



Organização Internacional do  
Trabalho  
Projeto STEP/Portugal



Organização  
Mundial da Saúde

# **ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DO SECTOR SAÚDE CABOVERDIANO**

**José Pacheco Jiménez**

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2013  
Primeira edição 2013

As publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho gozam da protecção dos direitos de autor em virtude do Protocolo 2 anexo à Convenção Universal sobre Direito de Autor. No entanto, breves extractos dessas publicações podem ser reproduzidos sem autorização, desde que mencionada a fonte. Os pedidos para obtenção dos direitos de reprodução ou tradução devem ser dirigidos ao Serviço de Publicações da OIT (*Rights and Permissions*), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland, ou por email: [pubdroit@ilo.org](mailto:pubdroit@ilo.org). Os pedidos de autorização serão sempre bem-vindos.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados poderão reproduzir cópias de acordo com as licenças obtidas para esse efeito. Consulte o sítio [www.ifro.org](http://www.ifro.org) para conhecer a entidade reguladora no seu país.

---

#### ILO Cataloguing in Publication Data

A Estratégia de Financiamento do Setor Saúde Caboverdiano /José Francisco Pacheco Jiménez; Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza – Genebra: BIT, 2013  
x. 110 p.

ISBN: 978-92-2-827727-2 (print); 978-92-2-827728-9 (web pdf)

Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social

Desenvolvimento / Piso de Proteção Social / proteção social / cobertura universal da saúde/ financiamento setor saúde / Cabo Verde / África

---

As designações constantes das publicações da OIT, que estão em conformidade com as normas das Nações Unidas, bem como a forma sob a qual figuram nos trabalhos, não reflectem necessariamente o ponto de vista do *Bureau* Internacional do Trabalho relativamente à condição jurídica de qualquer país, área ou território ou respectivas autoridades, ou ainda relativamente à delimitação das respectivas fronteiras.

As opiniões expressas em estudos, artigos e outros documentos são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, e a publicação dos mesmos não vincula o *Bureau* Internacional do Trabalho às opiniões neles expressas.

A referência a nomes de empresas e produtos comerciais e a processos, ou a sua omissão, não implica da parte do *Bureau* Internacional do Trabalho qualquer apreciação favorável ou desfavorável.

Informação adicional sobre as publicações do BIT pode ser obtida no Escritório da OIT em Lisboa, Rua Viriato n.º 7, 7.º, 1050-233 Lisboa-Portugal. Tel. +351 213 173 447, fax +351 213 140 149 ou diretamente através de nossa página da internet [www.ilo.org/lisbon](http://www.ilo.org/lisbon)

---



Organização Internacional do Trabalho  
Projeto STEP/Portugal



---

# **ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DO SECTOR SAÚDE CABOVERDIANO**

---

**Consultor: José Pacheco Jiménez**

*Junho, 2013*

## ÍNDICE

<b>ACRÓNIMOS .....</b>	<b>VI</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. ASPETOS TEÓRICOS DO FINANCIAMENTO DO SECTOR SAÚDE... 4</b>	
<b>ENQUADRAMENTO GERAL DO ESTUDO: O PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>4</b>
<b>O CONCEITO E ALCANCE DO FINANCIAMENTO DO SECTOR DA SAÚDE.....</b>	<b>5</b>
<b>PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO: SÍNTESE.....</b>	<b>7</b>
FINANCIAMENTO COM IMPOSTOS .....	7
SEGURANÇA SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES SOBRE OS SALÁRIOS.....	8
SEGUROS PRIVADOS .....	9
SEGUROS COMUNITÁRIOS OU MICRO-SEGUROS .....	9
PAGAMENTOS DIRETOS .....	10
CONTAS POUPANÇA DE SAÚDE .....	10
COOPERAÇÃO EXTERNA .....	11
<b>QUAL É A MELHOR FONTE? UM BALANÇO DE VANTAGENS E DESVANTAGENS.....</b>	<b>11</b>
<b>COBERTURA UNIVERSAL E FINANCIAMENTO.....</b>	<b>12</b>
<b>POOL DE RISCO.....</b>	<b>13</b>
<b>COMPRAS.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 2. FATORES AMBIENTAIS QUE INCIDEM NO FINANCIAMENTO DO SECTOR SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
<b>EVOLUÇÃO MACROECONÓMICA.....</b>	<b>18</b>
<b>DESEMPENHO FISCAL .....</b>	<b>21</b>
<b>ASPETOS DEMOGRÁFICOS .....</b>	<b>21</b>
<b>MERCADO LABORAL.....</b>	<b>24</b>
<b>POBREZA E DESIGUALDADE .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 3. O SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO: RECURSOS E DESEMPENHO .....</b>	<b>28</b>
<b>PACOTES DE SERVIÇOS FORNECIDOS À POPULAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>RECURSOS DO SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO.....</b>	<b>29</b>
RECURSOS HUMANOS .....	29
INFRAESTRUTURA .....	32
<b>TENDÊNCIAS NA ATIVIDADE DO SECTOR DA SAÚDE .....</b>	<b>37</b>
PRIMEIRO NÍVEL - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE .....	37
SERVIÇOS DE CONSULTA EXTERNA .....	39
SERVIÇOS HOSPITALARES.....	41
EVACUAÇÕES .....	41
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DO SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO.....</b>	<b>42</b>
MORTALIDADE GERAL.....	42
MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.....	45
MORBIDADE .....	45
<b>CAPÍTULO 4. PRINCIPAIS TENDÊNCIAS FINANCEIRAS DO SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO .....</b>	<b>47</b>
<b>PRINCIPAIS ENTIDADES PARTICIPANTES NO MODELO DE FINANCIAMENTO DE CABO VERDE .....</b>	<b>47</b>
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS .....	48
MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	48

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL .....	49
FAMÍLIAS .....	51
OUTRAS ENTIDADES MENORES .....	51
<b>FONTES DE FINANCIAMENTO .....</b>	<b>53</b>
<b>MANCOMUNGAÇÃO OU POOL DE RISCO .....</b>	<b>54</b>
<b>UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS .....</b>	<b>55</b>
<b>PRINCIPAIS TENDÊNCIAS FINANCEIRAS DOS MS, INPS E PAGAMENTOS DIRETOS.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO 5. CUSTO DO PACOTE DE SERVIÇOS NUM CONTEXTO DO PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>62</b>
<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS: ESTRATÉGIA E FONTES DE DADOS .....</b>	<b>62</b>
ASPETOS METODOLÓGICOS SOBRE O PACOTE .....	62
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>METODOLOGIA E CÁLCULO DAS TRANSFERÊNCIAS DO INPS AO MS .....</b>	<b>70</b>
CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	70
ASPETOS METODOLÓGICOS .....	72
RESULTADOS .....	72
CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS SOBRE METODOLOGIA E RESULTADOS .....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
<b>CAPÍTULO 6. OPÇÕES DE FINANCIAMENTO PARA O PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL .....</b>	<b>78</b>
<b>ANÁLISE DE FONTES .....</b>	<b>78</b>
INCREMENTO DO IMPOSTO SOBRE O VALOR ACRESCENTADO.....	78
IMPOSTOS “AO PECADO” (AO ÁLCOOL E AO TABACO).....	80
TAXA ESPECIAL AO TURISMO .....	81
TAXA ESPECIAL ÀS REMESSAS.....	83
TAXA ESPECIAL ÀS DESPESAS TELEFÓNICAS .....	84
IMPOSTOS SOBRE OS DEPÓSITOS BANCÁRIOS .....	85
AUMENTO DA COBERTURA COM SEGURO PRIVADO .....	86
MUDANÇAS NO SEGURO SOCIAL DE SAÚDE.....	87
FORTALECIMENTO DAS MUTUALIDADES.....	89
POUPANÇAS DE REDUÇÕES NAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS E MEDICAMENTOSAS.....	91
POSSÍVEIS CENÁRIOS PARA COBRIR A DIFERENÇA (GAP) FINANCEIRA.....	92
<b>TRANSFERÊNCIAS DO INPS E NOVAS FONTES DE FINANCIAMENTO.....</b>	<b>94</b>
<b>ALGUMAS REFLEXÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO 7. PRINCIPAIS CONCLUSÕES E DESAFIOS .....</b>	<b>96</b>
<b>CONCLUSÕES RELEVANTES.....</b>	<b>96</b>
<b>OS DESAFIOS PARA O SISTEMA .....</b>	<b>98</b>
<b>CAPÍTULO 8. EFICIÊNCIA.....</b>	<b>100</b>
<b>O PRIMEIRO PASSO: A VISÃO DE LONGO PRAZO .....</b>	<b>100</b>
<b>OBJETIVOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA ESTRATÉGIA .....</b>	<b>101</b>
<b>INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS .....</b>	<b>102</b>
BÓNUS DEMOGRÁFICO: UMA OPORTUNIDADE PARA FORTALECER O FUTURO DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO DE SEGURANÇA SOCIAL.....	102
A EXTENSÃO DA COBERTURA: PRIORIDADE DUMA POLÍTICA SUSTENTÁVEL DE FINANCIAMENTO .....	103
MEDIDAS PARA INCREMENTAR A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS.....	104
OPÇÕES PARA MELHORAR O POOL DE RISCO .....	104
OPÇÕES PARA REFORMAR O MODELO DE COMPRAS (PRINCIPALMENTE AÇÕES DE LONGO PRAZO) .....	105
MEDIDAS DE ÍNDOLE INSTITUCIONAL .....	105
<b>CALENDÁRIO DE IMPLEMENTAÇÃO.....</b>	<b>106</b>

<b>RISCOS POTENCIAIS .....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>109</b>

## Gráficos

Gráfico 1. Grupos populacionais e políticas no PPS.....	4
Gráfico 2. Objetivos e funções dos sistemas de saúde segundo a OMS .....	6
Gráfico 3. Componentes da função de financiamento .....	6
Gráfico 4. O Cubo da Cobertura Universal e as suas dimensões.....	13
Gráfico 5. Esquema básico do funcionamento do pool de risco .....	14
Gráfico 6. Fatores e sua influência no financiamento do sector saúde .....	18
Gráfico 7. Cabo Verde: Valor real e taxa de crescimento do PIB <i>per capita</i> (1995-2011) .....	19
Gráfico 8. Cabo Verde: Indicadores de Remessas (2000-2010) .....	19
Gráfico 9. Cabo Verde: Turistas totais e despesa por turista (2000-2010) .....	20
Gráfico 10. Fluxos de APD para Cabo Verde (1995-2010).....	20
Gráfico 11. Desempenho fiscal de Cabo Verde.....	21
Gráfico 12. Taxa de crescimento da população em Cabo Verde (1995-2011) .....	22
Gráfico 13. Cabo Verde: Pirâmides Populacionais (2010 e 2040) .....	23
Gráfico 14. Cobertura contributiva dos trabalhadores, por sector (2012).....	25
Gráfico 15. Taxas de desemprego por grupo (2012).....	26
Gráfico 16. Taxas de Incidência da Pobreza (2002 e 2007).....	27
Gráfico 17. Taxa de médicos por 10.000 habitantes, por concelho e média nacional .....	30
Gráfico 18. Taxa de enfermeiros por 10.000 habitantes, por concelho e média nacional.....	31
Gráfico 19. Taxa de disponibilidade de centros de primeiro nível, por Concelho.....	33
Gráfico 20. Taxa de camas disponíveis por tipo de centro (2006 e 2010).....	34
Gráfico 21. Disponibilidade de camas nos centros de saúde, por concelho.....	34
Gráfico 22. Estadia média e taxa de ocupação dos Hospitais Centrais (2010) .....	35
Gráfico 23. Taxas de ocupação por serviço e hospital (2010) .....	36
Gráfico 24. Cobertura com serviços materno-infantis (2010).....	38
Gráfico 25. Taxa de cobertura de vacinação, por tipo de vacina (2010).....	38
Gráfico 26. Taxa de cobertura contraceptiva, por serviço .....	39
Gráfico 27. Taxa de consultas especializadas por 1.000 habitantes (2004-2010).....	40
Gráfico 28. Composição das consultas especializadas (2004 e 2010) .....	40
Gráfico 29. Taxas de evacuações por 100.000 habitantes (2008-2010).....	42
Gráfico 30. Taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes (2001-2010) .....	43
Gráfico 31. Taxas de mortalidade geral por Concelho (2005 e 2010) .....	43
Gráfico 32. Taxas de mortalidade geral por sexo (2005 e 2010) .....	44
Gráfico 33. Taxas de mortalidade por causa de morte (2005 e 2010).....	44
Gráfico 34. Taxas várias de mortalidade infantil e materna (1995-2009).....	45
Gráfico 35. Número de casos de doenças transmissíveis.....	46
Gráfico 36. Modelo de Financiamento da Saúde em Cabo Verde: estrutura e distribuição de fundos .....	47
Gráfico 37. Organigrama do Ministério de Saúde .....	49
Gráfico 38. População total coberta e taxa de cobertura com seguro social da saúde (2005-2010) ...	50
Gráfico 39. Principais fontes de financiamento por origem dos fundos (2009).....	54
Gráfico 40. Distribuição dos fundos da saúde por <i>pool</i> de risco.....	55

Gráfico 41. Distribuição das despesas do sector saúde por funções e serviços prestados (2009).....	56
Gráfico 42. Composição das despesas públicas por prestador de serviços .....	58
Gráfico 43. Taxas de cobertura de vacinação (2010).....	64
Gráfico 44. Taxas de cobertura contraceptiva (2010).....	65
Gráfico 45. Custos totais do pacote de serviços por cenário (2010-2020).....	68
Gráfico 46. Diferenças percentuais entre o pacote universal e os diferentes cenários (em pontos do PIB).....	69
Gráfico 47. Estrutura das despesas do sector saúde segundo cenário.....	70
Gráfico 48. Transferências <i>per capita</i> ao Ministério da Saúde em termos per capita (2005-2010)....	71
Gráfico 49. Metodologia para cálculo da transferência do INPS ao MS .....	72
Gráfico 50. Composição do financiamento do pacote de serviços do MS.....	74
Gráfico 51. IVA como percentagem dos impostos totais e receitas correntes .....	79
Gráfico 52. Fundos projetados para impostos sobre o álcool e o tabaco (2013-2020) .....	80
Gráfico 53. Fundos angariados para os cenários relacionados com o sector do turismo .....	82
Gráfico 54. Novos fundos esperados do imposto às remessas (2013-2020).....	83
Gráfico 55. Fundos angariados e taxa de cobertura do diferencial com impostos telefónicos (2013-2020).....	84
Gráfico 56. Fundos projetados do imposto aos depósitos bancários (2013-2020).....	85
Gráfico 57. Fundos projetados para cenário de seguros privados (2013-2020).....	87
Gráfico 58. Receitas adicionais com incremento da cobertura e taxa de cobertura do diferencial (2013-2020) .....	88
Gráfico 59. Receitas adicionais com incremento da taxa contributiva e cobertura do diferencial (2013-2020) .....	89
Gráfico 60. Fundos projetados para a extensão dos seguros mutualistas.....	90
Gráfico 61. Cobertura do diferencial ( <i>gap</i> ) financeiro pelos cenários de poupança de eficácia.....	91
Gráfico 62. Taxa média de cobertura do diferencial financeiro, por tipo de opção (2013-2020).....	93
Gráfico 63. O Modelo de Financiamento Transformado .....	101

## Tabelas

Tabela 1. Vantagens e desvantagens das fontes de financiamento .....	11
Tabela 2. Tipos e características dos distintos modelos de pool de risco .....	14
Tabela 3. Principais características dos mecanismos de pagamento atuais .....	15
Tabela 4. Principais vantagens e desvantagens dos mecanismos de pagamentos.....	16
Tabela 5. Estrutura dos empregos por ramo de atividade (2012).....	24
Tabela 6. Taxa de recursos humanos por categoria específica (2010).....	31
Tabela 7. Estadia média e taxa de ocupação dos Hospitais Regionais (2010).....	36
Tabela 8. Disponibilidade de centros privados, por tipo de unidade e concelho (taxa por 10.000 hab) .....	37
Tabela 9. Serviços hospitalares por 1.000 habitantes (2006-2010).....	41
Tabela 10. Distribuição dos custos do Sistema de Assistência Médica do BCV .....	52
Tabela 11. Custos médicos das companhias de seguros privados, por destino das despesas (2009-2011).....	53
Tabela 12. Repartição da despesa nacional de saúde por tipo de prestador (2009) .....	57
Tabela 13. Distribuição das despesas do Ministério da Saúde por serviço (2009) .....	59
Tabela 14. Distribuição das despesas do INPS por serviço (2009).....	60

Tabela 15. Distribuição dos pagamentos diretos por serviço (2009) .....	61
Tabela 16. Taxas de cobertura dos serviços materno-infantis (2006-2010).....	63
Tabela 17. Taxas de cobertura dos serviços de saúde pública .....	63
Tabela 18. Valores estimados dos serviços do Ministério da Saúde (2010) .....	73
Tabela 19. Compensação adicional do INPS e o Tesouro segundo variável orçamental utilizada.....	74
Tabela 20. Cenários alternativos para o cálculo do défice <i>per capita</i> e transferências.....	76
Tabela 21. Fundos angariados e cobertura do diferencial segundo diferentes aumentos do IVA (2013-2020) .....	79
Tabela 22. Cobertura do diferencial segundo diferentes taxas aplicadas ao álcool e ao tabaco (2013- 2020).....	81
Tabela 23. Cobertura do diferencial por alternativa de financiamento (entre 2013 e 2020).....	82
Tabela 24. Exemplos de pacote de financiamento que fecham a brecha (2015).....	94
Tabela 25. Transferências totais e adicionais do INPS em caso de novas fontes de financiamento...95	
Tabela 26. Forças e debilidades do sistema de saúde cabo-verdiano.....	98
Tabela 27. Período de implementação sugerido para cada medida.....	107
Tabela 28. Possíveis riscos e sua administração .....	108

## Acrónimos

ABC	<i>Activity-based costing</i>
APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
BCV	Banco de Cabo Verde
CED	Cooperação externa de desenvolvimento
ECV	Escudos cabo-verdianos
EMPROFAC	Empresa de Produtos Farmacêuticos
GDR	Grupos Diagnósticos Relacionados
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista Souza
IDE	Investimento Direto Estrangeiro
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRA	Infeções Respiratórias Agudas
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
US\$	Dólares americanos

## Glossário

**Bónus demográfico:** situação onde a população trabalhadora cresce acima dos grupos dependentes como idosos e crianças. Esta situação pode ser visualizada em rácios decrescentes de dependência e numa estrutura populacional onde os grupos do meio concentram uma proporção considerável da população total.

**Capitação:** mecanismo de pagamento onde o prestador de serviços recebe um montante fixo por cada pessoa afiliada na sua clínica ou centro de saúde.

**Contribuições para a segurança social:** É o valor obrigatório pago mensalmente pelos trabalhadores e entidades empregadoras, com a finalidade de constituir um fundo para a concessão de benefícios previdenciários. Em Cabo Verde, é também um modo de financiamento da saúde, sendo que uma percentagem da contribuição é afeta a gastos médicos e medicamentosos.

**“Impostos ao pecado”:** aquele tipo de impostos aplicados aos bens e serviços cujo consumo tem incidência negativa sobre a saúde da população.

**Micro-seguro:** mecanismo de financiamento dirigido a populações com acesso débil à segurança social onde o afiliado contribui com um montante fixo mensal e recebe o direito de fazer uso dum pacote básico de serviços.

**Pagamento direto:** pagamentos formais ou informais que as pessoas fazem aos prestadores de serviços, no momento de o receber.

**Pool de risco:** mecanismo que permite integrar os fundos angariados numa só administração, onde o risco relacionado com as distintas intervenções de saúde é assumido por todos os integrantes do fundo e não pelas pessoas individualmente.

**Seguro privado:** mecanismo de financiamento caracterizado pelo pagamento dum quota mensal que permite o acesso a determinados serviços. Nos seguros privados, a afiliação é voluntária e o pagamento depende das características individuais dos segurados. Assim, o risco é individualizado e os subsídios cruzados desaparecem.

## Introdução

O tema de financiamento do sector saúde mantém-se como parte constante das agendas de trabalho das autoridades sanitárias a nível mundial. As pressões provocadas pelos processos de envelhecimento, tecnologias sanitárias continuamente modernizadas e o incremento das doenças crónicas são alguns dos fatores que exercem pressão sobre as finanças do sector.

A evolução do sistema de saúde cabo-verdiano tem sido positiva nos últimos 20 anos. A esperança de vida do país posiciona-se entre as três melhores da África Subsariana, consequência de decréscimos importantes na mortalidade infantil e na mortalidade geral. Os resultados são ainda mais significativos se considerarmos que as despesas *per capita* com saúde (em Paridade de Poder de Compra) em Cabo Verde, são muito menores do que em outros países do continente. Por exemplo, o país investe por pessoa, cerca de 25% do investimento do Botswana e a metade das despesas *per capita* do Gabão. Contudo, a esperança de vida de Cabo Verde é 11 anos superior à do Gabão e 21 anos maior do que no Botswana, um exemplo de eficácia relativa para o sistema cabo-verdiano.

Não obstante os bons resultados, o sistema de saúde local não está isento de pressões e desafios de curto e médio prazo. A cobertura de serviços materno-infantis ainda não é universal, com lacunas que superam mais de 20% da população alvo em alguns casos. Acresce que, tanto o número de evacuados externos como o seu custo total têm apresentado um crescimento significativo durante a última década, situação que exerce pressão nos requerimentos de financiamento. De igual forma, as lacunas na distribuição de recursos poderia implicar a necessidade de contratar mais médicos e construir mais centros de saúde, naqueles lugares com acesso limitado aos recursos de saúde.

Ao avaliar em perspetiva a situação do país, tudo indica que Cabo Verde está num momento ótimo para introduzir as mudanças requeridas para melhorar o desempenho do sector da saúde e assegurar a sua sustentabilidade financeira. O Bónus Demográfico abre uma porta para fortalecer as finanças do seguro social, uma vez que a maioria da população está em idade de trabalhar e contribuir positivamente para a segurança social. As doenças crónicas, por seu lado, ainda não alcançam níveis que possam pôr em risco o sistema e, as finanças públicas e do INPS são positivas. É, portanto, um bom momento para discutir sobre financiamento.

Estando conscientes dessa situação, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) solicitaram à OIT e à OMS suporte técnico conjunto na elaboração duma estratégia nacional de financiamento do sector da saúde, sendo que esta estaria enquadrada na iniciativa do Piso de Proteção Social. O objetivo central do estudo é contribuir com dados para a criação de um novo modelo de financiamento de saúde, que garanta o acesso universal ao pacote de cuidados de saúde e benefícios, no contexto do Piso de Proteção Social promovido pela OIT e a OMS. Como objetivos específicos, o documento contempla os seguintes:

1. Identificar os fundamentos teóricos-conceituais do financiamento no sector saúde;
2. Analisar as principais tendências dos fatores demográficos, epidemiológicos, sociais e económicos que incidem de forma direta ou indireta na evolução das finanças do sector da saúde;
3. Analisar a governação do financiamento da saúde em Cabo Verde e a evolução dos fluxos, fontes e destinos dos fundos;

4. Estimar o custo do pacote de serviços num contexto de cobertura universal e projetar as respetivas receitas, despesas e lacunas financeiras para o período 2013-2020;
5. Atualizar o montante das transferências que o INPS faz ao Ministério da Saúde;
6. Criar um mecanismo que permita ao INPS e ao Ministério de Saúde atualizar periodicamente o montante das transferências;
7. Estimar fontes alternativas de financiamento que permitam eliminar o diferencial entre os recursos atuais e os fundos requeridos, num contexto de cobertura universal;
8. Fazer recomendações de políticas que permitam alcançar cobertura universal, sustentabilidade, equidade e eficácia do sistema financeiro sanitário.

O relatório tem 7 capítulos. O capítulo 1 apresenta os fundamentos conceptuais para a análise do tema de financiamento para o sector da saúde. O capítulo 2 analisa os fatores ambientais que podem afetar a geração de recursos para o sistema. O capítulo 3 considera as principais tendências observadas no desempenho do sector saúde, particularmente em termos de evolução dos recursos, serviços fornecidos e resultados. O capítulo 4 estuda as principais tendências que caracterizam o financiamento sanitário a partir dos conceitos de recolha de recursos, *pool* de risco e uso dos fundos. No capítulo 5 o relatório centra-se na estimativa das despesas que experimentaria o sistema de saúde se fosse de cobertura universal. Nesse mesmo capítulo, a análise inclui a estimativa das transferências do INPS para o Ministério de Saúde e descreve um mecanismo para a sua atualização periódica. O capítulo 6 estima uma série de fontes alternativas de financiamento que permita às autoridades, com decisão política, conhecer as possibilidades de obter recursos para alcançar a cobertura total. Finalmente, no capítulo 7 disponibiliza-se uma listagem de opções de políticas que poderão ser desenvolvidas e discute-se sobre a forma de implementar as distintas medidas sugeridas.

Este documento foi elaborado pelo consultor José Francisco Pacheco, com a supervisão técnica de Fábio Duran-Valverde e Joana Borges (pela Organização Internacional do Trabalho) e de Andriamahefazaf Barrysson e Yolanda Estrela (pela Organização Mundial da Saúde). O autor agradece a todas as pessoas e entidades que, através do seu apoio e colaboração tornaram possível a realização deste trabalho, desde a fase de recolha de informação até à recolha de contributos para a versão final deste estudo.

Uma palavra de apreço ao Ministério da Saúde, nomeadamente a Sua Ex.<sup>a</sup> Cristina Fontes Lima pelo respaldo inestimável para que este trabalho fosse concluído e a Serafina Alves, Paulo Soares e Elisabete Lopes Lima pelo acompanhamento realizado ao longo deste processo.

Um agradecimento também ao INPS, especialmente à sua Presidente, Leonesa Fortes, que desde sempre manifestou interesse e vontade em prosseguir com este estudo, mas também a Nelson Faria, Maria Auxiliadora e Frederic dos Santos.

O autor gostaria também de agradecer a disponibilidade manifestada nos encontros de recolha de informação e no acesso a dados a: Ângela Silvestre (Direcção Geral de Farmácia e Medicamentos do Ministério da Saúde); Ricardina Andrade (Hospital Agostinho Neto); Helder Miranda (Hospital de Santiago Norte); Domingos Teixeira (Delegacia de Saúde da Praia); Elias Monteiro (Ministério das Finanças e do Planeamento – DGCP); António Duarte e Charles Sylva (INE); Djamila Reis e Eduardo Tavares (ARFA); Ana Maria Lima (Ímpar); Adérito Tavares, Jorge Alves (Garantia); Florenço Mendes Varela e Manuel Moreira (Forum Cooperativo) e Nilda Cardoso (BCV). Um “obrigado”, também, a todos os participantes dos dois cursos de formação que se realizaram em Outubro de 2012 (15 a 17 de Outubro) e Abril de 2013 (29 e 30

de Abril), na cidade da Praia, espaço de apresentação e discussão do trabalho que em seguida se apresenta.

Um agradecimento particular às colegas da Organização Mundial de Saúde – Inke Mathauer e Eva Pascoal – pela disponibilidade e pelos contributos enviados para enriquecimento do presente estudo.

## Capítulo 1. Aspetos teóricos do financiamento do sector saúde

No primeiro capítulo o estudo analisa os principais aspetos teóricos relacionados com o financiamento do sector da saúde. Serão abordados temas como o alcance do conceito de financiamento, as distintas fontes disponíveis, as vantagens e desvantagens de cada opção e as principais tendências recentes observadas a nível internacional.

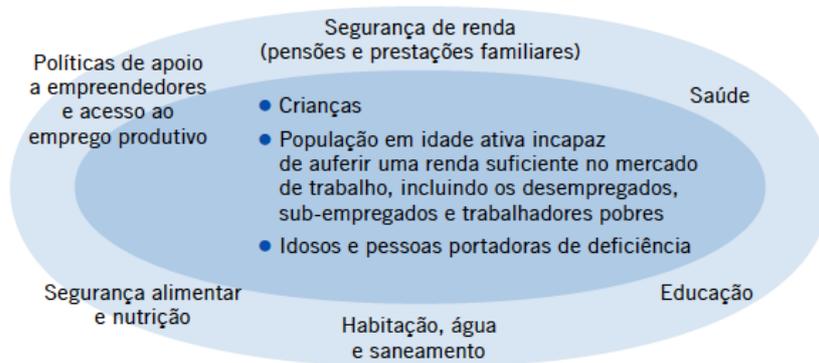
### Enquadramento geral do estudo: O Piso de Proteção Social

O presente relatório está enquadrado no denominado Piso de Proteção Social como base conceitual e política de desenvolvimento social dos países. O Piso de Proteção Social (PPS) é uma iniciativa da OIT que compreende “um conjunto integrado de políticas sociais, concebido para garantir a segurança de renda e o acesso universal a serviços sociais, com particular atenção aos grupos vulneráveis, além de proteção e empoderamento de indivíduos ao longo do seu ciclo de vida” (OIT, 2011:45).

Segundo a OIT um PPS deve incluir as seguintes garantias:

- Rendimento básico, sob a forma de transferências sociais variadas (monetárias ou em espécie), tais como pensões para idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, apoios ao rendimento e/ ou garantias relacionadas com emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores de baixa rendimento.
- Acesso universal a serviços sociais essenciais nas áreas da saúde, água e saneamento, educação, segurança alimentar, habitação e outras definidas de acordo com as prioridades nacionais.

Gráfico 1. Grupos populacionais e políticas no PPS



Fonte: OIT (2011)

A iniciativa do PPS inclui uma dimensão *horizontal* onde as garantias básicas são aplicadas a todos os habitantes; e uma dimensão *vertical* que compreende uma implementação gradual de níveis em conformidade com a Convenção Nº 102 da OIT sobre segurança social de 1952.

Estão incluídos na dimensão horizontal grupos como:

- Trabalhadores públicos
- Trabalhadores privados

- Trabalhadores independentes
- Economia informal
- Pessoas com idade de trabalhar mas que não trabalham, e os seus respetivos familiares

Relativamente às políticas promovidas pela iniciativa (dimensão vertical), o PPS inclui aquelas relacionadas com a cobertura universal da saúde, assistência a pobres e desempregados, pensões universais para idosos e pessoas com deficiência e programas de acesso a água, saneamento, alimentação e educação.

O enquadramento do PPS constitui uma proposta coerente, que compreende, tanto a proposta de alargamento das políticas sociais antes consideradas, como os elementos críticos para sua implementação. O presente relatório é importante porquanto apresenta às autoridades tanto o alargamento da cobertura do pacote essencial de saúde (dadas as condições epidemiológicas da população), como o custo da iniciativa e as possíveis fontes de financiamento. No mesmo sentido, o PPS considera necessário analisar a viabilidade do alargamento a partir de um incremento do espaço fiscal e do compromisso político para impulsionar a cobertura universal. Para os fins em vista, a análise também valoriza algumas outras medidas de política (orientadas aos mecanismos de pagamento e ao melhoramento do *pool* de risco), que permitam às reformas ser sustentáveis no tempo.

## **O conceito e alcance do financiamento do sector da saúde**

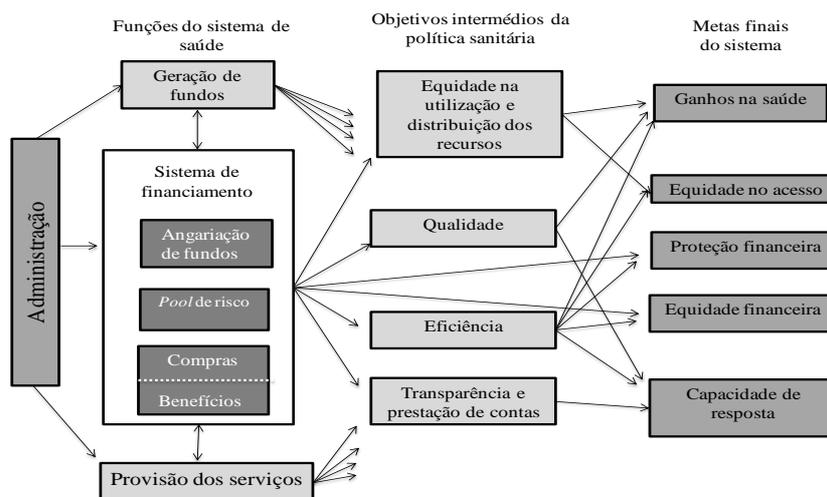
Segundo o que estabelece a Organização Mundial da Saúde (2000), todo o sistema de saúde tem cinco objetivos centrais (também denominadas “*metas finais*”) que são:

- a) Melhorar as condições de saúde da população;
- b) Promover a equidade no acesso aos serviços;
- c) Oferecer proteção financeira às famílias;
- d) Promover a equidade no financiamento das atividades sanitárias e
- e) Disponibilizar resposta oportuna às necessidades de saúde das pessoas.

De igual forma, os sistemas têm um conjunto de objetivos intermédios (as “*metas instrumentais*”) relacionados com a equidade no uso e distribuição de recursos, a qualidade na provisão, a eficácia das atividades clínicas e não clínicas e a transparência do sector. Para alcançar o cumprimento dos objetivos intermédios e finais, o sistema de saúde tem nas suas mãos a responsabilidade de implementar quatro funções básicas:

- A gestão/administração,
- A geração de recursos (investimentos no capital físico e humano),
- O financiamento e
- A prestação dos serviços (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Objetivos e funções dos sistemas de saúde segundo a OMS



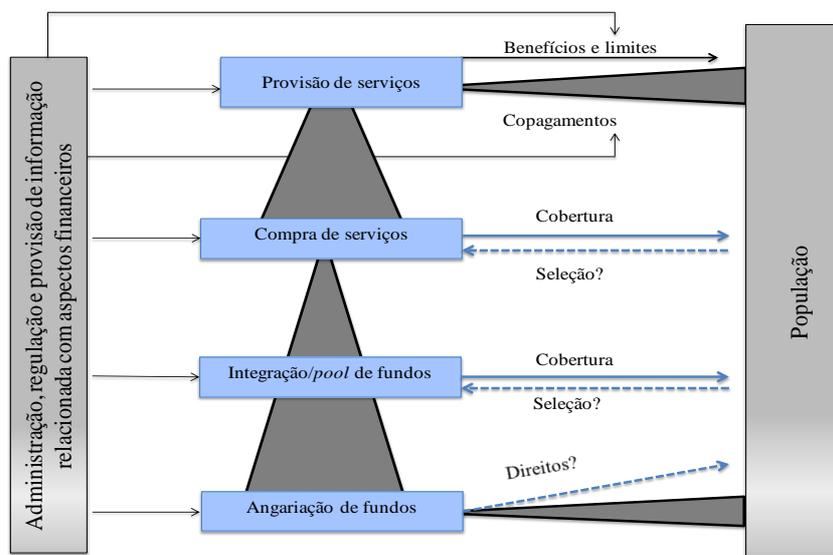
Fonte: OMS (2000)

No caso particular do sector saúde, o financiamento compreende um conjunto de atividades intimamente relacionadas e que podem ser resumidas nos seguintes aspetos: geração dos fundos para as atividades sanitárias; alocação desses fundos; e uso dos recursos.

Nesse sentido, o tema abrange muitas mais questões do que simplesmente recolher fundos para o sector. Quando falamos de financiamento, também devemos considerar aspetos relacionados com a administração, distribuição, uso e pagamento dos recursos de forma eficaz e equitativa.

Portanto, o tema do financiamento atinge quatro áreas de trabalho para o sector da saúde: a **angariação de fundos** (identificação das fontes necessárias e os mecanismos para incrementar o nível de dinheiro para o sector), o **pool de risco**, a **compra** e, a **provisão**, esta última relacionada com o pacote de serviços oferecido à população num ambiente de equidade e sustentabilidade económica.

Gráfico 3. Componentes da função de financiamento



Fonte: OMS (2000)

Para Kutzin (2011), a função de financiamento é crítica para alcançar as metas instrumentais e finais discutidas anteriormente, porquanto a disponibilidade de fundos e a sua distribuição afeta o desenvolvimento do sistema de saúde através de:

- Proteção universal contra risco financeiro;
- Equidade na distribuição da carga de financiamento;
- Acesso e utilização dos serviços da saúde onde o uso seja oferecido segundo a necessidade da pessoa e não segundo a sua capacidade de pagamento;
- Transparência da alocação dos fundos;
- Qualidade e eficácia na provisão;
- Eficácia na administração do sistema de saúde.

### **Principais fontes de financiamento: síntese**

A literatura relacionada com o tema do financiamento reconhece sete possíveis fontes de recursos para o sector da saúde: impostos gerais, através de garantia pública, segurança privada, segurança comunitária, despesas de bolso, cooperação internacional e contas individuais de poupança.

#### ***Financiamento com impostos***

O financiamento via impostos é a forma mundialmente mais disseminada para financiar as atividades do sector da saúde. Segundo Savedoff (2004), dos 191 países participantes na OMS no ano 2003, em 106 deles os impostos representavam mais do 50% dos recursos para o sector. Nos países com rendimentos elevados, os impostos financiavam cerca de 65% das despesas da saúde; em países de renda média essa percentagem ascendia a 75% e, nos países de renda baixa, praticamente todos os fundos públicos para saúde se financiavam com impostos (OMS, 2004).

Todo o modelo cujo financiamento é baseado em impostos e caracteriza-se pelas seguintes condições:

- a. Toda a população é coberta (o *pool* de risco é universal);
- b. As contribuições não estão relacionadas com o nível de utilização dos serviços por pessoa, mas segundo o funcionamento dum sistema impositivo.

A forma de operar do mecanismo tem duas opções possíveis. A primeira é por meio de impostos gerais, que são consignados às atividades sanitárias segundo uma decisão política. Pertencem à primeira opção os impostos diretos e indiretos, provenientes de rendas ou compra de bens e serviços; enquanto à segunda opção se referem os impostos específicos (*earmarked taxes*), destinados para apenas serem distribuídos ao sector da saúde. Um exemplo destes impostos são os impostos sobre os cigarros.

Geralmente, o modelo de financiamento com impostos é administrado por um Sistema Nacional da Saúde. Neste caso, os fundos têm uma entidade, geralmente o Ministério das Finanças, encarregada da angariar os fundos e, uma entidade, o Ministério da Saúde, que recebe o financiamento e providencia os serviços a toda a população. Consequentemente, as despesas de administração são proporcionalmente menores do que naqueles modelos onde a fragmentação é maior.

No entanto, três problemas poderiam reduzir o impacto do financiamento via impostos, principalmente se o objetivo do Governo fosse melhorar as condições de vida da população pobre. *O primeiro problema* é a própria estrutura do sistema tributário. Se esta é regressiva, então a carga tributária recai sobre as famílias com menores recursos, existindo a possibilidade de gerar um subsídio de pobres a não pobres (se as famílias com melhores condições financeiras tiverem um melhor acesso aos serviços). *O segundo problema* é quando a alocação dos fundos depende de decisões políticas e das condições fiscais do governo e, desta forma, em cada ano, o Ministério da Saúde disputa os fundos com outros ministérios, criando instabilidade se as prioridades mudarem para cada presidente/governo. *No terceiro problema*, o acesso poder ser universal na perspetiva legal, mas a implementação da rede de serviços pode ser confrontada com muitos obstáculos e consequentes dificuldades para o acesso real.

### **Segurança social: contribuições sobre os salários**

As opções de financiamento, por segurança, podem ser divididas em três grupos: *segurança social, seguros privados e seguros comunitários*. A segurança social (ou seguro obrigatório) compreende um modelo onde a pessoa elegível contribui obrigatoriamente para o sistema, com uma percentagem dos seus rendimentos (tipicamente o salário ou rendimento) e recebe um pacote de serviços pré-estabelecidos que não são, necessariamente, correspondentes ao montante com que contribuiu. De uma forma muito simples, os seguros nacionais de saúde caracterizam-se pelas seguintes condições<sup>1</sup>:

- a. Afiliação obrigatória, inicialmente só para certos grupos;
- b. O financiamento provém dos pagamentos salariais;
- c. Os pacotes de serviços são definidos na base das contribuições totais, não as individuais;
- d. Solidariedade no financiamento entre grupos de rendimento;
- e. Existência de subsídios cruzados.

As contribuições e serviços são definidos legalmente e administrados por um instituto de segurança social. Não obstante, isto pode variar, de forma que, ao mesmo tempo e no mesmo país, podem coexistir múltiplos órgãos administradores e programas com prestações diferenciadas.

O princípio primário dos sistemas baseados na segurança social é a “solidariedade social” onde a programação financeira se sustenta no cálculo dos custos e taxas de utilização médias, e não sobre os custos individuais dos beneficiários. Este princípio permite que aqueles que precisam de mais serviços de saúde (famílias pobres, doentes e idosos, por exemplo) não tenham que pagar mais porque aqueles que cotizam mais, e eventualmente usam menos, como os jovens e as famílias não pobres, subsidiam as necessidades dos outros grupos.

Uma das vantagens dos seguros sociais de saúde é que os fundos angariados são consignados diretamente a financiar atividades da saúde, contrariamente ao sistema de financiamento por impostos. Não obstante, alguns autores assinalam limites aos seguros sociais. Primeiramente, no início da sua implantação, somente alguns grupos alvo recebem cobertura, como seja o caso dos assalariados dos sectores público e industrial. Em segundo lugar, se o seguro não avança em

---

<sup>1</sup> Resulta importante anotar a existência dum modelo alternativo denominado “segurança pública”. Este é um caso especial de segurança social onde o Estado cobre as contribuições do modelo mais a afiliação é voluntária, por inscrição. O Seguro Integral da Saúde de Peru e o Seguro Nacional de Saúde de Tailândia são exemplos de segurança pública.

direção a outros grupos alvo, o sistema transforma-se num modelo desigual onde somente os grupos inicialmente protegidos recebem serviços de melhor qualidade, enquanto o resto da população carece de acesso ou recebe serviços de baixo nível clínico.

### **Seguros privados**

Os seguros privados não são um mecanismo de proteção social. O funcionamento dos seguros privados é diferente do da segurança social em vários aspetos. Primeiro porque a afiliação num seguro privado é voluntária e segundo, porque o prémio pago pelo segurado depende das características de risco individual do pacote de serviços desejado, e não diretamente do seu rendimento. Dessa forma, as condições particulares (idade, estado da saúde, perfil epidemiológico, hábitos) do indivíduo, a sua capacidade financeira e as coberturas que pretende segurar, definem o montante final a pagar. Aqui, o risco é individualizado e os subsídios cruzados desaparecem.

De igual forma, a existência de numerosas entidades de seguros privados implica maiores custos administrativos que reduzem a eficácia do sistema, sendo o melhor exemplo os Estados Unidos (Porter y Olmsted, 2006). Esta situação é produto dos sistemas de informação complexos que o modelo precisa para operar adequadamente (recolher informação individual sobre os hábitos de vida dos afiliados), assim como um número elevado de funcionários que fazem trabalhos de auditoria médica, monitorização e funções similares. Despesas de *marketing* também são parte dos custos adicionais.

No entanto, os seguros privados podem funcionar de forma complementar aos mecanismos de segurança social ou ao sistema nacional da saúde. Nos Países Baixos, o sistema trabalha com um esquema dual, que combina um sistema público que provém dum pacote básico de saúde, com a obrigatoriedade dos cidadãos obterem proteção de um seguro privado que cubra os serviços não incluídos no pacote. A experiência internacional também demonstra que os seguros privados podem ser oferecidos pelas empresas como parte dos incentivos aos seus empregados, elevando desta forma a proteção geral da população e reduzindo a pressão sobre os sistemas de saúde públicos.

O maior problema com os seguros privados são as limitações ao acesso que as seguradoras comumente colocam sobre grupos de alto risco, como idosos e pobres. Dadas as suas características, as tarifas que são pagas por estes grupos são maiores, o que vai contra as condições socioeconómicas que geralmente prevalecem nestes dois grupos. Desta forma, o princípio da solidariedade desaparece e surge o problema de seleção adversa e discriminatória, onde somente alguns perfis de utentes podem comprar o seguro privado e onde, aqueles com certos tipos de doença estão excluídos de o fazer. A existência de uma rede complexa de seguradoras privadas também requer regulações específicas que protejam os segurados, que devem ser criadas e implementadas por instituições do Estado.

### **Seguros comunitários ou micro-seguros**

Da mesma forma que existem os seguros privados, existem os seguros comunitários, também voluntários, que são estabelecidos ao nível de comunidade (pequena escala) e estão dirigidos a grupos muito específicos como agricultores ou trabalhadores informais. Aqui, a cobertura é normalmente baixa. O principal objetivo é permitir o acesso a serviços de saúde que, para aqueles grupos, não estão cobertos pelo sistema de segurança social.

Num sentido restrito, não existe um modelo de seguros comunitários, mas muitas opções que se concebem segundo o grupo alvo. Os pacotes de serviços são normalmente limitados ao primeiro nível de atenção, como algumas consultas de especialistas, hospitalizações e uma lista de medicamentos.

No entanto, Witter (2002) menciona que existem pelo menos duas possibilidades centrais:

- a. Pacotes que se especializam em serviços de custo elevado, mas de reduzida utilização (hospitalizações), cujo principal objetivo é proteger o cidadão contra pagamentos diretos onerosos;
- b. Pacotes que incluem taxas de uso elevado de serviços de baixo custo (visitas às clínicas do primeiro nível) e que procuram melhorar a qualidade e o acesso.

### **Pagamentos diretos**

Os pagamentos diretos são pagamentos formais ou informais que as pessoas fazem aos prestadores dos serviços de saúde no momento de receber o serviço. Os pagamentos formais (co-pagamentos) são estabelecidos pelas autoridades do sector saúde segundo o tipo de serviço fornecido ao utente.

O sistema de co-pagamentos poder ser implementado por várias razões:

- a. Como meio de financiamento do sector;
- b. Como meio para desincentivar a sobre utilização dos serviços;
- c. Como mecanismo para evitar outros comportamentos errados dentro do sistema (i.e. visitar o segundo nível de atendimento sem referenciamento do primeiro nível).

A experiência internacional sugere que os co-pagamentos sejam fontes complementares de financiamento, nunca a fonte principal e, ainda, que parte dos fundos deveriam ser administrados diretamente pelos prestadores de saúde. Não obstante, os co-pagamentos não são recomendáveis como principais meios para atingir recursos, por várias razões:

- a. Normalmente, não diversificam o risco no tempo;
- b. Normalmente, não promovem a mancomunação entre utentes;
- c. São uma barreira de acesso para famílias pobres;
- d. São um sistema regressivo, dado que quem paga é o cidadão;
- e. É capaz de gerar, somente, uma pequena percentagem dos fundos requeridos. Para além disso, o montante pode variar substancialmente de ano para ano;
- f. A sua administração traz muitos custos para o sistema da saúde.

### **Contas Poupança de Saúde**

Num sistema de contas poupança, a pessoa destina um montante mensal a uma conta bancária que tem como fim cobrir as despesas futuras no caso de doença. O modelo promove a antecipação do risco, mas não a sua “mancomunação/ *pool de risco*”. A contribuição mensal depende do perfil epidemiológico da pessoa, logo, aqueles que utilizam os serviços com maior frequência também deverão pagar mais. Portanto, as contas poupança não estão concebidas para alcançar cobertura universal.

### Cooperação externa

A última fonte potencial de fundos é a Cooperação Externa para o Desenvolvimento (CED). Certamente a CED tem sido um dos pilares do financiamento nos países de rendimento baixo ou médio. Não obstante, as tendências atuais mostram que os fundos internacionais deverão ser considerados como fontes complementares, enquanto o país adquire a capacidade para gerar fundos próprios. A CED também é utilizada para financiar programas específicos como os esforços para reduzir o VIH-SIDA. O risco maior é a insustentabilidade da cooperação, a qual pode variar significativamente de ano para ano, em função das condições políticas e macroeconómicas do país doador.

### Qual é a melhor fonte? Um balanço de vantagens e desvantagens

A tabela abaixo resume as vantagens e desvantagens que cada fonte de financiamento apresenta. Sob a perspectiva da equidade e acesso ao sistema da saúde, os impostos e o seguro social são as melhores alternativas, porque funcionam com princípios de solidariedade (*pool* de risco) mais fortes. Pelo contrário, os co-pagamentos e os seguros privados impõem barreiras de entrada que dificultam a obtenção de serviços com qualidade.

No tema da eficácia, cada opção apresenta fatores de risco possíveis. Os impostos podem criar distorções, enquanto o seguro social pode elevar os custos laborais. No entanto, tanto os sistemas baseados nos seguros sociais como aqueles com predomínio de impostos podem operar com economias da escala, contrariamente ao caso dos co-pagamentos e dos seguros privados.

**Tabela 1. Vantagens e desvantagens das fontes de financiamento**

Fonte de financiamento	Vantagem	Desvantagem
<b>Impostos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melhora as possibilidades de contar com acesso universal</li> <li>– Alta possibilidade de contar com pool de risco forte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existe a possibilidade de regressividade, segundo a estrutura do sistema tributário</li> <li>– É dependente das prioridades das autoridades políticas, o que poderia representar uma fonte de instabilidade do financiamento</li> </ul>
<b>Seguro social de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Maior independência das decisões do MF e prioridades políticas</li> <li>– Os recursos são destinados à saúde</li> <li>– Grande possibilidade de contar com pool de risco forte</li> <li>– Incrementos de cobertura vêm acompanhados de maiores fundos: a afiliação cria o seu próprio financiamento</li> <li>– Princípio de solidariedade</li> <li>– Financiamento é favorecido pelo crescimento da economia e da produtividade/ salários reais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nos primeiros anos, somente grupos do mercado de trabalho formal podem ser beneficiários</li> <li>– Desempenho institucional inadequado poderia limitar o avanço em direção à cobertura universal</li> </ul>
<b>Seguro privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Como fonte complementar ao pacote básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Problemas de acesso devido ao custo mensal</li> <li>– Relação inversa entre condições de saúde ou socioeconómicas e capacidade de pagamento</li> <li>– Regulação do sector complexa</li> </ul>
<b>Seguro comunitário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cobertura de grupos populacionais tradicionalmente excluídos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pacotes normalmente limitados</li> <li>– Problemas de gestão das pessoas</li> </ul>

	– Contribuições feitas à medida dos rendimentos familiares	encarregadas da administração os fundos – Pool de risco limitado – Cobertura muito limitada
<b>Co-pagamentos</b>	– Cidadão recebe serviços segundo o que paga por eles	– Não diversificam o risco no tempo – Normalmente, não promovem a mancomunação entre utentes – É uma barreira de acesso para famílias pobres – É um sistema regressivo dado que quem paga é o doente – É capaz de gerar somente uma pequena percentagem dos fundos requeridos. – A sua administração tem custos elevados para o sistema da saúde
<b>Contas poupança</b>	– Despesas baseadas na capacidade de pagamento do cidadão – Poupanças evitam que pagamentos futuros sejam catastróficos – Antecipação do risco mas não a sua mancomunação	– Não existe o pool de risco – Pagamentos dependem do perfil epidemiológico do cidadão
<b>Cooperação externa</b>	– Complemento a programas onde é preciso financiamento rápido	– Insustentabilidade ou financiamento por um período curto

Fonte: Preparado pelo autor

## Cobertura universal e financiamento

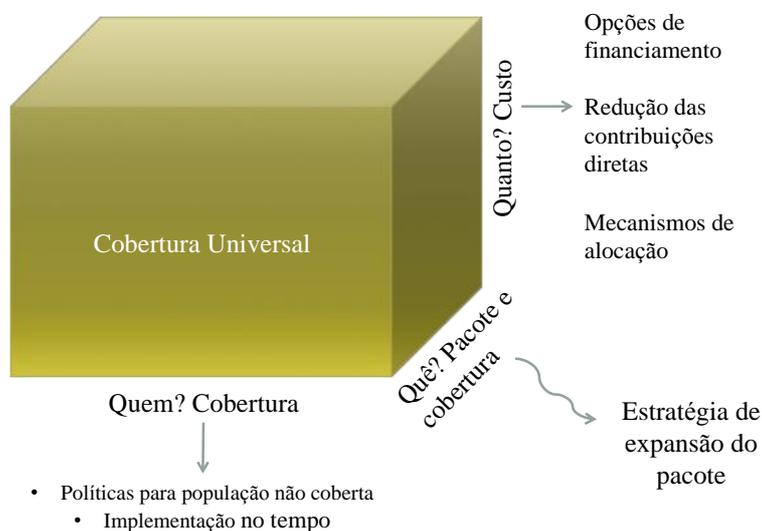
O incremento sustentável do financiamento para o sector saúde tem como objetivo orientador a universalização do acesso. A universalização do acesso tem várias interpretações. *Worz et al* (2006) consideram que o conceito de acesso deve ser analisado nos seguintes contextos:

- Cobertura legal:** trata-se da existência de um ordenamento legal que garante que a população, em caso de necessidade, tem direito a aceder aos prestadores de serviço público.
- Pacote de serviços:** a segunda forma de acesso apropriado consiste num pacote de serviços extenso, que cubra as principais condições de doença dos cidadãos.
- Proteção financeira:** aqui, a dimensão monetária do acesso pretende reduzir as possibilidades de experimentar situações catastróficas em caso de doença.
- Acesso geográfico e organizacional:** tanto o acesso geográfico como organizacional estão relacionados com a capacidade da instituição sanitária de administrar corretamente os processos relacionados com a afiliação e, financiamento e fornecimento dos serviços, incluindo a capacidade de organizar a rede de prestadores de serviços, de modo a que os utentes não tenham que viajar grandes distâncias para obter os serviços.

Busse (2007) propõe o uso do Cubo da Cobertura Universal como modelo para organizar o desenho de uma estratégia de universalização do acesso. O Cubo, cujo gráfico é apresentado abaixo, define como elementos centrais da estratégica os seguintes:

- a. *Cobertura dos serviços* - É a definição dos serviços clínicos e não clínicos que a população precisa tanto no curto como no longo prazo. Isto é chamado de profundidade do cubo.
- b. *População alvo* - É a definição da população para a qual se devem orientar os serviços definidos no ponto a. Num esquema de cobertura universal, a população total do país é considerada geralmente como população alvo, o que, nem sempre é assim. Por exemplo, quando um seguro social de saúde começa a funcionar, é normal que alguns grupos sejam os que tem o direito à afiliação. Com o decorrer dos anos, a população alvo vai-se estendendo. O fator de cobertura da população, é relacionado com a largura do cubo.
- c. *Custo do pacote dos serviços* - Quando a estratégia define os serviços e população alvo, o último passo é estimar o custo do pacote, elemento tradicionalmente conhecido como altura do cubo.

**Gráfico 4. O Cubo da Cobertura Universal e as suas dimensões**



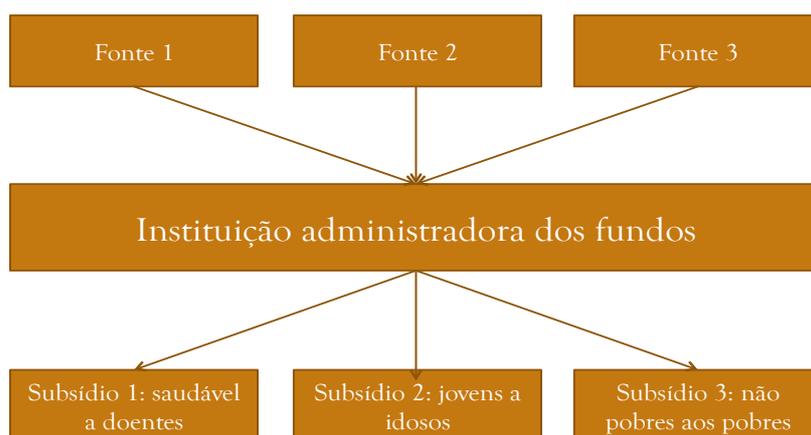
Fonte: Busse (2007)

## **Pool de Risco**

Num contexto de financiamento do sector saúde, a *mancomunação* refere-se à função onde os fundos angariados são transferidos para as organizações compradoras de serviços. Assim, o risco relacionado com as intervenções de saúde distintas é assumido por todos os integrantes do fundo e não pelas pessoas, individualmente. Todo o *pool* de risco tem dois argumentos chave:

- **Equidade:** não é justo que um indivíduo assuma o risco financeiro total dos casos das suas doenças. A *mancomunação* permite oferecer a todas as pessoas o acesso à saúde sem considerar as suas condições particulares, o que permite reduzir o nível de incerteza que os indivíduos têm em relação às suas necessidades de saúde.
- **Eficiência:** a ideia é transferir fundos para as pessoas pobres em vez de os transferir para os não pobres, porque isso tem um efeito maior na saúde coletiva do país.

Gráfico 5. Esquema básico do funcionamento do pool de risco



Fonte: Preparado pelo autor

Numa perspetiva de organização do sistema de saúde, existem quatro tipos distintos de “mancomunação”: sistemas sem *pool* de risco, *mancomunação* unitária, *mancomunação* fragmentada e *pool* de risco integrado. As condições que caracterizam cada opção podem ser analisadas na Tabela 2.

Tabela 2. Tipos e características dos distintos modelos de pool de risco

Tipo de modelo	Características
<b>Sem mancomunação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduos pagam totalmente o custo dos cuidados da saúde e não existem subsídios</li> <li>• Caso de pagamentos diretos</li> </ul>
<b>Mancomunação unitária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os fundos angariados são colocados numa única entidade administradora</li> <li>• <i>Pool</i> de riscos é obrigatório</li> <li>• Reduz possíveis efeitos negativos da seleção adversa e custos de transação</li> <li>• Possível existência do risco moral</li> <li>• Dificuldades de controlo e coordenação administrativa</li> </ul>
<b>Mancomunação fragmentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduos são adstritos aos <i>pools</i> de risco segundo critérios distintos como tipo de emprego, idade, zona de residência, etc.</li> <li>• Afiliação ao fundo pode ser voluntária ou obrigatória</li> <li>• Existência de possíveis custos administrativos elevados</li> <li>• Variações importantes nas despesas por pessoa</li> </ul>
<b>Mancomunação integrada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem muitos <i>pools</i>, mas as transferências financeiras são coordenadas entre eles</li> <li>• Modelo 1: uma entidade angaria os fundos e distribui-os aos <i>pools</i></li> <li>• Modelo 2: os <i>pools</i> angariam os fundos e atribuem subsídios entre grupos de maior e menor financiamento</li> </ul>

Fonte: Smith and Witter (2004)

## Compras

A terceira e última parte de toda a análise de financiamento refere-se à forma como os fundos são alocados e a estratégia de pagamento aos fornecedores. Em países como Cabo Verde, o sistema de compras é o que conhecemos como “sistema de compras passivas”, isto é, os

fornecedores não são selecionados de forma competitiva e tão pouco existe controlo da qualidade e monitorização de resultados. Por outro lado, o sistema de compras estratégicas caracteriza-se pelas seguintes condições:

- Existência de critérios para contratar fornecedores;
- Contractos cláusulas que permitem a sua rutura se o fornecedor não cumpre com o que foi negociado;
- Aplicação de mecanismos de pagamento diferentes, segundo fornecedor;
- Aplicação de pagamento por desempenho;
- Estabelecimento de critérios da qualidade e monitorização de ações.

A experiência internacional recente tem demonstrado a existência de múltiplas opções de pagamento que existem para os governos remunerarem os fornecedores da saúde. A tabela a seguir resume tais opções.

A principal tendência tem sido a transição dos mecanismos de pagamento baseados em orçamentos históricos, sem ligação ao desempenho do fornecedor, para mecanismos concebidos especificamente segundo o tipo de fornecedor, onde uma proporção do pagamento está definida por desempenho.

A tendência internacional caracteriza-se pelas seguintes condições:

1. Sistemas por capitação (i.e. pagamentos por pessoa inscrita como fornecedor de saúde) que frequentemente se aplicam aos fornecedores do primeiro nível;
2. Os GDR (Grupos Diagnóstico Relacionados) têm sido desenvolvidos principalmente para hospitais. Internamente, o hospital pode decidir como remunerar individualmente os prestadores de serviços, como por exemplo, os médicos;
3. O pagamento por serviço pode ser particularmente útil para pagar a fornecedores individuais, de que são exemplo os médicos especialistas;
4. Tanto o mecanismo de orçamento global como de orçamento por rubrica são considerados pouco eficientes para gerar incentivos na qualidade e equidade no sistema.

**Tabela 3. Principais características dos mecanismos de pagamento atuais**

<b>Mecanismo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Comummente utilizado para pagar...</b>
<b>Salário</b>	Pagamento fixo por período de tempo determinado	Pessoal clínico
<b>Orçamento global</b>	Montante único pagado ao fornecedor	Todos os fornecedores institucionais
<b>Orçamento por rubrica</b>	Montante estimado a partir da soma de distintas rúbricas orçamentais	Todos os fornecedores institucionais
<b>Capitação</b>	Pagamento feito por cada pessoa afiliada ou existente em determinada zona geográfica	Primeiro nível
<b>Pagamento por serviço</b>	Pagamento feito ao provedor por cada tipo de serviço provido	Hospitais Especialistas

<b>Pagamento por dia (<i>per diem</i>)</b>	Pagamento segundo o número de dias de estadia	Hospitais
<b>Grupos Diagnósticos Relacionados (GDR)</b>	Pagamento feito aos hospitais segundo o nível de complexidade do caso	Hospitais

Fonte: Preparado pelo autor

Nenhum mecanismo de pagamento é perfeito. Contudo, em comparação com os mecanismos atuais, os incentivos gerados pelas novas opções são melhores opções que a situação presente. O importante é reconhecer que os mecanismos podem motivar os fornecedores a disponibilizar serviços que atualmente não estão incentivados a realizar. Por exemplo, se o sistema tem problemas de produção baixa, o pagamento por caso poderia ser uma boa opção para vincular remunerações crescentes com um maior número de visitas clínicas.

A tabela 4 apresenta as vantagens e desvantagens por mecanismo de pagamento, principalmente no âmbito do tipo de incentivo que tende a desenvolver.

**Tabela 4. Principais vantagens e desvantagens dos mecanismos de pagamentos**

<b>Mecanismo</b>	<b>Incentivos à eficiência</b>	<b>Incentivos à produção</b>	<b>Impacto na qualidade</b>
<b>Orçamentos globais</b>	Muito negativo	Negativo	Negativo
<b>Pagamento por serviço</b>	Negativo	Positivo	Variável
<b>Capitação</b>	Positivo	Levemente negativo	Positivo
<b>Pagamento por desempenho e bônus</b>	Muito positivo	Depende da definição do mecanismo de desempenho	Positivo

Fonte: Preparado pelo autor

Finalmente, os mecanismos de pagamento não funcionam no vazio. Para poder aproveitar ao máximo as vantagens de cada um deles, as instituições deverão implementar uma série de medidas legais, administrativas e organizacionais que permitam minimizar o risco de falha. Essas medidas deverão incluir:

- Existência duma política de compras estratégicas;
- Sistema de contractos legalmente válidos;
- Definição de um mecanismo de pagamento por desempenho;
- Sistema de informação gerador de dados com fins de gestão;
- Previsão dos custos unitários dos principais procedimentos clínicos
- Pessoal capacitado para temas como negociação, planificação de serviços sociais, formulação de contractos, monitorização e avaliação;
- Existência da Unidade de Compra no ministério ou seguro social.

O presente relatório concentra-se na análise do tema financeiro; porém, recomendações em torno do *pool* de risco e os mecanismos de pagamento serão considerados.

## Capítulo 2. Fatores ambientais que incidem no financiamento do sector saúde

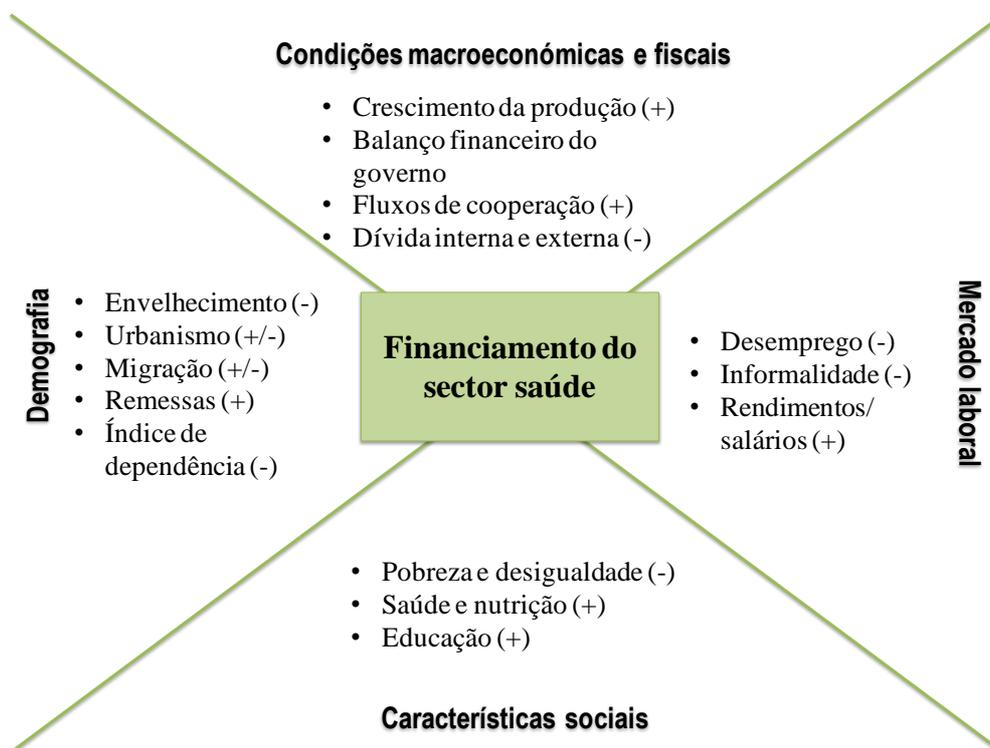
O capítulo 2 centra-se na análise das principais condições económicas, demográficas e socioeconómicas de Cabo Verde na última década. A relação entre as despesas de saúde e as principais variáveis ambientais é complexa e raramente é linear. Qualquer variável específica pode ter um impacto direto nos fundos disponíveis/necessários, como é o caso do balanço fiscal. Porém, as variáveis podem ter um impacto indireto nos fundos sociais, ao afetarem o desempenho de outra variável que acaba por alterar as despesas de proteção social. É, por exemplo, o caso do crescimento económico, que ao aumentar a receita dos impostos, aumenta a possibilidade de afetar mais dinheiro às atividades da saúde.

A análise considera quatro categorias: a demografia, as condições macroeconómicas, o mercado de trabalho e as variáveis sociais. As ligações entre a variável X e as despesas de proteção social estão identificadas com um sinal de + ou de -, mas é importante compreender as ligações específicas entre elas:

- **Demografia** – o envelhecimento e a migração são as duas variáveis mais importantes nesta categoria. Fenómenos tais como o envelhecimento, afetam as despesas de saúde de várias formas. Primeiro, porque as pessoas idosas requerem serviços de saúde numa proporção muito maior do que os grupos mais jovens. Segundo, porque os rendimentos das pessoas idosas são geralmente menores que a média nacional. Por outro lado, a emigração, pode ter um equilíbrio pouco claro. A emigração pode fazer pressão sobre os orçamentos da saúde, afetar a estrutura do mercado de trabalho e o nível de contribuições para o sector. Porém, as remessas podem melhorar as condições de vida das famílias que as recebem e, deste modo, o número de agregados familiares na pobreza poderá diminuir, reduzindo também a pressão sobre as finanças do Ministério da Saúde.
- **Condições macroeconómicas** – Em geral, uma taxa de crescimento elevada do PIB tem um impacto positivo nos recursos para saúde. Uma hipótese é através do incremento nos impostos totais, permitindo ao governo ter mais fundos disponíveis. Além disso, um crescimento dinâmico pode implicar um nível de desemprego reduzido e, conseqüentemente, um nível de pobreza reduzido. O aumento de salários também pode facilitar o acesso à saúde sem depender excessivamente do apoio do governo. Pelo contrário, uma situação macroeconómica instável como, por exemplo, um nível fiscal elevado ou aumento da inflação pode ter efeitos negativos. Além disso, durante os períodos de crescimento económico baixo, e crise, as pessoas tendem a fugir mais às contribuições da segurança social do que nos períodos de prosperidade, com efeito para uma tendência de aumento das despesas não contributivas. Finalmente, a dívida (quer interna ou externa) pode limitar os graus de liberdade que o governo tem para atribuir recursos à saúde.
- **Mercado de trabalho** – Os dois aspetos analisados na secção correspondente ao desemprego e informalidade exercem uma pressão negativa sobre as despesas do sector da saúde. O crescimento dos rendimentos, pelo contrário, é fundamental para incrementar o nível de fundos tanto para os seguros sociais da saúde como para os impostos.

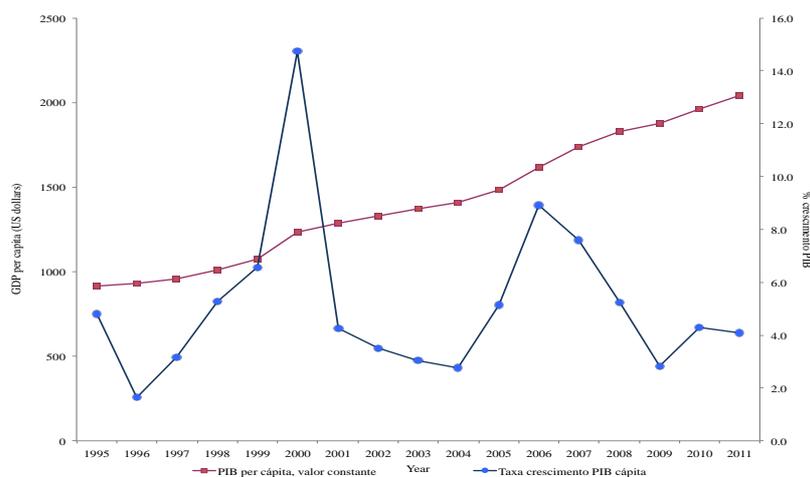
- **Características sociais** – A ligação entre financiamento da saúde e resultados sociais é bidirecional e não uma relação unilateral. Assim, valores mais elevados de recursos financeiros deverão traduzir-se em melhores resultados no sector saúde, afetando positivamente a qualidade de vida da população. Um melhor nível de saúde resulta num fator crítico para gerar rendimentos e, portanto, para incrementar as contribuições para segurança social e os impostos. Outras variáveis sociais como a pobreza e o nível da educação também afetam a disponibilidade de fundos para a saúde. Por exemplo, uma deterioração das condições de pobreza podem transformar-se numa maior incidência de problemas de saúde relacionados com tensão mental, desnutrição e doenças transmissíveis.

**Gráfico 6. Fatores e sua influência no financiamento do sector saúde**



### **Evolução macroeconómica**

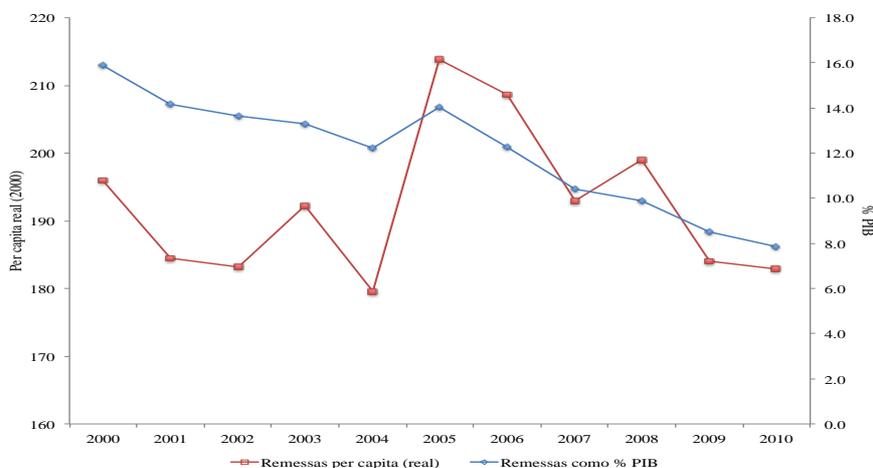
Cabo Verde é um país de rendimento médio cujo PIB *per capita* ultrapassou os US\$2,000 (valor constante) no ano 2011. A taxa de crescimento do PIB *per capita* no longo prazo (1995-2011) estimou-se ser de 5,2% por ano, convertendo Cabo Verde numa das nações africanas com melhor desempenho no crescimento da produção. A dinâmica anterior permitiu que o PIB *per capita* crescesse 2,2 vezes, desde 1995, em valores reais e 3,1 vezes em termos nominais. A crise financeira mais recente desacelerou a economia, mas o impacto foi moderado; para o período 2010-2011 a produção cresceu acima dos 4% *per capita*.

**Gráfico 7. Cabo Verde: Valor real e taxa de crescimento do PIB *per capita* (1995-2011)**

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial  
(<http://data.worldbank.org/country/cape-verde>)

Segundo Durán, Pacheco e Borges (2012), são cinco as determinantes chave do recente desempenho da economia cabo-verdiana: remessas, investimento privado crescente, turismo, fluxos de Investimento Direto Estrangeiro (IDE) e Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD). Para fins do presente relatório, e considerando os possíveis efeitos no financiamento para o sector da saúde, analisam-se três deles: as remessas, o turismo e a APD.

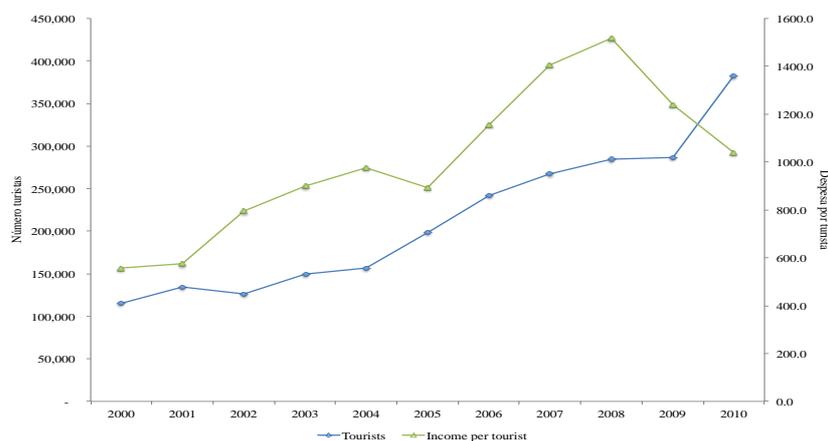
Normalmente, as remessas são referidas no topo das fontes de crescimento mais importantes de Cabo Verde. Carling (2005) refere que, historicamente, a proporção de famílias cabo-verdianas que recebem remessas varia entre um e dois terços do total de agregados familiares. Apenas entre 2000 e 2010, estima-se que o país recebeu cerca de US\$118,5 milhões por ano, equivalentes a 12% do PIB. Não obstante, o comportamento das remessas apresenta uma tendência negativa em proporção do PIB como *per capita*, conforme se pode ver no gráfico a seguir, em particular a partir de 2005.

**Gráfico 8. Cabo Verde: Indicadores de Remessas (2000-2010)**

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial  
(<http://data.worldbank.org/country/cape-verde>)

O turismo é outro pilar da economia de Cabo Verde mostrando um dos crescimentos mais acelerados na estrutura produtiva do país. No período entre 2000 e 2010, o número de visitantes multiplicou-se por 3,3, atingindo os 382 mil turistas em 2010. As despesas por turista também cresceram 1,9 vezes, sendo que, em 2010, cada visitante contribuiu com US\$1.049 para as receitas do sector turístico. As duas componentes permitiram que o turismo represente, na atualidade, 60,9% das exportações de Cabo Verde.

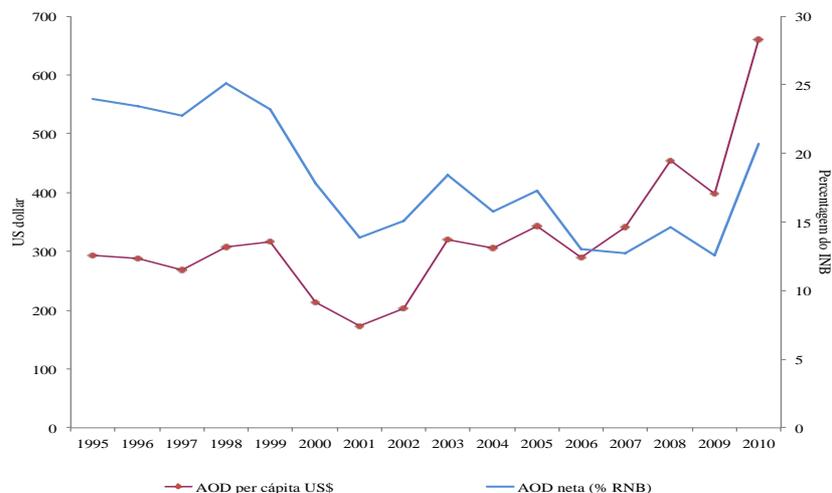
**Gráfico 9. Cabo Verde: Turistas totais e despesa por turista (2000-2010)**



Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/country/cape-verde>)

Os fluxos líquidos de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) tiveram um papel importante há duas décadas, quando representavam mais de 30% do RNB. Porém, na última década, apesar de um valor nominal crescente da APD *per capita*, a mesma representa uma percentagem decrescente do RNB, passando de 23,7% em 1997-1999, para 13,3% em 2007-2009. O impacto nas finanças públicas continua a ser considerável e, segundo dados da OCDE, os fluxos líquidos de APD corresponderam a 48,1% do total de despesas do governo central.

**Gráfico 10. Fluxos de APD para Cabo Verde (1995-2010)**



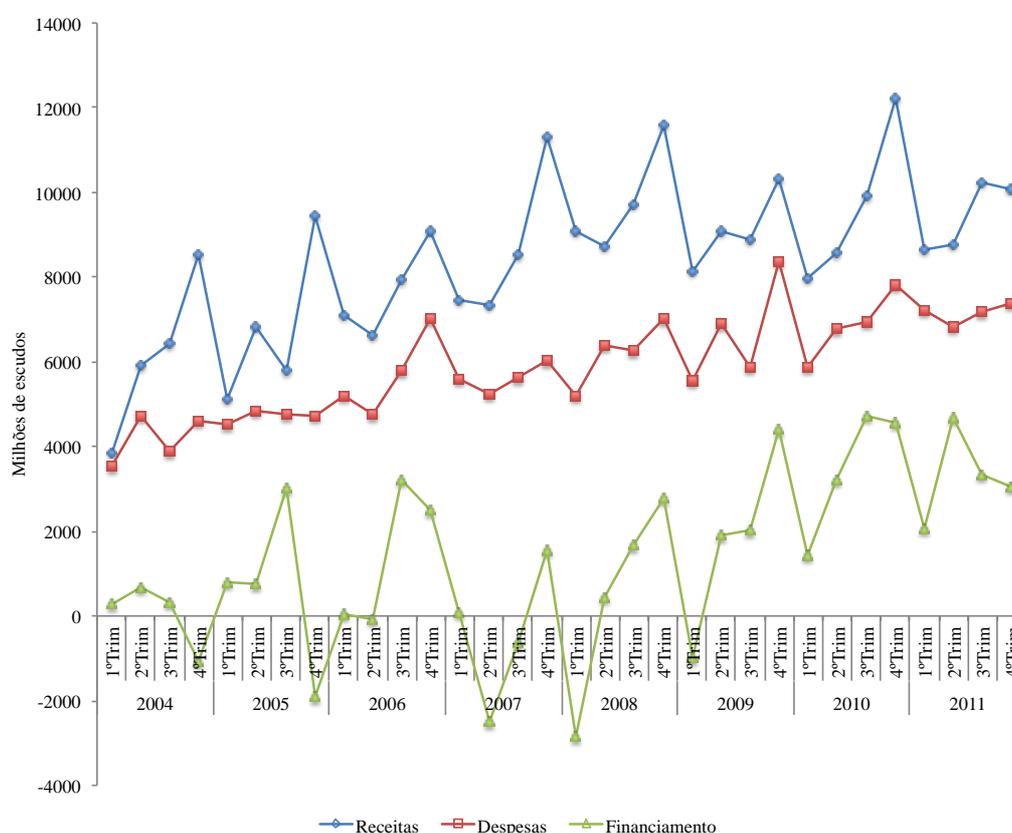
Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/country/cape-verde>)

## Desempenho fiscal

O desempenho fiscal é um elemento vital no planeamento dos recursos futuros para o sector da saúde, tanto pelo nível de impostos atingidos, como pela forma como os recursos são distribuídos. Também, o nível de dívida se torna fundamental para a sustentabilidade do financiamento da saúde, porquanto um nível de dívida baixo evita pressões para diminuir o orçamento do sector.

Historicamente, o Governo Central de Cabo Verde tem mantido balanços positivos. Para o período 2004-2011, em relação ao PIB, as receitas governamentais representaram 35,5%, enquanto as despesas atingiram os 24,7%. Os impostos mostraram um incremento acelerado nesse mesmo período, aumentando de 66,8% para 78,3% das receitas totais. Analisando o gráfico 11, verificamos que os impostos, após terem representado 30% do PIB em 2008, estão hoje nos 24%, mas mostrando uma tendência de recuperação no pós- crise.

**Gráfico 11. Desempenho fiscal de Cabo Verde**



Fonte: Banco de Cabo Verde

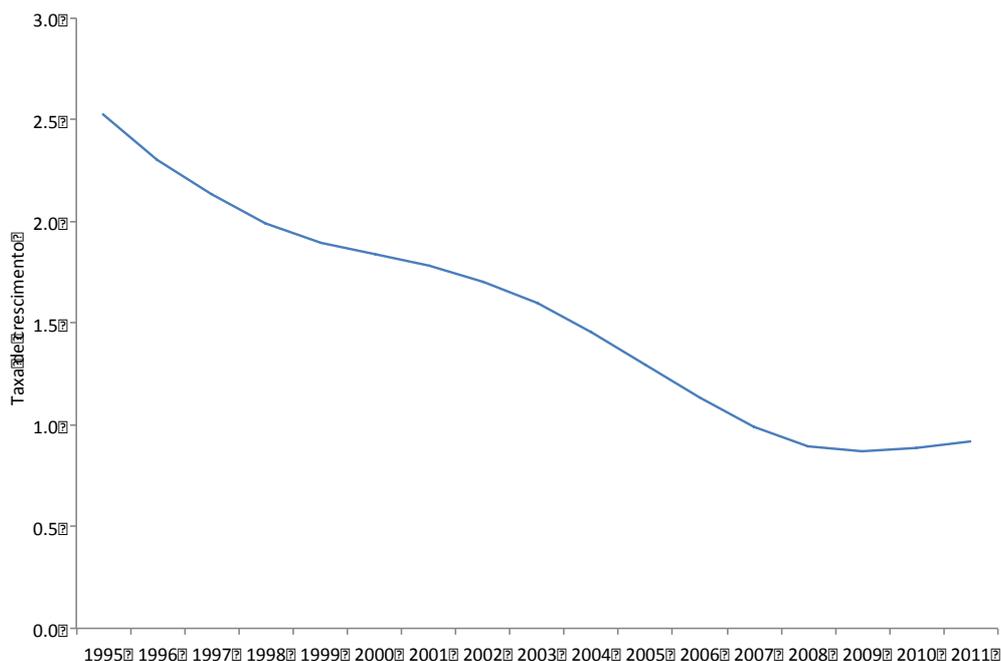
## Aspetos demográficos

O fator demográfico é um dos mais importantes para a análise do financiamento do sector saúde, pela existência de vínculos com o perfil epidemiológico, o processo de envelhecimento e o nível de dependência de crianças e idosos em relação ao número de trabalhadores ativos.

A taxa de crescimento de longo prazo da população cabo-verdiana foi estimada em 1,5% por ano desde 1995, mas apresentando uma tendência decrescente. Para o ano 2011, o número de

habitantes apenas cresceu 0,9%, depois de ter registado um incremento de 2,2% por ano entre 1995 e 1999. A taxa atual é inferior a metade da taxa de crescimento médio da população verificada na África Subsariana (2,45%). A percentagem de participação dos diferentes grupos etários varia segundo a fonte de informação: o grupo etário abaixo dos 15 anos abrange entre 31,4% (Censo 2010) e 33,4% (Census Bureau) dos cabo-verdianos, enquanto as pessoas idosas (com mais de 65 anos de idade) têm uma percentagem que varia entre 5,5% (Census Bureau) e 7,1% (Censo 2010).

**Gráfico 12. Taxa de crescimento da população em Cabo Verde (1995-2011)**



Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial  
(<http://data.worldbank.org/country/cape-verde>)

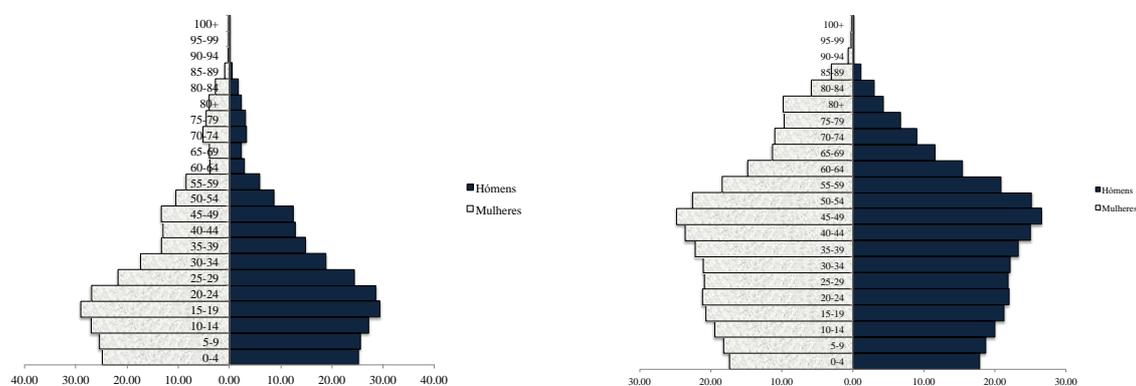
Durante a última década a pirâmide populacional mudou significativamente, esperando-se que esta tendência se mantenha durante os próximos 15 anos. Os dados do INE mostram que, no ano de 2000, as crianças com menos de 15 anos representavam 42,5% da população total, com uma percentagem prevista de 32,6% em 2020. Porém, segundo o Census Bureau dos EUA, em 2020 o declínio previsto deste grupo é consideravelmente maior, atingindo os 27,9% para o grupo dos 0-14 anos.

O fato mais importante é a existência de um **bónus demográfico** que Cabo Verde tem tido na última década. Este *bónus* é uma situação em que a população trabalhadora cresce acima dos grupos dependentes, como idosos e crianças. Esta situação pode ser visualizada em rácios decrescentes de dependência e numa estrutura populacional onde os grupos do meio concentram uma proporção considerável da população total (ver Gráfico 9).

Quando este fenómeno ocorre, o país está numa melhor posição para aumentar os recursos fiscais e alocar mais recursos para o sector da saúde. Ao mesmo tempo, como os grupos de meia-idade têm aumentado a sua percentagem, a base financeira da segurança social tem-se expandido, esperando-se melhores rendimentos e maior controlo nas despesas. O bónus demográfico não é uma situação permanente porque o avanço do processo de envelhecimento

muda a estrutura, transformando a vantagem em desvantagem, ou seja, o aumento da população idosa requer mais recursos dos serviços de saúde.

**Gráfico 13. Cabo Verde: Pirâmides Popacionais (2010 e 2040)**



Fonte: Divisão da População da ONU

Duas condições caracterizam o padrão demográfico de Cabo Verde. O primeiro é o volume significativo de emigrantes que abandonam o país, principalmente para Portugal e Estados Unidos da América (EUA). A diáspora cabo-verdiana totaliza aproximadamente 700.000 pessoas, das quais um pouco mais de 37% vive nos EUA (IMO, 2010). A persistência duma emigração líquida negativa tem características distintas para o país em relação a outros processos migratórios. O primeiro é que a maioria dos profissionais que obtém um grau académico no estrangeiro, sendo que 77% decide não voltar ao país e, 65% dos profissionais altamente qualificados emigraram durante o ano 2000 (idem, 2010). O balanço negativo manteve-se nos últimos anos, mas a tendência tem desacelerado em relação aos anos setenta.

No contexto do financiamento do sector da saúde, os processos migratórios poderiam afetá-lo de formas diferentes. O efeito natural é uma redução da pressão sobre os serviços clínicos pelas pessoas que agora não vivem no país. Mas, os efeitos também podem ser negativos, porque a emigração inclui pessoas da População Economicamente Ativa, que estariam numa melhor posição para contribuir para o sistema tributário e para a segurança social. Finalmente, uma situação migratória extensiva, como a experimentada por Cabo Verde, pode representar uma oportunidade para o esquema de financiamento.

Duas fontes são possíveis: a primeira é o estabelecimento de um imposto aos fluxos de remessas e, a segunda, é a criação de um seguro local de saúde para cabo-verdianos que vivem fora, com o qual podem cobrir a suas famílias.

A segunda característica demográfica relevante é o acelerado processo de urbanização das últimas duas décadas. Em meados da década de noventa, cerca de 50% da população cabo-verdiana vivia na zona rural. Atualmente, estima-se que essa percentagem ronde os 39%. O rápido processo de urbanização foi sobretudo impulsionado por uma forte migração interna, das zonas rurais para as cidades (Durán, Pacheco e Borges, 2012).

Os processos de urbanização têm um impacto direto no sector da saúde através de vários canais. Por exemplo, um crescimento da população urbana requer mais infraestruturas, como hospitais e clínicas de primeiro nível, o que vai gerar maior pressão sobre as finanças do sector. Se o crescimento urbano traz consigo um aumento da pobreza e do desemprego, então o efeito negativo é igualmente importante no sector da saúde.

Finalmente, a percentagem feminina da população começou a diminuir e, para o 2012, é esperado que metade dos cabo-verdianos sejam mulheres, depois dessa percentagem se ter cifrado em mais de 52% nas décadas anteriores. O processo migratório, novamente, é parcialmente responsável pela tendência decrescente na participação feminina. Queiroz (2007) indica que, em 1986, 65% dos imigrantes cabo-verdianos em Portugal eram homens, o que ajuda a explicar a percentagem de mulheres historicamente mais elevada da população local. Porém, esta tendência mudou nas duas últimas décadas, com o aumento do número de mulheres a irem para o estrangeiro. Por exemplo, em Portugal, 43% dos imigrantes cabo-verdianos eram mulheres, em contraste com 35%, em 1986. Segundo projeções do INE, entre 2000 e 2020, a percentagem de migrantes femininas irá aumentar de 44% para 48% do total de emigrantes, pelo que a percentagem de mulheres no total da população também tenderá a diminuir.

## Mercado laboral

Três elementos são importantes na hora de analisar o mercado laboral no contexto do financiamento da saúde: a taxa de desemprego; o nível de informalidade, pelas suas implicações nas contribuições sociais; e o crescimento dos rendimentos, pelos efeitos nos impostos e contribuições para o seguro social. Também, o aumento dos rendimentos abre oportunidade ao aumento de adesão a seguros de saúde privados.

O mercado laboral cabo-verdiano caracteriza-se pelo predomínio dos trabalhadores no sector serviços e por uma significativa participação no setor agrícola. Em 2012, aproximadamente metade dos trabalhadores trabalhavam no sector serviços, no comércio (15,7%) e na administração pública (9,0%).

Por profissão ou ocupação, um em cada 5 trabalhadores (20%) labora no sector de serviços, enquanto um em cada sete (14,3%) trabalha na agricultura. O sector privado (agrícola e não agrícola) contrata 79% dos trabalhadores cabo-verdianos, o que significa que cerca de um em cada cinco (20%) trabalha no sector público.

**Tabela 5. Estrutura dos empregos por ramo de atividade (2012)**

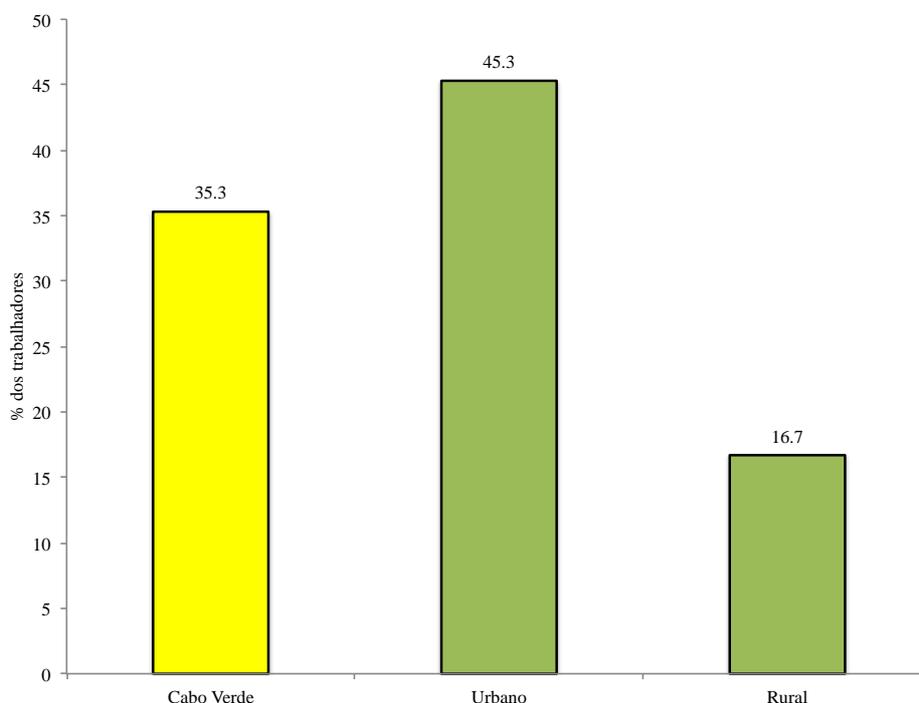
Ramo de atividade	Distribuição %
Agricultura	24,8
Indústrias extrativas	1,1
Indústrias transformadoras	8,2
Eletricidade	0,6
Água e saneamento	0,2
Construção	8,2
Comércio, reparação de veículos	15,7
Transportes e armazenagem	5
Alojamento e restauração	5,5
Informação e comunicação	1,2
Atividades financeiras e de seguros	0,8
Atividades imobiliárias	0,2
Atividades de consultoria	1

**Tabela 5. Estrutura dos empregos por ramo de atividade (2012) ...CONTINUAÇÃO**

Administração e serviços de apoio social	2
Administração pública e segurança social	9
Educação	6,6
Saúde humana e ação social	2,2
Atividades artísticas, de espetáculos e desportivas	0,7
Outras atividades de serviços	1,9
Atividades das famílias empregadoras de domésticos	4,7
Atividades dos organismos internacionais e outras	0,3
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fonte: INE, 2012

Esta estrutura laboral caracterizada pela participação elevada na agricultura, construção, e comércio, onde a população de trabalhadores informais é usualmente elevada, estabelece um desafio importante para as autoridades sanitárias. Por exemplo, a taxa de cobertura no sector rural cabo-verdiano é de 16,7%, um terço da percentagem que existe no sector urbano. Para aumentar o grau de cobertura contributiva do sector rural, as autoridades do INPS vão ter que estabelecer planos específicos para estes trabalhadores.

**Gráfico 14. Cobertura contributiva dos trabalhadores, por sector (2012)**

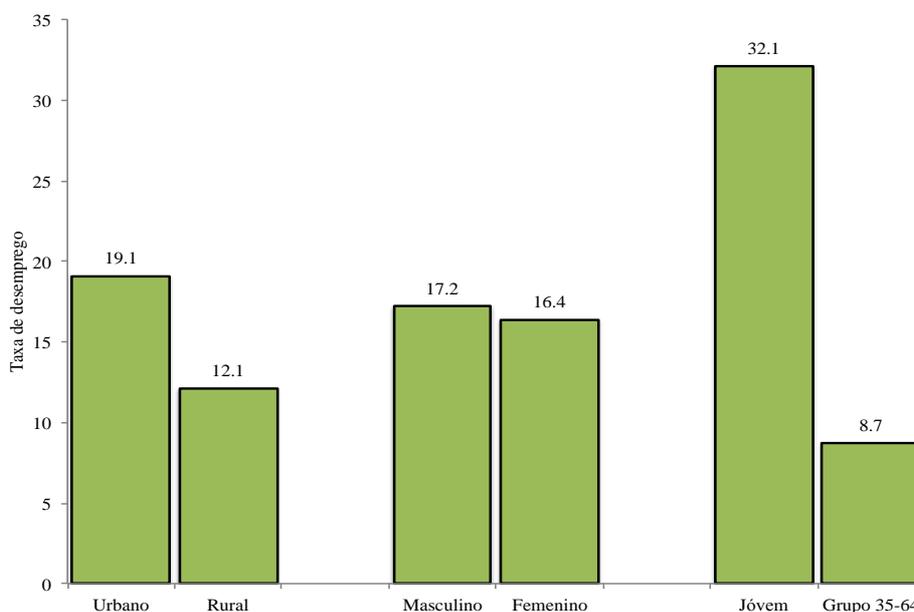
Fonte: INE (2013)

Outra característica e desafio importante do mercado laboral cabo-verdiano, é a elevada taxa de desemprego (16,8%), que prevaleceu no 4º trimestre do 2012.

São três as condições que caracterizam o desemprego em Cabo Verde:

1. É um fenómeno essencialmente urbano (19,1%);
2. É um pouco maior nos homens (17,2%) do que nas mulheres (16,4%);
3. É significativamente superior nos jovens entre os 15 e os 24 anos (32,1%). Esta situação está em sintonia com as tendências mundiais, pelo que as probabilidades de que um jovem fique desempregado são 2 a 3 vezes maiores do que um adulto.

**Gráfico 15. Taxas de desemprego por grupo (2012)**

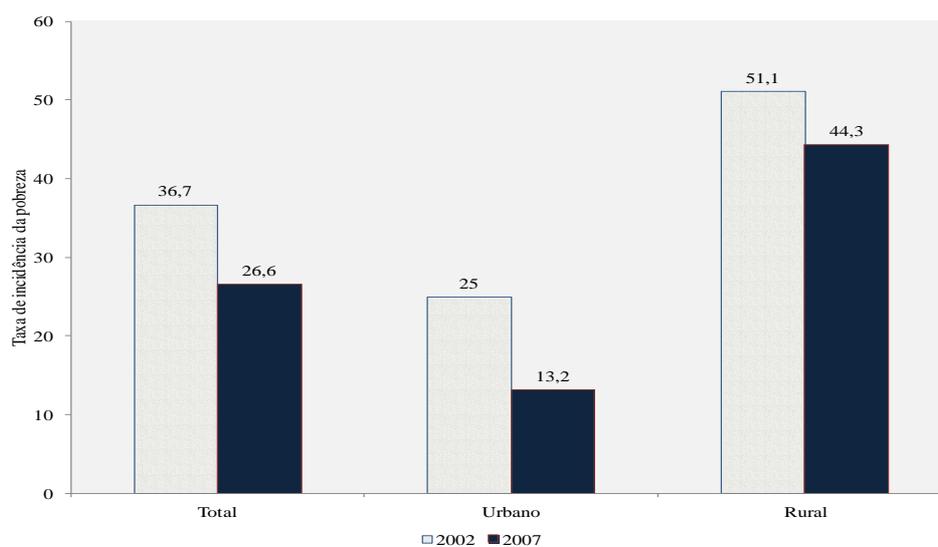


Fonte: INE, 2012

## Pobreza e desigualdade

Cabo Verde tem uma longa tradição de políticas cujo objetivo principal é a redução da pobreza. Analisando no tempo, os esforços parecem ter tido sucesso. Entre 1998 e 2007, a incidência da pobreza em Cabo Verde diminuiu de 49% para 26,6% da população total, pelo que Cabo Verde é um dos poucos países africanos a estar no caminho para atingir o Objetivo do Milénio N.º 1. A redução da pobreza foi muito mais acelerada nas zonas urbanas, onde as taxas de incidência diminuíram 22 pontos percentuais contra 7 nas zonas rurais. A pobreza de índole rural ainda é a mais elevada.

**Gráfico 16. Taxas de Incidência da Pobreza (2002 e 2007)**



Fonte: Governo de Cabo Verde, 2008

Contrariamente às principais tendências da pobreza, a desigualdade (pobreza relativa) apresenta uma tendência crescente, apesar de ter sido verificada alguma melhoria no Inquérito do Bem-Estar de 2007. Entre 1989 e 2002, o coeficiente de Gini aumentou de 0,43 para 0,52 (IMO, 2010; INE, 2008) e, em 2007, o mesmo coeficiente registou um valor de 0,47; mais baixo do que o cálculo de 2002, mas ainda mais elevado do que há duas décadas.

## Capítulo 3. O sistema de saúde cabo-verdiano: recursos e desempenho

O capítulo 3 tem como objetivo analisar as principais tendências do sector da saúde cabo-verdiano, de muita importância para a componente financeira do país. Muitos dos temas que são críticos no estudo do sector da saúde podem não aparecer nesta seção, quer porque a importância para o financiamento não é tão relevante ou ainda porque a informação não estava disponível. O capítulo foi estruturado seguindo três considerações centrais: conhecer os recursos do sistema da saúde em Cabo Verde, as atividades que o Ministério da Saúde desenvolve com esses recursos e, os resultados que obtém.

Adicionalmente, dois aspetos deverão ser considerados. O primeiro é a análise das tendências financeiras, que será apresentada no capítulo 4 e, o segundo, ao qual este capítulo dá maior atenção às tendências das variáveis no tempo, é a distribuição de recursos e os resultados por critério geográfico.

### Pacotes de serviços fornecidos à população

Em geral, os pacotes de serviços oferecidos pelo Ministério de Saúde e o INPS são suficientemente extensos para cobrir as necessidades derivadas do perfil epidemiológico da população. A diferença mais importante entre os dois pacotes é a vantagem que os beneficiários do seguro social de saúde têm para aceder a próteses, óculos e outros aparelhos de natureza similar. Pelo contrário, os relatórios financeiros do INPS não contemplam despesas em análises de laboratório e imagiologia, os quais são providenciados pelos laboratórios do Ministério de Saúde ou por fornecedores privados. Convém também realçar que o INPS é um financiador de serviços, não um fornecedor dos mesmos. Portanto, o fornecimento recai principalmente na rede do Ministério, a qual providencia serviços tanto para a população coberta como não coberta pelo INPS. Em síntese, os serviços oferecidos pelo Ministério incluem:

1. Serviços materno-infantis
2. Serviços contraceptivos
3. Serviços para tratamento do VIH-SIDA
4. Primeiro nível
5. Promoção e prevenção da saúde; serviços de saúde pública
6. Cobertura de vacinação
7. Consultas especializadas
8. Internamentos
9. Urgências
10. Cirurgias (de nível de complexidade distintos)
11. Evacuações internas ou externas
12. Provas de laboratório
13. Imagens
14. Medicamentos
15. Saúde dental

Quer no médio ou longo prazos, o pacote de serviços deverá mudar conforme a variação do perfil epidemiológico.

No futuro, visualizam-se as mudanças requeridas pelos pacotes para dar resposta às condições epidemiológicas e populacionais, a saber:

1. Incremento da participação da promoção e prevenção de temas de índole nutricional e violência, entre outras;
2. Alargamento da cobertura nacional de serviços materno-infantil;
3. Maior cobertura do cuidado mental;
4. Introdução de cuidados no domicílio (*home care*);
5. Introdução de cuidados paliativos;

## **Recursos do sistema de saúde cabo-verdiano**

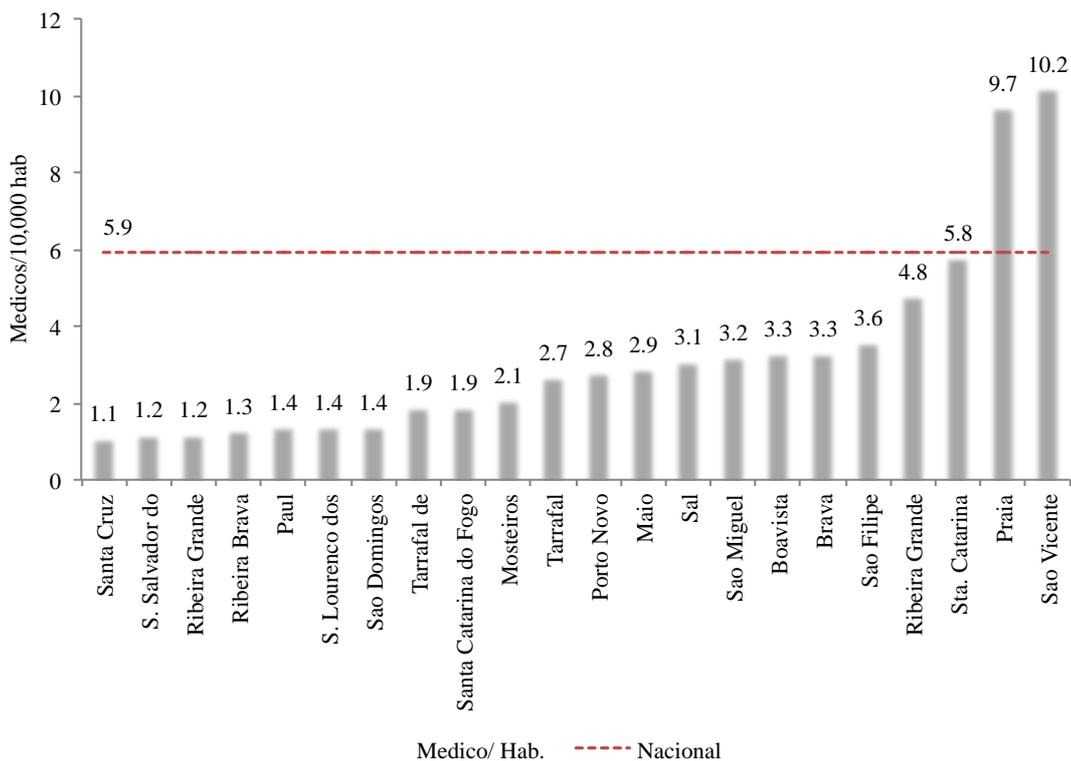
### ***Recursos humanos***

O número total de médicos que trabalham no sistema público de saúde cresceu de 242 para 292 profissionais entre 2005 e 2010, o que implica um aumento de 10 novos médicos por ano. Esse crescimento, traduzido em termos populacionais, significou um salto de 5,1 para 5,9 médicos por 10.000 habitantes o que, num contexto africano, é uma taxa elevada, se consideramos que na região subsariana essa mesma taxa é de apenas 1,2.

Contudo, parece ser baixa se a compararmos com os países de rendimento médio-baixo (7,7 médicos) ou aos do grupo de rendimento médio (12,4 médicos). Para alcançar o valor dos países de rendimento médio-baixo, Cabo Verde precisaria de mais 89 médicos, ou seja mais 30,5% daqueles que tem hoje.

A situação do país não é somente um tema de carência de recursos médicos apropriados, mas também de distribuição dos recursos pelos diferentes concelhos. Para lugares como São Vicente e Praia, a taxa de médicos representa quase 10 profissionais por 10.000 habitantes; enquanto existem vinte concelhos que têm uma taxa abaixo da média nacional, em nove dos quais, essa taxa não ultrapassa os dois médicos por 10.000 habitantes.

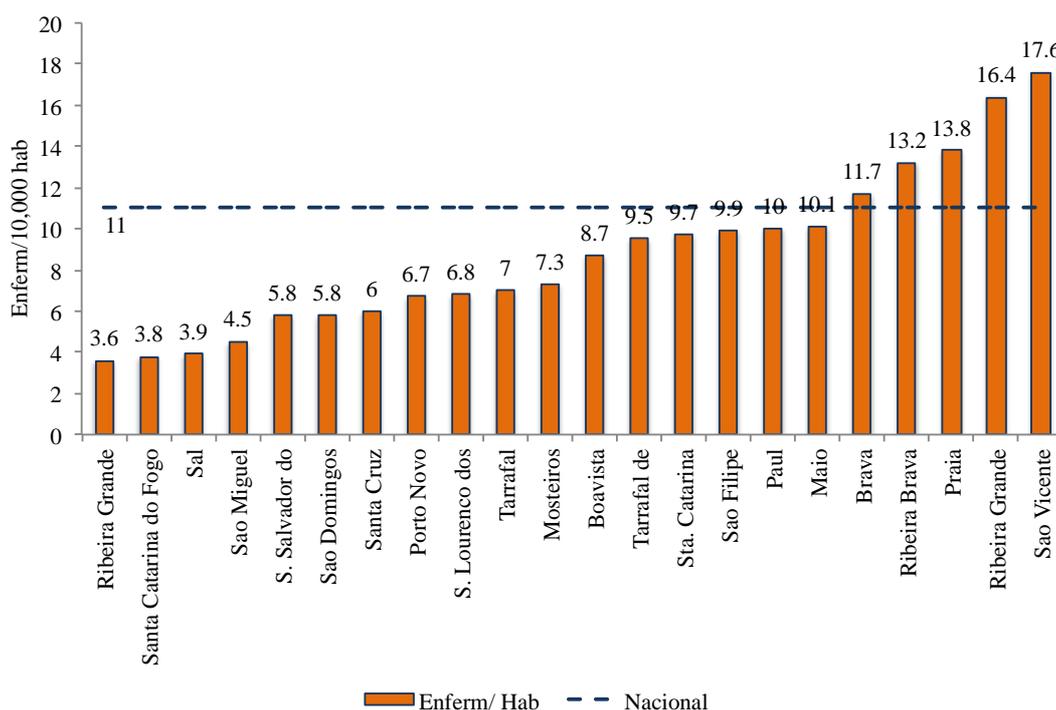
O tema da distribuição populacional é chave para entender esta dinâmica. É natural que os lugares com maior número de pessoas, como a Praia, tenham prestadores de serviços de saúde dos três níveis de atenção, incluindo hospitais de alta complexidade. Nas ilhas com população reduzida, não é viável a existência de hospitais complexos e, portanto, de maior número de médicos, dado que os custos unitários tenderiam a ser maiores que no resto do sistema. Por outras palavras, a distribuição desigual dos médicos deve ser analisada num contexto de acesso aos serviços: se as populações com coeficientes reduzidos de médicos têm acesso adequado aos serviços clínicos, então a distribuição desigual não representa um problema.

**Gráfico 17. Taxa de médicos por 10.000 habitantes, por concelho e média nacional**

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

No caso do grupo de enfermagem, a situação não difere da análise anterior com a exceção das lacunas por concelho, que são menores. O total de enfermeiros por 10.000 habitantes aumentou de 9,9 para 11,0 profissionais. Em relação aos valores na África Subariana (8,2 enfermeiros), Cabo Verde mantém uma posição de liderança. Porém, na comparação com países de rendimento médio-baixo (15,1) e rendimento médio (20,4) a distância ainda é considerável. Tal como no caso dos médicos, para igualar a taxa de países de rendimento baixo-médio, o número de enfermeiros precisaria de crescer 30,4%, o equivalente a 164 novos profissionais.

A distribuição por concelho mostra o mesmo padrão, isto é, diferença entre São Vicente (concelho com a maior taxa) e Ribeira Grande (com a menor taxa), cujo índice é de 4,9 vezes, praticamente metade da diferença nos médicos (9,3 vezes).

**Gráfico 18. Taxa de enfermeiros por 10.000 habitantes, por concelho e média nacional**

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

Os principais problemas de recursos humanos do país, identificados na análise dos parágrafos anteriores, repetem-se relativamente à disponibilidade de recursos humanos nas áreas complementares do pessoal clínico. O número de nutricionistas e odontologistas, por exemplo, é menor do que 15 profissionais, o que corresponde, respetivamente, a 0,2 e 0,3 profissionais por 10.000 habitantes.

**Tabela 6. Taxa de recursos humanos por categoria específica (2010)**

Categoria	Total de Profissionais	Taxa
Nutricionista	9	0,2
Odontologista	15	0,3
Outros Profissionais de saúde	37	0,8
Clinico especializado	131	2,7
Clinico geral	162	3,3
Técnicos de saúde	196	4,0

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

O problema com as limitações dos recursos humanos, na perspetiva do financiamento, parece ser que mudanças no pacote de serviços poderiam ser afetados se o país não tiver um número apropriado de pessoal. Como exemplo, se o Ministério planeia uma inclusão/expansão de serviços de prevenção e promoção para combater a obesidade, tentando mobilizar os serviços desde os hospitais aos postos de saúde para melhorar o custo-eficácia do pacote, o número limitado de nutricionistas dificultaria a sua implementação. Neste caso, parece razoável aplicar incentivos para

motivar um aumento de estudantes nas áreas clínicas, incentivos esses que podem ser pecuniários – melhores salários – ou não pecuniários – bolsas de estudo.

Também é importante olhar para a situação dos recursos humanos como um problema de planificação, tendo em conta que para o recrutamento dos trabalhadores do sistema, o Ministério não segue regras normalizadas. Referem-se de seguida algumas variações que poderiam ser incluídas no modelo de planeamento de saúde atual do MS com o fim de melhorar a distribuição de recursos como sejam:

1. Numa primeira etapa é muito importante aperfeiçoar o sistema de informação clínica de tal forma que permita às autoridades conhecer as diferenças no uso dos serviços de saúde. Assim, o sistema poderia aproximar as necessidades de recursos humanos a partir do número de consultas, provas de laboratório e outros serviços que utilizam parâmetros de planeamento sobre a eficácia mínima esperada por trabalhador.
2. Numa segunda etapa, a opção seria a implementação de um modelo baseado nas necessidades epidemiológicas dos concelhos. Neste caso, o número de pessoal clínico e sua distribuição resultará dum processo de planeamento mais alargado que incorpore os seguintes aspetos:
  - a. Estimação das tendências epidemiológicas do país, por região;
  - b. Definição do pacote de serviços, renovado, segundo as tendências anteriores, por tipo de fornecedor. Aqui está implícito o uso de protocolos clínicos para um uso mais ordenado dos recursos disponíveis e a definição de metas de cobertura por parte do sistema público;
  - c. Reestruturação da rede de serviços para planear os recursos humanos por nível de atenção. As experiências internacionais mostram que a modernização da rede reformula a forma de conceber o primeiro nível de atenção e a lista dos hospitais. No primeiro nível, a estratégia consiste em dividir o país com algum critério geográfico (ilha, concelho, etc.) que permita definir grupos de habitantes que seriam cobertos pelas equipas básicas de saúde. Estas equipas são compostas por um número determinado de pessoal médico e de enfermagem, ajustado ao tamanho da população coberta e teriam como parte das suas responsabilidades a prestação de serviços de promoção, prevenção e primeiro nível.
  - d. No caso hospitalar, é comum o uso de parâmetros de planeamento para cada tipo de serviço. Assim, por exemplo, o número de cardiologistas no hospital XYZ vai ser o resultado do parâmetro específico para a especialidade e o número de casos que o prestador de serviços realiza. Por outras palavras, enquanto o planeamento do primeiro nível tem uma base populacional de análise, nos hospitais trabalha-se a nível individual, com parâmetros de planeamento utilizados internacionalmente.

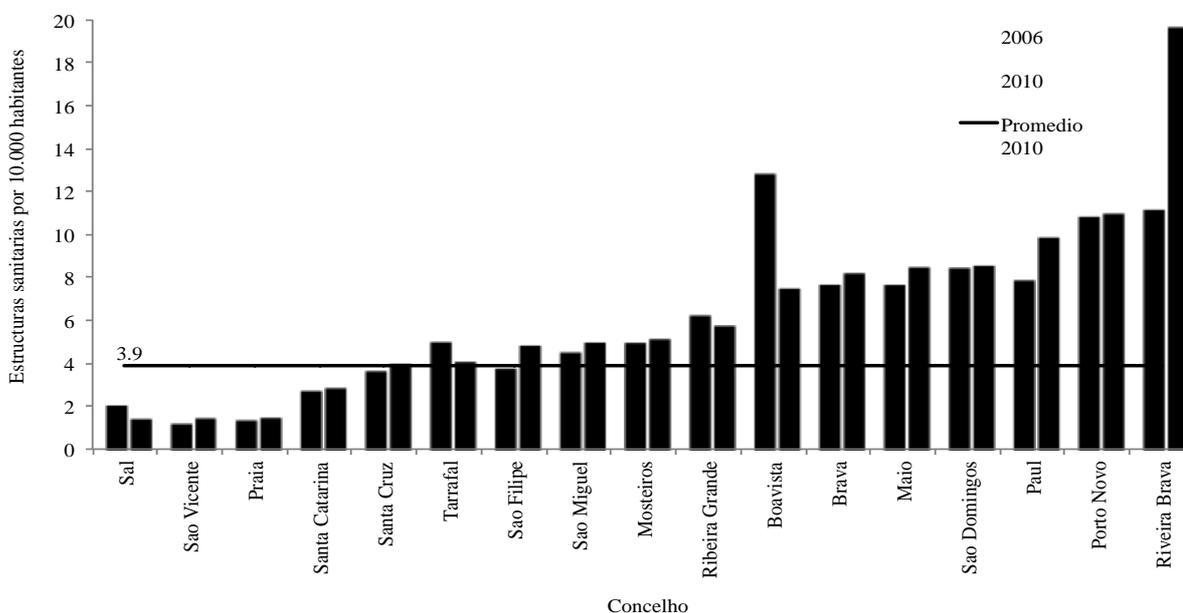
### ***Infraestrutura***

A rede de fornecedores públicos de serviços de saúde compreende dois hospitais nacionais (Hospitais Dr. Agostinho Neto e Dr. Baptista de Souza) com 575 camas no total, três hospitais regionais (Hospitais Ribeira Grande, Santiago Norte e São Filipe) com 208 camas, 30 centros de saúde e um conjunto de pequenos estabelecimentos sanitários que incluem 34 Postos Unitários, 113 Unidades Sanitárias de Base, 1 Centro de Saúde Mental, 1 Centro de Terapia Ocupacional e 5 Centros de Saúde Reprodutiva.

O número total de estruturas sanitárias de primeiro nível (Centros de Saúde, Unidades de Saúde Base e Outras Estruturas) existentes em Cabo Verde aumentou de 184 para 190 unidades entre 2006 e 2010. Em termos populacionais, a taxa de “disponibilidade da infraestrutura sanitária” cresceu de forma mínima de 3,8 para 3,9 unidades por cada 10.000 habitantes, devido ao aumento do número de centros de saúde. A expansão da infraestrutura não foi uniforme pois, dos 14 concelhos considerados, a taxa de disponibilidade cresceu em 10 concelhos, diminuindo no Sal, Tarrafal, Ribeira Grande e Boavista.

A distribuição entre os concelhos apresenta variações muito significativas. Em 2010, a taxa de disponibilidade da Ribeira Brava foi 12,7 vezes maior que a taxa do Sal, São Vicente e Praia. Nesse mesmo período, alguns concelhos tiveram uma redução importante na disponibilidade de estruturas do primeiro nível: os lugares mais afetados foram na Boa Vista (cuja taxa caiu 41%) e, no Sal (que registou uma redução de 29%). Por seu lado, a Ribeira Brava (75,2%), São Felipe (27,4%) e Paul (24,9%) tiveram um aumento substancial no número de estabelecimentos.

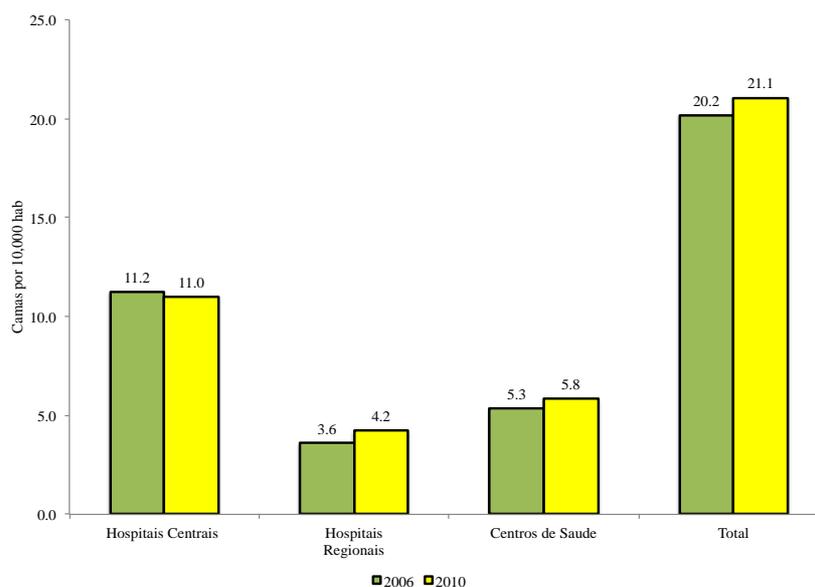
**Gráfico 19. Taxa de disponibilidade de centros de primeiro nível, por Concelho**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

No caso dos serviços com internamento, o número total de camas nos Hospitais Centrais, Regionais e Centros de Saúde cresceu 5,4% entre 2006 e 2010, passando de 982 a 1.035 unidades. As camas nos Hospitais Centrais foram reduzidas de 547 a 540 unidades, enquanto nos Hospitais Regionais (+33) e nos Centros de Saúde (+27) a disponibilidade registou um aumento acima de 10%. O número total de camas por 10.000 habitantes (21,1 camas) é praticamente igual à taxa média dos países de baixo e médio rendimento (22,4 camas), conforme cálculos do Banco Mundial.

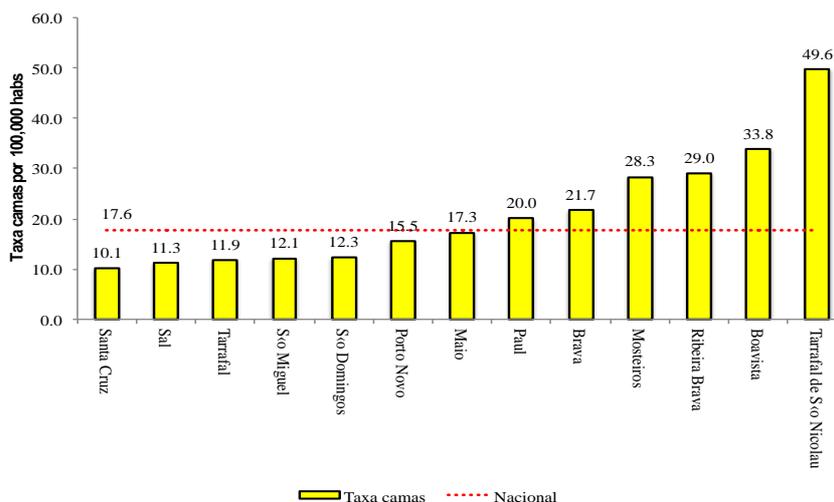
**Gráfico 20. Taxa de camas disponíveis por tipo de centro (2006 e 2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

A distribuição das camas dos centros de saúde também indica a existência de grandes diferenças entre concelhos. A taxa de camas por 10.000 habitantes no Tarrafal (São Nicolau) é cerca de cinco vezes maior do que em Santa Cruz e três vezes maior que a média das regiões onde existem centros de saúde. Os lugares onde a população é maior são os que têm as menores taxas de disponibilidade de camas, o qual poderia indicar que, como consequência duma maior dispersão da população, o Ministério tem estabelecido centros para cobrir pequenos grupos de habitantes, situação que aumenta o respetivo coeficiente.

**Gráfico 21. Disponibilidade de camas nos centros de saúde, por concelho**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

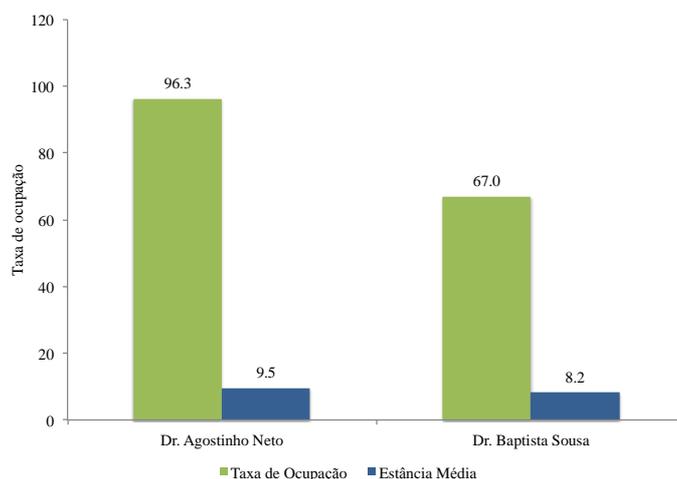
A disponibilidade de camas é uma questão, e o seu bom uso é outro. Os dados em relação ao uso eficiente das camas hospitalares (Hospitais Centrais) confirmam dois factos. O primeiro indica a elevada desigualdade na distribuição das hospitalizações. Em termos de ocupação, o Hospital

Agostinho Neto (HAN) tem uma taxa de 96%, enquanto no Hospital Baptista Souza (HBS) é de 67%. Se consideramos que o parâmetro de referência para avaliar uma boa taxa de ocupação é 85%, então temos um hospital com problemas de sobrecarga de trabalho e outro com condições de capacidade ociosa<sup>2</sup>. Por outras palavras, a melhoria resultará da distribuição e não da criação de mais camas.

O segundo facto relevante, é existência de um espaço significativo para introduzir medidas que tendam a reduzir o número de dias que o paciente médio está no hospital. Tanto para o HAN como para o HBS a estadia média é comparativamente alta em relação às tendências internacionais. Por exemplo, na OCDE, a estadia média foi calculada em 7,2 dias, num contexto onde as pressões por hospitalizações mais longas são maiores devido ao envelhecimento da população. Em países como a França e Portugal, a estadia média é inferior a 6 dias, com tendência para reduzir. Dentro do contexto africano, um exemplo é a estadia média na África do Sul, com 4,3 dias.

A introdução de técnicas clínicas mais avançadas, o incremento das cirurgias ambulatoriais, a melhoria dos equipamentos e a formação do pessoal médico e de enfermagem, são fatores decisivos para a redução da estadia média dos doentes.

**Gráfico 22. Estadia média e taxa de ocupação dos Hospitais Centrais (2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

As tendências entre hospitais regionais variam de forma importante em comparação com os centros nacionais. Neste caso, a taxa de ocupação mantém-se abaixo dos 70%, com um nível mínimo de 53% no hospital regional de São Filipe. A estadia média é menor para este grupo de hospitais, mas não é diretamente comparável com os hospitais centrais, devido às diferenças na complexidade dos serviços prestados.

Dado que os utentes dos hospitais regionais têm casos menos complexos, é esperado que a sua estadia seja menor, 1 a 4 dias para a grande maioria dos casos. Portanto, a estadia média observada na tabela 6, poderia ser considerada “alta” se considerássemos que os valores estão entre 5,3 e 6,8 dias. Qualquer esforço que, não pondo em risco a qualidade dos serviços prestados ao utente, permita reduzir a estadia média, terá como consequência a redução da taxa de ocupação hospitalar, sinónimo duma melhora da eficiência do sistema.

<sup>2</sup> Ver, por exemplo, Cameron PA, Joseph AP, McCarthy SM. *Access block can be managed*. Medical Journal of Australia 2009; 190: 364-368. A percentagem de 85% é debatido no artigo de Bain, C, Taylor, Peter e McDonnell, Geoff. *Myths of ideal hospital occupancy*. Medical Journal of Australia 2010; 192 (1): 42-43.

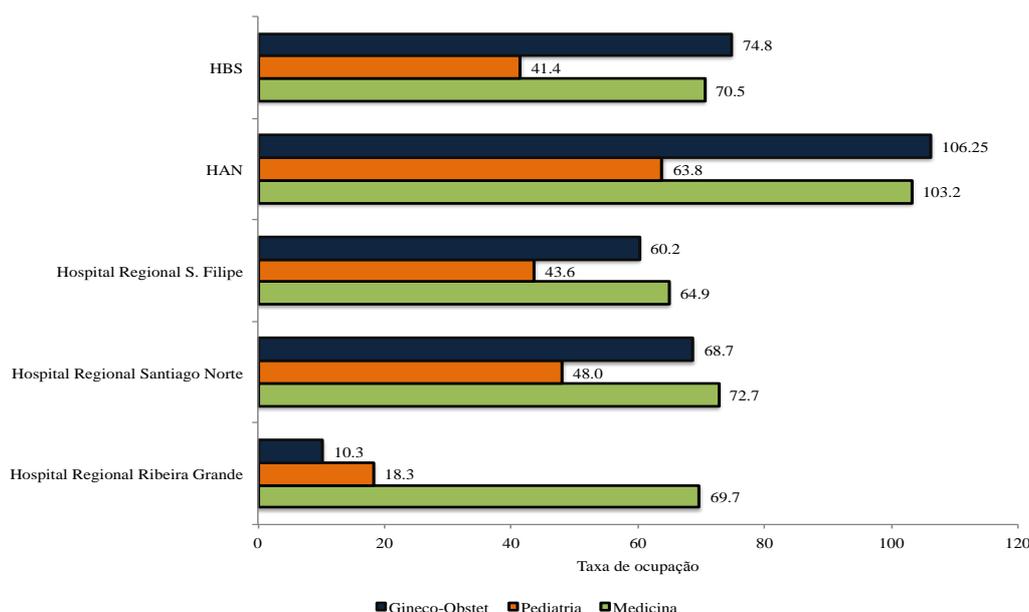
**Tabela 7. Estadia média e taxa de ocupação dos Hospitais Regionais (2010)**

Hospital Regional	Taxa de ocupação	Estadia média
Ribeira Grande	69,7	6,8
Santiago Norte	57,4	5,9
São Filipe	53,4	5,3

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

De um modo geral, uma conclusão chave é que o país deverá iniciar uma profunda avaliação do funcionamento do sistema hospitalar, que poderá ter implicações no financiamento do sector. Em princípio, é possível visualizar problemas significativos de eficácia, traduzidos pelas baixas taxas de ocupação. Contudo, nem todos os hospitais e nem todos os serviços precisam de um corte no número de camas e, é precisamente esta condição que revela a importância de analisar caso a caso.

O gráfico seguinte apresenta diversas taxas de ocupação para os serviços de medicina, pediatria e gineco-obstetrícia. Existe, como foi dito antes, uma grande variedade entre e intra serviços. Por exemplo, a média simples da estadia nos hospitais considerados abaixo varia de 43% em pediatria a 76% em medicina. Dentro da categoria hospitalar, as variações também são grandes. No caso de pediatria, a taxa de ocupação varia entre 18% no Hospital de Ribeira Grande e 64% no HAN, o que poderia significar que estas variações poderiam ser um reflexo de problemas do acesso ou da qualidade dos serviços. Por exemplo, considerando o caso do Hospital de Ribeira Grande, os 10% de taxa de ocupação dos serviços gineco-obstétricos, poderiam sugerir 4 considerações: a) que a demanda real dos serviços é efetivamente baixa; b) que o acesso é difícil para as mães que vivem na região; c) que a qualidade dos serviços está abaixo dos critérios mínimos ou, d) que existe uma taxa referenciamento aos hospitais centrais, alta, o que indicaria que os médicos, por alguma razão, resolvem poucos casos.

**Gráfico 23. Taxas de ocupação por serviço e hospital (2010)**

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

Finalmente, a existência de prestadores de serviços privados concentram-se principalmente nos concelhos de São Vicente e Praia. Do total desses serviços, 79,1% dos gabinetes médicos, 59,6% dos consultórios dentários e 75% dos laboratórios privados existentes no país, estão localizados nesses dois concelhos. No concelho de Boavista, apesar da taxa de disponibilidade ser uma das três maiores de Cabo Verde, conta com apenas 2 Clínicas Médicas e 2 Clínicas Dentárias. No total, seis concelhos não têm uma só Clínica e representam 15,4% da população total. A carência de prestadores de serviços privados pode não implicar a existência de problemas de acesso, porque os serviços poderiam estar cobertos pelos prestadores públicos, situação que não é possível confirmar por falta de informação disponível.

**Tabela 8. Disponibilidade de centros privados, por tipo de unidade e concelho (taxa por 10.000 hab)**

<b>Concelho</b>	<b>Gabinetes médicos</b>	<b>Dentários</b>	<b>Laboratórios clínicos</b>	<b>Centros de Fisioterapia</b>
Boavista	2,18	2,18	0,00	0,00
Brava	0,00	0,00	0,00	0,00
Maio	1,44	1,44	0,00	0,00
Mosteiros	0,00	0,00	0,00	0,00
Paul	0,00	1,43	0,00	0,00
Porto Novo	0,55	1,11	0,00	0,55
Praia	2,43	1,14	0,61	0,46
Ribeira Grande	0,73	0,37	0,37	0,00
Sal	0,39	1,16	0,39	0,00
Santa Catarina	0,52	0,52	0,17	0,00
Santa Cruz	0,29	0,29	0,00	0,00
São Domingos	0,00	0,00	0,00	0,00
São Filipe	0,90	1,35	0,45	0,00
São Miguel	0,00	0,00	0,00	0,00
Ribeira Brava	1,32	1,32	0,00	0,00
São Vicente	2,76	1,71	0,53	0,00
Tarrafal	0,00	0,42	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>1,36</b>	<b>0,96</b>	<b>0,33</b>	<b>0,14</b>

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

## **Tendências na atividade do sector da saúde**

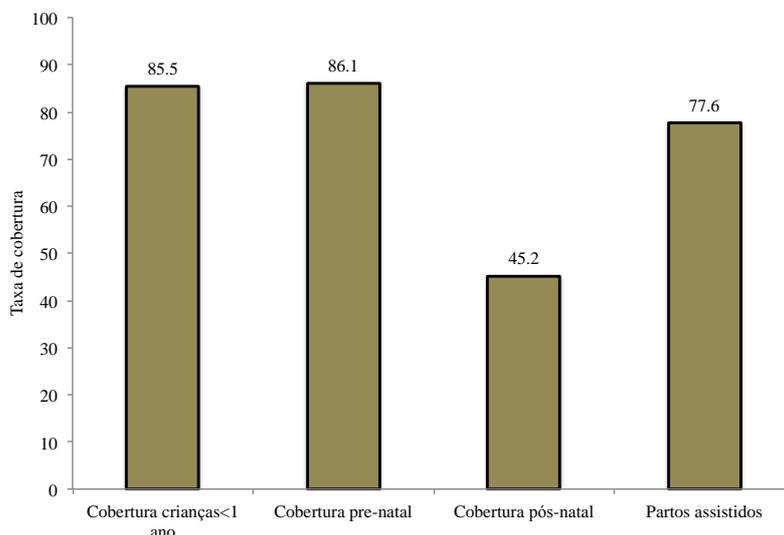
Para analisar a produção sanitária em Cabo Verde, o relatório concentra-se na cobertura dos serviços materno-infantis, de saúde pública e de tipo hospitalar.

### ***Primeiro nível - promoção e prevenção da saúde***

De todas as categorias dos serviços sanitários, o maior desafio para o país é definitivamente o aumento da cobertura dos serviços materno-infantis. Os dados para 2010 indicam que o país ainda fica longe da cobertura universal em praticamente todas as áreas relacionadas com a gravidez, a situação pós-parto e os cuidados da criança. Segundo o gráfico seguinte, uma em cada sete crianças

menores do que 1 ano recebem cuidados apropriados e uma proporção similar de mulheres tem cobertura pré-natal adequada. As lacunas nas outras áreas são mais amplas: um em cada quatro partos não é assistido e menos de metade das grávidas recebe serviços pós-natais. Estes resultados demonstram que esta é uma área onde as autoridades deverão ter mais atenção e procurar atingir a cobertura universal.

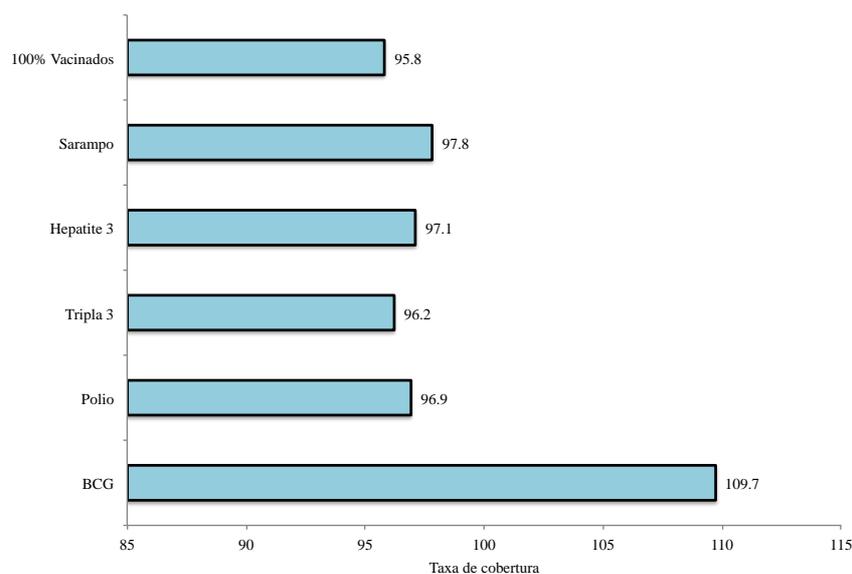
**Gráfico 24. Cobertura com serviços materno-infantis (2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

Enquanto a cobertura da vacinação atinge taxas superiores a 95%, a cobertura contraceptiva dificilmente chega a 15% dos serviços pedidos. Das crianças menores que 1 ano, 96% têm o quadro básico de imunização totalmente completo. A elevada cobertura da vacinação permite compreender parcialmente a tendência da redução da mortalidade infantil.

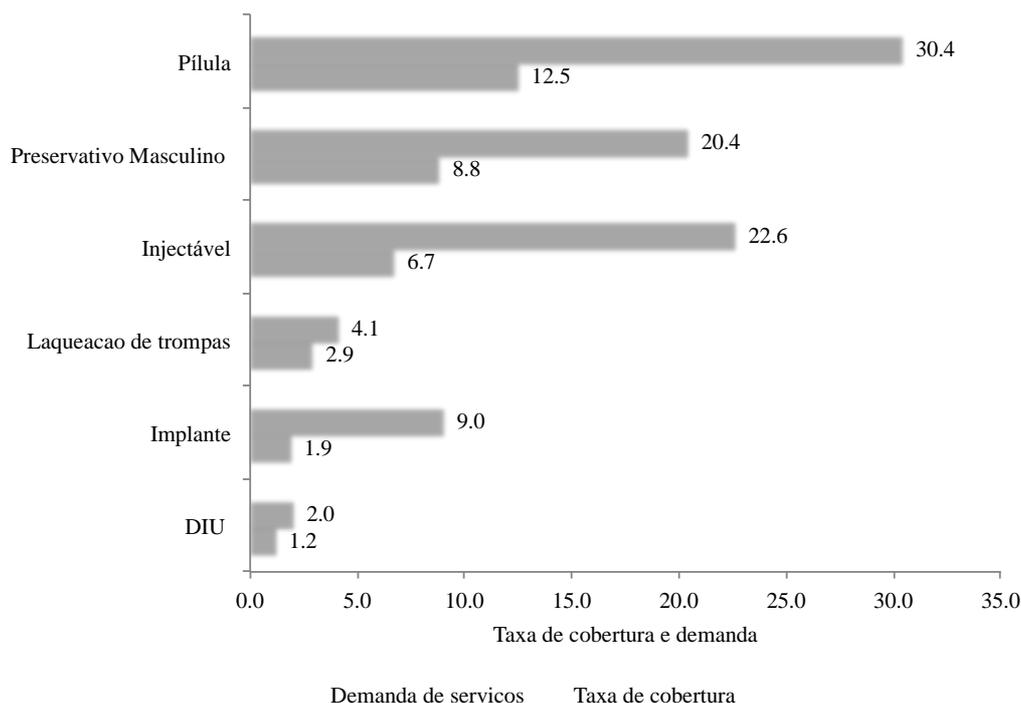
**Gráfico 25. Taxa de cobertura de vacinação, por tipo de vacina (2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

A lacuna entre a procura real por serviços contraceptivos e a provisão efetiva de métodos é ampla. Dos seis serviços contemplados no gráfico 25, o sistema providencia menos de 45% dos pedidos da população, exceto para o caso do DIU. Para os serviços com maior procura (pílulas e preservativos masculinos), o sistema de saúde satisfaz somente 42% dos pedidos da população. Visto de outra forma: 30,4% das mulheres em idade fértil e que desejam planificar a contraceção gostariam de usar a pílula, mas o sistema, cobre somente os requerimentos de 12,5% delas. Porém, esta diferença também pode ser explicada pela fornecimento privado dos serviços.

**Gráfico 26. Taxa de cobertura contraceptiva, por serviço**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

### **Serviços de consulta externa**

O número total de consultas especializadas desenvolvidas pelos hospitais centrais de Cabo Verde tem, paulatinamente, vindo a diminuir. Entre 2004 e 2010, as consultas de especialidade (feita por médicos especialistas) passaram de 93.062 para 59.293, uma redução de 36,3%. Em termos populacionais, a taxa de consultas por 1.000 habitantes caiu de 203,4 para 120,5 visitas.

Enquanto o perfil epidemiológico não registou mudanças significativas na década passada, a diminuição no volume de consultas poderá estar relacionado com problemas de produtividade (o número de cirurgias por cirurgião por dia caiu 5% - de 0,99 para 0,94 procedimentos), com problemas de infraestrutura física que impede atender os utentes precisados dos serviços ou a uma maior estadia média (no HAN, a estadia aumentou em 6 das 9 nas principais categorias de serviço). Também é possível argumentar que o sistema tem vindo a melhorar os cuidados ao doente com uma maior incidência no primeiro nível de atenção. Contudo, a informação para confirmar esta ideia não está disponível.

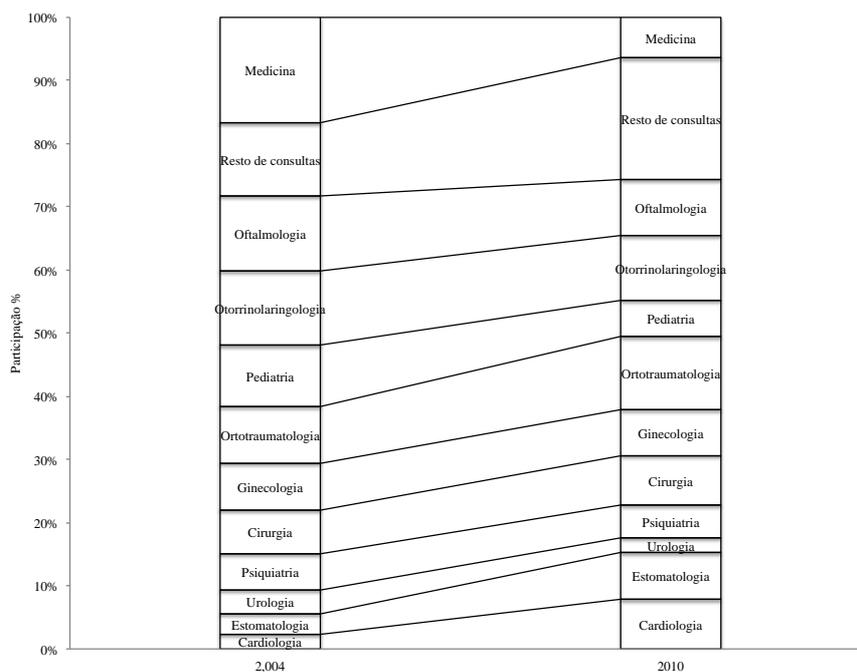
**Gráfico 27. Taxa de consultas especializadas por 1.000 habitantes (2004-2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

Por categoria individual, a composição das consultas teve mudanças importantes entre 2004 e 2010. As consultas de “Medicina”, que representavam uma em cada seis visitas em 2004 (16,6%), representam agora somente 6,4%. No seu lugar aparecem a Orto traumatologia (11,6%) e a Otorrinolaringologia (10,3%), que anteriormente se situavam na quinta e terceira posição respetivamente. Dos 10 principais tipos de consultas no ano 2004, 9 estiveram presentes no ano 2010. Urologia deixou de estar na lista das principais 10 causas de consulta e, no seu lugar, aparece agora cardiologia. Dessas 10 causas, o número total de consultas diminui em 9 casos, em proporções que vão de 17,7% (Orto traumatologia) a 75,6% (Medicina). As mudanças na composição das visitas podem dever-se a uma melhor codificação da consulta especializada.

**Gráfico 28. Composição das consultas especializadas (2004 e 2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

### Serviços hospitalares

Para a análise dos serviços hospitalares consideraram-se as tendências em internamentos, cirurgias e urgências. Seguindo a mesma tendência, nas consultas de especialidade, as taxas dos serviços hospitalares tenderam a manter-se ou a baixar entre 2006 e 2010. Relativamente a 2010, as taxas populacionais de utilização hospitalar foram 4,6% menores para internamentos, 1,9% para urgências e 7,6% para cirurgias. Estas tendências têm claro impacto sobre as finanças futuras do sistema da saúde, porquanto são as dos serviços clínicos que têm custos mais elevados. A tendência decrescente também é uma vantagem adicional porque liberta recursos para financiar serviços de primeiro nível, promoção e prevenção que, como veremos no capítulo seguinte, apresentam baixas contribuições nas despesas totais de saúde.

**Tabela 9. Serviços hospitalares por 1.000 habitantes (2006-2010)**

Serviço	2006	2007	2008	2009	2010
Internamento	40,6	40,3	35,5	38,5	38,7
Urgências	355,7	346,4	359,4	375,5	349,1
Cirurgias	14,8	17,6	15,3	11,3	13,7

Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

### Evacuações

Uma das rubricas financeiras mais importantes para o contexto cabo-verdiano refere-se ao número de pessoas que são evacuadas, interna e externamente, seja porque os serviços não são fornecidos no Concelho de residência ou porque a rede de serviços nacional não oferece as condições necessárias. O fluxo de recursos adicionais que é necessário para cobrir esta rubrica é significativo se considerarmos que uma evacuação implica custos diretos de atenção, transporte e estadia para o utente e, eventualmente, para o seu acompanhante. O problema das evacuações define um conjunto amplo de temas na administração financeira e de gestão do sistema da saúde.

Em primeiro lugar, o pagamento despendido nas evacuações reduz os recursos disponíveis no sistema da saúde. Como será referido no capítulo seguinte, este fluxo de fundos representa aproximadamente 6% das despesas totais do sistema.

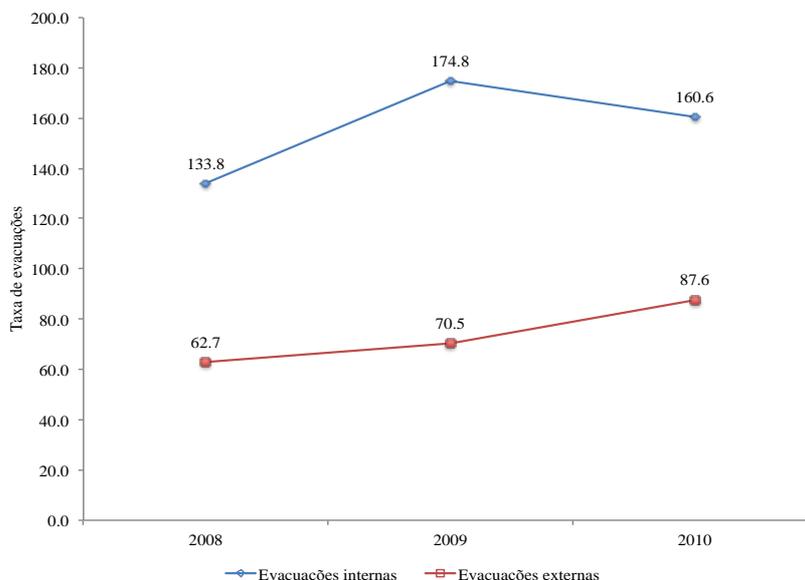
Em segundo lugar, surge a pergunta: se o sistema apresenta capacidade ociosa em algumas áreas hospitalares, por que não fornece tais serviços (que agora são evacuados) à população? Parece razoável pensar que, no futuro próximo, Cabo Verde deverá pensar numa expansão da oferta de serviços a nível local que evitem mais fugas de recursos. Dada a importância das evacuações para o sistema de saúde cabo-verdiano, parece igualmente importante que as autoridades definam indicador de evacuações por 100.000 habitantes, como uma medida do progresso resolutivo do sector da saúde.

Entre 2008 e 2010, o número de evacuados foi de 2.276 a nível interno e 1.072 externos. Em termos populacionais, as evacuações internas foram 156,4 casos por cada 100.000 habitantes enquanto as evacuações externas totalizaram 73,6 pessoas pelos mesmos 100.000 habitantes. Em ambos casos, a tendência tem sentido crescente.

Nesse mesmo período, o padrão observado das evacuações externas caracteriza-se pelas seguintes condições:

1. 62% das evacuações foram por problemas das áreas da cirurgia cardíaca, da oncologia e da neurocirurgia;
2. Uma de cada três pessoas tem entre 25 e 49 anos e somente 11% mais de 65 anos;
3. A promoção social (49,6% do total) e o INPS (43,6%) foram os maiores financiadores das evacuações efetuadas.

**Gráfico 29. Taxas de evacuações por 100.000 habitantes (2008-2010)**



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

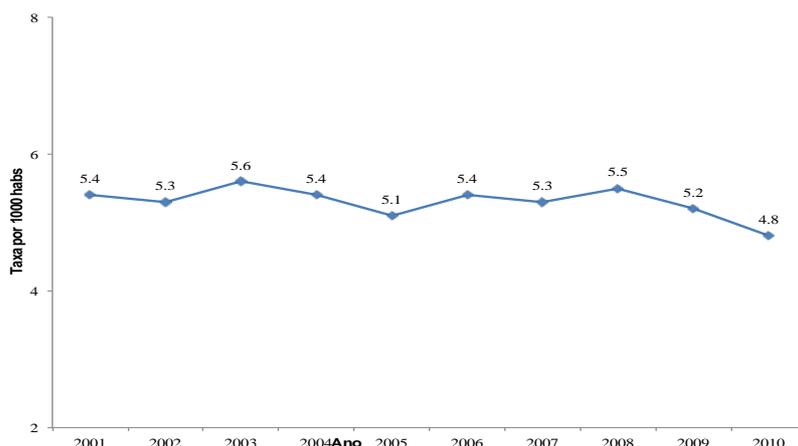
## Principais resultados do sistema de saúde cabo-verdiano

A última seção do capítulo dedica-se a analisar as principais tendências dos resultados do sistema do sistema de saúde cabo-verdiano, tendo como referências a evolução e os padrões de desigualdade de temas como a mortalidade geral, infantil e materna e, a morbilidade.

### *Mortalidade Geral*

No longo prazo, a taxa geral de mortalidade tendeu a baixar em Cabo Verde, contrariamente às tendências de muitos países onde esta cresce no tempo. Entre 2001 e 2010, o número de falecimentos por cada 1.000 habitantes diminuiu 11%, particularmente após 2008. Vários fatores poderiam explicar esta tendência: a existência do bónus demográfico, explicado anteriormente, é uma possibilidade importante, dado que a maior concentração da população está nos grupos menos vulneráveis, aqueles entre os 15 e os 65 anos de idade. De igual forma, o abaixamento da mortalidade infantil foi um fator contributivo para este resultado, não obstante na segunda metade da década de 2000 ter tido uma contribuição menor (dado o estancamento das taxas de mortalidade infantil e nos menores de 5 anos).

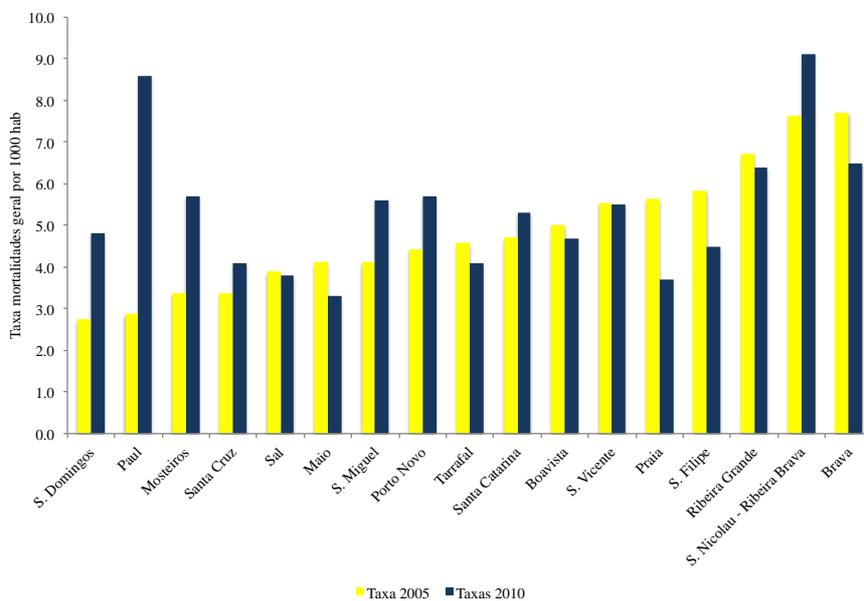
Gráfico 30. Taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes (2001-2010)



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

Três aspetos caracterizam a evolução da mortalidade geral no Cabo Verde. O primeiro aspeto é a **ampla desigualdade na distribuição dos benefícios** comentados anteriormente. Da análise do gráfico, conclui-se que a mortalidade geral em São Nicolau é 3,1 vezes superior à de Santiago e, do total de concelhos, 8 deles localizam-se abaixo da taxa média nacional. Mais significativo foi o facto de, em 47% dos concelhos, a taxa de mortalidade ter aumentado entre 2005 e 2010<sup>3</sup>.

Gráfico 31. Taxas de mortalidade geral por Concelho (2005 e 2010)



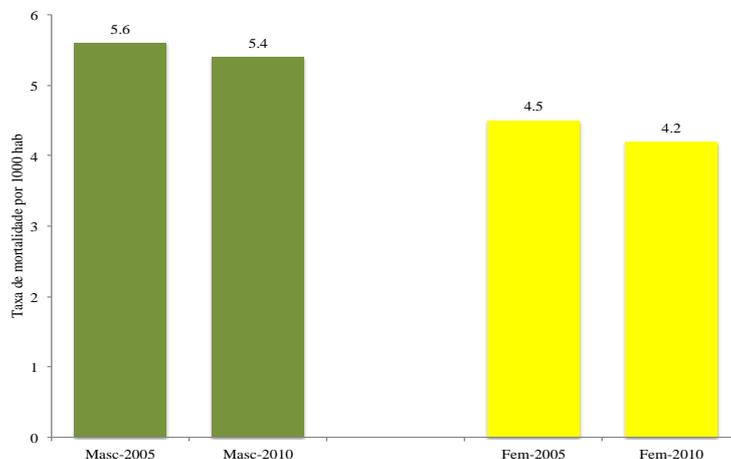
Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

No segundo aspeto, pela perspectiva de género, os resultados mostram a persistência da existência de taxas de mortalidade masculina maiores que a feminina. Nos Concelhos de Ribeira Grande, de Santiago e do Tarrafal, as taxas de mortalidade masculina são 2 vezes superiores às taxas femininas.

<sup>3</sup> Conclusões em relação com os óbitos por Concelho devem ser cuidadosamente analisados devido a que, até recentemente (2010), os mesmos não eram registados por concelho de residência, mas sim no concelho da ocorrência.

Por outro lado, nos Concelhos de S. Domingos, Tarrafal de S. Nicolau e S. Nicolau - Ribeira Brava, a mortalidade nos homens é menor do que a das mulheres, ainda que ambas tenham descido entre 2005 e 2010, particularmente a taxa feminina.

**Gráfico 32. Taxas de mortalidade geral por sexo (2005 e 2010)**

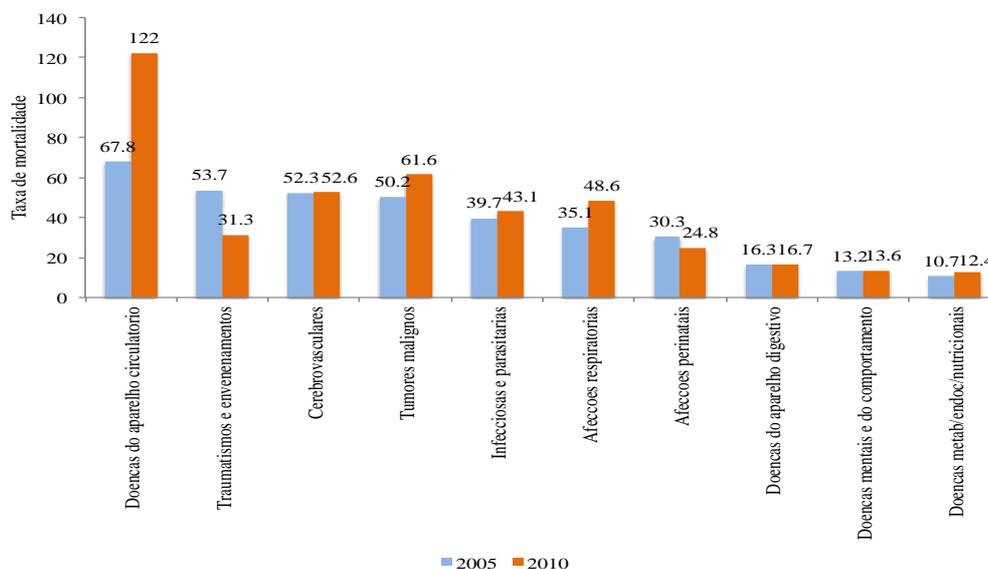


Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

No terceiro aspeto, o país precisa de dar atenção a algumas áreas onde a mortalidade tem crescido de forma significativa. Em 2010, a principal causa de mortalidade em Cabo Verde foram as doenças do aparelho circulatório, cujo valor de subida é significativamente maior do que os decréscimos das outras causas - a taxa de morte por problemas circulatórios praticamente duplicou entre 2005 e 2010. De realçar, também, o crescimento das taxas de tumores malignos e problemas respiratórios.

Em resumo, das 10 causas principais de morte identificadas no gráfico a seguir, a taxa de mortalidade cresceu em 8 delas e somente os óbitos por traumatismos, os envenenamentos e as afeções perinatais registaram uma diminuição da sua taxa.

**Gráfico 33. Taxas de mortalidade por causa de morte (2005 e 2010)**



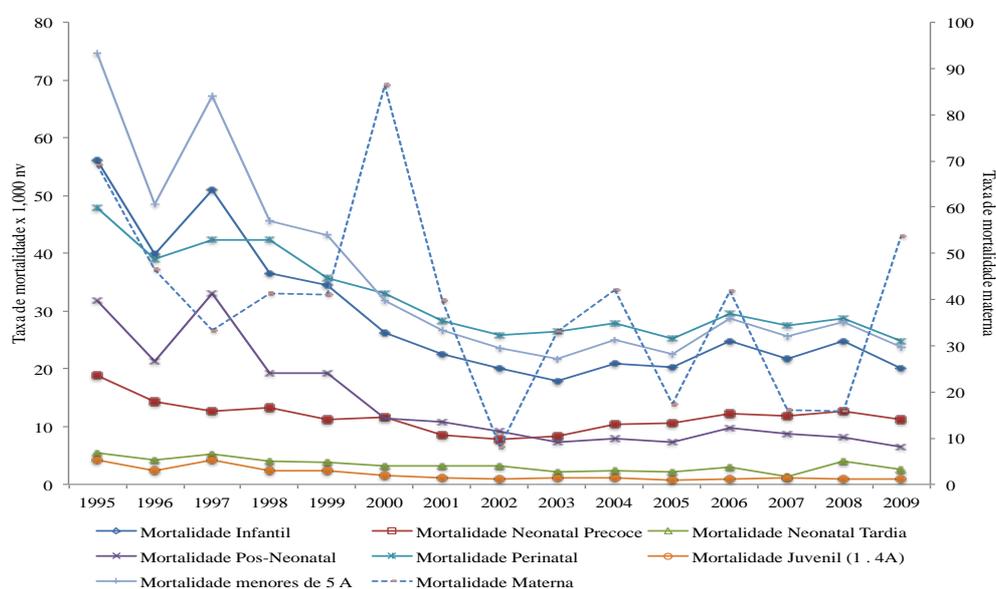
Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

### Mortalidade infantil e materna

Cabo Verde regista avanços importantes nas últimas duas décadas em matéria de mortalidade infantil e outras taxas com ela relacionada. Comparativamente, 2009 teve uma taxa de mortalidade infantil 65% mais baixa do que em 1995. Tendências similares são observadas nas outras taxas importantes como a mortalidade pós-natal e perinatal. Contudo, a descida da mortalidade infantil, não tem sido uniforme. Após 2002 os progressos têm sido limitados e eventualmente nulos – a mortalidade infantil, em menores de 5 anos e juvenil, praticamente não sofreu alteração entre 2002 e 2009.

Por outro lado, a taxa de mortalidade materna (por 100.00 habitantes) mostrou um padrão muito instável. O seu maior progresso foi observado na dispersão das taxas após 2002, se bem a tendência não seja clara. Para o período 2002-2004, a taxa média de mortalidade materna foi estimada em 27,8 mortes por 100.000 nascidos vivos e, para 2007-2009, o mesmo valor médio foi de 28,6 mortes.

**Gráfico 34. Taxas várias de mortalidade infantil e materna (1995-2009)**



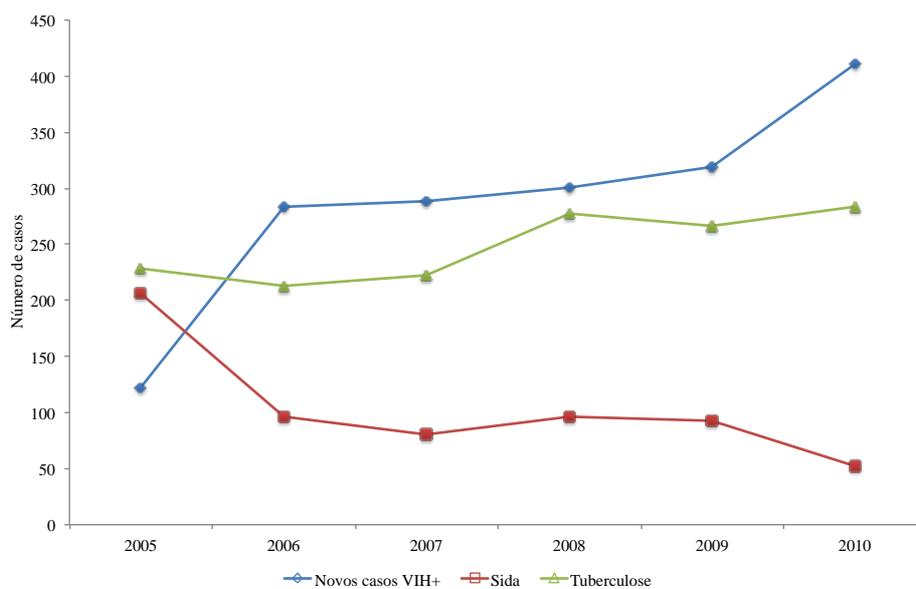
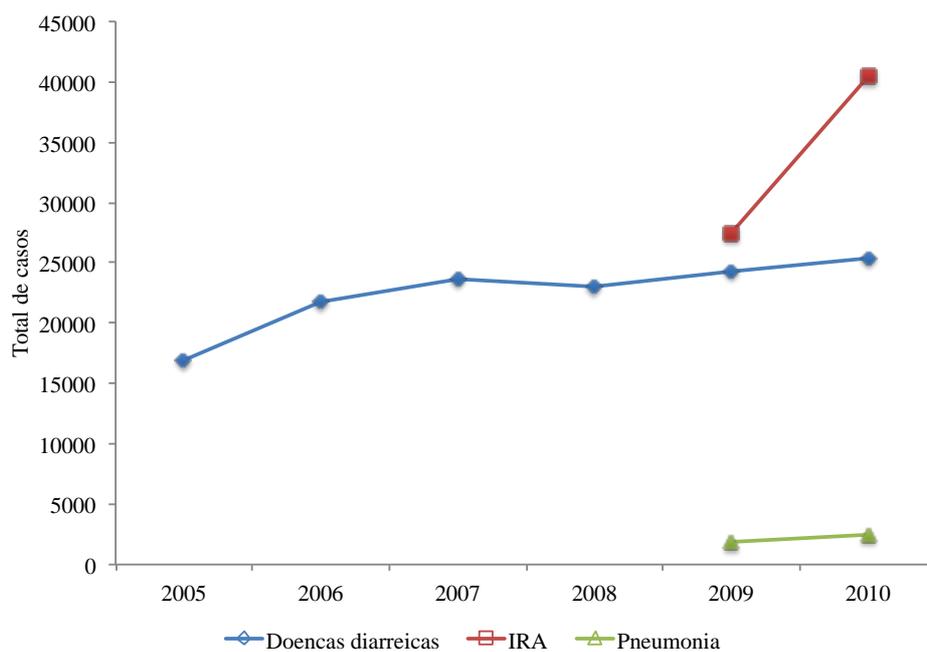
Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

### Morbidade

Finalmente, uma das áreas onde Cabo Verde parece experimentar maiores problemas é no controlo das doenças do tipo transmissível. Os gráficos a seguir mostram-nos duas situações distintas. O aparecimento de novos casos de VIH, tuberculose e diarreia com uma tendência de subida evidente. Em relação às pneumonias e infeções respiratórias agudas os dados disponíveis também sugerem uma deterioração, embora seja necessária mais informação para confirmar essas tendências. Finalmente, a nível nacional, as situações de meningite, paludismo e SIDA mostram uma descida importante do número de casos.

A deterioração de muitas das condições já referidas poderia indicar um debilitamento das funções de prevenção e supervisão conduzidas pelo Ministério de Saúde, que precisam, eventualmente, de um reforço orçamental e de um ordenamento institucional para retomar os níveis historicamente baixos.

Gráfico 35. Número de casos de doenças transmissíveis



Fonte: Cálculos baseados nos anuários estatísticos do MS

## Capítulo 4. Principais tendências financeiras do sistema de saúde cabo-verdiano

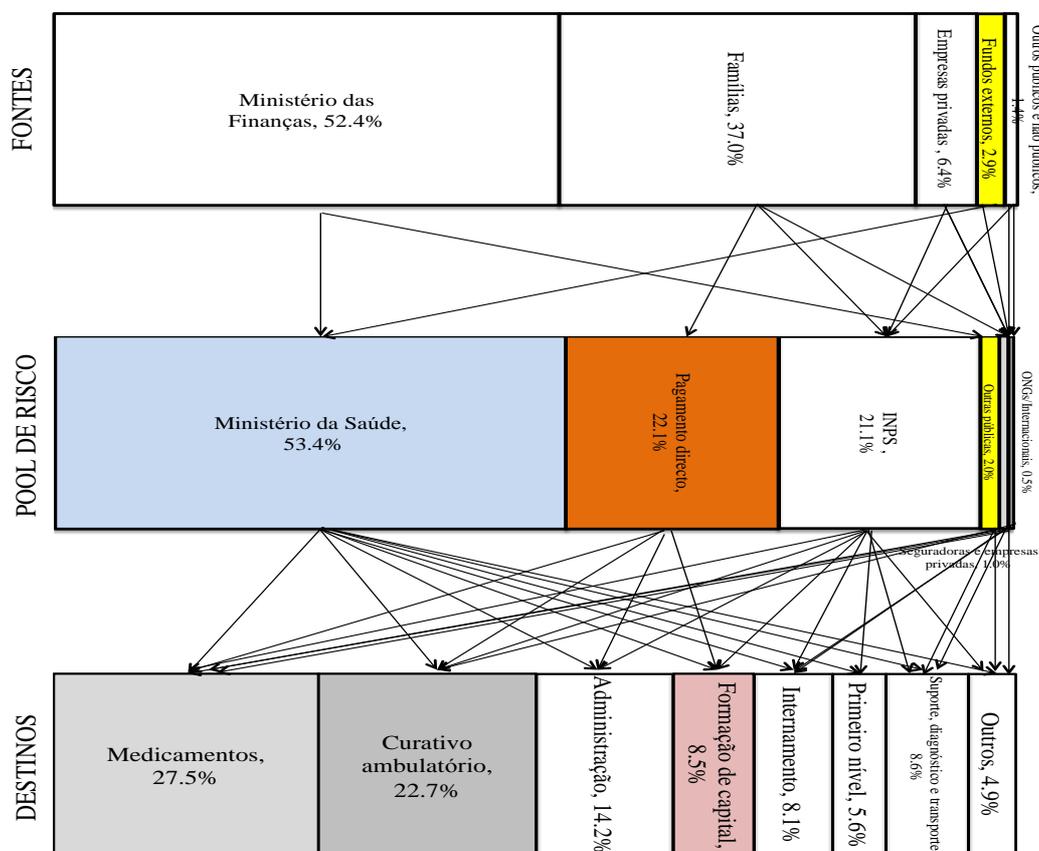
O capítulo 4 analisa as principais tendências do financiamento de saúde em Cabo Verde. Os dados considerados foram retirados do Relatório de Contas Nacionais de Saúde 2008-2009 para Cabo Verde preparado pelo INE<sup>4</sup>. A informação segue a estrutura lógica do capítulo conceptual que contempla as fontes, a *mancomunação* dos fundos e sua utilização.

### Principais entidades participantes no modelo de financiamento de Cabo Verde

O modelo de financiamento cabo-verdiano caracteriza-se pela existência de dois grandes grupos financiadores, o Ministério das Finanças e as famílias e, duas entidades públicas, Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Estes, administram 75% dos fundos totais e duas categorias de despesas (medicamentos e cuidados ambulatoriais) que absorvem metade dos recursos disponíveis.

O Gráfico 36 mostra o modelo de financiamento, enquanto os parágrafos seguintes apresentam as principais entidades participantes no sistema de financiamento da saúde e analisam em pormenor as principais tendências dos recursos.

Gráfico 36. Modelo de Financiamento da Saúde em Cabo Verde: estrutura e distribuição de fundos



Fonte: Preparado a partir do relatório do INE

<sup>4</sup> Para um melhor pormenor da metodologia utilizada pelo Instituto, recomenda-se o recurso ao respetivo relatório.

### **Ministério das Finanças**

O Ministério das Finanças é o maior financiador do sistema de saúde cabo-verdiano, com uma participação de 52,4% dos recursos totais investidos no sector. Os fundos para financiar as atividades públicas provêm principalmente dos impostos, os quais representam cerca de 80% das receitas correntes do Governo. As receitas provenientes do imposto de valor acrescentado (39%) e, o imposto único sobre o rendimento (31%), foram as principais fontes de financiamento tributário para o governo em 2011.

Do total das despesas totais do Governo em 2011, 5,9% foram atribuídas ao Ministério da Saúde, aos Hospitais Agostinho Neto e Baptista de Souza, à Região Sanitária Santiago Norte e ao Centro Nacional de Desenvolvimento da Saúde.

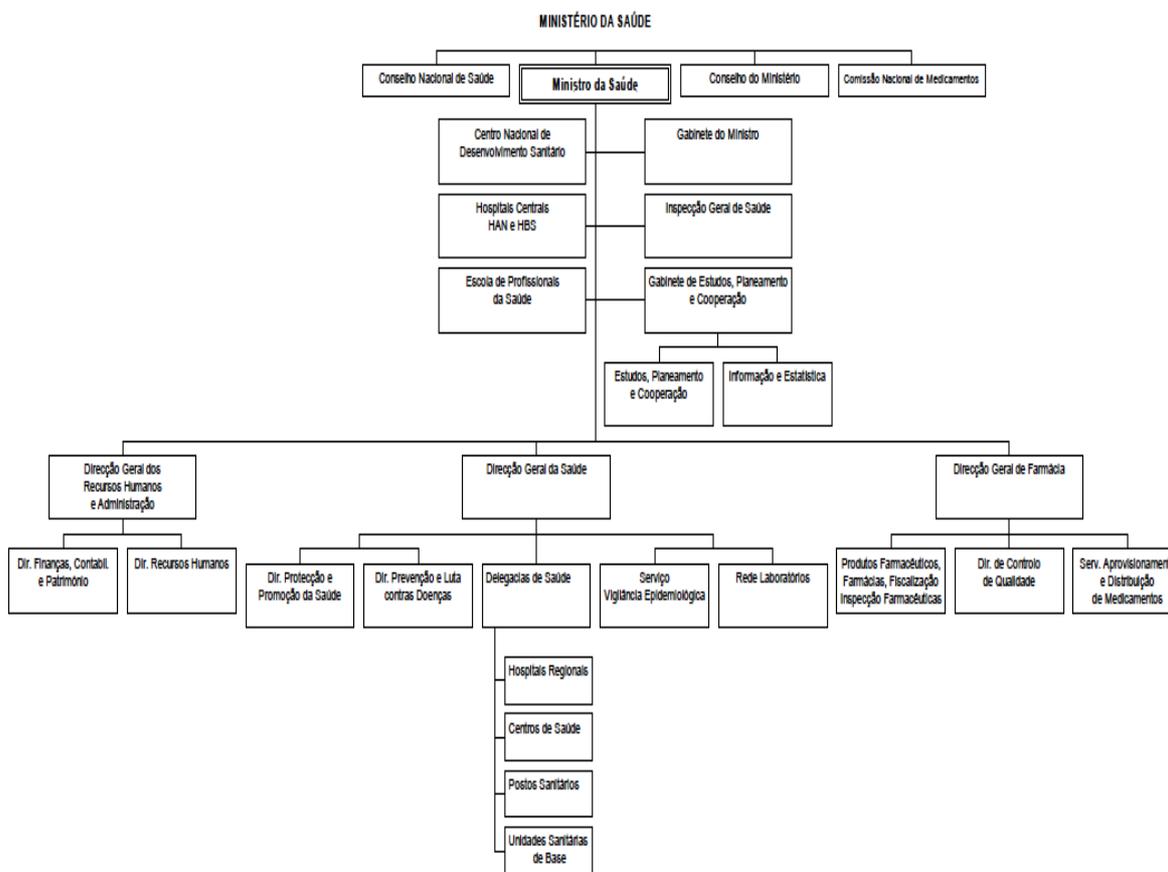
### **Ministério da Saúde**

O Ministério da Saúde é o maior administrador de fundos do país, com 53,4% dos recursos totais. Destes, 97% provêm do orçamento atribuído pelo Ministério das Finanças, e somente uma pequena percentagem é financiada pela cooperação internacional. Os fundos recebidos permitem ao Ministério administrar, além das direções administrativas e demais departamentos de gestão do sistema (ver Organigrama abaixo), a rede de serviços comentada no capítulo anterior.

A grande fragmentação da rede de serviços poderá estar a implicar perdas de eficiência consideráveis pelos elevados custos de transação, duplicação de atividades e demais despesas administrativas associadas à existência de múltiplos fornecedores que prestam serviços a populações pequenas. Contudo, este último aspeto, não deve, de todo, ser tomado como um problema. A grande fragmentação da rede de serviços, o elevado número de fornecedores e a perda de eficiência respetiva estão relacionados com as características estruturais de Cabo Verde.

Considerando a garantia do acesso da população aos serviços essenciais, que cabe ao MS assegurar, esta situação advém da configuração geográfica do país e dos “custos da insularidade”. A reorganização em curso no SNS, nomeadamente a criação das regiões sanitárias, tem também como finalidade reduzir a fragmentação dos serviços e, deste modo, aumentar a sua eficiência.

Gráfico 37. Organigrama do Ministério de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

### ***Instituto Nacional de Previdência Social***

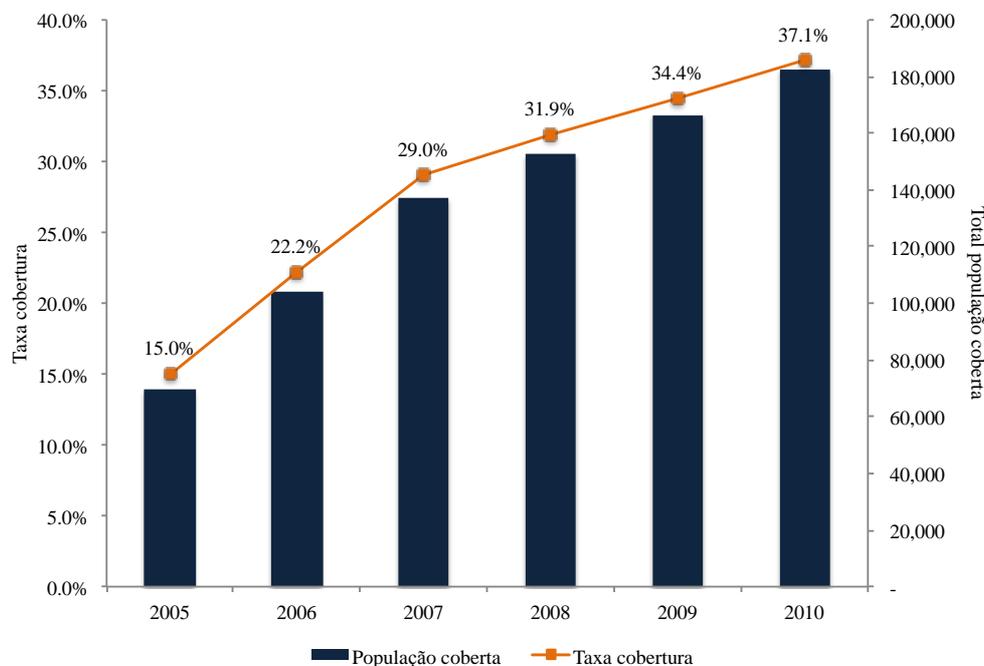
O INPS é a instituição pública responsável pela gestão dos programas de protecção social contributiva de Cabo Verde. O Instituto, criado através do Decreto-lei nº135/91, é dotado de autonomia administrativa e financeira, e tem património próprio. Para financiar as suas actividades, a lei estabelece uma taxa contributiva do 23% sobre os rendimentos; dessa percentagem, 8% são destinados às actividades de tipo sanitário.

O INPS opera principalmente como um financiador dos serviços de saúde. O Instituto não tem uma rede independente de fornecedores, mas contrata, por um lado serviços privados e, por outro, transfere um montante anual ao Ministério da Saúde pelos serviços outorgados aos seus beneficiários. O valor do montante não é calculado seguindo uma metodologia específica, mas segundo o critério do INPS. Das despesas totais, duas rubricas (medicamentos e evacuações externas) representam aproximadamente 60% do orçamento para saúde<sup>5</sup>. A taxa de participação dos medicamentos na estrutura das despesas do INPS (saúde) é o dobro da taxa a nível nacional, situação que é claramente um dos desafios financeiros mais importantes para as autoridades. A política medicamentosa do Instituto precisa duma revisão imediata para que sejam reformulados os procedimentos, por exemplo, das compras de genéricos, das parcerias com farmácias e dos mecanismos de auditoria das receitas emitidas pelos médicos para os beneficiários do INPS.

<sup>5</sup> Foram excluídas as despesas com as pensões.

O total da população coberta com seguro de saúde tem vindo a crescer desde de 2005 quando apenas 15% dos cabo-verdianos tinha cobertura. Para 2010, a mesma taxa calculada em aproximadamente 37% da população, com tendência de crescimento a curto e médio prazo. Além disso, a entidade tem definido o aumento da cobertura como uma das suas metas estratégicas prioritárias, particularmente dos grupos informais ou daqueles que hoje têm baixa cobertura.

**Gráfico 38. População total coberta e taxa de cobertura com seguro social da saúde (2005-2010)**



Fonte: Cálculos segundo informação do INPS

Os bons resultados obtidos pelo INPS nos últimos anos sugerem a importância que deveria ter o incremento da cobertura contributiva na estratégia de financiamento da saúde cabo-verdiana.

A cobertura universal com segurança social deveria ser o objetivo de longo prazo. A vantagem da segurança social é que amplia o acesso aos serviços, ao mesmo tempo que cria a fonte de recursos para financiar os custos de novos beneficiários. Esta ação contribuiu para o reforço dos princípios da solidariedade, equidade e sustentabilidade.

Certamente a angariação é importante para o futuro do sector da saúde, em geral, e para a segurança social em particular. Porém, conforme foi discutido no capítulo 1, além das medidas de política para incrementar os recursos, uma reforma financeira no sector deve estar acompanhada de mudanças no *pool* de risco e na forma de alocar os recursos. Preliminarmente, algumas das mudanças que o INPS poderia considerar incluiria:

- Fortalecimento do *pool* de risco mediante parcerias com o MS;
- Incorporação de novos mecanismos de pagamentos, principalmente aqueles relacionados com capitação e pagamentos por serviço. Desta forma, os fundos poderiam ser alocados seguindo o princípio da eficácia e da equidade;
- Incremento dos controlos financeiros;
- Inclusão do pagamento por desempenho.

### **Famílias**

O grupo familiar representa o segundo maior grupo financiador da saúde em Cabo Verde com uma participação superior a 37% dos fundos totais para o sector. Os fundos com que as famílias contribuem provêm, principalmente, da segurança social e pagamentos diretos. As taxas moderadoras (“de pagamento de bolso”) variam, mas a tabela oficial tem definido que sejam 100 ECV por consulta e medicamentos, por exemplo.

Uma das características relevantes do financiamento que provém das famílias é a relativamente reduzida proporção das despesas totais dos pagamentos diretos (22%). Para países de rendimento médio ou baixo, esta categoria frequentemente ultrapassa os 45% das despesas totais. A reduzida participação parece estar relacionada com o esquema de pagamentos diretos o que, a ser assim, resulta das dificuldades que as famílias têm para angariar tais fundos. Além disso, o sistema de exonerações é vasto e não está baseado em regras claramente definidas.

A maior percentagem das despesas diretas é orientada para a compra de medicamentos (46,8%) nas farmácias privadas, postos de venda de medicamentos, ou nas farmácias do Ministério da Saúde. Este resultado confirma duas coisas:

- Os medicamentos aparecem, mais uma vez, como a rubrica de maior peso na estrutura das despesas de saúde;
- As despesas medicamentosas elevadas com que as famílias se confrontam mostram parte dos problemas do sistema público de saúde para cobrir as necessidades curativas da população durante períodos de doença.

Finalmente, é evidente que o controle das despesas medicamentosas se converte numa área prioritária da ação pública, na futura estratégia de financiamento.

### **Outras entidades menores**

Existem outras entidades que financiam ou executam fundos relacionados com os serviços de saúde, mas com participações no financiamento total que não ultrapassa os 5% dos recursos totais.

### **Mutualistas**

Os seguros de saúde mutualistas pertencem aos denominados Sistemas Mutualistas de Proteção Social caracterizados pela cobertura financeira de grupos alvo informais ou de sectores rurais através de pacotes de serviços limitados tais como cobertura medicamentosa, transporte ambulatório, internamento e pequenas cirurgias. Atualmente a população com cobertura caracteriza-se por trabalhar no mercado informal (40% dos afiliados) ou depender de remessas familiares ou estatais (46% dos afiliados).

Contrário ao seguro social, nos seguros mutualistas a adesão à rede de saúde e proteção social é livre e voluntária. Para cada modalidade é exigido o pagamento de uma jóia e tem as suas respetivas quotizações ou exigências financeiras, com as seguintes funções principais (Fórum Cooperativo, 2012):

1. Apoiar os seus associados em casos de doença, participando na cobertura das despesas com aquisição de medicamentos, consultas médicas, exames clínicos, etc.;
2. Promover ações de educação para a saúde;
3. Promover iniciativas de auto promoção e empoderamento das famílias, bem como outras formas de proteção social dos seus aderentes.

Dados do mesmo Fórum Cooperativo (principal micro-seguro de Cabo Verde), indicam que para 2012, aproximadamente 18.250 pessoas estão afiliadas no seguro mutualista; número que representa cerca de 9% da população alvo (i.e. sector informal, zona rural, etc.). Se consideramos a população nacional, a taxa de cobertura equivale a 3,6% dos cabo-verdianos.

### ***Banco de Cabo Verde***

O Banco de Cabo Verde (BCV) oferece cobertura na doença aos seus funcionários e reformados sob algumas condições especiais. Têm direito a crédito de saúde todos os funcionários e reformados até o montante máximo de 350.000 ECV, para tratamento clínico no exterior, mediante apresentação dos respetivos Atestado e Relatório Médico. Após o crédito do valor na conta, o beneficiário tem um prazo de 45 dias para justificar esse empréstimo até 75% do valor concedido.

São considerados justificativos: despesas médicas, bilhete de passagem, visto, alojamento, transporte e alimentação. Se apresentar o justificativo em 75% paga o empréstimo à taxa de 0% até 72 prestações mensais. Se não apresentar o justificativo paga a taxa de redesconto praticado no BCV (neste momento 8,5%) em 72 prestações mensais.

Até 2012, o número total de beneficiários que usufruiu deste sistema foi de 466. Em 2012, somente 6 pessoas beneficiaram desse crédito, de valor total de 133.112.204 ECV. Destes, 84,2% financiaram tratamentos no exterior, 5,3% medicamentos, 2% consultas médicas e, o resto foi distribuído em serviços de natureza distinta.

**Tabela 10. Distribuição dos custos do Sistema de Assistência Médica do BCV**

<b>Descrição / Custos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Consultas	2.655.507	1,99
Comparticipação em medicamentos	7.063.259	5,31
Análises, exames e imagiologia	3.897.628	2,93
Evacuação no país	222.800	0,17
Outros serviços clínicos	6.734.481	5,06
Comparticipação p/ tratamento no exterior	112.058.529	84,18
Outros custos c/ assistência médica	480.000	0,36
<b>Total</b>	<b>133.112.204</b>	<b>100,0</b>

Fonte: BCV

Os dados anteriores podem ser considerados como uma oportunidade perdida do sistema de saúde de Cabo Verde dado que, fluxos de fundos como os do BCV, que deveriam ficar dentro do sistema de saúde, acabaram por sair para outros países. Situações como esta apoiam que, no futuro, os esforços deverão ser orientados para fortalecer a rede de serviços de saúde, mediante o incremento e a qualidade dos serviços disponíveis para a população.

### ***Companhias de seguro privadas***

Num sentido estrito não existem, em Cabo Verde, seguros privados de saúde. Não obstante, as duas companhias privadas (Ímpar e Garantia) mantêm seguros de risco laboral/ profissional que cobrem despesas de tipo medicamentoso, hospitalar ou de reabilitação, entre outros. Por exemplo, as

despesas de tipo medicamentoso somaram 72,2 milhões de ECV entre 2009 e 2011, tendo os utentes evacuados representado 72,8% das despesas totais.

**Tabela 11. Custos médicos das companhias de seguros privados, por destino das despesas (2009-2011)**

	Evacuados	Local	Total
<b>2009</b>	50.002.012	19.119.587	69.121.599
<b>2010</b>	61.406.141	18.530.242	79.936.383
<b>2011</b>	46.876.541	20.686.592	67.563.133

Fonte: Cálculos segundo dados de Ímpar e Garantia

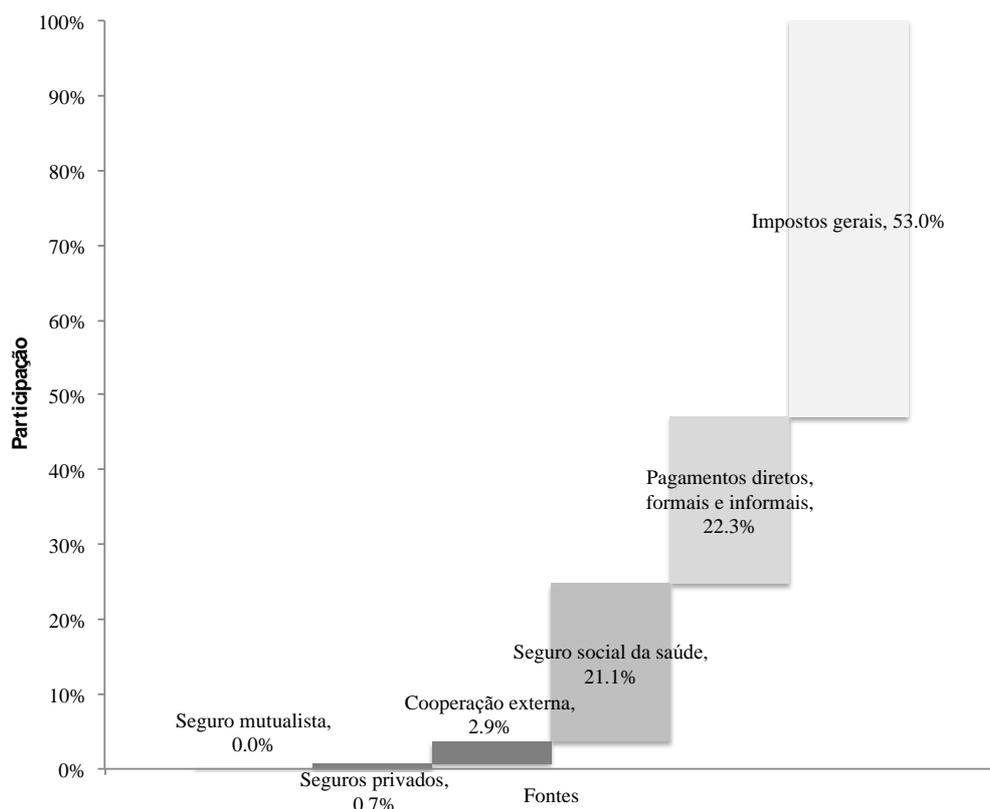
## Fontes de financiamento

Segundo os dados referidos no relatório do INE, o total de fundos alocados ao sector de saúde cabo-verdiano aumentou de 5.355,9 milhões ECV em 2008 para 5.782,6 milhões ECV em 2009, um crescimento de 8%, sendo que, em termos reais, o seu valor tenha sido de 7%. Como percentagem do PIB, os valores anteriores representaram 4,62% e 4,92%, respetivamente, enquanto em termos *per capita* o equivalente foi de 10.654 ECV e 11.186 ECV (5% de aumento).

Segundo as categorias de financiamento, 53% dos recursos para saúde provêm dos impostos, enquanto os pagamentos diretos compreendem pouco mais de 22%. Comparativamente, as despesas diretas dos utentes são baixas para o nível socioeconómico do país. Gottret e Schieber (2006) e a OMS (2007) referem que os pagamentos diretos representam mais de 55% do financiamento da saúde nos países de rendimento baixo e aproximadamente 45% nos países de rendimento médio. Daqui se conclui que, atualmente, o sistema cabo-verdiano fornece uma boa proteção financeira à população para o risco de despesas catastróficas.

O caso da segurança social merece uma análise particular. Hoje, as despesas do INPS representam 21,1% das despesas totais do sector da saúde. A importância do seguro social, porém, não deve olhar-se à luz da participação atual, mas do potencial que oferece ao financiamento sanitário. Como foi analisado anteriormente, a cobertura contributiva cresceu aceleradamente nos últimos 5 anos e isso permite que uma proporção cada vez maior da população cabo-verdiana possa aceder aos serviços de saúde, sem que isso represente uma carga financeira para o governo. Nesse sentido, o INPS aparece como a fonte financeira com maior potencial futuro para prover os fundos requeridos para a cobertura universal.

As limitações fiscais do governo central impõem uma restrição à ampliação do financiamento, mas o incremento dos pagamentos diretos não deveria ser considerada uma alternativa quando mais do 60% da população ainda não tem cobertura do seguro da saúde. Assim, a política de cobertura contributiva, especialmente para aqueles sectores económicos inicialmente excluídos do seguro social, parece ser a opção mais sólida para alargar o financiamento do sistema de saúde.

**Gráfico 39. Principais fontes de financiamento por origem dos fundos (2009)**

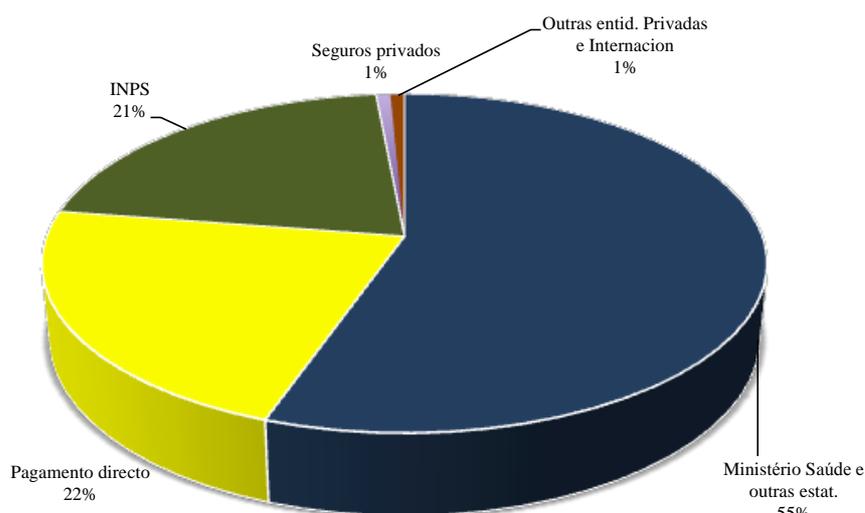
Fonte: Cálculos baseados no INE (2010)

### ***Mancomunação ou Pool de Risco***

Conforme comentado no capítulo inicial, num contexto de financiamento do sector saúde, a “mancomunação” refere-se à função onde os fundos angariados são transferidos para as organizações compradoras de serviços. Assim, o risco relacionado com as intervenções distintas de saúde é assumido por todos os integrantes do fundo e não pelas pessoas individualmente. Noutras palavras, o *pool* de risco relaciona-se com a transferência dos recursos às entidades compradoras de serviços.

Em termos gerais, o sistema de saúde cabo-verdiano é um sistema de pouca fragmentação. Dos fundos totais do sector, 55% são atribuídos a entidades governamentais, principalmente o Ministério da Saúde (53,4%). Das transferências que o Ministério das Finanças executa para o sector saúde, 97% estão orientadas para o Ministério da Saúde. O outro *pool* de risco importante é o INPS, entidade que administra 21% dos fundos. Portanto, 75% do financiamento da saúde em Cabo Verde é administrado por instituições de carácter público, principalmente por duas entidades, o Ministério da Saúde e o INPS. Os recursos adicionais, os pagamentos diretos (onde o *pool* de risco não existe), representam 22% adicional no destino dos dinheiros.

**Gráfico 40. Distribuição dos fundos da saúde por pool de risco**



Fonte: Cálculos baseados no INE (2010)

## Utilização dos recursos

Finalmente é importante lembrar que a análise económica não se limita, apenas, a estudar as tendências relacionadas com as fontes e distribuição dos fundos, mas também se interessa por conhecer se o uso dos recursos é eficaz. Nesse sentido, a presente seção descreve as características mais importantes do padrão de compras do sistema de saúde.

Segundo a estrutura do gráfico 41, 27% das despesas totais são destinadas à compra de medicamentos, uma percentagem muito elevada segundo as condições epidemiológicas e demográficas do país, onde a incidência de doenças crónicas é ainda moderada e a população idosa representa uma percentagem inferior a 10% dos residentes. Para países com sistema de seguro social mais avançado, as despesas medicamentosas representam entre 9% e 12% do orçamento total. Esta constatação evidencia o sinal de que o controlo das despesas em medicamentos é uma área onde as autoridades deverão ter maior atenção, para reduzir o gasto e libertar, assim, recursos que poderiam ser utilizados nas outras áreas clínicas.

O tema medicamentoso precisa de uma maior análise. Certamente o elevado custo dos medicamentos é a consequência e não o problema; portanto, são outros os fatores explicativos.

Por exemplo, muitos dos participantes no sector saúde assinalaram que o carácter de monopólio do mercado medicamentoso em Cabo Verde, onde apenas uma entidade (Empresa de Produtos Farmacêuticos - EMPROFAC) tem o poder para importar e distribuir os medicamentos por todo o país, conduz a comportamentos não eficazes, caracterizados pela venda de produtos com margens acima daquelas que existiriam se houvesse concorrência.

Num segundo ponto, não existe uma verdadeira avaliação do modelo de compras da EMPROFAC que demonstre que o processo de licitação seguido, seleciona as ofertas com melhor custo/ resultado para o país.

Num terceiro aspeto, as práticas clínicas tão pouco colaboram com a diminuição do desperdício de medicamentos. Por exemplo, o Ministério de Saúde preparou, distribuiu e preparou com os médicos uma série de protocolos clínicos, contudo, a prática corrente é a de que cada médico segue a sua própria opinião.

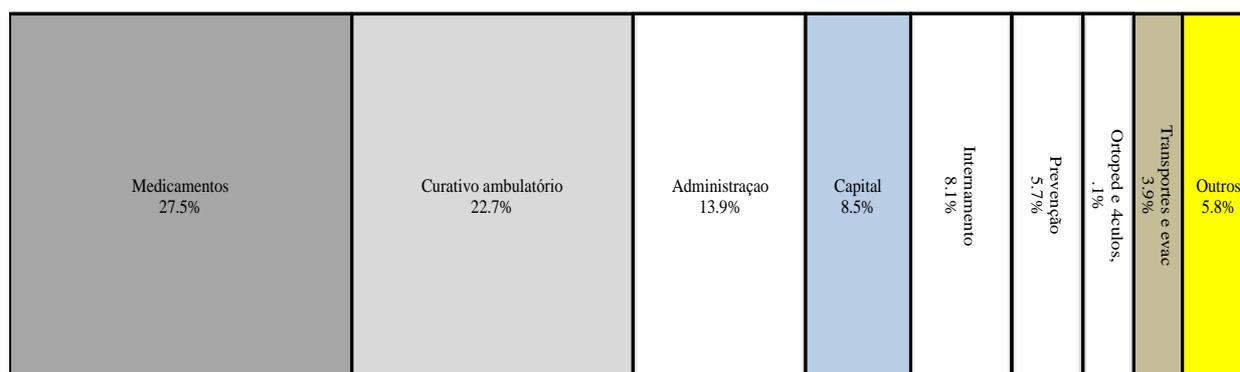
Finalmente, o tema geográfico também pode resultar a ampliar os preços para o sistema através de duas vias: os custos de transporte desde Praia até as outras ilhas e os custos de armazenamento.

Do resto das categorias, merece ser comentada a situação dos custos administrativos, que representam 14% das despesas totais, mas que na prática são maiores porque as Contas Nacionais não consideram as despesas administrativas do INPS. Para países de renda média, os custos administrativos representam 10 a 15% das despesas totais, donde se conclui que Cabo Verde se posiciona no estrato superior dos limites.

De forma semelhante, os dados sugerem a existência de desafios financeiros para o sistema, em dois aspetos seguintes:

- Aumento das despesas em prevenção até 10% das despesas totais
- Redução das despesas em transportes e evacuações

**Gráfico 41. Distribuição das despesas do sector saúde por funções e serviços prestados (2009)**



Fonte: Cálculos baseados no relatório do INE sobre Contas Nacionais de Saúde

A distribuição por tipo de entidade confirma a tendência comentada anteriormente, onde as farmácias privadas recebem aproximadamente 20% dos recursos totais do sector, seguidas pelos programas de saúde (17,1%) e pela administração de natureza pública (13,9%). Desta forma, 60% do gasto é feito por entidades públicas e 32% por entidades privadas. As despesas pagas por evacuações às empresas internacionais, totalizam aproximadamente 6% das despesas do sector.

No sector privado, as farmácias representam 63% e, os médicos e dentistas que trabalham nos gabinetes privados 24,3% do gasto sectorial nas despesas totais.

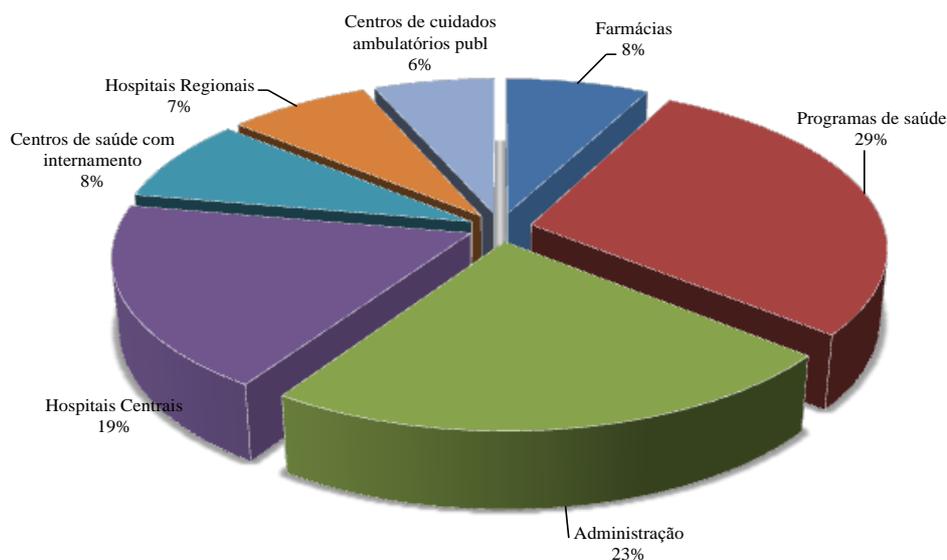
Dentro do sector público, a estrutura muda de forma significativa. Ao contrário do sector privado onde o domínio está nas mãos das farmácias, as farmácias do MS representam somente 7% das despesas públicas totais. A reduzida participação pode explicar-se pelo fato de que o INPS compra os medicamentos às farmácias privadas, isto é, não tem rede própria de estabelecimentos de venda de medicamentos, o que implica que parte das despesas seja das farmácias privadas.

Tabela 12. Repartição da despesa nacional de saúde por tipo de prestador (2009)

<b>Prestador</b>	<b>Participação</b>
<b>Públicas</b>	
Programas de saúde	17,1
Administração	13,9
Hospitais Centrais	11,1
Centros de saúde com internamento	5
Farmácias do MS	4,2
Hospitais Regionais	4,5
Centros de cuidados ambulatoriais públicos	3,8
<i>Total Público</i>	<i>59,6</i>
<b>Privadas</b>	
Farmácias	24,5
Gabinetes médicos Privados	4,8
Gabinetes Dentistas	3
Retalhistas e outros fornecedores de aparelhos	4
<i>Total Privado</i>	<i>32,1</i>
<b>Externos e outros</b>	
Resto do mundo	5,7
Outros	2,7
<i>Total Externo/Outros</i>	<i>8,4</i>
<b>Total Nacional</b>	<b>100</b>

Fonte: INE (2010)

Os programas de saúde e os custos administrativos públicos totalizam 52% das despesas públicas. A participação desta última categoria poderia ser maior se fossem contempladas as despesas administrativas do INPS, que não foram consideradas nas contas nacionais de saúde. Os elevados custos administrativos não são um sinal inequívoco de ineficácia do sector; é importante, e necessário, avaliar se o pessoal tem as competências requeridas para as funções que desempenha. Finalmente, os prestadores de natureza hospitalar ou que permitem internamento, totalizaram 34,4% das despesas públicas em 2009.

**Gráfico 42. Composição das despesas públicas por prestador de serviços**

Fonte: Cálculos baseados no INE

### Principais tendências financeiras dos MS, INPS e pagamentos diretos

A última seção analisa a estrutura das despesas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o INPS e os pagamentos diretos das famílias. De forma integrada, as três categorias institucionais representam mais de 97% das despesas totais do sector de saúde cabo-verdiano, tal como foi apresentado anteriormente.

#### *Ministério da Saúde*

As contas nacionais de saúde estimaram que em 2009 o MS registou despesas totais de 3.085,7 milhões de ECV. Segundo a sua participação por provedor, as despesas administrativas representaram cerca de 26% das despesas totais o que, comparado com o resto do sistema, parece elevado. A natureza do trabalho do Ministério poderia requerer estas despesas administrativas elevadas. Ainda assim, existem com certeza espaços de melhoria que permitam à entidade gerar poupanças resultantes de uma maior eficiência.

Por outro lado, a participação medicamentosa (13,4%) é comparativamente menor em outros países (10%). O resultado assinala que o aumento substancial das despesas de medicamentos provém do INPS e dos pagamentos diretos aos utentes.

A categoria que temos chamado, de “primeiro nível”, representa 7,2% das despesas totais do Ministério, percentagem maior que os investimentos realizados pelo sistema total, mas ainda abaixo dos 10% que tem sido definido como limite inferior. Dentro desta categoria, despesas como as relacionadas com a proteção materno-infantil e planeamento familiar são reduzidas e aparecem como áreas onde será necessário atribuir mais recursos no futuro. Segundo foi analisado no capítulo anterior, a cobertura dos serviços pré e pós natal, os cuidados com a criança e os serviços contraceptivos são lacunas a preencher com uma maior alocação de verbas para permitir ao Ministério aumentar o acesso de famílias cabo-verdianas.

**Tabela 13. Distribuição das despesas do Ministério da Saúde por serviço (2009)**

<b>Função</b>	<b>Participação</b>
Administração pública	26,0%
Cuidados curativos ambulatoriais	21,1%
Formação de capital	15,8%
Medicamentos prescritos	13,4%
Cuidados curativos em internamento	10,5%
Outros serviços de saúde pública	3,7%
Despesas de saúde não especificadas por categoria	3,6%
Prevenção de doenças não transmissíveis	2,8%
Análise médica para pacientes externos	1,2%
Prevenção das doenças transmissíveis	0,6%
Educação e formação do pessoal de saúde	0,6%
Aparelhos ortopédicos e outras próteses	0,2%
Transporte sanitário	0,2%
Proteção maternal infantil/ Planeamento Familiar	0,1%
Imagiologia	0,1%
Serviços de readaptação	0,02%
Outros produtos médicos não duráveis	0,01%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Cálculos baseados no relatório do INE

### ***Instituto Nacional de Previdência Social***

A estrutura de despesas do INPS difere de forma importante daquela descrita para o Ministério. Neste caso, as despesas medicamentosas representam a rubrica mais importante, com quase metade das despesas institucionais na área da saúde.

A tabela seguinte apresenta a informação da estrutura financeira do INPS onde, além dos medicamentos prescritos, aparecem os cuidados ambulatoriais e uma categoria “indefinida” de serviços que representam um adicional de 30%. Contudo, se a análise for feita por tipo de prestador e não por função, como indica a tabela, então aparece no cenário uma categoria nova: o resto do mundo. Efetivamente, segundo a classificação por prestador, enquanto as farmácias representam 46% das despesas do INPS, o Resto do Mundo (custos com doentes evacuados) representa 17%. Segundo o INE, a percentagem anterior representou 206,5 milhões de ECV para o 2009; no total, o Resto do Mundo absorveu 307,7 milhões de ECV do total do sistema de saúde cabo-verdiano (5,7% das despesas totais).

Por último, algumas das categorias de gasto onde o pacote de serviços difere de forma importante daquele fornecido pelo Ministério (óculos, produtos ópticos, aparelhos ortopédicos e próteses), totalizaram 8,2% dos custos do pacote de saúde do INPS; pelo contrário, a entidade não cita despesas nas categorias de centros de cuidados ambulatoriais públicos e, laboratórios de análise médica e diagnóstico.

Outra área onde o INPS poderia fortalecer os serviços de saúde é aquela relacionada com planeamento familiar e a saúde materno-infantil, dado que ambas são rubricas de excelente rácio custo/ efetividade, conforme tem sido internacionalmente demonstrado.

**Tabela 14. Distribuição das despesas do INPS por serviço (2009)**

<b>Funções</b>	<b>Participação</b>
Medicamentos prescritos	48,5%
Cuidados curativos ambulatoriais	19,1%
Despesas de saúde não especificadas por categoria	10,6%
Óculos e outros produtos ópticos	7,0%
Transporte sanitário	6,8%
Cuidados curativos em internamento	6,7%
Aparelhos ortopédicos e próteses	1,2%
Outros produtos médicos não duráveis	0,1%
Serviços de readaptação	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Cálculos baseados no relatório do INE

### ***Pagamentos diretos***

A última categoria, de importância para a análise individual do financiamento da saúde cabo-verdiana, é a relacionada com os pagamentos diretos (22% das despesas). Continuando a tendência anterior, os medicamentos (44,4%) e os cuidados ambulatoriais (30%) mantêm a maior participação individual na estrutura do gasto (75%).

Os dados apresentam uma situação de importância para a política de financiamento do sector da saúde de Cabo Verde: deveriam as entidades públicas (Ministério, outras instituições públicas, Câmaras, INPS) eliminar os co-pagamentos?

Por um lado está a questão da **equidade** dos dados que indicam que por cada escudo de despesas medicamentosas das entidades públicas anteriores, as famílias contribuem com 0,56 ECV. Por outro, temos a questão da sustentabilidade financeira: eliminando os co-pagamentos, as instituições terão de procurar fontes alternativas de financiamento para eliminar a diferença de contribuição. Estas medidas poderiam afetar as entidades públicas que cancelaram o co-pagamento, traduzindo-se num efeito líquido nulo, em termos de equidade financeira. O maior impacto seria para o INPS, com eventual afetação de algumas atividades do Ministério.

Usando a informação disponível, a eliminação dos co-pagamentos medicamentosos poderia ter efeitos nas finanças das duas principais instituições:

- Os pagamentos diretos realizados nas farmácias do Ministério de Saúde foram de 10.021.204 ECV, valor equivalente a 11% dos pagamentos ministeriais ao resto do mundo.
- Segundo a informação do INPS, para o ano de 2009 as despesas medicamentosas totalizaram 467.289.000 ECV. Como a taxa média de co-pagamento é de 25% do valor dos

medicamentos, os co-pagamentos das famílias são estimados em 155.763.000 ECV<sup>6</sup>. A eliminação dos copagamentos, portanto, equivaleria a 66% das despesas hospitalares do INPS, a 2.2 e 2.6 vezes as despesas de próteses e óculos respetivamente e a 118% o montante transferido ao Ministério da Saúde no ano de 2009.

Dentro da estrutura da tabela 7, os cálculos das Contas Nacionais de Saúde também indicam que as despesas de proteção materno infantil e planeamento familiar, prevenção das doenças não transmissíveis e prevenção das doenças transmissíveis, totalizaram 5,6 milhões de ECV, ou sejam, 0,41% dos pagamentos diretos.

**Tabela 15. Distribuição dos pagamentos diretos por serviço (2009)**

<b>Funções</b>	<b>Participação</b>
Medicamentos prescritos	44,4%
Cuidados curativos ambulatoriais	30,0%
Análise médica para pacientes externos	7,9%
Aparelhos ortopédicos e próteses	6,2%
Cuidados curativos em internamento	4,3%
Óculos e outros produtos ópticos	4,2%
Imagiologia	2,3%
Proteção maternal infantil/ Planeamento Familiar	0,4%
Outros produtos médicos não duráveis	0,3%
Prevenção das doenças não transmissíveis	0,0%
Prevenção das doenças transmissíveis	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Cálculos baseados no relatório do INE

<sup>6</sup>Se o INPS aporta 467.289.000 ECV, então as despesas medicamentosas totais pelos beneficiários da entidade são 623.052.000 ECV. A diferença entre os dois valores é o copagamento.

## Capítulo 5. Custo do Pacote de Serviços num contexto do Piso de Proteção Social

Como parte da estratégia do Piso de Proteção Social, as autoridades sanitárias precisam de definir, numa primeira instância, o alcance do pacote de benefícios e o custo que o pacote representaria a nível total e do governo. Nessa linha, o presente capítulo apresenta os resultados financeiros para alcançar uma estratégia de cobertura universal, dentro do enquadramento do Piso de Proteção Social. Para isso, o relatório desenvolveu um modelo baseado no uso *per capita* dos serviços, e no custo unitário dos principais componentes do pacote. O exercício estimou as despesas totais na saúde para o período 2012-2020, assim como uma série de cenários alternativos para conhecer como poderiam mudar as projeções no caso de variação de algum dos parâmetros.

### Considerações metodológicas: estratégia e fontes de dados

Para desenvolver o modelo de despesas foi preciso adotar uma série de considerações metodológicas relacionadas com o pacote de serviços, a evolução futura dos diferentes componentes do pacote e os custos unitários.

#### *Aspetos metodológicos sobre o pacote*

Conforme descrito nos outros capítulos, o pacote atual compreende um conjunto amplo de serviços clínicos e de suporte (diagnóstico) de provisão local e externa para aqueles casos onde a rede interna não tem capacidade de fornecer um serviço apropriado.

Para fins do presente relatório, o pacote considerado foi dividido nas seguintes categorias:

1. Materno-infantil
2. Serviços de vacinação e contraceptivos
3. Promoção e prevenção
4. Serviços de saúde pública
5. Serviços de consulta externa
6. Hospitalizações/internamentos
7. Urgências
8. Cirurgias
9. Evacuados externos
10. Evacuados internos
11. Medicamentos
12. Provas de laboratório
13. Imagiologia
14. Dentista
15. Outras despesas
16. Despesas administrativas
17. Despesas de capital

Usando dados do Ministério da Saúde e do Inquérito Demográfico de 2005, as considerações a seguir apresentadas foram consideradas para cada uma das categorias de análise previamente contempladas.

**Serviço materno-infantil**

O exercício assume que os serviços materno-infantil cobririam a totalidade da população alvo. Segundo o quadro seguinte, alguns serviços alcançam taxas superiores a 85% de cobertura, mas ainda existem casos como os partos assistidos por profissionais e a cobertura pós-natal onde a diferença é considerável. Para estimar o número de caso que seriam fornecidos na situação de cobertura universal, foi utilizada a seguinte metodologia:

1. Estimação da população alvo (crianças < 1 ano e mulheres grávidas) para o período 2010-2020;
2. Estimação do número de serviços no contexto atual;
3. Estimação do número de serviços adicionais requeridos para alcançar a cobertura universal - para esse efeito foi utilizada a fórmula “população alvo\*% sem cobertura” .

O resultado anterior calcula o total de serviços materno-infantil (2+3) e adicionais (3).

**Tabela 16. Taxas de cobertura dos serviços materno-infantis (2006-2010)**

Serviço	Cobertura média
Partos assistidos com profissionais	77,5%
Cobertura crianças <1 ano	85,5%
Cobertura pré-natal	86,1%
Cobertura pós-natal	45,2%

Fonte: Estimacões baseadas nos Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde

**Serviços de saúde pública**

Os serviços de vacinação, contraceptivos e de saúde pública (incluindo tratamento e programas de promoção e prevenção) também terão condições similares. Portanto num contexto de cobertura universal o exercício assume que todos os casos serão fornecidos pelo sistema - exemplos de cobertura recente para essas categorias podem ser vistos abaixo.

**Tabela 17. Taxas de cobertura dos serviços de saúde pública**

Serviço	Cobertura
Cobertura de crianças com IRA (<5 anos)	51,4%
Neonatos protegidos com vacina antitetânica	78,0%
Crianças com 100% das vacinas requeridas	95,8%
Crianças dos 0-59 meses que tiveram diarreia nas duas semanas anteriores ao inquérito e que foram tratadas com a sais de re-hidratação oral ou solução caseira recomendada	100%
Mães que recebem suplemento em vitamina A durante as 8 semanas após o parto	34%
Cobertura contraceptiva	20-75% (segundo tipo de serviço)

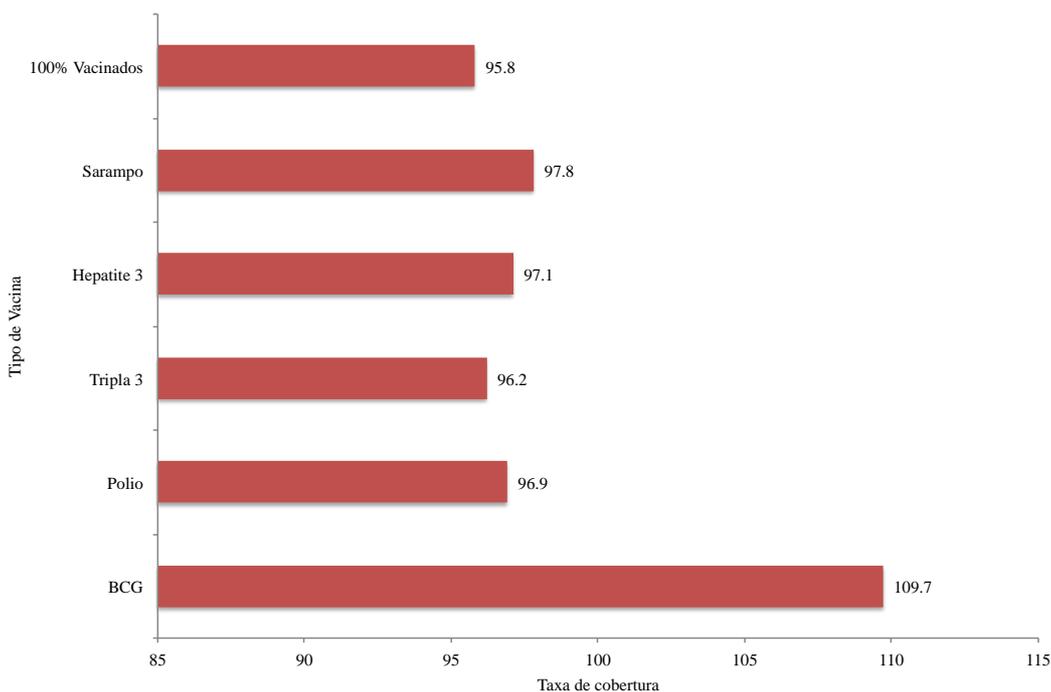
Fonte: Estimacões baseadas nos Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde, base de dados do Banco Mundial e o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva 2005

### Serviços de Vacinação

Tomou-se como base de comparação as taxas de cobertura de vacinação do ano 2010 apresentadas na figura a seguir. As estimações assumem que para o resto da década as taxas vão continuar iguais. A população não coberta corresponde, portanto, ao número de crianças menores de 1 ano que atualmente não recebe a vacina correspondente.

Por exemplo, para o ano 2012 o número de casos requeridos para completar a cobertura universal foi calculado como sendo de 3,1%\* em relação ao total de crianças menores que 1 ano. O mesmo procedimento foi utilizado para todos os anos e para todos os tipos de vacinas.

**Gráfico 43. Taxas de cobertura de vacinação (2010)**



Fonte: Ministério da Saúde (2011)

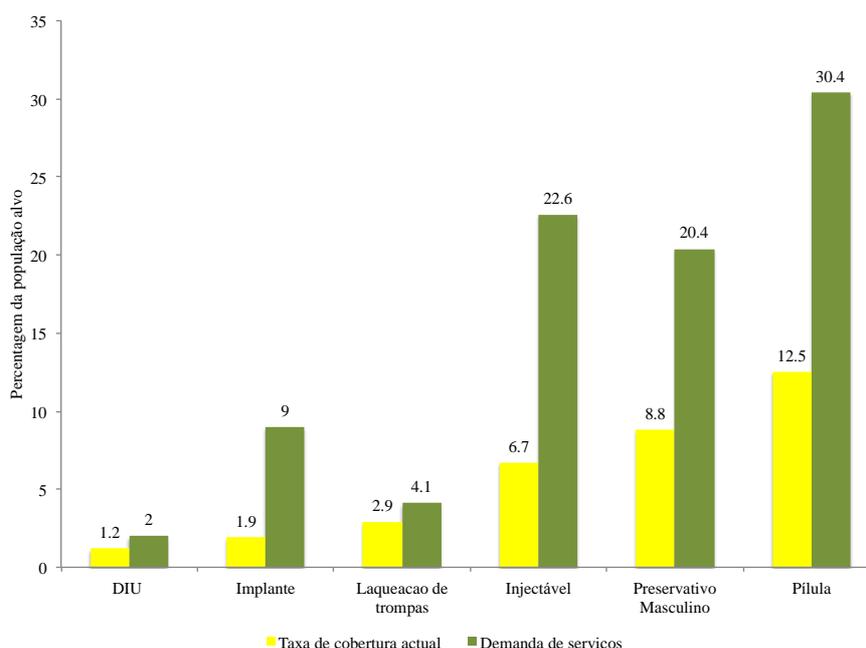
### Serviços contraceptivos

Uma metodologia semelhante à anterior foi utilizada para estimar a lacuna nos serviços contraceptivos. Usando a cobertura e a procura de serviços atuais conforme apresentado no Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva 2005 (ver Figura 2), o total de serviços contraceptivos sem cobertura foi estimado da seguinte forma:

1. Estimação total de mulheres que usam algum tipo de método contraceptivo segundo a taxa de cobertura atual;
2. Estimação total de mulheres que atualmente não usam qualquer contraceptivo (mulheres de 15 a 49 anos\* (1-43.9%));
3. Estimação do total de mulheres que, não usando método contraceptivo, desejam utilizar algum - a figura mostra a procura por tipo de método.

Os cálculos anteriores dão como resultado o total de serviços atualmente fornecidos (ponto 1) e o total de serviços fornecidos sobre a cobertura universal (pontos 1+3).

**Gráfico 44. Taxas de cobertura contraceptiva (2010)**



Fonte: Ministério da Saúde e Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (2005)

### *Serviços de saúde pública*

Foram considerados nesta categoria os seguintes serviços:

- Diarreia/disenteria
- SIDA e novos casos de VIH
- Tuberculose
- Paludismo
- IRA
- Síndrome gripal/gripe
- Pneumonia
- Lepra
- Outras doenças
- Meningites
- Hepatite
- Saúde mental

Cada um dos serviços anteriores foi transformado em termos populacionais para o período 2005-2010. A taxa média foi utilizada como referência para o resto do período de análise, mas os resultados refletem, apenas, a satisfação efetiva da procura pelos fornecedores de saúde; ainda faltaria estimar a procura não coberta. Baseado nos dados disponíveis sobre cobertura para algumas condições como IRA e suplementação com Vitamina A, o modelo estabeleceu que a taxa geral de cobertura é de 50%, isto é, atualmente somente metade dos casos estão a ser atendidos pelo sistema.

É importante fazer dois esclarecimentos. O primeiro é que, no caso da SIDA, os cálculos excluem as compras de medicamentos porque elas foram estimadas como parte da categoria respetiva. O

segundo esclarecimento refere-se às atividades de prevenção e promoção, as quais foram calculadas como um só bloco, cujo orçamento representaria 10% das despesas dedicadas às intervenções anteriores.

### ***Consulta externa, internamentos, urgências e cirurgias***

Para todas as categorias de serviços a seguir indicados, a metodologia de cálculo foi a mesma e consistiu nos seguintes passos:

1. Estimar a tendência experimentada por cada categoria no período 2005-2010. Como nem todos os serviços se comportaram de modo igual, foi preciso uma regra individual sobre a forma como a taxa de procura de cada categoria evoluiu no tempo. A regra mais usada foi estimar a mudança média da taxa nos últimos anos. Por exemplo, para o caso das cirurgias, a taxa cresceu 2,8 pontos por ano. Ao contrário, para a consulta externa, dado o seu comportamento prévio, a taxa manteve-se constante
2. Para internamentos foram estimadas duas taxas: uma para hospitais nacionais e outra para hospitais regionais. Enquanto para os primeiros a taxa apresenta uma tendência negativa, para os regionais a procura cresceu 30%.
3. Estimar o número de casos totais esperados para cada categoria.

O comportamento e resultados correspondentes podem ser vistos no arquivo de Excel anexo ao relatório.

### ***Medicamentos***

Os medicamentos são a rubrica orçamental mais importante na estrutura de custos de Cabo Verde, com mais de 25% dos fundos alocados e portanto a sua estimação é de muita importância para os fins do estudo de financiamento.

As projeções das despesas medicamentosas consideraram duas categorias. A primeira categoria projeta os custos assumindo um total de 2,5 receitas *per capita* por ano, dando como resultado um total de 1.252.170 de receitas no ano 2012. Esta taxa média é o resultado de combinar taxas de utilização medicamentosa de outros países como Costa Rica e Belize. A segunda categoria incorpora as despesas adicionais relacionadas com VIH-SIDA. Neste caso, o incremento dos custos relacionados pode provir de duas fontes. A primeira fonte é o crescimento do número de pacientes com a mesma condição, que já foi incorporado na primeira categoria de despesa. A segunda fonte relaciona-se com uma política de cobertura universal com anti-retrovirais. Sendo a taxa de cobertura de 18% para o ano 2010 (Comité de Coordenação do Combate à Sida, 2010), o modelo assume um aumento paulatino até alcançar 100% de cobertura para o ano de 2020. O somatório das duas categorias dá como resultado o montante final para os medicamentos.

### ***Serviços auxiliares: imagiologia e provas de laboratório***

Para estimar o uso dos serviços de radiologia e laboratório, o modelo fez uso de taxas de utilização internacional para países com um nível de despesas similar às cabo-verdianas. Neste caso, as taxas correspondentes foram estimadas em 2,73 provas de laboratório por pessoa, por ano e, em 0,41 imagens por pessoa.

### ***Evacuados***

Para estimar os custos por evacuação, o modelo utilizou os dados que constam nos Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde e estimou taxas para evacuações externas e internas de forma individual. Segundo o total de evacuações externas no período 2004-2010, por cada 100.000

peçoas, a taxa média anual de saídas foi estimada em 71 casos, enquanto para as evacuações internas a taxa respetiva foi de 156 casos.

### ***Serviços Dentários e Outras despesas***

A taxa de utilização dos serviços dentários foi definida em 0,114 visitas por pessoa por ano, tomando como referência o caso mexicano. A categoria denominada “Outras Despesas” compreende despesas com óculos, próteses, outros produtos afins e cuidados médicos, segundo as definições do INE no relatório de Contas Nacionais de Saúde. Para estimar as despesas totais, o modelo seguiu as tendências experimentadas por ambos grupos nas contas nacionais.

### ***Despesas administrativas e de capital***

As despesas administrativas e de capital foram estimadas como percentagem das despesas clínicas e de apoio descritas anteriormente. Para as despesas administrativas o valor definido foi 20% do somatório (incluindo despesas relacionadas com a formação do pessoal de saúde) enquanto, para as despesas de capital, a percentagem utilizada foi de 10%. Em ambos casos os valores selecionados foram definidos tomando como referência os valores nas Contas Nacionais de saúde.

### ***Aspetos metodológicos sobre os custos individuais***

A informação financeira disponível apresentou muitas limitações que dificultaram o uso de dados domésticos no modelo de custos. Para a utilização do modelo descrito neste capítulo, é necessário ter os custos unitários por atividade ou com o orçamento individual para cada uma das categorias estabelecidas no modelo financeiro, assim como o número de consultas, provas, medicamentos e qualquer outra atividade clínica ou auxiliar. Os custos individuais não estão disponíveis. Por outro lado o orçamento por categoria e a produção clínica nem sempre apresentam resultados ao mesmo tempo. Por exemplo, os relatórios do MS contêm dados da atividade hospitalar (internamento), mas a informação financeira não faz a separação para essa rubrica particular. Somente algumas categorias como as evacuações, custos de consultas médicas, serviços dentários e medicamentos foram estimadas utilizando dados locais. Portanto, para estimar os fluxos financeiros do pacote, o modelo fez uso de várias fontes externas de dados. As principais referências foram:

1. Projeto CHOICE da OMS que forneceu dados do custo cama-dia, o que permitiu estimar o custo por internamentos e cirurgias
2. Estudos sobre os custos individuais dos serviços clínicos e auxiliares de outros países: Belize (serviços materno-infantil, provas de laboratório e radiologia), Nepal (serviços de saúde pública), Vietnam (serviços saúde pública), Reino Unido (serviços saúde pública) e Itália (urgências). Cada valor foi ajustado em Termos de Paridade Aquisitiva segundo as condições que prevalecem entre Cabo Verde e cada país.
3. Custos unitários das vacinas e métodos contraceptivos, segundo informação disponível da OMS.

Os valores de fontes internacionais foram ajustados ao contexto cabo-verdiano utilizando diferenciais de *Paridade do Poder de Compra*<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Devido a que os bens e serviços são diferentes entre países, é preciso fazer um ajuste que permita comparar quanto é que a moeda de uma nação pode comprar em termos de outro país. O ajuste por PPC permite, para fins do presente relatório, conhecer qual é o valor equivalente do serviço X (tomado do país Y) em Cabo Verde. Portanto, o custo unitário foi multiplicado pelo coeficiente (PIB *per capita* Cabo Verde/PIB *per capita* país Y ambos expressos em termos PPC).

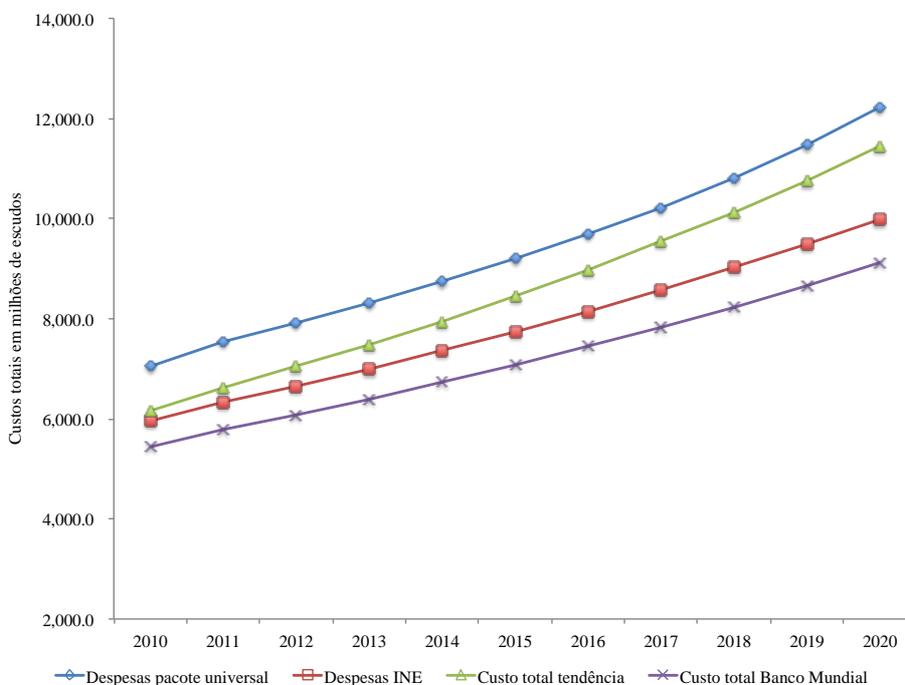
## Resultados

O custo total do pacote de serviços foi estimado em **8.311,6 milhões** de escudos cabo-verdianos (ECV) para o ano 2013, crescendo à taxa média de 5,7% por ano até alcançar um valor de **12.225,2 milhões ECV** em 2020 (gráfico abaixo). Estas projeções pressupõem uma cobertura total para os serviços de vacinação, contraceptivos e de saúde pública, assim como uma cobertura de 38% com anti-retrovirais para pessoas com VIH-SIDA, nesse período.

A lacuna de financiamento vai depender do parâmetro de referência utilizado na comparação. Para fins do presente relatório, duas possibilidades foram consideradas. Num **primeiro cenário**, o exercício pressupõe que as despesas totais do sector saúde, como percentagem do PIB, vão ficar iguais para o resto do período. Devido à existência de duas fontes de despesas, o INE e o Banco Mundial, foi necessário estimar individualmente o valor com dados de ambas instituições. Por outras palavras, para o período 2013-2020, as despesas totais foram consideradas como sendo iguais a 4,8% do PIB (valor INE) e a 4,4% do PIB (valor médio do Banco Mundial). Para o **segundo cenário**, o modelo pressupõe a continuação da tendência que experimentariam as despesas segundo os valores observados entre 2001 e 2009. No período assinalado, as despesas totais do sector cresceram de 4,5% a 4,9% do PIB, de forma que, para fins das projeções financeiras, o modelo assume que elas vão continuar a seguir a tendência de crescimento de 0,05 pontos por ano.

Assim, no cenário 1 utilizando os dados do INE, a diferença vai de 1.310,5 milhões de ECV no ano 2013 a 2.241,9 milhões em 2020. Quando o ponto de referência é a estimativa de despesas do Banco Mundial, as diferenças são de 1.923,1 e 3.115,5 milhões de ECV, respetivamente, sendo claramente a estimativa mais ampla dos cenários considerados. No caso do cenário tendencial, a lacuna foi estimada em cerca de 829,2 milhões em 2013 chegando aos 791,2 milhões de ECV em 2020.

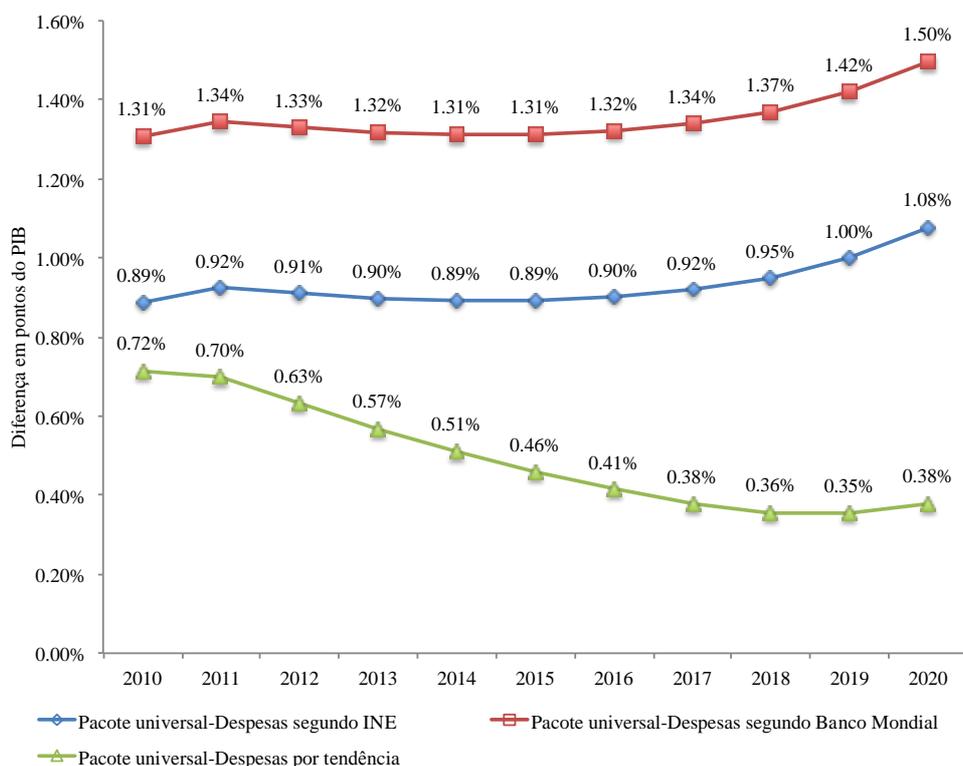
**Gráfico 45. Custos totais do pacote de serviços por cenário (2010-2020)**



Fonte: Estimacões do modelo financeiro

Em termos do PIB, as brechas financeiras entre o pacote com cobertura universal e os demais cenários são apresentados na figura a seguir. No cenário de maior diferença (situação Banco Mundial), a diferença média do período 2013-2020 foi calculada em 1,36 pontos do PIB, taxa muito maior que aquela estimada para o cenário INE (0,94 pontos) e para o cenário tendencial (0,43 pontos do PIB).

**Gráfico 46. Diferenças percentuais entre o pacote universal e os diferentes cenários (em pontos do PIB)**

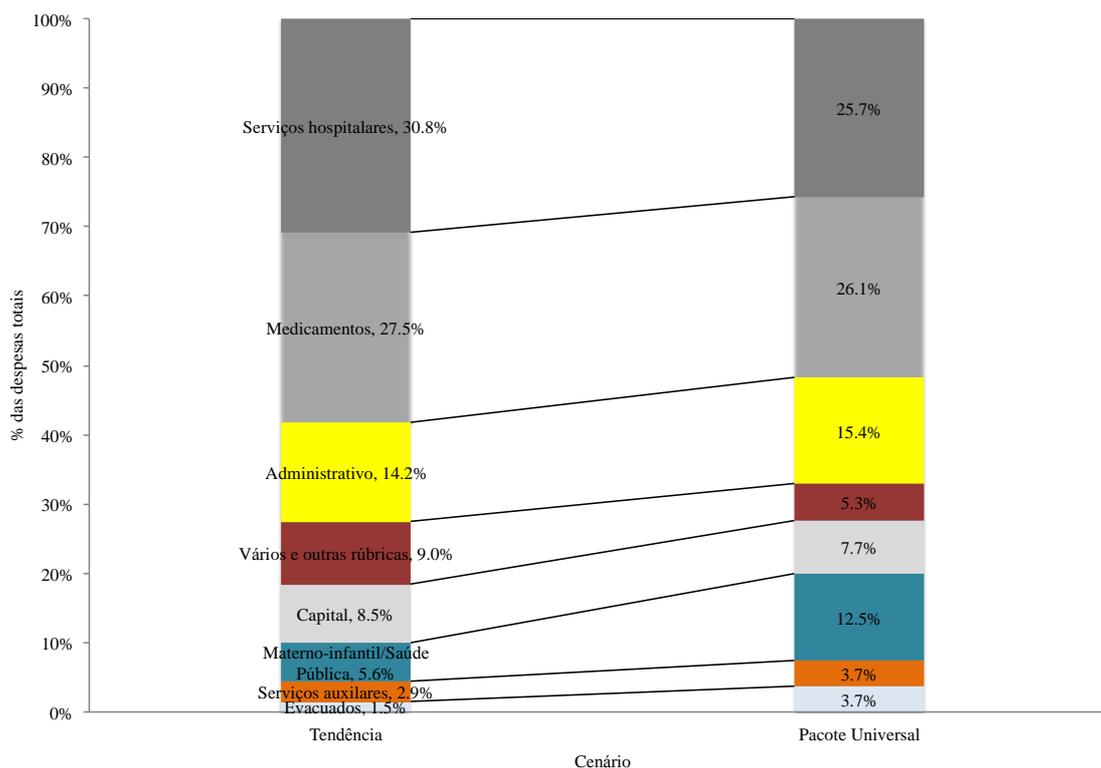


Fonte: Estimções do modelo financeiro

A estrutura das despesas também experimentaria mudanças importantes num contexto de cobertura universal. O gráfico seguinte contém os resultados de comparar a estrutura de custos no caso em que a tendência das despesas se mantem como até agora, com a estrutura sob cobertura universal para o ano 2020, período no qual a estratégia estaria totalmente implementada. As principais mudanças na estrutura das despesas seriam:

1. Os serviços hospitalares (internamento, cirurgias, consulta externa e urgências) decresceriam a sua participação de 31% para 26% dos custos totais;
2. As despesas alocadas para serviços materno-infantis, de saúde pública, vacinação e contraceptivos cresceriam 2,5 vezes (12,6%) em relação à sua participação atual (5,6%);
3. Serviços auxiliares, custos administrativos, despesas de capital e medicamentos ficariam com percentagens similares, no intervalo  $\pm 1,5$  pontos em relação à estrutura atual;
4. Os custos de evacuação representariam 3,7% das despesas totais, 2,4 vezes superior aos 1,5% atual.

Gráfico 47. Estrutura das despesas do sector saúde segundo cenário



Fonte: Estimacões do modelo financeiro

## Metodologia e cálculo das transferências do INPS ao MS

### Considerações iniciais

Uma das fontes de financiamento para o Ministério da Saúde corresponde às transferências que o INPS executa de forma mensal. Entre os anos 2005 e 2010, o INPS transferiu para o MS um total de 1.010,5 milhões de ECV. O montante anterior equivale a uma transferência média de 168,4 milhões de ECV por ano, montante que flutuou entre 111,9 milhões (2005) e 233,5 milhões (2010). Das transferências totais, 87,7% foram produto da “compensação” propriamente dita ao Ministério de Saúde, enquanto os restantes 12,3% se classificam como donativos de outra natureza, incluindo fundos para os hospitais.

O tema das transferências (é, em geral, da responsabilidade financeira do INPS com o Ministério) tem sido sujeito a importantes debates entre as duas entidades nos últimos anos. Para o MS, o INPS tem obrigação de contribuir financeiramente, dado que muitos dos beneficiários da segurança social cabo-verdiana acedem aos prestadores públicos administrados pelo MS. Esta responsabilidade como parceiro financeiro do Ministério tem sido reconhecida pelo INPS.

Contudo, existe ainda um conflito em relação à forma de estimar as transferências e o montante final que o Instituto deve transferir para o Ministério. Argumenta o INPS, seguindo o Artigo 53º do DL 5/2004 (atualizado pelo DL 50/2009), que a legislação atual é clara, definindo que a assistência médica, o internamento hospitalar e os meios auxiliares de diagnóstico devem ser assegurados pelo Estado através de serviços públicos de saúde acordados com a entidade gestora da proteção social obrigatória. Isso implica que o Ministério das Finanças tem a responsabilidade de alocar fundos suficientes para garantir a cobertura do pacote para a população toda. Por outras palavras, define o

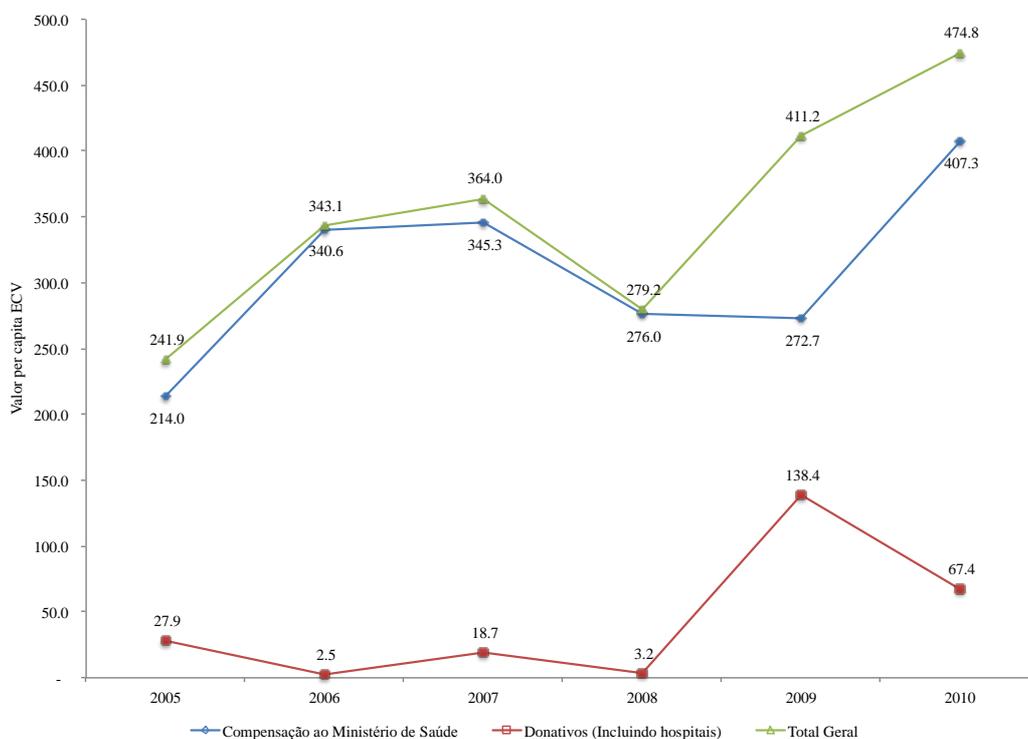
Instituto, não pode recair sobre o INPS a responsabilidade de financiar na sua totalidade os défices de fundos que experimenta o sistema de saúde cabo-verdiano. Além disso, os serviços fornecidos pela rede pública não representam os benefícios únicos que o INPS tem que pagar: estomatologia, medicamentos, fisioterapia e evacuações externas (serviços não proveitos) requerem recursos significativos do orçamento sanitário do Instituto.

Incrementar de forma significativa o montante das transferências, sem considerar outras possíveis fontes de financiamento, poderia atentar contra a sustentabilidade financeira da segurança social. Portanto, o INPS transfere os montantes que entende que pode compartilhar, tendo em conta o acordo com a lei vigente, de que deve compartilhar nos cuidados de saúde.

O tema relevante para o caso cabo-verdiano vai mais além do que uma discussão legal. O momento atual parece ótimo para discutir os aspetos filosóficos e conceptuais dum novo modelo de financiamento da saúde. As transferências do INPS, em particular, precisam de avaliar-se como parte duma redefinição do papel da solidariedade no sector e num contexto de sustentabilidade.

Além da discussão sobre papel do INPS, também existem aspetos de índole metodológico que precisam ser esclarecidos. O gráfico seguinte apresenta a evolução anual dos distintos tipos de transferências do INPS ao MS. As flutuações na compensação ao Ministério evidenciam a inexistência dum mecanismo formal que aloque os fundos seguindo uma metodologia clara para ambas partes. Além disso, o Ministério não mantém um sistema de registo que permita estimar o custo unitário dos serviços, situação que impede conhecer, de forma concreta, o valor das transferências que o INPS deveria realizar. Portanto, o sistema precisa da formulação dum conjunto de regras sobre quanto deve ser transferido e como deve ser atualizado o montante anual. Nesse contexto, este capítulo estima o montante anual que o INPS deverá entregar ao Ministério, e faz uma série de recomendações sobre a implementação da metodologia proposta.

**Gráfico 48. Transferências *per capita* ao Ministério da Saúde em termos *per capita* (2005-2010)**



Fonte: Cálculos baseados na base de dados do INPS

### Aspetos metodológicos

Para estimar o montante *per capita*, um primeiro passo consistiu na formulação das perguntas centrais, que foram:

1. Qual é o custo do pacote de serviços oferecido pelo Ministério da Saúde? Quanto é que ele representa em termos *per capita*?
2. Quanto do custo real é coberto pelo orçamento transferido pelo Ministério das Finanças (em termos *per capita*)?
3. Quanto representam os pagamentos das famílias no custo total do pacote Ministerial?
4. Quanto é a transferência *per capita* do INPS?
5. Quanto é o montante não coberto pelas fontes distintas?

As perguntas anteriores consolidam-se numa metodologia de 6 passos que incluem a definição das ideias de base, a recolha da informação necessária e a preparação dos cálculos que permitam conhecer três informações: quanto é o custo do pacote, quanto está sendo financiado atualmente e quanto deveria ser a compensação do INPS ao MS.

**Gráfico 49. Metodologia para cálculo da transferência do INPS ao MS**



As estimações foram desenvolvidas utilizando fontes distintas de informação. A primeira fonte foram as Contas Nacionais de Saúde as quais, para o ano de 2009, calcularam os custos dos serviços distintos fornecidos pelo Ministério. Para o ano de 2010 (ano de referência para fins do presente estudo), os valores foram atualizados utilizando a taxa de inflação correspondente. Alguns dos montantes registados nas Contas de Saúde foram posteriormente atualizados com base na disponibilidade de informação. Em particular, as execuções totais de *medicamentos* e as *transferências para evacuações* foram retiradas dos relatórios de Contas do Estado disponibilizadas no Ministério das Finanças, enquanto as *despesas de capital* foram provenientes da Direcção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão do Ministério da Saúde.

*É importante salientar que os montantes estimados neste capítulo assumem que a diferença entre o custo do pacote fornecido pelo MS e o orçamento alocado pelo MF ao MS será assumida pelas transferências do INPS. Esta situação, claro está, representa o caso máximo de transferências. No capítulo 6, o relatório vai apresentar como poderiam variar as transferências se fossem consideradas outras fontes de financiamento.*

### Resultados

A tabela 18 contém os custos do pacote de serviços fornecido pelo Ministério da Saúde à população cabo-verdiana. Como já foi comentado, os valores correspondem à atualização das estimativas formuladas nas Contas Nacionais da Saúde além da inclusão de dados específicos sobre execuções orçamentais nas rúbricas de medicamentos, evacuações e despesas de capital.

O valor total do pacote foi estimado em 3.270,9 milhões de ECV. Comparando com a estrutura das despesas apresentada anteriormente, a composição do pacote no ano de 2010 apresenta algumas

diferenças importantes. Primeiramente, as despesas com medicamentos representaram menos de 5% do custo total, quase uma quinta parte da percentagem a nível nacional. Segundo, as despesas administrativas e de capital representaram uma proporção muito alta dos custos totais. De forma conjunta, as duas rubricas somaram 52,2% das despesas, sendo a percentagem dos custos administrativos de 28%.

Finalmente, as despesas de evacuação foram maiores do que as medicamentosas, constituindo uma categoria que no ano 2010 totalizou os 137,1 milhões de ECV segundo os dados do Ministério das Finanças.

**Tabela 18. Valores estimados dos serviços do Ministério da Saúde (2010)**

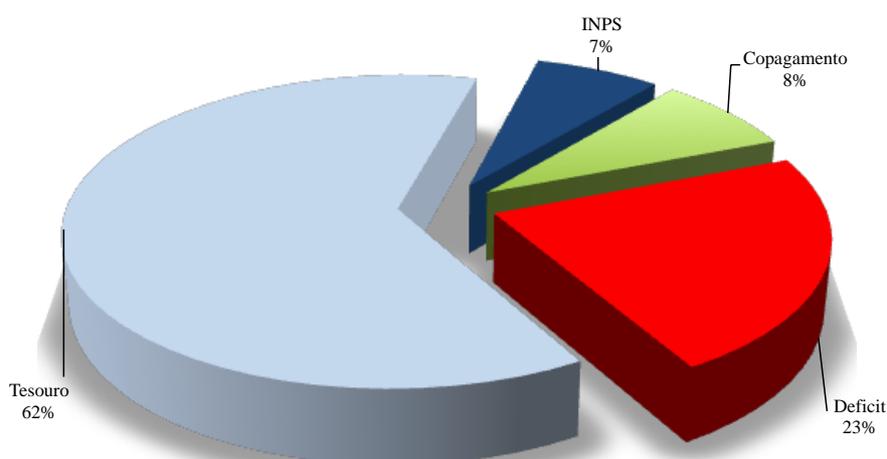
<b>Funções</b>	<b>Valor milhões ECV</b>
Internamento	331,7
Curativo-ambulatorio	664,4
Readaptação	0,6
Análise médica para pacientes externos	38,4
Imagiologia	1,8
Transporte de saúde	137,1
Medicamentos prescritos	134,2
Outros produtos não duráveis	0,3
Ortopédicos e próteses	5,8
Materno-infantil e planeamento familiar	3,9
Prevenção doenças não transmissíveis	88,5
Prevenção doenças transmissíveis	19,6
Outros serviços de saúde pública	117,8
Administrativos	915,6
Capital	792,8
Educação e formação	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>3.270,9</b>

Fonte: Estimacões baseadas nos dados do INE (2010), MS (2012) e MF (em linha)

A partir dos resultados anteriores, o passo seguinte consistiu em estimar o montante *per capita*. Tomando como referência a população do Censo 2010 (491.875 pessoas), o custo *per capita* do pacote é de **6.649,8 ECV**. Segundo a Figura 49, o Tesouro contribui com 4.189,5 ECV *per capita* (62% do custo total por pessoa) enquanto a compensação do INPS representou, para 2010, 7% (474,8 ECV<sup>8</sup>). Um aspeto relevante é a elevada percentagem de participação da categoria “défice” (23% do custo *per capita*), a qual representa aproximadamente um de cada quatro escudos do custo dos serviços. O termo défice relaciona-se aqui com o montante que não é coberto por nenhuma fonte e é acumulado sob a forma de dívida. Por outras palavras, o défice representa a não cobertura *per capita* (Passo 5 da metodologia).

<sup>8</sup>Para fins das estimacões, o modelo considerou tanto a compensação ao MS como os donativos que o INPS faz a distintas entidades do sector público.

Gráfico 50. Composição do financiamento do pacote de serviços do MS



Fonte: Estimções baseadas nos dados do INE (2010), MS (2012) e MF (em linha)

Para obter o montante adicional da compensação do INPS, o valor do “défice” por pessoa (1.448,0) foi multiplicado pelo número total de beneficiários que a entidade tinha no ano de 2010 (160.181 pessoas). Assim, o resultado indica que, para esse ano, o **valor adicional** que deveria ter sido transferido seria de 231.937.160 ECV que, mesmo que fosse somado à transferência efetivamente feita pelo INPS, totalizaria uma compensação total de 465.457.459 ECV.

É possível estimar os resultados anteriores usando, em lugar do orçamento do Ministério, a *execução orçamental real*. Para o ano de 2010, a execução orçamental foi de 91%. Isso implica que o valor *per capita* efetivo calculado pelo Tesouro baixou para 3.830 ECV, enquanto as outras duas fontes se mantêm iguais.

As consequências para a compensação do INPS são claras. Uma menor execução vai significar um aumento do déficit e, portanto, um incremento das transferências do INPS para o MS. Por exemplo, segundo a Tabela 19, se consideramos as compensações adicionais do INPS com execução parcial e aquelas com o orçamento, a diferença a mais do que deveria transferir a entidade seria de 57.576.883 ECV, em 2010. Por cada ponto percentual a menos de execução orçamental, a compensação do INPS ao MS aumenta em 6.397.432 ECV.

Tabela 19. Compensação adicional do INPS e o Tesouro segundo variável orçamental utilizada

Entidade	Estimação com execução parcial	Estimação com orçamento
INPS	289.514.044	231.937.160
Tesouro	599.509.749	480.282.707
<b>TOTAL</b>	<b>889.023.793</b>	<b>712.219.867</b>

Fonte: Cálculos do autor

### **Considerações especiais sobre metodologia e resultados**

Os resultados anteriores sobre as transferências do INPS ao MS precisam de ser analisados tomando em consideração uma série de aspetos que mostrem uma dimensão exata do que eles representam. Nesta secção descrevem-se os aspetos mais importantes a considerar.

Um primeiro aspeto refere-se à validade dos resultados. A metodologia proposta para estimar o montante das transferências do INPS ao MS tem de ser vista como uma situação de “segundo-melhor”, isto é, como uma ferramenta momentânea enquanto não existam as condições ótimas para fazer um cálculo mais exato. Propriamente, tais condições incluem a existência de um sistema de informação financeira e de monitoramento da atividade clínica que recolhe informação específica por rubrica. Isso vai implicar a implementação duma série de atividades quotidianas na estrutura do MS tais como:

1. Criar processos clínicos segundo protocolos para cada nível de atenção;
2. Identificar atividades representativas para cada grupo, que representem o valor médio dos custos. Por exemplo, para consulta externa existem pelo menos 43 categorias diferentes de serviços, de forma que é preciso indicar um tipo de consulta “modelo” que resuma os custos da categoria toda.
3. Recolher informação periódica, diretamente dos prestadores de saúde;
4. Definir uma metodologia de estimação de custos.

O segundo ponto importante está relacionado com os componentes incluídos no cálculo do valor *per capita* do pacote. O valor do défice estimado e, conseqüentemente, da compensação do INPS, corresponde ao ano de 2010. Para esse período, por exemplo, as despesas de capital totalizaram 792.804.515 ECV, aproximadamente 25% do orçamento total do Ministério. Tal montante poderia considerar-se atípico porquanto no longo prazo é possível que as despesas de capital não excedam 10% do orçamento. Mas também, se o sector saúde cabo-verdiano tem um desfasamento na qualidade da infra- estrutura, então as despesas de capital elevadas estão justificadas no curto prazo.

De forma similar, os custos administrativos representaram 28% das despesas totais do Ministério. É comum que entidades públicas como o Ministério da Saúde tenham uma percentagem elevada de despesas administrativas, principalmente aquelas relacionadas com o pagamento de salários. Se os 28% anteriores são altos ou baixos vai depender das funções atribuídas legalmente ao Ministério, e da racionalidade de como o orçamento está a ser distribuído nas distintas rúbricas administrativas. Este tipo de análise precisa de um estudo específico que valere, em primeiro lugar, as funções do Ministério e os requerimentos de recursos para desenvolver tais atividades com qualidade, e transformar os requerimentos em termos financeiros. Em segundo lugar é igualmente importante pormenorizar se os custos de rubricas específicas (rubrica de fornecimentos e serviços, por exemplo) são razoáveis. No prazo imediato, as duas partes deveriam negociar num intervalo que poderia andar entre 15% e 28% das despesas totais do pacote.

Duas categorias adicionais são também relevantes a analisar: *medicamentos* e *despesas por evacuações*. Dado que o INPS já tem despesas associadas que cobrem os beneficiários da segurança social, parece razoável negociar a forma como vão ser incorporadas dentro da estrutura de custos do modelo.

Para identificar o impacto das mudanças anteriores no défice *per capita* e no montante de transferências do INPS, o exercício estimou novos valores em quatro diferentes cenários, conforme é apresentado na tabela seguinte. Os quatro cenários foram formulados na seguinte forma:

- **Cenário 1:** O montante considerado para evacuações é eliminado do cálculo do custo total do pacote.
- **Cenário 2:** O montante considerado para medicamentos é eliminado do cálculo do custo total do pacote.
- **Cenário 3:** O custo total do pacote é estimado assumindo que as despesas administrativas representam 15% das despesas totais.
- **Cenário 4:** O custo total do pacote é estimado assumindo que as despesas de capital representam 10% das despesas totais.

Cada cenário deve ser analisado independentemente. Segundo a tabela 20, a terceira coluna representa o novo déficit por pessoa, o qual deverá ser comparado com o cenário base (primeira linha). Por exemplo, se a rubrica “evacuações” é totalmente eliminada do cálculo, o novo déficit *per capita* baixaria aos 1.169,3 ECV e o montante adicional transferido no ano 2010 seria de 187,3 milhões de ECV. É importante considerar que igualmente os cenários poderiam experimentar mudanças segundo os termos da negociação.

Para o caso das despesas administrativas e de capital, os cenários têm que ser lidos de forma diferente. As percentagens respetivas (15% e 10% das despesas totais) implicam que o INPS vai reconhecer, como parte do cálculo do custo, essas percentagens. Se na estrutura de custos do Ministério os valores são maiores, a diferença deverá ser coberta pelo Ministério.

**Tabela 20. Cenários alternativos para o cálculo do déficit *per capita* e transferências**

Aspecto	Critério	Deficit per capita	Transferência adicional (ECV)
<b>Cenário base</b>		<b>1.448,0</b>	<b>231.937.160</b>
<b>Evacuações</b>	Eliminar do cálculo do pacote	1.169,3	187.294.246
<b>Medicamentos</b>	Eliminar do cálculo do pacote	1.175,2	188.246.152
<b>Despesas administrativas</b>	15% das despesas totais	431,6	69.136.362
<b>Despesas de capital</b>	10% das despesas totais	396,2	63.466.761

Fonte: Estimacões do autor

Finalmente é importante lembrar que os cálculos considerados assumem que o déficit vai ser totalmente coberto com as transferências do INPS. No capítulo 6 o relatório apresentará as possíveis variantes no montante das transferências se o déficit for coberto por transferências do Instituto e alguma outra fonte de financiamento.

### **Considerações finais**

Os resultados apresentados anteriormente precisam ser considerados com cautela. Certamente a posição do presente relatório é confirmar que o INPS é um parceiro importante no sistema de financiamento cabo-verdiano. O seu papel precisa de ser definido de forma mais explícita, mas não pode ser negado que no sistema de saúde visto de uma forma integral, o INPS é chamado a ser o principal financiador da saúde no futuro. Na agenda de discussão parece relevante analisar o tema da solidariedade, que tem influência nos cálculos financeiros (i.e. incluir ou não incluir medicamentos que financiem acesso para outros?).

Como anteriormente foi dito, a carência de dados específicos faz com que os cálculos desenvolvidos sejam tomados como um “*segundo melhor*”. Também é importante considerar que os resultados são um ponto de partida sendo que a decisão final vai depender de muitos fatores como os referidos a seguir:

1. Habilidade negociadora do MS e do INPS;
2. Pacote de serviços que, efetivamente, os beneficiários do INPS recebam. Por exemplo, custos medicamentosos não poderiam ser incluídos no cálculo da transferência. Outras rubricas a considerar incluem as evacuações e a estomatologia.
3. Situação financeira atual e futura do INPS.  
De acordo com o último estudo de análise de riscos e expectativas, o sistema de pensões contributivas terá défices correntes nos anos de 2020 a 2024, o que obrigará o INPS a recorrer as reservas.
4. Perfil dos beneficiários cobertos pela Proteção Social Obrigatória e grau de utilização dos serviços.
5. Disponibilidade, no futuro, de dados financeiros atualizados.
6. Compromisso das partes para analisar aquelas categorias de despesa com participações mais elevadas. Por exemplo, no caso do Ministério da Saúde, o compromisso poderia ser o da análise das despesas administrativas e hospitalares, em busca de uma maior eficácia do sector. No caso do INPS, é preciso analisar as compras medicamentosas, que representam uma percentagem muito acima do nível de sustentabilidade que todo seguro precisar de ter.

## Capítulo 6. Opções de financiamento para o piso de proteção social

O capítulo 6 trata de opções de financiamento que permitam a Cabo Verde “fechar” a lacuna do financiamento, num contexto de cobertura universal conforme estimado no capítulo anterior.

Num contexto do Piso de Proteção Social, a definição do pacote de serviços e a correspondente estratégia de incremento da cobertura, são elementos fundamentais para promover a equidade do acesso aos serviços de saúde. Porém, se os elementos anteriores não estão acompanhados pela identificação e criação do espaço fiscal apropriado, a estratégia é debilmente sustentável. Se o governo cria a despesa (novos serviços, maior cobertura, etc.), mas não define as fontes de financiamento correspondentes, no curto prazo as dificuldades para cumprir os objetivos serão maiores e, a qualidade dos serviços clínicos paulatinamente sentirá uma deterioração. Em palavras da OIT (2011:73), “[...] *é necessário, portanto, analisar com maior rigor a questão de como disponibilizar espaço fiscal suficiente para programas nacionais e garantir financiamento previsível e sustentável a longo prazo, de prestações e serviços adequados*”.

### Análise de fontes

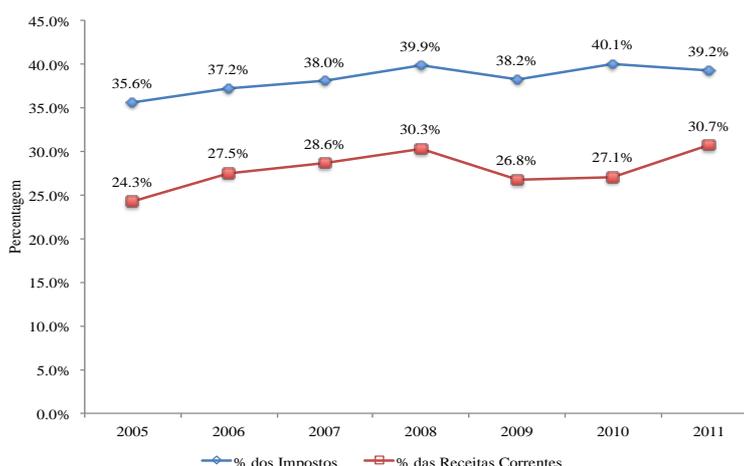
O exercício utiliza informação de 10 fontes de financiamento distintas, incluindo tanto opções tributárias, como outras relacionadas com a segurança social, ou algumas a virem de esquemas alternativos (seguros mutualistas).

#### *Incremento do Imposto sobre o Valor Acrescentado*

A primeira opção compreende um incremento do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), uma das fontes mais comuns, particularmente nos países onde a participação via impostos é ainda muito relevante.

Em Cabo Verde, a taxa atual do IVA é de 15% sendo a sua participação equivalente a 38,3% dos impostos totais e 27,9% das receitas correntes totais do Governo Central entre 2005 e 2011. Segundo dados do Ministério das Finanças, cada ponto percentual do IVA representou um total de 773.547.843 ECV durante o ano 2011. Durante o período 2007-2011, a taxa de crescimento nominal foi de 7,4% ao ano, sendo este o valor utilizado para fazer as projeções para o período 2012-2020.

Gráfico 51. IVA como percentagem dos impostos totais e receitas correntes



Fonte: Estimacões baseadas nos dados do MF

Os resultados de aumentar o IVA a taxas distintas são apresentados na tabela seguinte com a respetiva percentagem de cobertura do diferencial financeiro. Os montantes preliminares foram ajustados por um “coeficiente de evasão” de 85%, considerando que 15% dos fundos projetados não serão angariados pelo Ministério das Finanças.

Considerando o “cenário INE” descrito no capítulo anterior, se o IVA aumenta 0,5 pontos, os novos fundos angariados poderiam aumentar de 446,1 até 735,3 milhões de ECV, o que representaria uma cobertura média de 35% do diferencial financeiro. Se, pelo contrário, o “cenário com tendência” for considerado, então os novos fundos representariam 69,6% dos requerimentos para atingir a cobertura universal. Mas, é importante esclarecer que o crescimento tendencial, mesmo que não considere a cobertura universal, vai implicar numa maior necessidade de fundos para o Ministério das Finanças. Por isso, para fins da análise dos resultados, a melhor opção é considerar o cenário INE. Portanto, se a estratégia de financiamento considerasse somente uma fonte de recursos, no caso, IVA, seria preciso aumentar a taxa em 1,5 pontos percentuais para angariar os recursos do crescimento tendencial e aqueles para a cobertura universal.

**Tabela 21. Fundos angariados e cobertura do diferencial segundo diferentes aumentos do IVA (2013-2020)**

Aumento do IVA (pp)	Fundos angariados (ECV)		Cobertura média*
	2013	2020	
0.5	446.134.436	735.352.741	35,0-79,6
1.0	892.268.871	1.470.705.483	70,1-159,2
1.5	1.338.403.307	2.206.058.224	105,1-238,8

\* O primeiro número corresponde à taxa de cobertura do diferencial para o Cenário 1 (INE) enquanto o segundo valor corresponde ao cenário com crescimento tendencial.

Fonte: Cálculos do autor

O principal obstáculo para a implementação desta opção é de índole política mais que de natureza técnica. O aumento do IVA é, habitualmente, uma das opções mais importantes para elevar substancialmente os recursos para o sector da saúde. Acresce, que os custos administrativos

associados à implantação do IVA serão baixos considerando que já existe um aparelho institucional encarregado da angariação de fundos. Contudo, existem alguns fatores que poderiam dificultar a sua implementação. O primeiro é a oposição política, que usualmente acompanha este tipo de medidas (aumento de impostos). O segundo fator relaciona-se com a possibilidade de que o IVA tenha um efeito regressivo, isto é, que afete as famílias pobres ainda mais do que aquelas não pobres. Nesse sentido, seriam os próprios beneficiários que financiariam a sua cobertura universal.

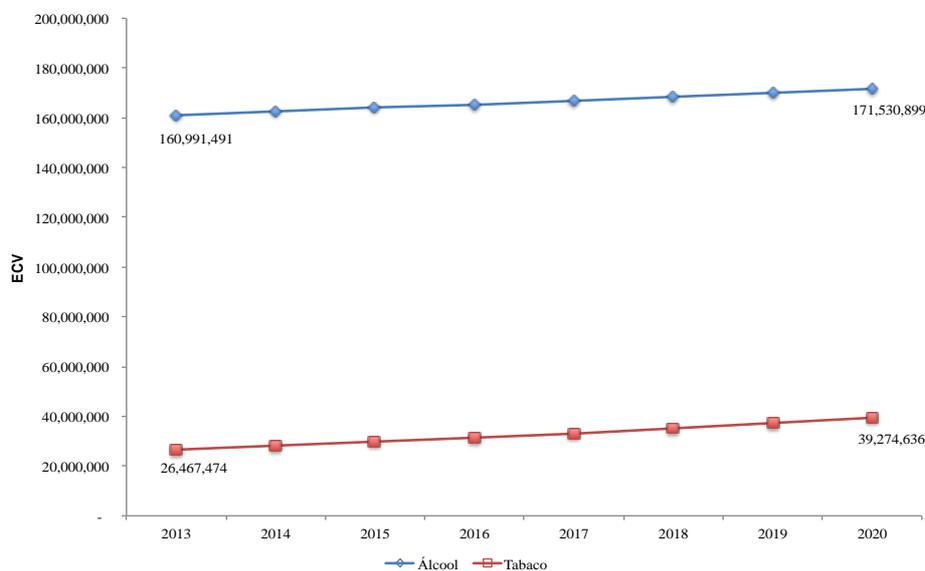
### **Impostos “ao pecado” (ao álcool e ao tabaco)**

Duas opções de impostos “ao pecado” foram consideradas: o álcool e o tabaco. Simultaneamente existem duas possibilidades de aplicar o imposto: diretamente ao consumo ou aquando das importações do bem. Neste caso, o exercício aplicou a taxa sobre as importações de tabaco e a outra ao consumo do álcool, baseando-se na informação disponível.

A OMS estima que o consumo médio de álcool em Cabo Verde é de 4,96 litros por pessoa por ano. O custo por litro foi definido em 7,5 euros, aproximadamente 826 ECV. Para o tabaco, o exercício utilizou as importações anuais, que representaram 315.268.000 ECV no ano de 2011. Entre 2008 e 2011, as importações de tabaco cresceram 5,8% por ano. Para estimar os fundos possíveis de angariar foi considerada uma taxa de 7,5% sobre o consumo de álcool e sobre as importações de tabaco.

Os resultados projetam um total de fundos que crescem de 187.458.964 ECV em 2013 até 210.805.535 ECV para o ano de 2020, sendo que 83,7% destes fundos são contribuição do imposto ao álcool.

**Gráfico 52. Fundos projetados para impostos sobre o álcool e o tabaco (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

Em termos da cobertura do diferencial financeiro, a cobertura média dos impostos do pecado é calculada em 12,2% dos requerimentos financeiros do período (cenário INE). Se a taxa fosse estabelecida a 5% do consumo de álcool e importações do tabaco, então os impostos representariam 8,2% do diferencial.

**Tabela 22. Cobertura do diferencial segundo diferentes taxas aplicadas ao álcool e ao tabaco (2013-2020)**

<b>Taxa aplicada</b>	<b>Cobertura média do gap no período (%)</b>
<b>5,0</b>	8,2
<b>7,5</b>	12,2
<b>10,0</b>	16,4

Fonte: Cálculos do autor

Considerando as despesas totais, os fundos angariados pelos impostos do pecado parecem cobrir somente uma pequena percentagem das necessidades. Mas a natureza dos impostos do pecado é distinta: geralmente os fundos angariados são aplicados em atividades de promoção e prevenção. Nesse sentido, tomando como referência as despesas projetadas para essa categoria, a cobertura dos fundos angariados pelos impostos do pecado equivalem a 52% das necessidades no período 2013-2020.

O estabelecimento deste tipo de impostos tem a vantagem de estarem identificados para serem utilizados para cobrir atividades no sector da saúde. Esta situação é ao mesmo tempo um problema, porque muitas vezes existe oposição do Tesouro em contar com recursos que têm um destino específico: há uma preferência maior pelos fundos que podem ser utilizados com maiores graus de liberdade.

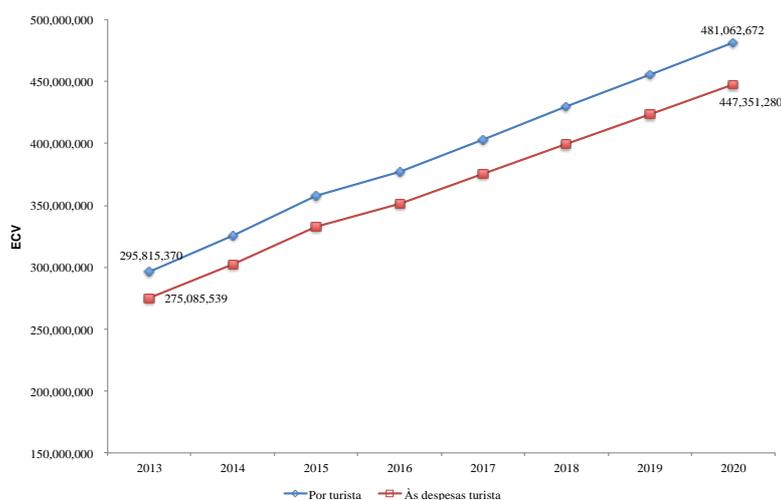
Os impostos do pecado do têm também duas vantagens adicionais. Primeiro, não experimentam a oposição política severa que normalmente existe contra aumentos dos impostos sobre vendas ou rendimentos. Segundo, os custos administrativos são menores que outros tipos de impostos, especialmente quando os recursos são angariados na fonte direta (i.e. na fronteira).

### ***Taxa especial ao turismo***

O sector turístico é um dos motores mais importantes da economia cabo-verdiana. Entre 1995 e 2010, o número total de turistas que chegaram ao país aumentou 14,4 vezes, passando de 28.000 para 403.000 pessoas. A taxa média anual de crescimento do número de turistas foi de 11,6% entre 2005 e 2010. Em termos financeiros, a despesa média por turista no país foi de 102.478 ECV (aproximadamente 930,8 euros) por estadia, segundo dados do Banco Mundial (2005-2010).

Como nova fonte de financiamento, o relatório define o estabelecimento duma taxa aplicada ao sector do turismo. Existem pelo menos duas possibilidades para a sua implementação. A primeira consiste na aplicação dum valor fixo para cada turista que ingresse no país. Para fins do caso presente, o valor foi estabelecido em 550 ECV (5 euros). A segunda alternativa é definir uma taxa percentual especial às despesas dos turistas, naqueles lugares que podem ser classificados como “turísticos” (hotéis, agências de viagens, etc.). A taxa corresponde a 1% das despesas totais. O número previsto de turistas para os anos seguintes provém do cenário médio calculado pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento do Turismo em Cabo Verde 2010-2013.

Os recursos estimados para cada uma das fontes foram semelhantes, sendo o montante angariado de valor fixo, 7,5% sobre a taxa das despesas. Para o primeiro caso, os fundos adicionais passariam de 295,8 milhões até 481,1 milhões de ECV entre 2013 e 2020. Para a segunda alternativa, os mesmos iriam ser de 275,1 milhões a 447,3 milhões ECV.

**Gráfico 53. Fundos angariados para os cenários relacionados com o sector do turismo**

Fonte: Cálculos do autor

Nos cenários base, a cobertura do diferencial alcança 23,6% para a alternativa do valor fixo e 22% para a taxa das despesas. Como resultado dos valores atrás referidos, para as duas opções a cobertura média do período ultrapassaria os 40% dos fundos requeridos se a decisão final duplicasse, o montante fixo ou a taxa nas despesas.

**Tabela 23. Cobertura do diferencial por alternativa de financiamento (entre 2013 e 2020)**

Alternativa	Cobertura do gap (%)
<b>Soma fixa a turista (ECV)</b>	
<i>Soma=550</i>	23,6
<i>Soma= 1.110</i>	47,2
<b>Taxa às despesas (%)</b>	
<i>Taxa= 1</i>	22,0
<i>Taxa=2</i>	44,0

Fonte: Cálculos do autor

Os dados anteriores confirmam o facto de que novos fundos do sector turístico poderiam ajudar consideravelmente para fechar o diferencial financeiro e, além disso, a coleta dos recursos é particularmente fácil para a opção 1 (nos pontos de ingresso no país). Contudo, algumas razões poderiam reduzir a viabilidade técnica e política dos recursos originários do turismo. Primeiramente, em qualquer caso, os turistas visualizam as taxas como um imposto e isso poderia trazer consequências negativas ao crescimento observado nos últimos anos. Também, a medida poderia ir contra as orientações estabelecidas no Plano Estratégico para o Desenvolvimento do Turismo em Cabo Verde 2010-2013 e, algumas outras estratégias do governo que têm como objetivo o crescimento do turismo como impulsionador da economia.

Existem outras razões que debilitam os fluxos turísticos como fonte de financiamento. Um deles relaciona-se com a instabilidade potencial dos recursos. Dado que as receitas do turismo estão relacionadas com a evolução da economia mundial, durante as épocas de crise (como a atual) o

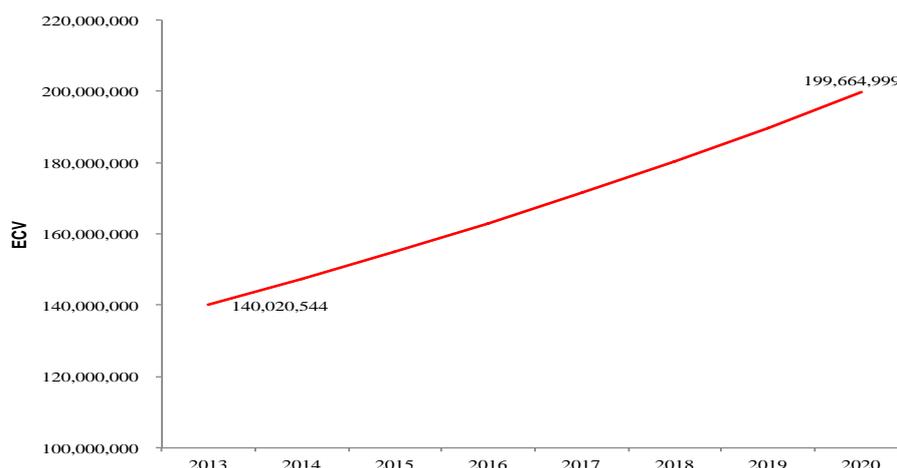
número de turistas cai e, portanto, as receitas também diminuem. E, nesta área, a recuperação, tende a ser lenta.

### **Taxa especial às remessas**

As remessas dos emigrantes também representam uma percentagem importante do PIB de Cabo Verde, como foi explicado no capítulo 2 do presente relatório. Para o período 2000-2010, as remessas equivaleram a 12,1% do PIB, enquanto para os anos 2006-2010 o seu valor médio caiu para os 9,6%. Com base neste valor, em o 2013 o país poderia esperar um total de 14.002 milhões de ECV, assumindo a manutenção do coeficiente de 9,6% do PIB.

O exercício considerou a aplicação duma taxa de 1% às remessas que ingressem no país. Os resultados em termos de geração de novos fundos aparecem na figura a seguir. Para o ano de 2013, a taxa aplicada às remessas angariaria um total de 140 milhões de ECV para o sector da saúde, enquanto para o ano 2020 o total de novos fundos representaria 199,7 milhões de ECV. A cobertura para o mesmo período alcançaria os 10,2% da lacuna, o que permitiria concluir que cada ponto percentual aplicado às remessas geraria 10% dos recursos necessários para fechar o diferencial.

**Gráfico 54. Novos fundos esperados do imposto às remessas (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

A taxa a aplicar às remessas é, por razões múltiplas, uma opção atrativa para financiar o sector da saúde. Primeiro, porque se tratam de taxas relativamente pequenas (1-2%) poderiam representar uma contribuição importante para os fundos necessários. Segundo, a administração do imposto é comparativamente fácil porque os fundos são coletados pelas organizações financeiras. Terceiro, existe o argumento de que, se as remessas financiam os serviços de saúde com cobertura universal, então esses serviços teriam uma maior cobertura para as suas despesas, ou seja, as despesas diretas que essas mesmas famílias regularmente fazem, passariam a estar cobertas pelo sistema público, o que, mediante o mecanismo da solidariedade, implicaria uma menor despesa nesses serviços. Também aqui, existem alguns riscos. Tal como os fluxos de turismo, as remessas dependem das condições económicas internacionais e, portanto, tenderão a ser cada vez mais instáveis. Em seguida, é necessário salientar que as remessas têm vindo a desacelerar no longo prazo, veja-se, enquanto para o período 1990-1992 as remessas representaram 20% do PIB, para o período compreendido entre 2008 e 2010, essa percentagem baixou para 9%.

Finalmente, neste contexto, o problema da progressividade torna-se igualmente importante. Segundo o INE (2003), 16,6% do total das remessas chegam as mãos das famílias pobres ou em pobreza extrema representando, respetivamente, 5,6% e 7,3% do seu rendimento. Portanto, um imposto indiscriminado sobre as remessas afetará as pessoas com menores recursos. Mas, se a medida for de forma tal que somente os “não pobres” paguem a taxa, então aparecem dois problemas. O primeiro é o aumento dos custos administrativos, dado que a divisão de grupos obriga ao estabelecimento de mecanismos de controlo. O segundo problema é, claramente, uma redução dos fundos estimados anteriormente. Proporcionalmente, esta redução equivale a aproximadamente 17% dos recursos esperados para a taxa sobre as remessas.

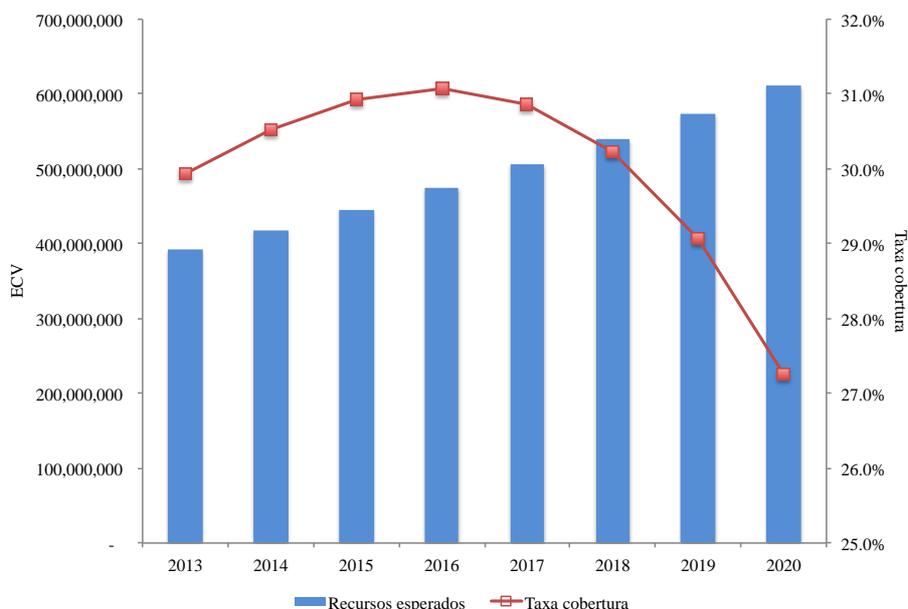
### ***Taxa especial às despesas telefónicas***

A última opção de financiamento considerada no presente relatório é o estabelecimento duma taxa aplicada ao uso dos serviços telefónicos móveis. O estudo desta opção considerou os dados do Banco Mundial que estimam a existência de 396.429 linhas telefónicas móveis para 2011, cobertura que alcança 80% da população. Os parâmetros para a estimação dos possíveis fundos angariados foram os seguintes:

- A cobertura móvel vai crescer de 80% a 95% para o ano 2020;
- Atualmente, as despesas médias por linha são calculadas a 1.500 ECV por mês (18.000 ECV anual);
- A taxa sobre o consumo telefónico é de 5%.

Baseado nesses parâmetros, os potenciais fundos para o sistema cobririam 30% do diferencial financeiro, sendo uma das fontes individuais mais importantes consideradas neste relatório.

**Gráfico 55. Fundos angariados e taxa de cobertura do diferencial com impostos telefónicos (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

A opção da taxa telefónica é uma possibilidade de financiamento recomendada pela OMS, porque a sua administração é relativamente simples e os fundos angariados poderiam ser bastante elevados. Dada a natureza do serviço, o estabelecimento da taxa não vai implicar mudanças importantes nos padrões de consumo telefónico da população e, portanto, os recursos para o sector poderiam ser crescentes e estáveis no tempo.

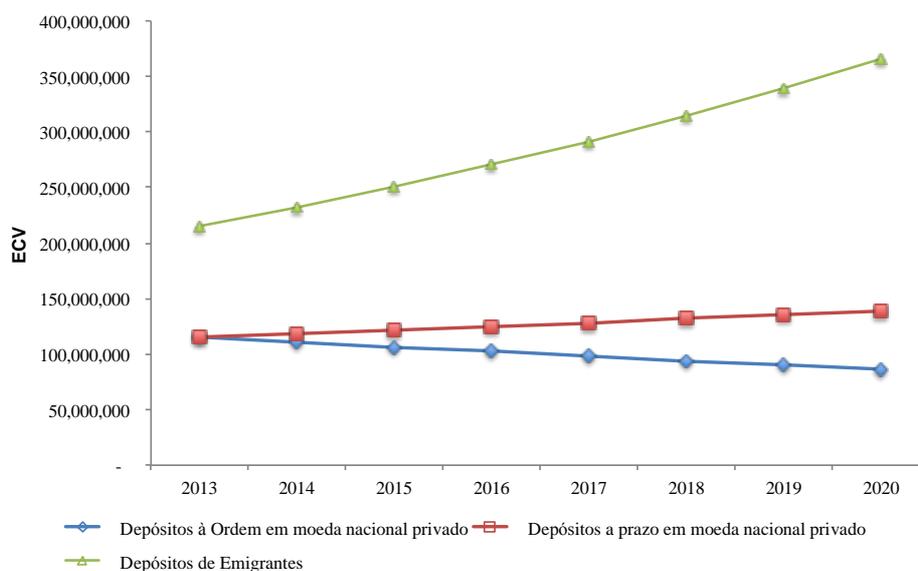
### **Impostos sobre os depósitos bancários**

A OMS (2010) tem identificado o sector financeiro como a possível fonte de financiamento com maiores perspectivas para gerar os recursos necessários para aceder à cobertura de saúde universal. A forma que adotam as transações financeiras pode ser diversa: taxas aos depósitos bancários, compra de moeda estrangeira e outras atividades envolvidas no sistema financeiro internacional. A mesma organização estima em 30 mil milhões de dólares, os possíveis fundos angariados no caso do estabelecimento de impostos às transações financeiras.

Seguindo a ideia da OMS, esta quinta opção de financiamento compreende a estimação dos fundos adicionais que a aplicação duma taxa aos depósitos bancários geraria para o sector da saúde cabo-verdiano. Para os três tipos de depósitos com informação disponível (depósitos à Ordem em moeda nacional privado, depósitos a prazo em moeda nacional privado e depósitos de emigrantes), a estimação definiu uma taxa de 0.5% aplicada ao valor total dos depósitos.

As projeções para cada um dos tipos de depósito estão na figura 54. Existem duas conclusões importantes a este respeito. Primeiro, os fundos dos “depósitos de emigrantes” seriam a maior fonte das três consideradas abaixo, pois gerariam 215,2 milhões em 2013 e 366,4 milhões no ano de 2020. Para o mesmo período, os recursos dos depósitos à ordem seriam 65% menores que os dos Emigrantes e 56% menores do que o dos depósitos privados. O segundo aspeto relevante, é o facto de que os depósitos à ordem e os depósitos a prazo têm registado uma redução no ritmo de crescimento recente. Por exemplo, nos últimos anos, os depósitos à ordem desceram a sua taxa média de crescimento, na ordem de 4,1% por ano. Portanto, não parece razoável aplicar o imposto nessas duas opções.

**Gráfico 56. Fundos projetados do imposto aos depósitos bancários (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

Para cobrir o diferencial financeiro, as autoridades têm duas opções. A primeira refere-se ao estabelecimento de um imposto somente para os depósitos de emigrantes. Neste caso, uma taxa de 1% ao valor dos depósitos de emigrantes geraria 34,3% dos recursos adicionais. A segunda opção é estabelecer a taxa aos três tipos de depósitos: Depósitos à Ordem em moeda nacional, privados, Depósitos a prazo em moeda nacional, privados e Depósitos de Emigrantes. Neste cenário, a cobertura do diferencial equivaleria a 62,6% dos recursos requeridos.

O exercício calculou a taxa necessária para cobrir o diferencial a 100%, de forma que não seja preciso a utilização de outras fontes para alcançar cobertura universal. A estimação mostra que uma taxa de 1,6% aos três tipos depósitos é suficiente para cumprir o objetivo.

Os impostos/ taxas definidas para transações financeiras são simples de administrar e potencialmente poderiam converter-se, juntamente com o IVA, nas duas fontes mais importantes para gerar recursos. Existem, não obstante, vários argumentos que indicam que os impostos ao sistema financeiro introduzem distorções às decisões dos utilizadores do sistema. Por exemplo, o valor dos depósitos poderia cair porque as pessoas preferem agora, para não pagar imposto, manter o dinheiro na sua casa em vez de no sistema financeiro. Neste caso, introduzir o imposto para contas que excedem determinado valor é possível, pensando numa solução que não afete os fundos das famílias com pouca poupança.

Um segundo problema, particular para Cabo Verde, é que os depósitos à ordem e a prazo tem vindo a registar um decréscimo no montante anual depositado, e uma taxa de crescimento cada vez menor. Dependendo de uma fonte com essas características poderia trazer problemas financeiros no futuro próximo. Por exemplo, os depósitos à ordem, que para 2013 cobririam 28,3% do diferencial, representariam somente 12,3% da diferença em 2020. No caso dos depósitos a prazo, a situação apresenta a mesma tendência de decréscimo de 28,2% para 19,8%, no mesmo período considerado.

#### ***Aumento da cobertura com seguro privado***

Os seguros privados da saúde têm vindo a aumentar a sua participação como fonte de financiamento, principalmente nos grupos de maiores recursos económicos, como uma forma de aceder ao sistema quando o pacote é limitado, ou como uma forma de complementar o pacote atual naquelas áreas que o sistema não financia. O *Montreal Economic Institute* (2005) define cinco funções possíveis dos seguros privados num sistema de saúde:

1. Como fonte primária principal onde o seguro cobre as despesas de saúde daquelas pessoas que não têm acesso ao sistema público.
2. Como fonte primária substituta, a qual compreende cobertura médica quando o cidadão tem a oportunidade de decidir entre cobertura pública ou privada.
3. Função duplicadora, nas situações em que o cidadão tem que contribuir para o sistema de forma obrigatória, mas que também gostaria de ter acesso aos serviços privados.
4. Seguro complementar, que financia aquela porção do custo dos serviços que está nas mãos do cidadão, tal como é a situação dos co-pagamentos.
5. Seguro suplementar, o qual consiste na cobertura de serviços extra não fornecidos pelo sistema público (alguns tipos de cirurgias, por exemplo).

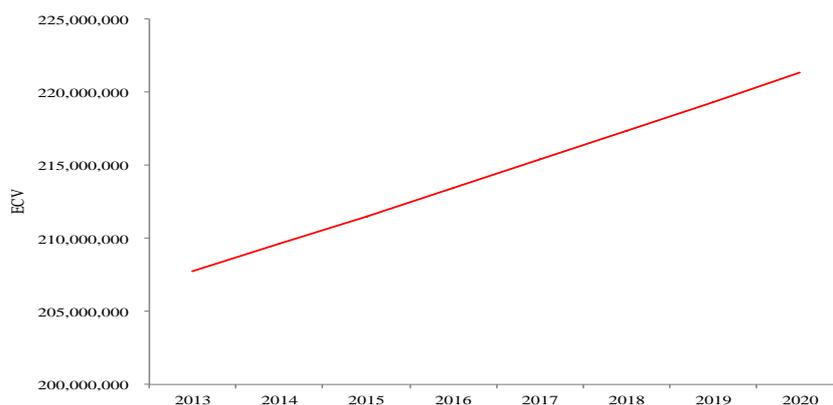
Nessa perspetiva, os seguros privados poderiam cumprir funções tipo 4 ou 5 para Cabo Verde. É possível que, dado os baixos co-pagamentos no país, a função 5 seja muito mais atrativa.

Segundo informação das seguradoras privadas que existem no país, não existem atualmente seguros privados de saúde em Cabo Verde. Certamente as empresas seguradoras fazem despesas

relacionadas com rubricas médicas, mas estas estão relacionadas com riscos do trabalho (acidentes de trabalho) e não como parte da cobertura dum seguro de saúde.

Segundo dados de países como a Costa Rica, onde a cobertura dos seguros privados é muito reduzida, as estimações para este cenário consideraram como ponto de partida que 2% da população cabo-verdiana compraria um seguro se este fosse criado por alguma das duas seguradoras existentes no país. Para um seguro de 1.650 ECV por mês por pessoa (€15), os seguros privados cobririam 13,3% do diferencial, aproximadamente 214,5 milhões de ECV por ano. Cada ponto de cobertura populacional representa uma redução de quase 7 pontos percentuais das necessidades financeiras.

**Gráfico 57. Fundos projetados para cenário de seguros privados (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

Dois considerações são importantes de referir. A primeira é que uma estratégia de cobertura universal para Cabo Verde não pode depender dos seguros privados. O motivo principal é a impossibilidade de acesso financeiro para uma grande maioria da população. Voltando ao comentário anterior, o seguro poderia ser atrativo se cumprisse funções suplementares.

A segunda consideração é que, no lado da oferta, as seguradoras mantêm a posição de que estabelecer um seguro privado no país não é um bom negócio. Como parte do trabalho de discussão de opções com distintos agentes do sector, as seguradoras consideram que o problema da oferta limitada de serviços complexos por parte do sistema nacional de saúde é uma barreira para conceber e implementar seguros privados. O maior problema é que episódios especiais de enfermagem, como cirurgias especializadas não podem ser atendidos no país, mas somente fora dele. Os custos de evacuação seriam elevados e, portanto, o custo mensal do seguro seria igualmente pouco acessível. Além disso, a rede privada é muito débil, situação que também limita o alcance do pacote complementar.

### ***Mudanças no seguro social de saúde***

Uma das políticas estrategicamente mais importantes para o financiamento do sector da saúde cabo-verdiana é a consolidação do seguro social. A cobertura da população tem vindo a crescer de forma acelerada nos últimos anos, aumentando de 25% para 37%. Portanto é crítico, manter a política de cobertura universal que as autoridades atuais têm fomentado.

Para a análise do seguro como fonte de financiamento, o relatório considerou duas opções: aumento da cobertura populacional e o incremento da taxa de contribuição. Certamente a primeira medida deveria ser o incremento da cobertura.

### ***Aumento da cobertura populacional***

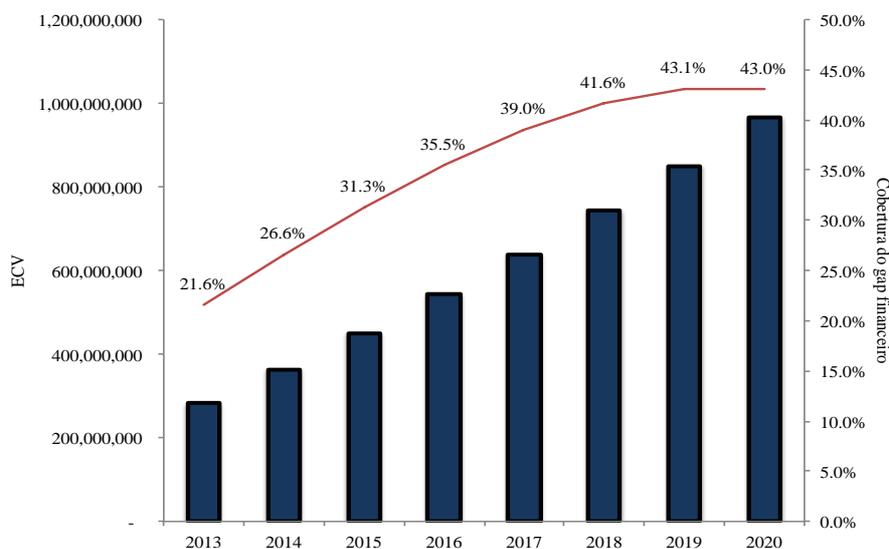
Possivelmente uma das áreas mais importantes para o futuro da sustentabilidade financeira do sistema da saúde cabo-verdiano relaciona-se com o aumento da cobertura contributiva da segurança social.

Ao contrário das outras medidas descritas anteriormente, o aumento da cobertura contributiva tem a vantagem de aumentar o fluxo de recursos para o sistema, ao mesmo tempo que aumenta o acesso da população aos serviços e benefícios não só de tipo sanitário, mas da segurança social, de uma forma integral. Assim, para o Ministério da Saúde, o aumento da cobertura com o seguro social reduz as pressões financeiras, ao inverso das medidas tributárias anteriores pois, neste caso, a contribuição está diretamente relacionada com o acesso ao sistema de saúde, com contributos regulares, mas sem que exista uma exigência para a prestação de serviços apropriados.

Na taxa de cobertura atual, existe uma margem importante para aumentar o fluxo de recursos financeiros para o sistema. Para fins do presente relatório, o exercício considera que a taxa de cobertura crescerá de 34,4% no ano de 2009 até 70% no ano de 2020. O incremento anual da cobertura é de 3,23 pontos percentuais. É importante considerar que nos primeiros anos é possível que as metas possam ser mais facilmente alcançáveis mas dever-se-á ter sempre presente que as dificuldades para atingir as metas seguintes vão aumentando com o decorrer dos anos. Além do critério anterior, segundo a informação do INPS, a contribuição média por pessoa foi estimada em 4.057 ECV em 2010, enquanto, segundo os dados do Banco de Cabo Verde, o crescimento médio das remunerações se estima que seja de 2,2% ao ano.

Os resultados indicam que nesse contexto as receitas do INPS aumentariam 282,8 milhões ECV em 2013 e, em 2020, essas receitas atingiriam um aumento de 964,9 milhões ECV. Em termos da cobertura do diferencial financeiro, o incremento da cobertura populacional implicaria fechar o diferencial em 21,6% para o 2013, mas a taxa vai acelerando até aos 43% do diferencial. A taxa de cobertura do diferencial mostra um comportamento muito acelerado, produto de três forças que atuam em simultâneo: o crescimento populacional, o aumento da cobertura e o aumento das remunerações.

**Gráfico 58. Receitas adicionais com incremento da cobertura e taxa de cobertura do diferencial (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

### ***Aumento da taxa de contribuição***

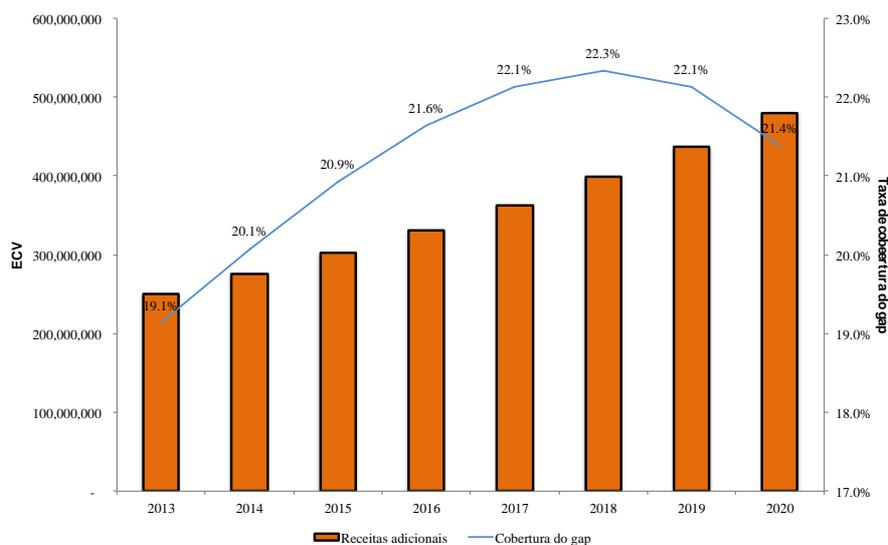
O aumento da taxa de contribuição também poderia representar uma fonte importante de fundos, mas é politicamente mais difícil de negociar, especialmente se a outra entidade está financeiramente sólida como é o caso do INPS.

Para o cenário agora considerado, o aumento da taxa foi definida num ponto percentual. Acresce que, o exercício considera que 10% das receitas potenciais não serão recebidas, e que, a taxa de crescimento anual das receitas foi estimada em 9,7%, segundo dados financeiros fornecidos pelo INPS.

Para 2013, o valor das novas receitas, produto do aumento da taxa contributiva, foi calculado em 250,7 milhões ECV o equivalente a 19,1% da diferença financeira requerida. Para 2020, os valores respetivos seriam de 479,4 milhões e de 21,4%.

Em comparação com os resultados do cenário de cobertura contributiva, o aumento da taxa não é uma opção tão significativa. Ainda, quando o exercício considera o aumento populacional e o aumento anual das receitas, a ausência de aumentos na cobertura parece fazer uma diferença importante, situação que fortalece ainda mais a ideia inicial de que os aumentos da cobertura, e não o aumento da taxa contributiva, merecem ser considerados prioritários.

**Gráfico 59. Receitas adicionais com incremento da taxa contributiva e cobertura do diferencial (2013-2020)**



Fonte: Cálculos do autor

### ***Fortalecimento das mutualidades***

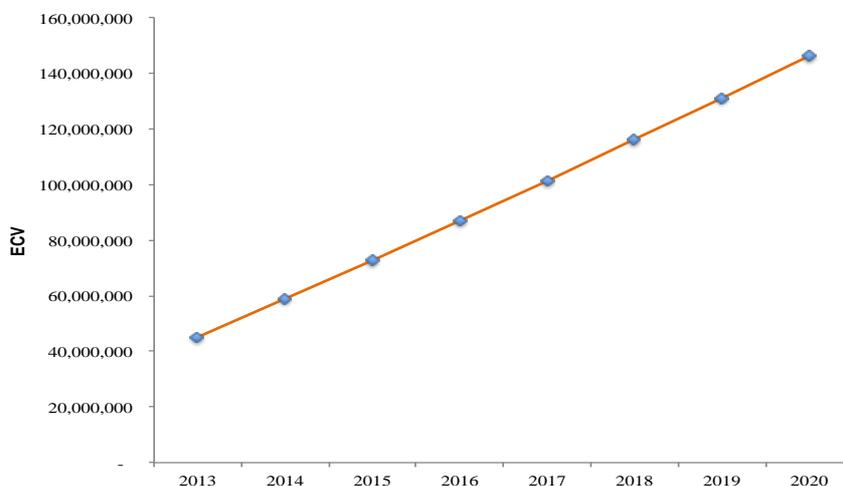
Para estimar o cenário de expansão dos seguros mutualistas, o exercício considerou os seguintes aspetos baseados na experiência atual do país:

1. A cobertura nacional cresceria 1,5 pontos ao ano a partir de 3,6% da cobertura anteriormente citada. Este pressuposto equivale a aumentar 3,3 vezes o total de famílias cobertas ou sejam, 15,6% da população.
2. Para o ano de 2012, os custos utilizados foram os seguintes:
  - a. Para primeiro nível de atenção: 2.880 ECV por ano para famílias de 1-5 pessoas;

- b. Para serviços de segundo nível: 4.800 ECV por ano para famílias de 1-5 pessoas;
  - c. Custo de inscrição: 1.000 ECV.
3. Enquanto a afiliação ao primeiro nível é obrigatória para todos os membros do seguro, a afiliação aos níveis seguintes é voluntária. As estimativas assumem que 50% das famílias optam pela cobertura de segundo nível.
  4. O tamanho médio da família é 3,5 pessoas.

No cenário anteriormente descrito, os fundos angariados ascenderam a 94,7 milhões ECV por ano para cobrir 5,5% do diferencial. Para 2020, as mutualistas poderiam gerar 146,3 milhões ECV, cerca de 6,5% da diferença. A baixa participação na diferença deve-se ao pequeno valor da taxa anual por família. Também é importante considerar que o pacote financiado é muito menor que o pacote fornecido pelo Ministério da Saúde e, portanto, o montante angariado não é necessariamente um problema.

**Gráfico 60. Fundos projetados para a extensão dos seguros mutualistas**



Fonte: Cálculos do autor

Os seguros mutualistas têm sido analisados extensamente na última década. No caso africano, a experiência do Ruanda, onde mais de 90% da população está coberta por um esquema mutualista (*Mutuelles*) é particularmente relevante sobre as vantagens e desvantagens do sistema. As vantagens parecem resultar da orientação principal estar na oferta de uma opção de cobertura às pessoas de áreas rurais ou aquelas que, por sua condição laboral, não podem aceder ao sistema de segurança social (Jutting, 2003). Um melhor acesso e uma redução dos pagamentos diretos são dois dos benefícios para as populações alvo (Jutting, 2003; Lu e outros, 2012).

Mas também existem riscos: custos menores poderiam significar um pacote muito limitado que não ofereça a proteção requerida pelas pessoas; é conhecido que muitos esquemas mutualistas mantêm défices financeiros da ordem dos 20% dos custos totais (Carrin, Waelkens e Criel, 2005), situação que poderia comprometer o futuro financeiro dos programas. Para além disso, para muitas famílias que vivem em pobreza extrema, um montante tão pequeno como aquele estabelecido pelos sistemas mutualistas pode ainda ser difícil de garantir, o que poderá significar que os programas não estão concebidos para certos grupos de condições socioeconómicas menores.

Existem igualmente desafios importantes em temas como a qualidade dos serviços prestados, a fragmentação do sistema e a capacidade administrativa daqueles que de forma voluntária se comprometem a gerir os seguros.

### ***Poupanças de reduções nas despesas administrativas e medicamentosas***

Uma das formas mais frequentemente citadas pela literatura relacionada com o tema do financiamento, é a possibilidade de “angariar” recursos mediante a redução de despesas que estão claramente acima dos critérios internacionais. No caso de Cabo Verde, duas rubricas foram analisadas com particular atenção no capítulo 4: as despesas de medicamentos, que representam 25% das despesas totais e, as despesas administrativas, que representam cerca de 15%.

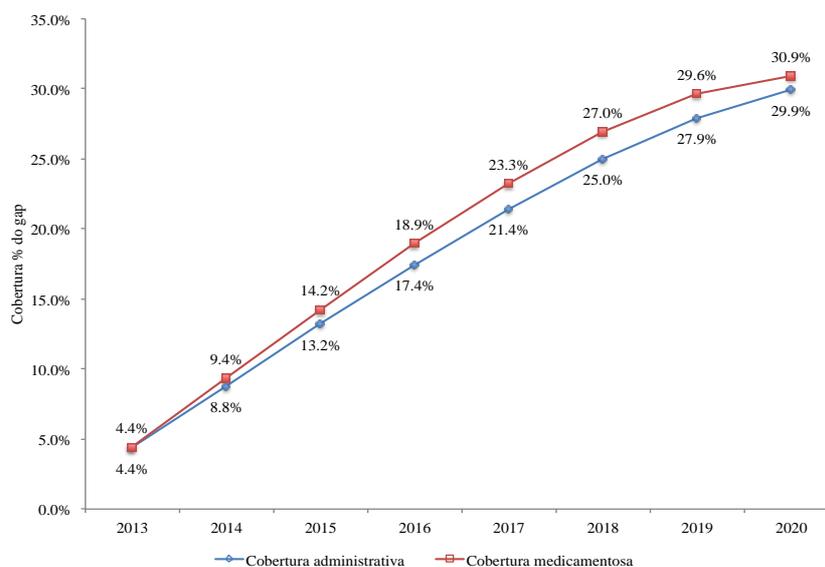
Os cenários estimados na presente seção consideraram dois aspetos:

- No primeiro, que a participação das despesas medicamentosas baixa de 25% para 21% no período 2013-2020.
- No segundo, que os custos administrativos caem de 15% para 10% no mesmo período. A “poupança de eficiência” é, portanto, a diferença entre os custos da rubrica X sem intervenção, e aqueles com intervenção política.

Os resultados mostram que as poupanças medicamentosas cresceriam de 58,0 milhões de ECV em 2013, para 693,5 milhões ECV em 2020. Para as despesas administrativas, a poupança passaria de 57,5 a 671 milhões de ECV no mesmo período. Os dados indicam que ambos cenários são simetricamente simétricos, isto é, as implicações em termos de cobertura de diferencial são semelhantes, independentemente de ser considerada a diminuição das despesas administrativas ou as medicamentosas.

A cobertura das despesas administrativas passaria de 4,4% para 30,9% dos requerimentos financeiros no período em estudo. No caso medicamentoso, a poupança vai de 4,4% a 29,9% do diferencial. De forma conjunta, as duas opções representariam um pouco mais de 60% do diferencial para o ano de 2020.

**Gráfico 61. Cobertura do diferencial (gap) financeiro pelos cenários de poupança de eficácia**



Fonte: cálculos do autor

Um plano real de diminuição das despesas “excessivas” pode ser interpretado pela comunidade política como um bom sinal de que o Ministério e o INPS estão disponíveis para incorporar reformas internas que permitam gerar fundos de fontes “internas”. Na prática regular, a experiência mostra que a aprovação de taxas ou impostos para fins de financiamento da saúde, normalmente vem acompanhada pelo compromisso das entidades de melhorar a eficiência e eficácia do sistema. Certamente adotar dois programas agressivos de melhoria na eficiência poderia ser pouco executável, mas um acordo político que incorpore este tema torna muito mais provável que outras decisões sensíveis, como o incremento da taxa contributiva ou um imposto para os depósitos seja mais fácil de negociar. Assim, é possível que um programa orientado para baixar despesas excessivas tenha a vantagem de gerar resultados positivos nos primeiros anos pelo impacto do choque criado na sua implementação.

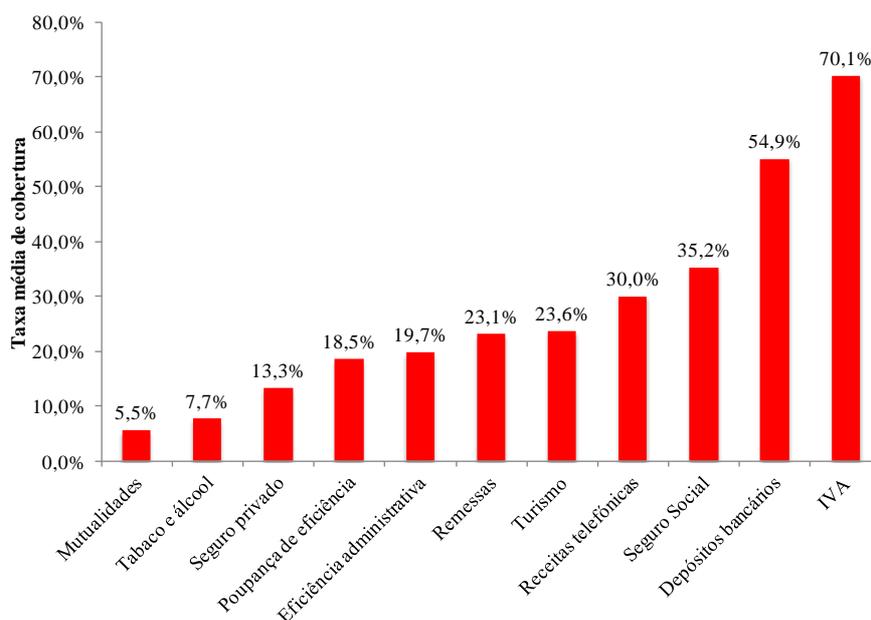
### ***Possíveis cenários para cobrir a diferença (gap) financeira***

O gráfico seguinte apresenta os resultados da cobertura média que cada uma das opções previamente analisadas poderia alcançar, segundo as condições descritas para cada situação. A taxa foi calculada para o período 2013-2020 e somente para um cenário possível.

Os dados indicam que o aumento do IVA seria a opção com maior impacto na eliminação do diferencial: um em cada dez escudos requeridos para financiar a estratégia de cobertura universal poderia provir do imposto de valor acrescentado. Contudo, esta participação é negativamente compensada pela baixa viabilidade política de aumentar o IVA, situação que é ainda mais complicada se consideramos que os fundos angariados não seriam necessariamente atribuídos à cobertura universal do sistema de saúde.

Outra possibilidade com elevado contributo, é o imposto sobre os depósitos bancários, aqui considerada como uma taxa sobre os depósitos de imigrante. Se as três categorias de depósitos consideradas (a prazo, à ordem e dos imigrantes) fossem integradas na estratégia, então a taxa sobre os depósitos geraria um maior fluxo de recursos para o sector da saúde. O problema com esta opção é que, para as duas primeiras contas, projeta-se uma descida ou uma desaceleração na próxima década e, portanto, a geração de fundos poderia representar um menor crescimento do que o projetado.

Por outro lado, três opções (seguros mutualistas, tabaco e álcool e seguros privados) representariam cada um, menos de 15% dos fundos requeridos para alcançar a estratégia de cobertura universal. Da mesma forma que nos outros casos, a sua participação poderia aumentar se as taxas definidas fossem maiores, mas a possibilidade de angariar todos os fundos esperados e que politicamente sejam todos aprovados, é remota. Não obstante, este tipo de opções de financiamento podem ser úteis para atingir objetivos específicos da cobertura. Por exemplo, os impostos de pecado poderiam financiar as necessidades de recursos para atividades de promoção e prevenção, enquanto os seguros mutualistas poderiam ter como população alvo os grupos com acesso difícil ao seguro social. Conforme comentado anteriormente, o seguro privado poderia complementar o pacote de serviços atual do Ministério de Saúde.

**Gráfico 62. Taxa média de cobertura do diferencial financeiro, por tipo de opção (2013-2020)**

Fonte: Cálculos do autor

Um segundo aspeto de importância para a análise do financiamento refere-se às possíveis combinações de opções para eliminar a diferença financeira. Por múltiplas razões a tarefa não é fácil. Primeiro, porque a natureza de algumas opções é similar e, portanto, estabelecer taxas ou impostos em simultâneo poderia implicar uma dupla tributação ao mesmo grupo, como seria o caso das taxas às remessas e aos depósitos dos imigrantes. Segundo, a definição do “pacote de financiamento” poderia implicar a escolha de múltiplas opções que fazem a aprovação da estratégia muito mais difícil. Alternativamente, o pacote pode conter somente uma ou duas opções, mas a taxa a estabelecer pode ser muito alta e complicada de negociar.

De forma ilustrativa, a tabela a seguir apresenta três pacotes de financiamento possíveis, que foram organizados utilizando várias fontes cuja contribuição cobriria o valor total do diferencial financeiro. De realçar que esta combinação não é a única forma de se financiar o sistema. Pelo contrário, o exemplo tenta mostrar que existem múltiplas combinações de cobrir o diferencial financeiro e que, cada opção anteriormente analisada poderia contribuir de formas distintas. O que parece claro é a necessidade de considerar os seguintes aspetos, qualquer que seja a forma do pacote:

1. Toda reforma deve incluir alguma das seguintes fontes: o aumento da cobertura contributiva, o aumento do IVA, ou o estabelecimento de taxas aos depósitos bancários.
2. As fontes não incluídas no nº 1 têm natureza complementar, já que, individualmente, cada uma delas não tem a força suficiente para ser considerada “indispensável”.
3. É muito recomendável que a estratégia final contemple as possíveis poupanças resultantes de reformas a introduzir no modelo de compras medicamentosas e na estrutura administrativa. A nível político, uma proposta que faz um balanço entre “novas fontes” e “melhoria da eficiência” é muito mais fácil de negociar com agentes como o Ministério das Finanças.

Tabela 24. Exemplos de pacote de financiamento que fecham a brecha (2015)

Pacote 1	Pacote 2	Pacote 3
1 ponto de aumento do Imposto ao Valor Acrescentado (69,5%)	Taxa de 1% aos depósitos a imigrantes e à ordem (51,6%)	Incremento da cobertura contributiva a 54% da população para 2015 (30,5%)
Incremento da cobertura contributiva a 54% da população para o ano de 2015 (30,5%)	Taxa de 5 euros por turista (24,8%)	Estabelecimento do seguro privado (14,7%)
	Poupança por eficiência (27,4%)	Taxa de 1% nas remessas (20,9%)
		Taxa de 5 euros por turista (24,8%)
		Poupança de eficiência medicamentosa (14,2%)

Fonte: Cálculos do autor

### Transferências do INPS e novas fontes de financiamento

Segundo foi descrito no capítulo anterior, o montante das transferências totais que o INPS *deveria* transferir para o MS ascenderia a 465.457.459 ECV. Este valor compreende a transferência efetivamente feita (233.520.299 ECV) e o “défice” para os 160.181 beneficiários do Instituto no ano de 2010.

Como variaria este resultado se a análise assumisse que alguma das fontes apresentadas neste capítulo fosse incorporada na estrutura financeira do MS? Para responder à pergunta, o relatório calculou os montantes de transferências marginais e totais, considerando 6 possíveis fontes de financiamento, citadas na tabela 24. As transferências marginais referem-se aos fundos adicionais que o INPS deveria somar à transferência que efetivamente fez no ano 2010.

O cenário base indica que, dadas as condições financeiras do MS em 2010, o montante adicional que o INPS deveria ter transferido ascendeu a 231,9 milhões de ECV, isto para cobrir o défice correspondente ao seu número de beneficiários. Os resultados para os 6 cenários com financiamento, os quais correspondem aqueles analisados neste mesmo capítulo, permitem concluir:

1. A aprovação duma taxa bancária equivalente a 0,25% do valor dos depósitos angariaria recursos suficientes para cobrir 93% das transferências adicionais que o INPS deveria executar.
2. Cenário similar aparece com o IVA. Se o IVA aumentar 1/3 de ponto e todos os fundos forem alocados ao MS, não seriam necessárias mais transferências do que as que foram realizadas em 2010. Em termos práticos, o incremento do IVA seria suficiente para manter as transferências totais do INPS num valor aproximadamente igual à transferência do ano 2010.
3. Os fundos provenientes de taxas aplicadas ao turismo e consumo telefónico angariam montantes importantes mas não eliminariam a necessidade de aumentar a transferência do ano 2010. Por exemplo, a aplicação da taxa telefónica reduziria a transferência marginal para 47%.
4. Finalmente, as taxas às remessas dos emigrantes, ao tabaco e ao álcool, angariariam, somente, uma percentagem pequena da transferência marginal do cenário base. Assim, por exemplo, a transferência marginal diminuiria 15% pelos fundos angariados por remessas e 24% se os impostos ao pecado fossem implementados.

Salienta-se que, não existe cenário onde as transferências totais do INPS sejam zero, exceto naquelas situações onde dois cenários são aplicados simultaneamente. Contudo, é óbvio que o custo político de aprovar duas opções de financiamento é alto e, portanto, seria um processo complicado. Em segundo lugar, os resultados assumem que o Ministério das Finanças recolhe todos os recursos esperados. Finalmente, as autoridades precisam de não esquecer a importância de atualizar periodicamente o montante da transferência negociada. Devido à ausência de um modelo de custos, a taxa inflacionária poderia ser a opção de curto prazo. É também, importante atualizar a transferência, tomando em consideração o número de beneficiários do INPS. Para este fim, a estratégia sugerida seria converter a transferência total em termos de “por beneficiário” e aplicar a taxa inflacionária no ano seguinte.

**Tabela 25. Transferências totais e adicionais do INPS em caso de novas fontes de financiamento**

<b>Cenário</b>	<b>Transferência marginal</b>	<b>Transferência total</b>
<b>Cenário base</b>	<b>231.937.160</b>	<b>465.457.459</b>
<i>Fontes</i>		
IVA (1/3 ponto)	-1.006.282	232.514.017
Tabaco e licor	176.133.111	409.675.361
Taxa remessas	196.583.816	430.126.066
Taxa bancária (0,25 pto)	16.995.214	250.515.513
Taxa turismo	159.560.502	393.102.752
Taxa telefónica	122.946.051	356.488.301

Fonte: Cálculos do autor

### **Algumas reflexões finais**

O capítulo apresenta opções de financiamento para eliminar o diferencial (*gap*) entre o custo atual do pacote e o custo de cobertura universal. Claramente, a geração de novos fundos precisa de ser acompanhada de mudanças no sistema de compras. Nesse sentido, o país deve pensar em algumas possíveis transformações institucionais. A primeira, seria a função “comprador” do INPS. Hoje, o Instituto é principalmente uma agência que recolhe fundos, mas poderia converter-se numa agência de compras estratégicas, que transfira recursos ao MS mas que também tenha o próprio plano de compras suplementares no sector privado. A segunda, na estrutura interna do MS poderia ser criada e implementada uma Unidade de Compras, também de orientação estratégica, baseada nas necessidades epidemiológicas da população.

## Capítulo 7. Principais conclusões e desafios

### Conclusões relevantes

Com base nas conclusões dos capítulos 3 e 4 e as conversações com distintos agentes do sector da saúde, a tabela seguinte resume as principais características, vantagens e desafios do sistema de saúde cabo-verdiano. Sobressaem, como elementos positivos, a extensa cobertura e acesso populacional aos serviços de natureza distinta (particularmente hospitalares) assim como os resultados positivos obtidos em matéria de mortalidade. Algumas das principais conclusões e resultados do presente relatório foram:

#### 1. Vantagens do sistema

A situação social, económica, demográfica e epidemiológica de Cabo Verde abre um espaço importante para discutir o tema do financiamento sem as pressões com que muitos países são confrontados quando tais ameaças são mais evidentes. Com um bónus demográfico em desenvolvimento, uma população idosa percentualmente reduzida, umas finanças públicas do INPS sólidas e um padrão epidemiológico em transição, os fatores que poderiam ocasionar problemas financeiros no futuro, não mostram tendências perversas neste momento.

#### 2. Acesso e cobertura (problemas de oferta)

Há ainda um grupo grande de concelhos com acesso limitado a pessoal médico e infraestrutura clínica, em comparação com concelhos pertos da sua localização. De registar, os benefícios tão pouco são distribuídos de forma equitativa.

#### 3. Eficiência

Existem vários indicadores que sugerem a existência de problemas importantes em matéria de eficiência. Primeiramente, só uma pequena parte do orçamento está orientado para financiar serviços de promoção, prevenção e de primeiro nível, serviços que geralmente estão associados a um maior custo-eficácia. Segundo, o sector hospitalar parece estar a funcionar abaixo do seu potencial e dos critérios internacionais de eficiência. Finalmente, os custos administrativos e medicamentosos do sector parecem estar acima dos valores apropriados, situação que merece ser revista no curto prazo.

#### 4. Sustentabilidade

Para além do que já foi comentado no caso das despesas medicamentosas e administrativa, a sustentabilidade financeira (e não financeira também) do sector da saúde cabo-verdiano poderia estar a ser ameaçada por múltiplos factores, entre os quais os mais importantes poderão ser: problemas de oferta do pessoal clínico e de suporte, o crescimento do número de evacuados externos e acumulação de falta de infraestruturas.

#### 5. Financiamento

O cenário anterior não indica que o país deva eliminar o tema do financiamento da agenda de política. Pelo contrário, o momento é ótimo para pensar nos próximos 10 anos e encontrar soluções, tendências e pressões que poderão emergir e afetar o funcionamento do sistema de saúde cabo-verdiano. Os desafios são diversos:

- a. Incremento da cobertura dos serviços materno-infantil, contraceptivos e, em menor grau, a vacinação;
- b. Reestruturação do funcionamento do sistema hospitalar, que apresenta áreas de ineficácia que deveriam ser resolvidas no médio prazo;
- c. Estabelecimento de mecanismos de pagamento que permitam alocar melhor os recursos, eliminando incentivos perversos que atentem contra a qualidade e acesso aos serviços;
- d. Incremento da rede de infraestrutura naqueles concelhos onde o número de postos de saúde e outros centros de primeiro nível são escassos;
- e. Ajustes ao pacote de benefícios segundo as mudanças do padrão epidemiológico.

## 6. **Requerimentos de financiamento futuro**

Os níveis de financiamento atual não são suficientes para alcançar a meta da cobertura universal. O país tem tido um aumento do total de recursos alocados aos serviços de saúde, chegando no ano de 2009 a 5,9% do PIB. O alargamento do pacote de serviços, especialmente em relação à cobertura universal de primeiro nível, o alargamento dos serviços de promoção e prevenção e o aumento paulatino de categorias como evacuações, requerem que Cabo Verde aumente o nível de financiamento em 0,94 pontos do PIB por ano.

## 7. **Fontes de financiamento**

Os resultados mostraram que é possível alcançar o nível de financiamento “universal” a partir de uma série de opções de natureza distinta. O incremento da cobertura do seguro de saúde parece ser a opção de financiamento mais importante para alcançar a meta antes referida, porque evita problemas de índole política que normalmente acompanham o tipo de negociação de medidas como o aumento do IVA. Além dessa opção, é possível encontrar o financiamento necessário a partir da imposição de taxas aos depósitos bancários, tabaco e álcool, turistas e remessas de emigrantes. De igual forma, é preciso considerar que a elevada percentagem que representam os custos administrativos e medicamentosos do Ministério e do INPS, são um sinal de que também é possível obter fundos adicionais por “poupanças de eficiência”.

## 8. **Reformas no *pool* de risco e compras**

O melhoramento do financiamento do sector saúde não está concentrado unicamente na angariação de recursos de novas fontes. Também é necessário saber que os objetivos de eficiência/ eficácia, acesso e sustentabilidade devem ser alcançados mediante a introdução de um conjunto de medidas de política que abarque tanto a estrutura da mancomunação/*pool* de risco como os mecanismos de pagamento. O relatório apresenta pelo menos 25 medidas de política orientadas nessa linha de ação. A sua implementação precisa de muito apoio político. A sugestão é priorizar as medidas mais representativas e que podem ser aplicadas no curto prazo.

**Tabela 26. Forças e debilidades do sistema de saúde cabo-verdiano**

<b>Forças</b>	<b>Debilidades</b>
Ampla cobertura geral dos grandes grupos populacionais	Pouca existência de provedores privados, particularmente nas ilhas
Disponibilidade crescente de recursos financeiros e não-financeiros	Pouco financiamento orientado a atividades de promoção e prevenção
Melhores resultados de saúde com menores recursos aplicados	Distribuição muito desigual dos recursos e dos resultados
Serviços hospitalares reduzidos libertando possíveis recursos para financiar o primeiro nível	Problemas importantes de acesso a infraestrutura sanitária básica em alguns concelhos
Rede extensa de prestadores de serviços públicos disseminados pelos diferentes concelhos	Percentagem elevada de capacidade instalada, com pouco uso nos hospitais centrais e regionais
Quadros médicos profissionais com nível académico elevado	Rede de prestadores de serviços pouco coordenada entre si
Redução das taxas de mortalidade em todas as categorias (geral, infantil, materno)	Cobertura dos serviços materno-infantis ainda com segmentos populacionais sem acesso apropriado
Solidez financeira do INPS em crescimento	Baixa cobertura com serviços contraceptivos
Reduzida participação dos pagamentos diretos	Estadia média hospitalar acima das tendências internacionais
	Aumento paulatino de casos de morbilidade

### Os desafios para o sistema

De forma individual, os desafios podem dividir-se em a) equidade e cobertura universal; b) eficiência; e c) sustentabilidade.

#### a) O desafio da equidade e da cobertura universal

- Alcançar a cobertura de serviços para todos os grupos populacionais;
- Melhorar a alocação geográfica de recursos, seguindo o critério de “alocação por necessidade”;
- Melhorar a alocação económica às áreas regionais priorizando aquelas com menores níveis de desenvolvimento, mediante a aplicação de mecanismos que compensem pelas diferenças sociais;
- Fechar os diferenciais existentes na cobertura primária, principalmente na atenção pós-natal, serviços contraceptivos e partos assistidos;
- Reduzir as pressões financeiras que poderiam afetar atualmente os grupos de menores rendimentos, mediante a redução dos seus pagamentos diretos e o estabelecimento de regras claras de isenção e, um sistema de identificação dos beneficiários;
- Manter o pacote de serviços e estendê-lo quando as condições epidemiológicas mudem, sempre dentro de um contexto de sustentabilidade financeira.

#### b) O desafio da eficiência

- Melhorar a alocação de recursos de tal forma que permitam uma maior eficiência no trabalho dos diferentes prestadores de serviços;

- Estabelecer mecanismos de pagamento que procurem a eficiência e qualidade dos serviços. Uma opção, por exemplo, consiste em transformar o INPS numa agência compradora estratégica, que pague os serviços por caso hospitalar recebido;
- Reduzir os custos excessivos do sistema, nos âmbitos medicamentoso e administrativo;
- Reduzir a taxa de utilização dos serviços de urgência que não são necessários, tal como foi feito em outros países;
- Incorporar melhores práticas internacionais tanto na parte clínica como na gestão do sistema e seus prestadores de serviços;
- Reestruturar o sector hospitalar de forma que exista um maior equilíbrio na produção dos hospitais centrais;
- Reformar a rede de serviços, para reduzir os custos de transação associados à sua fragmentação;
- Introduzir práticas que motivem a melhoria do desempenho do pessoal clínico, e não só;
- Identificar as causas principais das elevadas despesas administrativas;
- Adotar medidas para modernizar a estrutura institucional do Ministério de Saúde e do INPS, segundo os novos modelos de financiamento e compra de serviços.

c) O desafio da sustentabilidade

- Identificar e aprovar uma ou duas novas fontes de financiamento que permitam eliminar o diferencial (*gap*) financeiro;
- Desenvolver as ligações políticas requeridas para aprovar as reformas que melhorem e promovam a eficiência e a cobertura;
- Introduzir práticas clínicas para o controlo do consumo de medicamentos, provas de laboratório e imagens;
- Encontrar uma alternativa ao caso dos tratamentos externos, que representam hoje uma parte significativa das despesas do sistema;
- Concertar políticas que permitam planificar com antecipação o crescimento de doenças crónicas e mentais.

## Capítulo 8. Eficiência

O capítulo final contempla uma série de ações/ estratégias recomendadas para que as autoridades do sector saúde possam aumentar o nível de financiamento sanitário. As medidas consideradas foram divididas segundo as funções principais dos sistemas de saúde (angariação de fundos, *pool* de risco e compras) assim como os requerimentos institucionais necessários para operar um novo modelo de financiamento.

### O primeiro passo: a visão de longo prazo

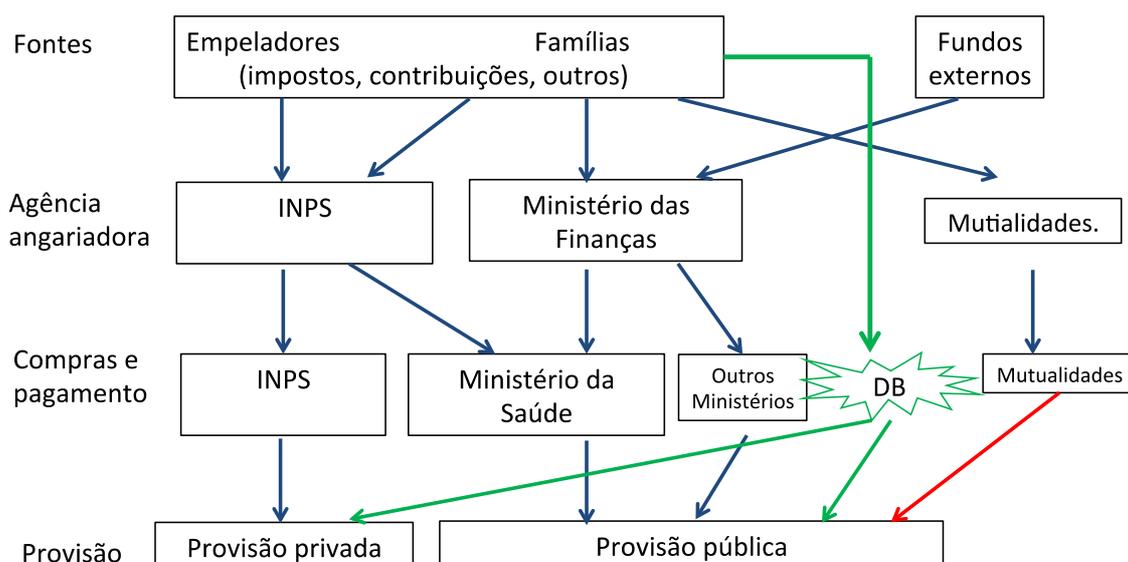
Previamente a qualquer consideração na agenda de trabalho, o país precisa de discutir a visão do sistema da saúde para o longo prazo e a forma como o financiamento tem impacto no funcionamento geral desse sistema.

Nas pistas a seguir apresentadas são sugeridos alguns dos princípios financeiros sobre os quais pode ser baseada a estratégia no longo prazo:

1. O sistema nacional da saúde precisa ser consolidado como forma predominante de financiamento. Isto implica que novas fontes de recursos deverão ser incorporadas no portefólio de fontes que complementem os impostos gerais.
2. A agenda deve cobrir ações que transformem o modelo de financiamento a 15 anos.
3. O INPS precisa de continuar a ser um participante ativo, onde o seu financiamento seja direcionado, principalmente, a financiar o primeiro nível da saúde.
4. O modelo de financiamento, particularmente na sua função compradora, deve estar orientado para o pagamento por desempenho (eficiência e qualidade) e distribuído segundo as condições socioeconómicas nas ilhas.
5. A rede de fornecedores precisa de ser fortalecida com a criação dum terceiro nível de atenção. Parte do financiamento para este terceiro nível poderá vir das despesas da redução de despesas do sistema no exterior.
6. O INPS mantém a separação entre os fundos para saúde e aqueles para pensões.
7. O pacote de serviços deve ser igual para toda a população, com prestações complementares para os segurados do INPS.

Um exemplo de como o modelo de financiamento poderia ser visualizado nos próximos anos aparece no gráfico abaixo. Comparando com o sistema atual, o modelo proposto identifica alterações tais como os papéis de comprador e assegurado suplementar do INPS (serviços privados, medicamentos especiais), o fortalecimento das mutualidades e uma maior participação do sector privado como fornecedor. O Ministério da Saúde mantém-se como o principal fornecedor do país, assim como o maior *pool* de risco.

Gráfico 63. O Modelo de Financiamento Transformado



### Objetivos e princípios orientadores da estratégia

O objetivo geral da estratégia é promover o desenvolvimento equitativo, sustentável e eficiente do sistema de financiamento da saúde cabo-verdiano como mecanismo para alcançar a cobertura universal. Como objetivos específicos, o plano considera as seguintes ideias, algumas das quais provêm do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016:

1. Definir um conjunto de fontes alternativas de financiamento do sector saúde, que permitam ao país contar com uma maior diversidade de recursos para a expansão da cobertura.
2. Incorporar as medidas necessárias para reformar o modelo de transferência de recursos do INPS ao Ministério de Saúde e a sua estratégia de compras.
3. Estabelecer opções que permitam melhorar o nível de solidariedade do sistema de forma tal que toda a população tenha acesso adequado e seja protegida do risco de despesas catastróficas. Este objetivo contempla aspetos, tais como, a afiliação subsidiada das famílias pobres, o estabelecimento dum sistema de isenções dos pagamentos de bolso, etc..
4. Definir estratégias que elevem a eficiência das compras de serviços de saúde por parte do Ministério e do INPS.
5. Identificar ações que adaptem as condições institucionais atuais aos novos modelos de financiamento, *mancomunação* e compras.
6. Aumentar a capacidade de direção do nível central com relação e em suporte às estruturas locais.
7. Reforçar o poder técnico e administrativo das Delegacias de Saúde, promovendo a descentralização dos recursos e de poderes para o nível municipal.
8. Criar as Regiões Sanitárias, definindo claramente o seu papel, atribuições, funções e relações hierárquicas no sistema de Serviços de Saúde, para que se traduzam no reforço da descentralização das ações de saúde.
9. Reestruturar os programas nacionais de Saúde Pública na perspetiva de organização, de normalização e de mobilização de recursos e, promover a execução periférica das atividades respetivas, integradas nas atividades das Delegacias de Saúde.

10. Diferenciar a capacidade técnica e os níveis de intervenção dos Hospitais Centrais para a assunção plena da sua função terciária e de referência nacional.
11. Consolidar a reorganização da rede de Centros de Saúde nas cidades da Praia e do Mindelo, para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Centrais aí sedeados.
12. Organizar, com prioridade, a rede de Centros de Saúde nas regiões sanitárias criadas para a prestação duma atenção primária com qualidade e, reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Regionais respetivos.
13. Definir normas e padrões de funcionamento, procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS, nas relações entre os níveis e serviços.
14. Fomentar a complementaridade com o sector privado.
15. Integrar a perspectiva de género para acolher/ atender os pedidos de homens e mulheres e qualificar a atenção primária à saúde.
16. Fortalecer estratégias para adolescentes, jovens, idosos e adultos que vivem com deficiência.

A estratégia desenvolvida orienta-se pelos princípios de eficiência, transparência, risco compartilhado, equidade e especificidade. Este último princípio refere-se à necessidade de que as medidas que venham a ser adotadas sejam concebidas tendo em vista as condições particulares de Cabo Verde, e não segundo um modelo pré-estabelecido onde o contexto político, institucional e legal, não tem validade/aplicabilidade.

## **Intervenções prioritárias**

Como realçado anteriormente, além das recomendações a nível institucional, as medidas recomendadas neste capítulo foram divididas segundo as funções financeiras dos sistemas de saúde.

### ***Bónus demográfico: uma oportunidade para fortalecer o futuro do financiamento do serviço de segurança social***

Como foi comentado nos primeiros capítulos, a existência dum bónus demográfico representa uma oportunidade para fortalecer o sistema de segurança social. Assim, o bónus “abre uma janela” de aproximadamente 15-30 anos, segundo a taxa de crescimento populacional, onde o número de pessoas em idade para trabalhar é maior do que a dos grupos dependentes. Isto traz algumas vantagens possíveis para o tema do financiamento em Cabo Verde:

1. Uma maior cobertura do seguro social vai representar mais recursos de uma população que faz menor uso dos serviços. Por outras palavras, o sistema irá incorporar grupos “financeiramente superavitários” que permitirão acumular reservas para o futuro.
2. No lado dos impostos, uma reforma fiscal adequada poderia estabelecer maiores taxas no imposto de rendimento e obter maiores recursos dos grupos produtivos.
3. A pressão nas despesas públicas sociais poderia ser menor porque os grupos vulneráveis (crianças e idosos) representam uma percentagem menor da população total. Nesse caso, o momento é ideal para planificar uma maior cobertura na educação secundária e trabalhar para melhorar a sua qualidade. Também poderia ser um bom momento para fortalecer os programas de educação vocacional, de forma que a força laboral atual e futura seja cada vez mais produtiva. Os resultados desta política traduzem-se num maior

crescimento económico e, portanto, uma maior recolha de impostos e contribuições do seguro social.

4. O fortalecimento do sistema da saúde representa uma condição fundamental para que os benefícios do bónus sejam mais sustentáveis, criando desta forma um círculo virtuoso.

#### ***A extensão da cobertura: prioridade duma política sustentável de financiamento***

A extensão da cobertura do seguro de saúde é sem dúvida o principal desafio enfrentado pelo sistema de proteção social de Cabo Verde. O momento atual parece apropriado para desenvolver uma política ativa nesse sentido. A dinâmica das taxas de cobertura mostra um balanço bastante positivo nos últimos anos, conforme observado no capítulo anterior. A médio e longo prazo, Cabo Verde deve continuar a aspirar à universalização da cobertura contributiva da segurança social, como um claro indicador de progresso social mais amplo e de um modelo de desenvolvimento mais inclusivo.

O alargamento da cobertura do seguro social passa, na realidade, pelo aumento do acesso à segurança social. Portanto, temas como formalização das micro e pequenas empresas transforma-se numa necessidade de atuação assim como a definição de estratégias para cobrir aqueles trabalhadores que ficam no sector informal. A inscrição na segurança social é apenas um elemento, entre outros, das políticas de formalização empresarial e laboral, sugerindo a necessidade de pensar num conjunto de políticas e ações integradas para aumentar a cobertura. Outras medidas relevantes, algumas das quais já foram avançadas pelo INPS, incluem (Durán, Pacheco e Borges, 2012):

1. O alargamento da cobertura aos trabalhadores independentes, acompanhado de uma forte programa de educação e comunicação, e está atualmente em processo de reforço do controlo contributivo e da inspeção junto das empresas. Estas ações devem ter um reforço permanente.
2. Políticas de formalização para micro e pequenas empresas.
3. Políticas e ações destinados a grupos específicos de difícil cobertura (independentes, serviço doméstico, etc.).
4. Reformas legais para reforçar o cumprimento das obrigações contributivas (fortalecer o controlo fiscal, cruzamento de informação entre o Ministério das Finanças e o INPS e a cobrança de dívidas).
5. A promoção de uma cultura cívica em matéria de segurança social mediante a organização de *ateliers* sobre “*advocacy*”.
6. O reforço do sector administrativo tendo em vista o aumento da cobertura; e
7. A implementação dum plano de ação baseado numa relação esforço-resultado.

As políticas de cobertura dos grupos informais podem ser confrontadas com obstáculos para uma implementação apropriada das medidas principais. Por exemplo, a identificação plena daquelas empresas informais, sobretudo as mais pequenas, torna difícil ou economicamente pouco rentável a recolha dos fundos, porque as receitas podem ser menores que os custos administrativos e as despesas de transação.

Também, a base de contribuição que os trabalhadores informais devem pagar é sujeita a debate. Um problema comum, encontrado em países como Costa Rica, é que a contribuição dos trabalhadores independentes é pequena comparada com aquela dos assalariados e, portanto, isso cria um incentivo perverso para que a afiliação dos informais seja acrescentada de uma forma significativa. A

alternativa institucional é contar com um sistema de avaliação socioeconómica dos possíveis contribuintes, mas é evidente que os custos administrativos seriam muito elevados. Nesses casos, muitos países têm optado por financiar a cobertura informal por meio do orçamento regular do Estado.

No caso das famílias pobres, a estratégia de cobertura pode compreender duas opções, possíveis. Primeiramente estabelecer um sistema de isenções transparente sobre a base dum sistema de identificação que defina a forma de detetar as pessoas vulneráveis. Segundo, o governo poderia aplicar um subsídio direito às contribuições dessas famílias mediante um sistema de focalização único.

### ***Medidas para incrementar a mobilização de recursos***

As seguintes medidas correspondem às recomendações para incrementar o nível de fundos disponíveis:

1. Formular uma estratégia com 2-3 fontes novas que incorpore o estabelecimento de taxas novas a determinadas atividades com o compromisso de melhorar a eficiência do sector. Portanto, é preciso que tanto o Ministério como o INPS preparem um plano de melhoria administrativa e medicamentosa tendente a reduzir as despesas nessas duas rubricas.
2. Aprovar a nova lei de cobrança coerciva.
3. Preparar um plano de modernização hospitalar que permita às unidades com capacidade excedente, vender serviços às seguradoras privadas que tenham programas de segurança complementar (serviços hospitalares especiais, como dormitórios privados, por exemplo) e transformar-se em centros de custos. Dado que muitos hospitais regionais (principalmente) têm capacidade excedente, existe uma grande oportunidade de utilizar o espaço para fins comerciais, isto é, como venda de serviços a outros possíveis compradores, sejam famílias ou companhias de seguros privados. Também é possível que alguns hospitais precisem eliminar a capacidade excedente por meio dum processo de reestruturação.
4. Manter como prioridade do INPS o incremento da cobertura nos diferentes sectores, especialmente dos grupos etários entre os 20 e 45 anos. Como foi comentado no relatório, a cobertura contributiva é uma das opções com melhor perfil para aumentar o financiamento do sector da saúde sem ter de ser confrontado com uma oposição política severa. Nesse sentido, é importante implementar atividades de consciencialização sobre a importância que a segurança social tem para o desenvolvimento social e económico dos países.
5. Rever a política de co-pagamentos em matéria de tarifas cobradas, serviços cobertos e isenções à luz da realidade socioeconómica do país, particularmente das zonas rurais.
6. Apoio às iniciativas comunitárias de financiamento de saúde (mutualidades de saúde).
7. Realização de estudos sobre os possíveis nichos de investimento privado na saúde.

### ***Opções para melhorar o pool de risco***

Para melhorar o nível de risco/ solidariedade, recomendam-se as seguintes opções:

1. Transformar o modelo atual de alocação de fundos onde predominam dois pools, num modelo onde o INPS transfere uma percentagem significativa dos recursos ao MS (entidade compradora) para financiar o primeiro nível de atenção e mantém uma proporção menor para cobrir serviços específicos para seus afiliados.

2. Definir um contrato entre o INPS e o MS de tal forma que a transferência dos fundos seja feita seguindo regras negociadas, claras, e que ao em simultâneo, se definam as responsabilidades do Ministério em termos de provisão, acesso e qualidade dos serviços.

### ***Opções para reformar o modelo de compras (principalmente ações de longo prazo)***

Esta área tem como objetivo definir opções de política que melhorem a eficiência das compras de serviços, que são:

1. Neste momento está em curso uma avaliação dos pacotes de cuidados essenciais e da tabela de cuidados de saúde (diferenciados), segundo o que está estabelecido no Decreto-lei n. 10/2007. Para completar esta tarefa, é necessário que o Ministério implemente os seguintes passos:
  - a) Estimação da carga de doença esperada para os próximos 15 anos;
  - b) Avaliação do pacote atual em relação às tendências epidemiológicas futuras;
  - c) Definição das prestações por estrutura e tipo de fornecedor;
  - d) Estabelecimento de metas de cobertura;
  - e) Estimação do nível de recursos humanos e físicos (equipamento e infraestrutura) para fornecer os serviços futuros.
2. Analisar o modelo de compras medicamentosas tanto relativamente aos preços pagos como aos mecanismos de licitação utilizados. Implementar novos protocolos médicos que regulem o consumo medicamentoso nos fornecedores e introduzir uma prática “discriminatória” que permita que a margem de lucro dos medicamentos genéricos seja maior que aquela para medicamentos de marca.
3. Avaliar a viabilidade de estabelecer uma Unidade de Compras Estratégicas no Ministério da Saúde. Esta unidade aplicaria conceitos modernos de compras baseadas em critérios técnicos de seleção de fornecedores e sistemas de monitorização das atividades compradas pela Unidade.
4. Iniciar o processo de mudança progressiva e de longo prazo dos mecanismos de pagamentos atuais entre o MS, o INPS e os fornecedores, contemplando aspetos como:
  - O pagamento por desempenho onde o desempenho se refere ao cumprimento de metas no sector saúde;
  - O pagamento diferenciado para zonas com menor desenvolvimento social;
  - Formular um modelo de pagamento capitado para o primeiro nível, quando a rede de serviços, depois de concebida, for implementada.

### ***Medidas de índole institucional***

As medidas de tipo institucional têm como objetivo ajustar o modelo organizacional e legal atual do Ministério de Saúde e do INPS às novas condições do modelo de financiamento. As principais medidas são:

1. Redesenhar o sistema de informação atual. Os dados gerados pelo sistema atual são inadequados e insuficientes para desenhar e implementar a política de saúde e avaliar as atividades do Ministério e do INPS. A informação financeira é muito limitada e os indicadores utilizados pelas instituições para analisar o avanço em temas como equidade e eficiência são praticamente inexistentes. Portanto, é necessário planear, conceber e

implementar um sistema moderno de Monitorização e Avaliação que compreenda, como mínimo, os seguintes aspetos:

- Produção e uso de cada um dos recursos.
  - Produção clínica e de serviços de apoio, total e por nível de atenção (primário, especialista, hospitalar, outros). Atualmente, as contas de saúde desenvolvidas pelo INE representam um esforço institucional muito importante e de considerável transcendência para conhecer os fluxos de fundos no sector. Ao nível do MS e do INPS, será ainda mais importante gerar dados com maior pormenor. Por exemplo, a distribuição que faz o MS dos medicamentos por nível de atenção, é um exemplo dessas necessidades adicionais de informação.
  - Características dos utentes do sistema, principalmente o seu perfil epidemiológico e social.
  - Sistema contabilístico, que desagregue a informação por categoria financeira.
  - Estimação de estatísticas particulares sobre a qualidade, utilização, eficiência, acesso e outras áreas relacionadas. Para isso, como parte do sistema de Monitorização, é necessário definir os objetivos do sistema de saúde, criar planos de ações, estabelecer as metas e, a forma de medição e o cumprimento de cada objetivo.
  - Monitorização do progresso no cumprimento das metas.
  - Relatórios que exigem um conteúdo mínimo de informação.
2. Iniciar um programa de formação para pessoal pertencente ao sector da saúde que incorpore temas como:
    - Aplicação de métodos para estimar custos (exemplo: metodologia ABC);
    - Planeamento dos serviços de saúde;
    - Criação e implementação de mecanismos de pagamentos;
    - Monitorização e avaliação no sector da saúde.
  3. Iniciar um programa de estudos para preparar uma metodologia para a avaliação dos principais serviços fornecidos pelo Ministério. Sugere-se que se inicie com pelo menos 25 serviços com custos devidamente conhecidos.
  4. Rever o modelo de planeamento da saúde baseado nas necessidades e resultados requeridos. Iniciar a análise das tendências epidemiológicas futuras e os requerimentos de recursos e serviços para a população idosa e com condições crónicas.
  5. Promoção da complementaridade Público-Privado na saúde.
  6. Reforço da participação da sociedade civil nos mecanismos de seguimento, transparência e controlo da Política Nacional de Saúde.

## **Calendário de implementação**

Finalmente, as medidas anteriores foram avaliadas em termos do possível prazo requerido para que o país proceda à sua implementação nos próximos anos. O grupo de recomendações foi definido em termos de medidas de curto, médio e longo prazo.

Tabela 27. Período de implementação sugerido para cada medida

<b>Medidas de curto prazo</b>	<b>Período (em anos)</b>					
	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7
Manter como prioridade do INPS o incremento da cobertura nos diferentes sectores, especialmente dos grupos etários entre 20 e 45 anos.						
Definir um contrato entre o INPS e o MS de forma tal que a transferência dos fundos seja feita seguindo regras claras negociadas e que, ao mesmo tempo, se definam as responsabilidades do MS em termos de provisão, acesso e qualidade dos serviços.						
Analisar o modelo de compras de medicamentos Tanto em termos dos preços pagos, como relativamente aos mecanismos de licitação utilizados.						
Aprovar a nova lei de cobrança coerciva.						
Iniciar um programa de capacitação de pessoal pertencente ao sector saúde.						
Formular uma estratégia com 2-3 fontes novas que incorpore o estabelecimento de taxas novas a determinadas atividades com o compromisso de melhorar a eficiência do sector.						
Implementar novos protocolos médicos que regulem o consumo medicamentoso nos provedores.						
Preparar um estudo a nível institucional que revele potenciais áreas de melhoria administrativa (reforma dos processos).						
Redesenhar o atual sistema de informação.						
Iniciar um programa de estudos para preparar uma metodologia de custeio dos principais serviços fornecidos pelo MS. É sugerido começar com pelo menos 25 serviços devidamente custeados.						
Iniciar a análise das tendências epidemiológicas futuras e os requerimentos de recursos e serviços para a população idosa e com condições crónicas.						
Rever o modelo de planeamento da saúde baseado nas necessidades e resultados requeridos.						
<b>Medidas de médio prazo</b>						
Preparar um estudo sobre a viabilidade de operar no país alguns dos serviços que atualmente são contratados no estrangeiro.						
Rever a política de pagamentos em matéria de tarifas cobradas, serviços cobertos e isenções à luz da realidade socioeconómica do país, particularmente das zonas rurais.						
Avaliar a viabilidade de estabelecer uma Unidade de Compras Estratégicas no MS.						
Introduzir uma prática "discriminatória" que permita que a margem de lucro dos medicamentos genéricos seja maior que a dos medicamentos de marca.						
Rever os protocolos hospitalares em relação às cirurgias ambulatoriais.						
Iniciar o processo de mudança progressiva e de longo prazo dos mecanismos de pagamentos atuais.						
O pagamento por desempenho onde este último se refere ao cumprimento de metas no sector saúde.						
O pagamento diferenciado para zonas com menor desenvolvimento social.						
Formular um modelo de pagamento capitado.						
<b>Medidas de longo prazo</b>						
Planear, como opção de longo prazo, o estabelecimento de um Fundo para cobrir Doenças Catastróficas.						
Plantear, como opção de longo prazo, o estabelecimento de um Fundo Nacional de Infraestrutura Clínica para o sector saúde que analise a pertinência de projetos dessa natureza.						
Preparar um plano de modernização hospitalar que permita às unidades com capacidade excedente vender serviços às seguradoras privadas.						
Preparar um estudo sobre a viabilidade técnica de estruturar os hospitais como centros de custos.						
Transformar o modelo atual de alocação de fundos onde predominam dois <i>pools</i> num modelo onde o INPS transfere uma percentagem significativa dos recursos ao MS (entidade compradora) e mantém uma proporção menor para cobrir serviços específicos para os seus afiliados.						
Iniciar as análises sobre a conveniência de reestruturar a rede de serviços, tanto no primeiro nível de atenção como ao nível hospitalar, onde predomine um novo conceito geográfico e de integração dos serviços utilizando o conceito de " <i>continuum of care</i> ".						
Avaliar a implementação, no longo prazo, de um modelo de cuidados ao domicílio, especialmente para pacientes idosos.						
Estabelecer um departamento de Avaliação Tecnológica que assegure que os investimentos futuros no equipamento e a compra de novos medicamentos sigam o princípio de custo-efectividade.						

## Riscos potenciais

A última secção resume alguns riscos que poderiam aparecer no decurso das discussões e decisões sobre quais as medidas a adotar e sob que formato.

**Tabela 28. Possíveis riscos e sua administração**

<b>Risco</b>	<b>Nível (1-5)</b>	<b>Medidas de contingência</b>
Reduzido apoio político	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar taxas menos sensíveis à oposição política;</li> <li>• Como parte da estratégia global, definir ações para reduzir ineficácia administrativa ou medicamentosa;</li> <li>• Aplicar as medidas mais “fáceis” de implementar de tal forma que possam ser observados os benefícios no curto prazo.</li> </ul>
Recursos humanos técnicos com poucas competências para conceber e preparar as várias reformas	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir e implementar no primeiro ano um programa de formação técnica para os recursos humanos.</li> </ul>
Carência de recursos humanos impede a aplicação de reformas na sua totalidade	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O fortalecimento dos serviços de primeiro nível, promoção e prevenção da saúde poderia ter problemas com algum grupo de profissionais, se o número destes for escasso. O país deve contar com uma estratégia de recrutamento de pessoal clínico direto e de apoio, que incentive as gerações ao estudo de algumas categorias.</li> </ul>
Problemas de informação impedem avanços	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declarar o novo sistema de Monitorização e Avaliação como uma das cinco prioridades da estratégia de modernização financeira.</li> </ul>

## Referências bibliográficas

- Aye, Wai Hnin. Provider Payment. Community Medicine Field Training Center (Hlegu).
- Bain, Christopher; Taylor, Peter; McDonnell, Geoff and Georgiou, Andrew. Myths of ideal hospital occupancy. MJA, Volume 192 Number 1, 4 January 2010.
- Bureau Internacional do Trabalho (2009) Proteção social na saúde. Departamento de Segurança Social: Uma estratégia da OIT para o acesso universal a cuidados de saúde. Lisboa: Documentos de Política de Segurança Social.
- Castillo Laborde, Carla (2011) Financiamento del Sector Salud en el Mundo. Departamento Economía de la Salud División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública – MINSAL.
- Comité de Coordenação do Combate à Sida (vários anos) Relatório de Atividades. Praia: República de Cabo Verde.
- Cremonesi, P; E. di Bella e M. Montefiori. Cost analysis of emergency department. Journal of Preventive Medicine an Hygiene 2010; 51: 157-163.
- Durán, Fábio; Pacheco, José; Borges, Joana (2012) A Protecção Social em Cabo Verde: situação e desafios – *Social Protection Expenditure Review*. Genebra, OIT.
- Fórum Cooperativo (2012) Contribuição do Fórum Cooperativo sobre uma abordagem sobre o sector da Economia Social e Solidária em Cabo Verde. Praia : Associação de Apoio às Cooperativas e Mutualidades.
- Furtado, Cláudio (2008) Governação do Sistema de Saúde em Cabo Verde. Praia: Organização Mundial da Saúde.
- Gabinete de Estudos, Estratégia e Comunicação (2011) Boletim Estatístico 2010. Praia: INPS.
- Instituto Nacional de Estatística (2006) Apresentação dos Resultados definitivos do Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva. Praia, INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2009) Questionário Unificado de Indicadores de Bem-Estar 2007. Praia, INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2010) Contas Nacionais de Saúde 2008-2009. Cabo Verde. Praia: Ministério de Saúde e Organização Mundial da Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2013) Inquérito Multi-objectivo contínuo: Estatísticas do Emprego e do Mercado do Trabalho, Folha de Informação Rápida. Cabo Verde. Praia: Ministério de Saúde e Organização Mundial da Saúde.
- Instituto Nacional de Previdência Social (vários anos) Relatório e Contas 2005-2009. Praia: INPS, várias edições.
- Jutting, Johannes. Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal. World Development Vol. 32, No. 2, pp. 273–288, 2003.

Lincetto, Ornella, Seipati Mothebesoane-Anoh, Patricia Gomez, Stephen Munjanja (2006) Chapter II: Antenatal Care. In: Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa.

McIntyre, Diane (2007) Learning from Experience: Health care financing in low and middle-income countries. Geneva: Global Forum for Health Research.

Ministère des Finances et du Plan et Ministère de la Santé (2002) Revue des dépenses publiques du secteur santé. Praia: Gouvernement du Cap Vert.

Ministério da Saúde (2006) Relatório Estadístico 2005. Praia: Governo de Cabo Verde.

Ministério da Saúde (2008) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011, Volume 1 e II. Governo de Cabo Verde, Praia.

Ministério da Saúde (2011) Relatório Estatístico 2010. Praia: Governo de Cabo Verde.

Ministério da Saúde (2012) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, Volume 1. Governo de Cabo Verde, Praia.

Organização Mundial da Saúde (2011) Financiamento dos sistemas de saúde: O caminho para a cobertura universal. Genebra: Relatório Mundial da Saúde 2010.

Organización Internacional del Trabajo (2010) El Piso de Protección Social: Desarrollo Conceptual y Aplicación en América Latina. El Piso de Protección Social. En: Panorama Laboral 2010, OIT.

Smith, Peter and Witter, Sophie (2004) Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. World Bank: Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

UNICEF (2011) Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde. Praia, Cabo Verde.

Vinard, Philippe (2003) Etude sur le financement des services de santé. Praia: Ministère de la Santé, Octobre 2003, Lux-Development AEDES-ALTER.

Witter, Sophie (2002) Health financing in developing and transitional countries. International Programme, Centre for Health Economics University of York.

World Bank (2012) Cape Verde, Public Expenditure Management and Financial Accountability Review Volume I (of II): Main Report. Praia: UNICEF/Embajada de Espanha/World Bank/BAD.