grupos populacionais mais afectados	6. Idealmente, isto deveria ser medido directamente, embora o indicador 5 esteja altamente correlacionado com a catástrofe financeira.
	7. Percentagem de famílias que sofrem empobrecimento, anualmente, devido aos pagamentos directos na saúde, com informação de quais os grupos populacionais mais afectados	7. O mesmo comentário do indicador 6.
3. Eficiência na utilização de recursos[b]	8. Preço mediano para o consumidor dos medicamentos genéricos comparado com os preços internacionais de referência	8. Onde for superior a um rácio de 1:1, existe forte evidência de poupanças potenciais.
	9. Percentagem de despesas públicas em saúde afectas a custos fixos e salários, comparadas com medicamentos e outros fornecimentos	9. Isto é mais difícil de interpretar, embora a maioria dos países saibam quando é demasiado alto – quando não existem fundos suficientes para comprar medicamentos, por exemplo. Por vezes, isto pode ser mais o reflexo de insuficiência de fundos do que de ineficiência.

[a] As despesas gerais do Estado em saúde capturam as despesas em saúde financiadas pelas receitas gerais do Estado para todos os ministérios, todos os níveis de governação e para os seguros de saúde obrigatórios.

[b] É difícil estabelecer indicadores válidos, confiáveis e comparáveis para a eficiência do sistema de saúde. Os dois indicadores são apenas ilustrativos e os países devem direccionar-se para outras áreas de eficiência que são particularmente importantes nos seus contextos. Os potenciais indicadores incluem: proporção das despesas totais para cuidados primários vs hospitalares; taxa de referência do nível de cuidados primários para o secundário; uso de genéricos versus medicamentos de marca; cirurgias em ambulatório versus internamentos; e custos administrativos globais.

Uma agenda para a comunidade internacional

Enquanto os países podem fazer muito por si próprios ao seguirem a agenda acima definida, a comunidade internacional tem um papel essencial a desempenhar no apoio àqueles países que precisam de ajuda adicional. É essencial para os parceiros de desenvolvimento:

Manter os níveis de assistência ou aumentá-los para os níveis necessários

Apenas cerca de metade dos países, que apresentam os seus desembolsos de ajuda pública ao desenvolvimento (APD) à OCDE, estão a cumprir as metas com que se comprometeram internacionalmente. Os outros países ainda estão longe desses compromissos. Enquanto alguns doadores se responsabilizaram em manter os seus compromissos de ajuda para 2010, apesar da crise económica global, outros reduziram ou adiaram as suas promessas. Isto é preocupante e é esperado que os parceiros de desenvolvimento cumpram as promessas realizadas em Paris e Accra.

Assegurar a previsibilidade da ajuda

Quando os países não podem contar com financiamentos estáveis, a planificação do futuro torna-se difícil. Alguns países de baixo rendimento contam com os recursos externos para financiar dois terços das suas despesas totais em saúde, o que torna extremamente importante a previsibilidade desses fluxos de ajuda. Os parceiros de desenvolvimento podem ajudar se estruturarem os procedimentos das contribuições, de forma a romper com os tradicionais compromissos anuais (APD) – como os doadores do comité da ajuda ao desenvolvimento da OCDE fizeram em Accra, comprometendo-se com ciclos de financiamento de três a cinco anos.

Inovar no suplemento das despesas em saúde para as populações mais pobres

Já muito foi alcançado nesta área, principalmente pela Fundação Milénio para Financiamento Inovador para a Saúde (*Millennium Foundation on Innovative Financing for Health*), que desenvolveu recentemente mecanismos para contribuições individuais voluntárias para a saúde global quando se pagam bilhetes de avião, quartos de hotel ou carros de aluguer. Estima-se que a venda de títulos garantidos por países doadores, emitidos no mercado internacional de capitais, tenha aumentado US$ 2 mil milhões desde 2006. É verdade que estes planos obtiveram resultados promissores, mas muito mais poderia vir a ser feito nesta área. Está estimado, por exemplo, que uma taxa sobre as transacções globais de moeda poderiam arrecadar mais de US$ 33 mil milhões anualmente (ver Capítulo 2).

Apoiar os planos nacionais de saúde em vez de impor prioridades externas

O enfoque de muitos parceiros externos em alguns programas contraria o espírito da Declaração de Paris de 2003 sobre a Efectividade da Ajuda, que

aspirava permitir aos países receptores formular e executar os seus próprios planos nacionais, de acordo com as suas prioridades. O que é necessário aqui é redireccionar as contribuições financeiras acordadas para os planos nacionais de saúde, cujos relatórios e acompanhamento de resultados são elaborados ao nível nacional.

Canalizar fundos através de instituições e mecanismos cruciais para a cobertura universal

Alguns países receptores têm afirmado que os doadores não estão dispostos a utilizar os sistemas que, supostamente, estão a reforçar, preferindo estabelecer e utilizar sistemas paralelos para: canalizar fundos para os países; aprovisionamento, como medicamentos, equipamentos e serviços; e na monitorização dos resultados (*10*). Uma forma de reforçar os sistemas nacionais seria canalizar os fundos externos através do mecanismo de partilha de risco do país receptor. Isto pode tomar a forma de apoio sectorial (SWAp), em que os doadores especificam que os seus fundos são para o sector da saúde, mas permitem aos governos decidir sobre a sua distribuição entre programas e actividades ou através dos seguros de saúde. Os parceiros de desenvolvimento devem também procurar reforçar a capacidade local dessas instituições.

Apoiar as tentativas locais de utilização mais eficiente dos recursos

Reduzir a duplicação nos métodos de canalização e nos múltiplos ciclos de aplicação, monitorização e de relatórios. Os custos de transacção que estes impõem aos países são substanciais. No Vietname, em 2009, foram realizadas mais de 400 missões internacionais na área da saúde (*11*). No Ruanda, o governo tem de elaborar relatórios sobre mais de 890 indicadores de saúde para vários doadores, dos quais 595 apenas para o VIH e Malária (*12*).

Dar um exemplo de eficiência ao reduzir a duplicação e fragmentação dos esforços de ajuda internacional

A forma fragmentada como a ajuda internacional é atribuída conduz a custos administrativos elevados para os doadores e receptores, duplicação desnecessária e variações nas orientações políticas e nos standards de qualidade ao nível nacional. É imperativo que os maiores doadores se comprometam a alinhar os seus esforços para reduzir a fragmentação na forma como os fundos são canalizados e geridos nos países receptores. Mais de 140 iniciativas globais de saúde estão a decorrer em paralelo, desperdiçando recursos e impondo uma pressão tremenda sobre os países receptores (*11*).

Conclusão

Este é um período interessante para o financiamento da saúde. Estão em processo de reforma dois importantes sistemas de saúde que anteriormente preconizavam a utilização de mecanismos de mercado como base para o seu financiamento – um na China e outro nos Estados Unidos da América. Em Marco de 2010, o Presidente Barack Obama introduziu na lei americana uma

reforma que alarga a cobertura de saúde a cerca de 32 milhões de americanos anteriormente não segurados. Embora longe de abraçar os princípios de universalidade advogados por este relatório, as reformas, que flexibilizam os limites de elegibilidade para a *Medicaid*, expandem a cobertura suportada por fundos públicos a 20 milhões de pessoas que anteriormente não tinham nenhuma.

As reformas na China e nos EUA destacam-se, em parte devido à dimensão dos sistemas envolvidos, mas estes países não estão sozinhos na reavaliação das suas abordagens ao financiamento do sistema de saúde. Como este relatório demonstrou, as reformas no financiamento da saúde estão a decorrer em muitos países, com diferentes níveis de desenvolvimento económico. A forma como cada um lida com os desafios decorrentes irá variar, mas os programas que mais se aproximam da resposta às necessidades das suas populações irão incluir alguma forma de pré-pagamento ou fundos comuns.

Mas, para além desta verdade fundamental, não existe nenhuma fórmula estabelecida para atingir a cobertura universal. As respostas dos países aos desafios serão determinadas parcialmente pela sua história e pela forma como os seus sistemas de financiamento da saúde foram desenvolvidos, e também pelas preferências sociais relativas aos conceitos de solidariedade (*13*). Por mais diversas que sejam as respostas, elas serão implementadas enfrentando resistências formidáveis. Ignorar essas pressões será falhar numa das principais tarefas do governo: proporcionar cuidados de saúde acessíveis a todos.

Todos os países podem fazer mais para se aproximarem da cobertura universal ou suster o que já se alcançou. Por mais assombrosa que possa ser a tarefa, os decisores políticos podem obter alento no facto de que muitos países já terem iniciado antes deles a luta para estabelecer um sistema de cobertura universal e essas lutas estão devidamente documentadas. Existem lições para ser aprendidas. Uma relaciona-se com a importância da solidariedade social expressa através do envolvimento político, um tema recorrente neste relatório. Seria uma grande simplificação dizer que as reformas resultaram sempre onde existiu procura de base popular e o envolvimento da sociedade civil, mas esta conjugação aconteceu vezes suficientes para exigir consideração.

Na Tailândia, foi o desenvolvimento dos planos de cobertura universal, que proporcionou cuidados de saúde aos milhões de tailandeses que anteriormente tinham de pagar directamente ou tinham de adiar os tratamentos. Nenhuma destas opções teria sido útil para Narin Pintalakarn, quando estava caído entre os destroços da sua motorizada no sábado, 7 de Outubro de 2006. Felizmente para Narin, existia uma terceira opção. Dependia de milhões de contribuintes, um centro especializado em trauma, localizado a 65 km dali, e de um cirurgião com muitos anos de experiência. Os números estavam todos do lado de Narin nesse dia. E os números tinham força. ■

Referências

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).

5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003,12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006,368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

[ÍNDICE REMISSIVO]

[A]

Abordagem *"never-events"* 68–69
Abordagem escolhida para a cobertura universal 13
Acesso financeiro a serviços de saúde 9–11
  análise da situação 101–102
  barreiras a, 43–44, 47, 54–55
  remover as barreiras xvi–xviii, 47–54, 55, 58, 95–96
  ver também Cobertura de Cuidados de saúde
África Sub-Sahariana xiv–xv, 26, 49, 70, 72
Agenda para Acção de Accra (2008) xxiii, 7, 38
Ajuda ao desenvolvimento (ajuda internacional) xv, xxiii, 32–36
  doadores ver Doadores internacionais distribuição fragmentada 83, 110
  previsibilidade 36–37, 109
  veja também Ajuda Externa
Ajuda Internacional ver Assistência ao Desenvolvimento
Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) oficial xv, 32, 34–37, 109
Álcool
  controlo 75
  impostos especiais sobre consumo de xv, 31, 32–34
Alemanha xiii, 28, 46, 54, 71, 78
Aliança para a Transparência nos Medicamentos 73
Alimentos, impostos e insalubres 31
Análise da Situação 101–102
Antibióticos 65, 68
Aprender com a experiência 91–95
Aquisições 5
  passiva xx, 79–81
  estratégica (activa) xx, 79–81, 94
Artesunato 67
Assistência externa xv, 7–8, 33–37, 57
  veja também Ajuda ao Desenvolvimento
Austrália 31, 33, 74, 83
Avaliação 103–104
Avaliação financeira 103–104

[B]

Baixa por Doença 12
Bangladesh 52, 104
Boa governação 30, 73, 100
Boas práticas de fabrico (BPF) 68
Botswana 30
Brasil 32, 74
Burundi 44, 47

[C]

Cambodja xiii, 47–48
Cancro cervical 79
Capitação xix, 80
Cesariana 80, 81
Checklists 77
Chile 26, 30
China 8, 111
Ciprofloxacina 70, 72
Cobertura dos cuidados de saúde
  desigualdade xii, xx, 10–12, 13
  monitoria 108, 109
  sectores específicos da população 54
  três dimensões de expansão xvii–xviii, 13
  Universal ver Cobertura Universal
Cobertura universal ix–x, 3
  abordagem definida 13 três dimensões a considerar xvii–xviii, 13
  agenda para a acção xxi, 95–112
  caminhos diferentes para 13–15
  custos 23–25
  dois elementos-chave 6, 10–13
  progresso actual na direcção xii, xiii, 7–8
  preparando-se para avançar para 14–15
  sustentar os ganhos existentes 9–10
Comissão sobre Macroeconomia e Saúde 24
Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde 15, 85
Contenção de custos 47, 70
Contracção económica / recessão 35, 46–48
Controlo de qualidade dos medicamentos 66, 68–69
Cooperação técnica 34
Co-pagamentos 5, 47, 80
Corrupção 65, 69, 76
Cuidados de saúde mental 71

Cuidados infantis 47, 82–83
Cuidados materno-infantis 47, 82–83, 86
Cuidados paliativos no final da vida 77
Cuidados primários 57, 81
Custo-efectividade 76–77, 78, 83
Custos de alojamento 57–58, 96
Custos de transporte 55–57, 96

[D]

Declaração de Abuja (2001) xiv, 28
Declaração de Alma Ata xi, 14
Declaração de Paris sobre Efectividade da Ajuda xxiii, 7, 36, 58, 86, 110
Desenvolvimento de estratégias para a mudança 105, 106–107
Desenvolvimento de metas para a mudança 105, 106–107
Desigualdades
  cobertura xii, xx, 10–11, 12
  corrigir 85–86
  gerados pelos pagamentos directos 45
  qualidade dos cuidados 11–12
Desperdício xiii, xviii–xx, 67, 69, 75
Despesas com cuidados de saúde 3, 4, 23
  despesa totais do governo e xiv–xv, 24–28, 54, 57
  percentagem de pagamentos directos 45, 46, 57
Despesas de saúde catastróficas xii, 5, 9, 44–45, 47, 50
Dificuldades financeiras xii, 5, 10, 44–45
Doadores internacionais 6–7, 27–28
  agenda para xxiii, 109–110
  incapacidade de cumprir os compromissos xv, 33–35, 36, 110
  ineficiências criadas por 74, 110
  títulos garantidos 31, 110

[E]

Eficiência xiii, xviii–xx, 67–88, 106, 107
  análise da situação 102
  aquisições estratégicas 84–85
  benefícios potenciais de melhorar 79–81
  fragmentação e 77–78 incentivos que promovam xix–xx, 79–84
  métodos para melhorar 68–78, 101–100
  veja também Ineficiência
Empobrecimento xii, 5, 10, 44, 45, 46
Empresas farmacêuticas 33
Envelhecimento populacional 25, 29
Equidade xx, 96, 104, 106
  veja também Desigualdades
Equipamentos médicos 69, 71–72
Erros médicos 69, 74–75
Esquema de fundos comuns xvi–xviii, 4, 6, 54–56, 58–59
  decisões técnicas 106
  consolidação 52, 96–97
  escolhas e *trade-offs* 13
  fragmentação xvii, 52, 84–85
Esquema de incentivo ao desempenho 82–83
Esquema de incentivos por bónus 83
Estabelecer uma visão para o futuro 100–101
Estados Unidos (EUA) 23
  falências pessoais 9
  ineficiências 67, 68, 70, 73, 74–75, 77
  reforma do financiamento da saúde 7, 110
Estónia 78, 79
Ex-União Soviética 32–33, 48

[F]

Facilidade de Financiamento Internacional para Vacinação 31, 38
Faixa de Gaza 72
Falência pessoal 10
Financiamento baseado em resultados 82–83
Financiamento da Saúde
  ciclo de decisão xxi–xxii, 100–109
  três áreas críticas 3–4
Financiamentos inovador para a saúde xv, xxiii, 29–32, 38, 94–96, 110
Fontes externas xxiii, 4, 27–28, 34
  veja também Doadores Internacionais
Fragmentação xvii, 51, 84–86, 98–99, 111
França 29, 48, 83
Franquias 5
Fraude 69, 75
Fugas no sistema de saúde 67, 69, 75, 79
Fundação Millennium para o Financiamento para Saúde xxiii, 29, 38
Fundos de capital na saúde 50
Fundos de doença 53

[G]

Gabão xiii, 8, 30–32
Gana 9, 29, 50
Governos
  despesas com a saúde xiv–xv, 25–28, 38
  qualidade dos serviços prestados 28–29
Grandes-empresas 28, 31, 33
Grupo de Trabalho Internacional sobre o Financiamento Inovador para a Saúde
  Sistemas xv, 24–25, 31
Grupos Diagnóstico Homogéneos (GDH) xix–xx, 82–84

[H]

Holanda xvii, 52
Hospitais
  melhorar a eficiência 69, 73–74, 80
  sistemas de pagamento xix–xx, 80–82

[I]

Implementação 105–106
Imposto sobre o valor acrescentado (IVA) 29
Imposto sobre transacções financeiras 30–31
Imposto sobre turismo 31
Imposto solidário "MassiveGood" xxiii, 30
Impostos 6
  agregação de contribuições de seguro 54–55
  cobrança eficiente xiv, 28–29
  fontes inovadoras xv, 30–32, 38
  hipotecados (afectação) 32
Impostos especiais sobre o consumo 32
Impostos especiais sobre o consumo xv, 33
Impostos reservados 33
Impostos Solidários xv, 31, 32
Incentivos xix–xx, 78–83, 100
  baseadas no desempenho 83–84
  perversas 80, 83
Índia xv, 30, 31, 52
Ineficiência xiii, 67
  causas da xix, 68, 69
  veja também Eficiente
Infecções hospitalares 74
Inflação 35
Iniciativa de Bamako (1987) 48
Instalações governamentais ver instalações públicas
Intervenções mistas em vários níveis 68, 74–75, 76, 77
Intervenções preventivas 77, 78, 99

[L]

Legislação 104
Líbano 79, 80
Licença de parto 12

[M]

Malária 29, 36, 70–71, 76
Médias-teste 8
Medicamento contrafeitos 69, 70
Medicamentos de marca 68–70
Medicamentos genéricos 68–70
Medicamentos
  controlo de qualidade 69, 71–72
  despesas desnecessários em 69–71
  ganhos potenciais de eficiência xix, 79
  práticas corruptas de distribuição 75
  uso adequado 68, 70, 79
Medicare (USA) 72, 75–76, 77, 83
México 8, 54, 58
Micro-seguros 53, 98
Migrantes xx, 85
Monitoria 107–108
Mulheres xx, 45

[N]

Nigéria 78
Noruega 12, 23

[O]

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio xiv, 36
Organização Internacional do Trabalho (OIT) xii, 12–13
Organização Mundial da Saúde (OMS)
  controlo da qualidade dos medicamentos 70–71
  convenção-Quadro sobre Controlo do Tabaco 33
  Iniciativa Cirurgia Segura Salva Vidas 76
Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento
  cobrança de impostos 29
  despesas de saúde 3, 4, 23
  Países da OCDE ajuda ao desenvolvimento 33–34, 37, 110
  pagamentos directos 52
  tecnologias médicas 71

[P]

Pagamento por caso xix, 81–82
Pagamento por serviço xix, 81–82, 100
Pagamentos directos xiii, 4, 5, 57–58
  como medida de contenção de custos 48
  custos adicionais de saúde 56–57
  dificuldades financeiras devido a x, 5, 9, 45–46
  isenções 49–50
  não oficial (informal) 46, 49, 50
  percentagem das despesas de saúde 46, 47, 59
  prevalência 44, 45 problemas com 5, 44–48
  recursos alternativos xvi, 50–51
  risco de excesso de serviço 78–81, 100
  supressão / redução xvi, 7–8, 49–50, 58, 96
Pagamentos informais 46, 49, 50
Paquistão 33, 50

Parceria Internacional para a Saúde xxiii, 6
Partilha de custos xvi, 4, 5, 81
Parturientes qualificadas xii, 10, 68, 69, 85–86
Perequação do risco 51, 55, 98
Pessoas pobres
  acesso aos serviços xx, 9–12, 43–44
  isenção de taxas moderadoras 47–49
  inclusão em esquemas de partilha 53–55
  qualidade dos cuidados 10–12 subsídios xvii, 55, 56, 97
Pessoas ricas xx, 10, 12
Populações indígenas xx, 86
Pré-pagamento xvi–xviii, 4, 6, 51, 57–58, 85
  obrigatórios xvii, 95, 97–98
  progressos 8
  veja também Esquemas de fundos comuns
Prescrição eficiente 70, 72
Prestadores
  incentivos baseados no desempenho 82–83
  métodos de pagamento xix–xx, 80–82, 100
Prevenção do excesso de serviço xix–xx, 81–83, 100
Princípio da Saúde para Todos xi, 14
Produto interno bruto (PIB), proporção de 3, 26, 54, 57
Produtos / serviços franchisados 32
Profissionais de saúde 49
  incentivos baseados no desempenho 83
  produtividade e desempenho 70, 73–74, 79
  remuneração 47, 49–50, 80, 82
Programas para toxicodependentes 85
Propulsão para a pobreza x, 5, 9, 44, 46, 47
Protecção do risco financeiro xvi–xviii, 7–8, 11–13, 51–54
  análise da situação 101–102
  estabelecer 97–98
  monitoria 108, 109
Protecção/apoio social xii, 11–12

[Q]

Qualidade dos cuidados de saúde 10–12, 70
Qualidade dos serviços públicos 30–31
Quénia 5, 46, 49
Quirguistão 49, 85–87

[R]

Receita cobrada xiv, 4
  veja também Impostos
Recursos financeiros para a saúde
  alternativas aos pagamentos directos 50–52
  assistência externa 34–38
  aumento suficiente xiv–xv, 23–38, 106, 108
  cobrança equitativa 97, 105
  despesas públicos afectas 25–27
  fontes domésticas inovadoras xv, 28–34, 96–97
  fontes mistas 55
  limitações xiii, 23
  métodos de captação xiv–xv, 23, 25–38
  recolha eficiente xiv, 30–31, 105
  requisitos para a cobertura universal 24–25
  utilização eficiente xiii, xviii–xx, 68–89, 97–100
  utilização equitativa 98–99, 106
Regimes de isenção com base no rendimento 48
Regras e estruturas organizacionais 105–106
Reino Unido 23, 73, 81
República Checa 54
República da Coreia 8, 33, 52, 54
República da Moldávia 55, 56
República Democrática do Congo 48
República Unida da Tanzânia xiv, 72
Ressonância magnética (RM) 73
Restrições ao acesso 103–104
Ruanda xxiii, 6, 23, 110

[S]

Sector informal 29, 52–53
Sector privado de saúde 55, 56, 73
Seguro de saúde 6, 7
  comunidade 53, 98
  esquemas de pagamento a prestadores 80–81
  obrigatória xvii, 96, 97–98
  partilha com as receitas fiscais gerais 54–55
  perequação do risco 51, 53, 97
  prêmios subsidiados xvii, 54, 55
  veja também Esquema de fundos comuns
Senegal 5, 48
Serviços públicos
  abolição das taxas moderadoras 49–50
  eficiência relativa 73
  pagamentos directos 56, 57
Sistemas adaptativos complexos 14
Sistemas de informação em Saúde 109
Sistemas de pagamento mistos 83
Sistemas de relatório financeiro 109
Solidariedade social 14–15
Substituição de rendimentos x, 12–13
Suiça xvii, 23, 51, 73

[T]

Tabaco
  controlo 79
  impostos especiais sobre o consumo xv, 32, 33

Tailândia 3, 4, 24, 52–53, 78, 111
Taxa sobre bilhete de avião 29, 30
Taxa sobre embarque 32
Taxa sobre transacções bancárias 32
Taxa sobre transacções cambiais xv, 31, 32
Taxa sobre transacções de moeda xv, 31, 32
Taxas de utilização ver Pagamentos Directos
Tecnologias médicas 72–73
Telefones móveis 32, 33
Tempos de espera 13
Terapia de substituição renal 24
Títulos da Diáspora xv, 32
Títulos financeiros
  diáspora xv, 33
  garantidos pelos países doadores 31, 110
Tomografia computorizada 72
Transferências condicionais de dinheiro xviii, 58, 96
Tuberculose (TB) 30, 36, 70–71, 83–84
Turquia 8

[U]

Ucrânia 53
Unitaid 30
Uso excessivo de investigações 70, 72

[V]

Vacina DPT3 11, 85–87
Vietname xxiii, 8, 110
VIH/SIDA 30, 36, 70–71, 84
Vouchers xviii, 57

[W]

WHO-CHOICE 77, 82

[Z]

Zambia 50–51, 74, 78
Zonas rurais 50–51, 56–57, 77

Escritórios da Organização Mundial de Saúde

Sede da OMS
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27, Switzerland
Telephone: +41 22 791 21 11
Facsimile: +41 22 791 31 11
E-mail: info@who.int
Web site: http://www.who.int

Escritório Regional da OMS para África
Cité du Djoué
PO Box 06
Brazzaville, Congo
Telephone: +47 241 39100 or +242 770 0202
Facsimile: +47 241 39503
E-mail: webmaster@afro.who.int
Web site: http://www.afro.who.int

Escritório Regional da OMS para as Américas/ Conselho Sanitário Pan-americano
525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037, United States of America
Telephone: +1 202 974 3000
Facsimile: +1 202 974 3663
E-mail: webmaster@paho.org
Web site: http://www.paho.org

Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatama Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Telephone: + 91 11 2337 0804 or 09 or 10 or11
Facsimile: + 91 11 2337 0197/337 9395
E-mail: registry@searo.who.int
Web site: http://www.searo.who.int

Escritório Regional da OMS para a Europa
8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17
Facsimile: +45 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: http://www.euro.who.int

Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental
Abdul Razzak Al Sanhouri Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
Telephone: +202 2276 50 00
Facsimile: +202 2670 24 92 or 2670 24 94
E-mail: webmaster@emro.who.int
Web site: http://www.emro.who.int

Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental
PO Box 2932
Manila 1099, Philippines
Telephone: +63 2 528 8001
Facsimile: +63 2 521 1036 or 526 0279
E-mail: postmaster@wpro.who.int
Web site**:** http://www.wpro.who.int

Agência Internacional para a Investigação do Cancro
150, cours Albert Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Tel: +33 472 73 84 85
Fax: +33 472 73 85 75
E-mail: webmaster@iarc.fr
Web site: http://www.iarc.fr