



A Rede de Actividade Regional para a Equidade na Saúde na África Oriental e Austral (EQUINET) Séries Políticas No. 20

Co-publicado pela EQUINET
EQUINET e a Unidade Económica da Saúde,
Universidade da Cidade do Cabo e
Centro de Formação e Apoio de Pesquisa (TARSC)

Policy Series
No.

20

MAIO 2008

Alcançando a a promessa: O progresso sobre o compromisso da Abuja de 15% dos fundos do governo para a saúde

Mensagens chaves:

- ✓ Dedicando **15% dos fundos públicos domésticos para o sector da saúde é necessário**- para ambos endereçar a saúde e as necessidades da saúde dentro da África Oriental e Austral (AOA) e para assegurar progresso para construir um sistema de saúde universal e abrangente.
- ✓ O alvo de **15% não é pouco realista** – está na linha com os níveis das despesas públicas em outros países em volta do mundo.
- ✓ Alcançando o alvo de 15% exige que os fundos públicos não sejam consumidos pela revisão de débito, portanto a implementação rápida do **cancelamento de débito é crítico**
- ✓ Os 15% fica para a despesa pública doméstica, excluindo o financiamento externo sobre a saúde. Deveriam ser **monitorados regularmente e reportados publicamente** pelos governos
- ✓ Mesmo se os países alcançarem o alvo de 15%, ainda para muitos existirá uma lacuna substancial em financiar os serviços da saúde. Mais recursos fluem fora da África do que entrar dentro do continente, portanto o financiamento sustentável da saúde exige a solidariedade global. Os países da **“OECD” deverão alcançar o seu compromisso para contribuir 0.7% do seu PBN** (Productio Bruto Nacional) como assistência oficial para o desenvolvimento (AOD).
- ✓ **O aumento de despesas sobre os serviços da saúde não deveriam estar no pagamento de despesas sobre outros serviços sociais.**

Qual é o alvo da Abuja?

No ano 2001, em Abuja na Nigéria, os Chefes dos estados membros da União Africana comprometeram para alocar ao menos 15% de orçamentos dos governos para seus sectores da saúde. Ao mesmo tempo chamaram os países doadores para complementar seus esforços a fim de mobilizar domesticamente os recursos através de cumprirem o seu compromisso de dedicar 0.7% do seu PBN como AOD para os países em via de desenvolvimento e cancelar a dívida externa da África em favor do aumento de investimento no sector social.

O alvo de Abuja, assim, consiste de três componentes; os países Africanos deveriam:

- ✓ **Mobilizar os recursos domésticos para a saúde (15% agora);**
- ✓ **Estar não sobre-carregado pela prestação de contas do débito (Cancelamento de Débito agora); e**
- ✓ **Ser apoiada pela AOD (0.7% PBN agora).**

Porque o alvo?

Existe uma ma-combinação massiva entre as necessidades de assistência da saúde dos países Africanos e os recursos disponíveis para alcançar estas necessidades. Os países Africanos são responsáveis de 10% da população mundial, mais têm 25% de cargas de doenças globais, 60% das pessoas vivendo com HIV/SIDA, e globalmente uma altíssima taxa de TB e malária. Enquanto a África presta contas para menos de 1% das despesas globais e possui somente 2% da mão da obra da saúde global. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2001 que USD80 por pessoa por ano estavam sendo necessitados para um sistema de saúde abrangente incluindo uma colecção minimamente adequada de intervenções e infra-estruturas para distribui-las. Poucos países da África Oriental e Austral possuem níveis de despesas de cuidados da saúde aproximadamente desta quantia, portanto existe grandes desencontros das necessidades da saúde.

O esforço para acabar com a lacuna de recursos da necessidade de cuidados da saúde requer uma acção comprometida sobre três frentes:

Primeiramente, Os governos Africanos por si próprios devem demonstrar o seu compromisso dos serviços da saúde através de dedicar uma porção maior dos seus próprios recursos para com o sector da saúde. O Arcebispo Desmond Tutu o Ganhador do Prémio Nobel da Paz “ *Nobel Peace Prize Winner*” declarou em 2008:

*“A promessa da União Africana- Abuja-15% é um dos mais importantes compromissos feito pelos líderes Africanos para o financiamento e o desenvolvimento da saúde, e os nossos Chefes de Estado deverão esforçar-se para alcançar esta promessa sem muito atraso. **A perda continua anualmente de milhões de vidas Africanas que podia ser prevenida é inaceitável e insustentável.** Os nossos líderes sabem o que têm de fazer. Já prometeram para fazê-lo. O que eles têm de fazer agora é presentemente fazê-lo. É isto tudo quanto pedimo-los.”*

Em segundo lugar, Os esforços do governo para aumentar os serviços de financiamento doméstica da saúde não deverão ser arriscados pelas cargas inaviáveis de débito. Durante três décadas atrás, a Africa Oriental e Austral (AOA) pagava anualmente uma media de USD14 *per capita* na prestação de dívidas, em muitos países mais do que a sua média gastam sobre a saúde. Cancelando a dívida torna-se mais praticável para os governos Africanos possam repriorizar seus fundos escassos da taxa para saúde e outros serviços sociais.

Em terceiro lugar, mesmo se os países Africanos gastem 15% do financiamento público doméstico sobre a saúde, para muitos, isto ainda deixa uma lacuna de financiamento substancial, para alcançar uma colecção minimamente adequada abangente, dos serviços da saúde. É tão importante seguir a pista da cota do sector da saúde em PDB- Produto Bruto Domestico global e qual é a quantia do PBD está nas receitas do governo, ou o alvo da Abuja possa permanecer como 15% dos níveis baixos ou diminuidos dos recursos do governo. Iguamente, elevando recursos domésticos para tal, está limitado pelo fluxo significativa da rede de recursos da Africa. O reverso flue através de Ajuda de Desenvolvimento Ultramarino (ODA) precisado para fechar esta lacuna, e os países da OECD deverão alcançar o compromisso que eles fizeram para contribuir 0.7% do seu PBD como a ODA.

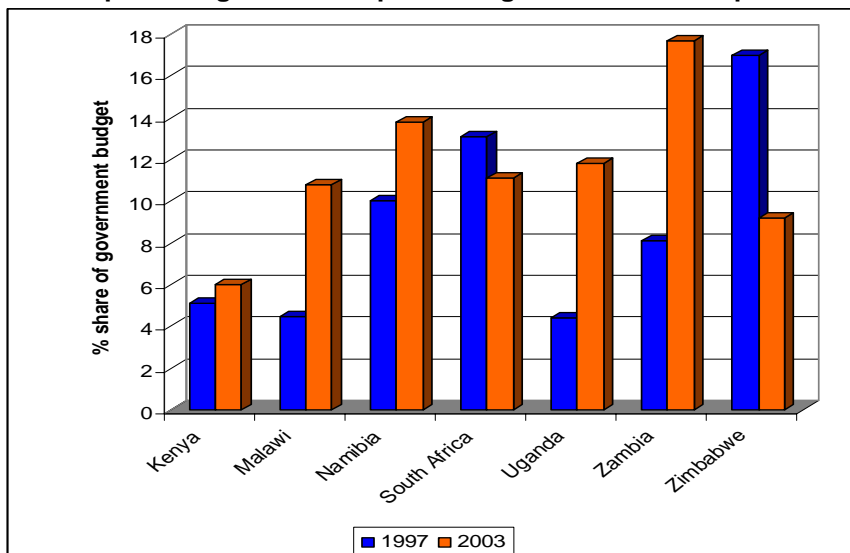
Tem havido qualquer progress em direcção ao alvo?

15% do orçamento do governo para a saúde

Dado que muitas fontes informativas rotineiras sobre as despesas dos cuidados da saúde a nível do país, a base de dados da contabilidade Nacional da Saúde da OMS, combina o financiamento da taxa doméstica e fundos do doador na sua categoria das despesas do governo, EQUINET delegou os pesquisadores em alguns países da AOA para compilar informação sobre próprias despesas do governo antes e depois do compromisso da Abuja. A figura abaixo mostra os dados.

Vários países como (Malawi, Namibia, Zambia, Uganda) fizeram progressos consideráveis em aumentar o financiamento doméstico direcção ao ponto alvo da Abuja, logo depois do compromisso ter sido realizado. Isto mostra que o alvo pode ser alcançado, usando recursos domésticos. Kenya teve menos progresso, e as alocações do governo para o sector da saúde na Africa do Sul e Zimbabwe declinaram.

Cota da percentagem das despesas do governo alocadas para a saúde (1997 & 2003)



O Progresso para o alvo da Abuja em Malawi

O esforço do Malawi para ir ao encontro com o alvo de Abuja merece menção específica. Apesar de ter níveis baixíssimo do rendimento nacional dos sete países da AOA aqui revistos, têm havido um progresso notável em aumentar alocação dos fundos do governo ao sector da saúde, a partir de meramente 4.5% em 1997 para 7% em 2000 e 10.3% em 2003 e respectivamente 2006 debaixo da iniciativa dos Países Pobres Indebitadamente Pesadamente (HIPC), aproximadamente a metade do qual foi alocada ao sector da saúde.

Outro factor chave conduzindo progresso em direcção ao alvo em Malawi é a advocacia activa realizada pela sociedade civil e parlamentarianos. A Rede de Actividade Malawiana para a Equidade da Saúde, uma rede de actividade da sociedade civil, tem estado a advogar para o aumento de alocações para a saúde, como tem sido com a Assembleia Nacional através do Comité Parlamentariano de Malawi sobre a Saúde. Depois de advocacia do alvo da Abuja no debate do orçamento de 2007, as despesas da saúde como uma cota do orçamento total aumentaram adicionalmente em

Cancelamento do débito

Países Africanos gastam muito sobre a dívida do que sobre a saúde. De acordo com os níveis de USD6.2 bilhões no ano 2000, os reembolsos chegaram acerca de quatro vezes da dívida original de 1980 no ano 2000. Isto significativamente reduz os fundos públicos discricionários disponíveis, incluindo da saúde. A pressão dos estados e a sociedade civil globalmente desencadearam umas séries de medidas de alívio do débito, primeira sob a iniciativa do HIPC e depois, a proposta da Cimeira dos G8 2005 para cancelar 100% dos débitos pendentes multilaterais de países ilegíveis, com 26 países Africanos aprovados para a redução da dívida.

Experiência a partir da primeira volta de iniciativas sugere que enquanto o estoque do débito tem caído e as despesas sociais aumentaram, então tem havido menos benefício para o sector da saúde e as taxas de juros têm guardado as obrigações de serviços de débito altas, assim limitando o gasto social. A chamada para cancelar todas as obrigações de prestação de débitos ainda permanecem urgentes.

ODA do 0.7% do PBD

Excluindo alívio da dívida para a Nigéria, os níveis reais de ajuda para a Africa Sub-Sahara levantaram por somente 2% em 2006. A média das contribuições de 0.3% do PBD para ODA provenientes dos países da OECD-(Organização para a Economia, Cooperação e Desenvolvimento) permanecem bem abaixo do ponto alvo acordado com NU de 0.7% do PBD. Em 2006 somente a Suécia, Luxemburgo, Noruega, Países Baixos e a Demarca alcançaram este compromisso. Deste modo não somente os governos africanos que estão falhando a fim de alcançar os seus compromissos para o aumento de financiamento doméstico dos cuidados da saúde. Os países de rendimento elevado estão com esperança, também não atingindo os seus pontos alvos acordados.

O que é precisa ser feito para alcançar alvo?

Medida e monitorar o progresso: Seguir a pista do progresso em direcção ao ponto alvo da Abuja chama para informação exacta disponível sobre as despesas dos cuidados da saúde do governo a partir de fontes de financiamento doméstico. Os dados da Contabilidade Nacional da Saúde (CNS) deverão separar o financiamento doméstico e do doador. Isto significa emendar a base-de-dados da OMS para mostrar isto, como recomendado no seu próprio manual em como conduzir CNS a nível do país. Os dados deverão ser compilados rotineiramente sobre o financiamento para a saúde como a cota de despesas domésticas, e do PBD sobre o nível de gastar sobre o débito e prestação de contas de débito, e sobre a cota do financiamento externo no sector da saúde.

Relatório publicamente regularmente sobre progresso: A informação deverá ser publicamente disponível, particularmente como parte de debates orçamentais e monitoria. Também ela deverá ser reportada na reunião regional anual dos Ministros da Saúde e das Finanças na Comunidade da Saúde Africana Central, Oriental e Austral, na Comunidade de Desenvolvimento da Africa Austral (SADC), Comunidade da Africa Oriental (CAO) e aos Chefes do Estado da União Africana (UA).

Advogar sobre lacunas e ganhos: Nacional vigoroso e advocacia regional em volta do alvo de 15% pode aumentar mais evidência local:

- No âmbito da saúde das necessidades da saúde dentro do país, a natureza das intervenções requeridas para endereçar estas necessidades de saúde e a magnitude financeira e outros recursos requeridos para providenciar estes serviços.
- Dos ganhos dentro da assistência melhorada da saúde resultam dos períodos de melhoramento de financiamento doméstico, incluindo em promover alocação equitativa e aumento do financiamento para níveis primários e distritais.

Aponta para exemplos a partir da prática existente: O ponto alvo de 15% é realista dado alguns países Africanos já chegaram até a este alvo. Mais além, muitos países de rendimento elevado e muitos países de baixo e médio rendimentos dedicam mais do que 15% dos fundos do governo para assistência da saúde (ex.: 21% em Colômbia, Costa Rica e El-Salvador; 19% em Austrália, Guatemala, Suíça e EUA; etc.).

Tornem claro a necessidade para um aumento em todas despesas sociais: O âmbito de outros serviços sociais providenciados publicamente (ex: educação, assistência social, abastecimento da água) também têm benefícios positivos da saúde. Alocando de 15% do orçamentos do governo para os serviços da saúde não deve ser nos custos destes outros serviços sociais. O aumento das despesas públicas nos serviços sociais é fundamental para os estados encontrarem suas obrigações a fim de promover o desenvolvimento humano.

Construir alianças internacionalmente: O cancelamento do débito e Agência do desenvolvimento Ultramarino (ODA) são vitais para o aumento de financiamento dos serviços da saúde. Quadros de trabalho macroeconômicos, incluindo limites de despesas, podem limitar a absorção dentro do orçamento disponível de novos recursos externos significativos. Estas questões chamam atenção para advocacia, não so para o nível nacional mas também a nível internacional. As preocupações daqueles que resistem o aumento das despesas sobre a saúde, tais como ministros das finanças, devem ser directamente confrontados.

Se sistemas de saúde estejam para ser determinados ou administrados nacional (nacionalmente) abrangentes (com o financiamento adequado em volta de todas as necessidades da saúde), *universamental* (cobrindo e acessíveis a todos) e as pessoas centradas (empoderando, assegurando inclusão e não levantando barreiras para os cuidados da saúde), então, a advocacia e acção precisam de assegurar que o escopo completo do compromisso da Abuja esteja alcançado:

- Os países Africanos mobilizarem recursos domésticos para a saúde (15% agora);
- Incumbido pela prestação de contas de débito (O cancelamento do débito agora); e
- Apoiado pela ODA (0.7% PBD para ODA agora).

Recursos adicionais

Atim C (2006) *Factores Financeiros Afectando o Progresso Lento por ler Alvos Acordados sobre HIV/SIDA, TB e Malaria em Africa*. DFID Centro de Recursos da Saúde Preparado para a União Africana: Addis Ababa, disponível na www.africa-union.org, descarregado no dia 7 de Março de 2006

Comité Executivo da EQUINET (2007) *Reclamando os Recursos Para Saúde: Uma análise Regional da Equidade na Saúde na Africa Oriental e Austral*. EQUINET: Weaver press, Fountain Publishers e Jacana media Harare, Uganda e Johannesburgo. Govender V, McIntyre D, Loewenson R (2008). *O Progresso em direcção para Abuja Alvo para despesas do governo sobre os cuidados da saúde na Africa Oriental e Austral. Unidade da Economia da Saúde*, Universidade da Cidade do Cabo e EQUINET; Cidade do Cabo e Harare.

Reconhecimentos

Informação novata do país colecionada por: Stephen Cheruiyot, Ministério da Saúde, Kenya; Edward Kataika, Ministério da Saúde, Malawi; Veloshnee Govender, Unidade da Economia da saúde, Universidade da Cidade de Cabo, Africa do Sul; Thomas Mbeeli, Ministério da Saúde, Namibia; Mark Tumwine, HealthNet Consult, Uganda; Mukosha Bona Chitah, Departamento de Economia, Universidade da Zambia and Shepherd Shamu, Unidade de Pesquisa e Análise da Política Económica do Zimbabwe (ZEPARU)/ TARSC, Zimbabwe. Estes indivíduos não são responsáveis de análise e perspectivas expressadas no relatório que são atribuíveis aos autores.

Produzido : Maio de 2008

Autores: D McIntyre, R Loewenson, V Govender

DTP: Blue Apple, Publicado pela EQUINET

Com apoio do IDRC Canada