

Seguros públicos de Saúde: Evidência e opções para Moçambique

Cristina Manzanares

Março 2018

Introdução

Os sistemas públicos de seguros de saúde têm uma ampla presença nas políticas públicas de saúde, como forma de proteger à cidadania das despesas potencialmente catastróficas, especialmente em aqueles contextos em que o acesso à serviços está condicionado pela renda dos indivíduos. Representam uma das formas mais utilizadas para financiar sistemas de saúde, juntamente com o financiamento baseado em impostos gerais (*Tax-based*), os pagamentos no ponto de uso (*out-of-pocket payments - OOP*), e os seguros privados.

Os sistemas de seguros públicos de saúde, chamados SHI (**Social Health Insurance**) conformam um mecanismo de financiamento a través de contribuições de pré-pago realizadas geralmente pelos empregados na economia formal, normalmente com subsidio cruzado para cubrir outros segmentos da sociedade.

Outras modalidades estão a se desenvolver para abranger à economia informal, entre elas, os fundos comunitários de seguros de saúde (**Community-Based Health Insurance - CBHI**), que têm sido promovidos em África sub-sahariana e Ásia com resultados diferentes dependendo do contexto. Em alguns casos, estes fondos pequenos são integrados em fundos de âmbito nacional, para tornar mais eficiente a administração, cobrir défices com fundos de orçamento de Estado, e possibilitar a redistribuição de riscos e de rendas.

O objetivo de este documento é **reflectir sobre os sistemas SHI/CBHI**, analisar vantagens e desvantagens e oferecer recomendações pensando em uma possível preparação de um Seguro Social de Saúde em Moçambique, tomando em conta as características do país. O análise toma em conta áreas como cobertura, qualidade, equidade, complexidade administrativa, custos de transação e eficiência, entre outras variáveis, comparando também com o desempenho com os sistemas baseados em impostos gerais. São realizados cálculos aproximados sobre possíveis formas de seguros de saúde, incluindo implicações em áreas diversas, especialmente complexidade administrativa e relevância orçamental.

1. Sistemas públicos de seguros de saúde (SHI)

1.1 Características dos sistemas de Seguro Social de Saúde (Social Health Insurance, SHI)

Os sistemas SHI arrecadam aportações dos trabalhadores, geralmente em contextos de economia formal, agregam os fundos, e oferecem serviços de saúde pré-pagados. O objetivo geral de estes sistemas normalmente é cobrir a população ante possíveis despesas catastróficas de saúde.

A forma como os seguros de saúde são estruturados varia muito entre países, dependendo essencialmente de:

- As **ideias políticas** que tenham estado na base da estruturação do sistema: Seguros para grupos concretos da sociedade, nível de diferenciação dos serviços, nível de desigualdade aceitável, nível de solidariedade dentro da sociedade, tratamento da exclusão, papel do mercado, direitos de cidadania, etc.
- Os **processos económicos** em cada sociedade: A emergência dos *burgs* (sociedades de profissões concretas) na Idade Média levou à criação de mecanismos de solidariedade entre membros de estes grupos fechados (Ferreiros, pedreiros, artesãos), o qual configurou mais tarde de maneira decisiva as formas de seguros de saúde, que permanecem ainda hoje. Em sociedades agrárias de população dispersa, a tendência foi mais a privilegiar assistência a toda a população sem distinção por status ocupacional¹.

Estas configurações sociopolíticas e económicas históricas marcam de forma decisiva como são hoje os diferentes sistemas de SHI. Os casos africanos contemporâneos são necessariamente diferentes daqueles europeus que iniciaram no s.XIX porque os contextos locais e internacionais têm características completamente diferentes, em termos de organização social e económica².

Os sistemas de SHI compartilham algumas características essenciais:

- Os trabalhadores da economia formal ou informal são descontados ou **contribuem** mensalmente uma quantidade para ser utilizada em serviços de saúde
- O que dá direito ao uso é a **contribuição prévia**.
- O **sector público** tem algum papel na arrecadação/gestão/provisão/regulamentação.

Além disso, os sistemas de SHI diferem entre eles em muitas das suas características. Analisando sistemas de países diferentes, encontramos diferentes organizações dos sistemas SHI:

- **Cobertura:** Pode cobrir aos trabalhadores formais em geral, só aos funcionários, pode incluir trabalhadores por conta própria, e também pode incluir desempregados ou economia informal.
Os sistemas SHI geralmente geram exclusão de forma natural, porque fornecem serviços só a aquelas pessoas “asseguradas”. Os governos respondem diferente à exclusão gerada: Pode se incluir a população no ramo não-contributivo, ou pode se manter a exclusão de uma parte da população.
- **Provisão:** Pode ser pública, privada sem o com ânimo de lucro. Alguns países **utilizam o SHI para financiar o serviço nacional de saúde** (Costa Rica), outros fornecem a assistência médica com uma mistura de fornecedores públicos e privados (Alemanha), e outros estão baseados quase inteiramente em fornecedores privados (Ghana, Tanzânia).

¹ Baldwin, P. (1990): *The politics of social solidarity*. Cambridge University Press.

² Criel, B. Van Dormael, M. (1999): *Mutual health organizations in Africa and social health insurance systems: Will European history repeat itself?* Tropical Medicine & International Health 4(3).

- **Diferenciação na provisão:** Alguns países têm provisão diferenciada dependendo do status ocupacional. O sistema SHI permite aos que contribuem ser atendido no sistema público com melhor qualidade e também têm a possibilidade de ser atendido no sector privado, e existe outra red de sector público de menor qualidade focada em rendas baixas e nao contribuintes (México, Peru).
- **Nível de financiamento público:** Pode ir desde um financiamento público mínimo porque as contribuições salariais suportam a maior parte do sistema (França), até um sistema com um elevado financiamento público (Ghana 75%).
- **Gestao:** Geralmente existe um “fundo” que agrega os fundos e compra serviços no sector público, privado sem e com ánimo de lucro. A gestao de este fundo pode ser inteiramente pública, ou partilhada entre o sector público e os agentes sociais (empresários, sindicatos) numa gestao tri-partita, ou inteiramente gerida pelo sector privado com regulação pública.
Alguns países nao utilizam os fundos SHI para crear um fundo que cobre só aos assegurados, mais para financiar o **Serviço Nacional de Saúde** junto com as apotações dos impostos gerais (Tailândia).
- **Nível de autonomia dos fundos de SHI:** Podem ser fundos inteiramente destinados ao sector público ou podem comprar serviços de saúde no sector privado lucrativo e nao lucrativo com autonomia de decisao respeito ao sector público.

1.2 Comparação com sistemas SHI com sistemas financiados com impostos gerais

Características dos sistemas baseados em impostos gerais

Os sistemas baseados em impostos gerais utilizam a arrecadação geral em vez de contribuições dos trabalhadores especificamente destinadas à Saúde: Sao arrecadados impostos directos sobre renda e riqueza, e impostos indirectos sobre consumo e importações para financiar o Orçamento do Estado, e porém, o sistema de saúde.

Geralmente este tipo de financiamento está associado a **Serviços Nacionais de Saúde** (National Health Service – **NHS**), nos quais o Estado é também o **prestador do serviço** a través de uma rede de centros públicos. É o caso dos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega), do Reino Unido, Finlândia, Espanha, e da Cuba, e Sri Lanka, que sao, estes últimos, dois dos sistemas mais eficientes do mundo segundo a OMS³.

Estes sistemas têm uma característica distintiva: O direito à assistência sanitária é um **direito de cidadania nao sujeito à contribuições prévias** específicas para a Saúde. Sao sistemas chamados *universalistas*, que têm como objectivo igualar o status de cidadania das personas, **igualar o trato que as políticas públicas oferecem à cidadania** (nao favorecer políticas “para funcionários”, “para pobres”), bem como **reduzir as desigualdades** oferecendo um espaço desmercantilizado -sem presença do mercado- naquele poder exercer o direito à saúde sem a necessidade duma vinculação cidadao-direito a través do dinheiro (cash nexus)⁴.

Alguns estudos demostram que os sistemas universalistas têm uma capacidade maior que aqueles baseados em seguros ou em renda individual para redistribuir a renda, a riqueza e as

³ Chrisolm, D. Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal health coverage*. World Health Report 2010 Background Paper. Geneva: WHO.

⁴ Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.

oportunidades⁵, já que **nao oferecem qualidades diferenciadas de serviços públicos** e os pobres beneficiam muito de serviços de qualidade acorde com os estândaes das classes médias e altas.

Sobre a maior utilização dos serviços públicos por parte das classes médias e altas existe uma ampla literatura, que conclue que efectivamente estes grupos sociais têm mais capacidade de beneficiar do sistema⁶⁷, também no contexto de países de renda média e baixa⁸. Mais a inclusao de todos os grupos sociais é uma forma efetiva de que **os grupos de renda baixa tenham serviços de qualidade e nao serviços “para pobres” com baixos orçamentos**, baixa qualidade, baixo apoio electoral e baixos incentivos a contribuir por parte dos outros grupos da sociedade.

A evidência também conclui que as políticas universalistas, que garantem acceso e qualidade igual sêm dependência de contribuições prévias, generan mais mobilidade social: Os serviços de qualidade sao recebidos por todas as camadas sociais, por tanto as oportunidades nao dependem tanto da posição económica da família⁹¹⁰.

O Instituto das Nações Unidas para a Investigação em Desenvolvimento Social (UNRISD), e também organizações internacionais como Oxfam, com apoio académico da Universidade de Cape Town, recomendam aos países de renda média e baixa transitar para **sistemas universalistas, desligando contribuições de prestações**¹¹¹²¹³.

Organizativamente, os sistemas baseados em impostos gerais e com provisao pública (tipo NHS) priorizam geralmente a atenção primária, o enfoque preventivo, e o médico generalista é encarregue da referência dos pacientes dentro dum esquema de continuidade assistencial.

Em países de renda média-baixa, **Sri Lanka** têm um sistema de saúde baseado na provisao pública oferecida como direito de cidadania a todos os nacionais do país. O financiamento do sistema se realiza com impostos gerais, e nao existem provisoes públicas diferenciadas para diferentes grupos sociais. Esta política, junto com o empenho de décadas em melhorar a eficiência e eficácia do sistema, é reconhecida como o principal factor de desempenho positivo em termos de resultados do sistema de saúde no país¹⁴.

Interessantemente, o foco do sistema sri-lankês está n nível terciário e quaternário (hospitais), que sao os que recebem mais financiamento, porque **o objetivo do SNS é de reduzir/eliminar a despesa catastrófica, que majoritariamente é produzida no nível quaternário**. Considera-se que ao nível primário, onde também têm uma extensa presença o SNS, os cidadãos podem pagar mais da sua renda se precisarem serviços adicionais (porque nao vai ser despesa catastrófica). O sector privado têm uma presença crescente no país, especialmente em zonas urbanas, é cobre unicamente os grupos de renda alta que nunca perdem o seu direito de utilizar o serviço público.

A **Botswana** é outro caso interessante de modelo de acceso universal aos serviços públicos de Saúde. O 98% dos equipamentos de saúde do pais sao públicos. A Botswana aparece com um

⁵ Korpi, W. Palme, J (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality*. American Sociological Review.

⁶ Le Grand, J. (1982): *The strategy of equality: Redistribution and the social services*. London: Allen and Unwin.

⁷ Goodin, R. Le Grand J. (1987): *Not only the poor. The middle classes and the welfare state*. London: Allen and Unwin.

⁸ Yazbeck, A. (2010): *Attacking inequality in the health sector*. Washington: World Bank.

⁹ Hagfors (2009): *The welfare state, inequality and social capital*.

¹⁰ OECD (2010): *Intergenerational social mobility in OECD countries*. Paris.

¹¹ UNDP (2016): *Achieving universalism in developing countries*. Background paper. Human Development Report. New York.

¹² United Nations Institute for Social Development Research UNRISD (2010): *Poverty, social policy and politics*. Geneva.

¹³ Oxfam (2013): *Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind*. 176 Briefing Paper. Oxford, United Kingdom.

¹⁴ Rannan-Eliya, Ravi P. and Lankani S. (2009): *Sri Lanka: Good practice in expanding health care coverage*. Research Studies Series 3. Colombo: Institute for Health Policy.

dos melhores desempenhos do mundo no Índice de Acesso à de Serviços de Saúde criado pela OIT, tomando em conta o seu valor no Índice de Desenvolvimento Humano e a sua taxa de pobreza¹⁵. Este desempenho pode estar relacionado com o facto da assistência sanitária não estar relacionada com a posição económica nem laboral. O sector privado tem presença no país, com uma despesa muito elevada -quase a metade da despesa de saúde no país-, mais cobre uma pequena parte da população (o qual pode fazer refletir sobre eficiência).

Comparação de desempenho entre sistemas SHI e NHS

Os estudos realizados em países de renda alta mostram resultados de saúde semelhantes para os sistemas financiados com impostos gerais ou com SHI nos principais indicadores de esperança de vida e mortalidade por diferentes causas¹⁶. SHI tem piores resultados em aqueles indicadores de saúde que precisam de ações preventivas de escala populacional, como a prevenção do cancro¹⁷, já que normalmente não tem uma rede pública que possa abranger toda a população e as ações preventivas estão fragmentadas entre diferentes provedores com incentivos diversos.

Os sistemas SHI estão relacionados com custos mais elevados e crescentes para iguais resultados¹⁸, e com custos administrativos e de transação mais elevados¹⁹, devido à necessidade permanente de comprovação de contribuição e a gestão das exclusões, além de possíveis contratos com fornecedores privados com incentivos à seleção de pacientes (*Cream skimming*) e aumento de procedimentos e de custos (*Cost escalation*).

Os sistemas SHI geralmente são menos equitativos que os sistemas baseados em impostos gerais, já que geralmente têm um máximo de contribuição²⁰, mais também porque geralmente são utilizados fundos públicos para complementar um sistema que não beneficia a todos. Alguns exemplos são o relevante financiamento público destinado aos fundos privados de saúde e de pensões na França, com elevadas prestações só para os membros²¹, ou as contribuições de orçamento de Estado para os fundos de saúde na Tanzânia, seis vezes maiores per capita daquelas que se realizam para a população geral²².

A inequidade horizontal também é relevante: Os sistemas SHI normalmente oferecem qualidades diferentes para a mesma doença, devido à diversidade de fornecedores e à diversidade de esquemas que é associada com este tipo de sistemas no geral²³.

Para que um sistema de seguros públicos de saúde (SHI) seja factível, alguns especialistas recomendam que a economia seja altamente formalizada, que existam elevadas capacidades de gestão e administração dum sistema complexo de contribuições, pagamentos, reembolsos, e altas/baixas constantes do mercado laboral, e que a população esteja concentrada em núcleos urbanos, para facilitar a provisão²⁴.

¹⁵ ILO (2008): *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Social Security Policy Briefings. Paper 1. Geneva: ILO.

¹⁶ Van der Zee, J. Kroneman, M. (2007): *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. BMC Health Services Research

¹⁷ Wagstaff, A. (2009): *Social Health insurance vs Tax-Financed Health systems: Evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. Washington: World Bank.

¹⁸ Van der Zee (2007), Wagstaff (2009), Op. cit

¹⁹ Wagstaff, A. (2007): *Social Health Insurance Reexamined*. Policy Research Working Paper 4111. Washington: World Bank.

²⁰ Wagstaff, A. Van Doorslaer, E. et al (1992): *Equity in the finance of health care: Some international comparisons*. J Health Econ 11 (4) 361-87

²¹ Smith, T. (2006): *La France injuste 1975-2006: Pourquoi le modèle social français ne fonctionne plus*. Paris: Autrement.

²² Citado em Oxfam (op.cit) com dados de National Health Insurance Fund Tanzania (NHIF): Actuarial and Statistical Bulletin 2010 e World Health Expenditure Database (WHO).

²³ UNICEF. *Health insurance in Africa and Asia*. New York.

²⁴ Carrin, G. James, C (2005): *Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage*. International Social Security Review Vol. 58

2. Seguros públicos de Saúde na África subsahariana

Em África, a maior parte de países utilizam uma combinação de financiamento com impostos gerais e prestação de serviços não vinculada à contribuições prévias, bem como seguros de saúde públicos e privados, e contribuições externas²⁵.

2.2 Origens dos sistemas de seguros públicos na África subsahariana

Os sectores públicos de saúde em África eram em alguns contextos praticamente os únicos fornecedores de serviços na época post-colonial, mais com dificuldades de infra-financiamento e cobertura para uma população crescente. A **Declaração de Alma-Ata em 1978** promoveu o engajamento comunitário no financiamento dos sistemas de saúde. A **Iniciativa de Bamako (1987)**, impulsada pelos parceiros de cooperação, FMI e Banco Mundial, visava a melhorar os setores públicos de saúde infra-financiados com a **aplicação de taxas de usuário (user-fees)**, até alcançar como mínimo um 15% dos custos de operação.

Muitos países africanos implementaram estas medidas, e depois de décadas de aplicação podem se ver os efeitos complexos no acesso à provisão/ barreiras de entrada, cobertura e demanda de serviços, qualidade, diferenciação na provisão, relevância orçamental, complexidade administrativa, custos de transação e corrupção.

Em geral, a OMS não recomenda os pagamentos no ponto de uso por serem a forma menos equitativa de financiar sistemas de saúde e aquela que pode gerar mais despesa catastrófica²⁶. Existe um consenso sobre o facto dos pagamentos no ponto de uso ter um efeito de diminuição do uso dos serviços de saúde, e que a sua eliminação ou redução e aumentar a utilização²⁷, mesmo se não se observam geralmente grandes e imediatas mudanças no uso dos serviços²⁸.

O promédio atual de pagamentos no ponto de uso é de 40% da despesa total de saúde dos países na África²⁹, e chega a níveis de 72% em países como Nigéria³⁰. Esta escalação de custos está associada geralmente à presença majoritária do sector privado como praticamente único fornecedor de serviços em contextos com pouca presença de outro tipo de fornecedores.

Esta situação de elevados pagamentos no ponto de uso levou a muitos países a considerar outras formas de acesso à saúde com redução dos riscos financeiros. Neste contexto, os **seguros de saúde** emergiram com força a partir de 2000 em África. Em muitos casos, os sistemas de seguros públicos de saúde são considerados sistemas comunitários de seguros de saúde (*Community-Based Health Insurance-CBHI*), porque estão formados por pequenos fundos comunitários que, em alguns casos, são agregados no fundo nacional para potenciar a partilha de risco e o subsídio cruzado.

Nos países francófonos já existiam e foram reforçados esquemas semelhantes a aqueles existentes na França: “Caixas” de poupança e ajuda mútua (*Mutuelles de santé*) divididas por

²⁵ Jain, N. O'Connell et al (2011): *Health insurance in Africa and Asia*. New York: UNICEF.

²⁶ WHO: World Health Report 2008.

²⁷ James, C. Hanson, K (2006): *To retain or to remove user fees? Reflections on the current debate in low and middle-income countries*. Health Policy 5:137-153

²⁸ Lagarde, M. Palmer, N: *The impact of user fees on health service utilization in low and middle-income countries: How strong is the evidence?* Bulletin of the World Health Organization. Geneva.

²⁹ World Health Expenditure Database. WHO. Updated Nov. 2017

³⁰ Odeyemi, I, Nixon, J. (2013): *Assessing equity in health care through the national health insurance of Nigeria and Ghana: A review-based comparative analysis*. Journal for Equity in Health, 12:9

comunidades geográficas ou por profissões, que angariam fundos para comprar serviços de saúde, e servem também para cobrir os elevados co-pagamentos na rede sanitária pública³¹.

Nos países anglófonos foram também apoiadas e criadas organizações de apoio mútuo (*Mutual Health Organizations - MHO*), baseadas no uso da rede pública -para cobrir os pagamentos no ponto de uso- e sobretudo numa crescente rede privada, concentrada em zonas urbanas e com elevados custos para os usuários.

Uma corrente interessante é o uso dos sistemas CBHI como porta de entrada para sistemas nacionais, em construção, de partilha do risco em *pools* mais grandes.

2.2 Desempenho dos sistemas de seguros e microseguros em África subsahariana

A evidência sugere que os sistemas de seguros e microseguros de saúde têm um impacto positivo na mobilização de recursos para a saúde e na proteção financeira em contextos com elevados pagamentos no ponto de uso. Nos casos estudados, os agregados familiares assegurados têm um risco menor de sofrer despesa catastrófica e utilizam mais os serviços de saúde.

A evidência não demonstra uma melhoria na qualidade da provisão e sim uma preferência dos provedores de saúde por aqueles pacientes que podem pagar no ponto de uso. Também não se demonstra impacto positivo na inclusão social, entendida como participação dos grupos vulneráveis³², de facto são bastantes os estudos que concluem que os pobres normalmente têm elevadas taxas de exclusão de estes esquemas³³.

Os estudos demonstram que o interesse por se integrar num sistema de seguro de saúde, também no caso dos seguros comunitários, é maior quanto maior é a renda da família. Também se observam elevadas taxas de abandono dos seguros de saúde, por não poder pagar, mais também por fraca qualidade na prestação dos serviços³⁴.

Na maior parte dos esquemas de seguros, o papel do sector público é muito relevante, sendo o Orçamento de Estado geralmente o principal financiador ou um dos mais relevantes, e concentrando a maior parte do risco financeiro³⁵.

2.3. Casos de estudo

Ghana

National Health Insurance Scheme (NHIS) - Fundo para a cobertura de riscos de saúde

- **Objetivo principal:** Diminuir a incidência de despesa catastrófica em um sistema de saúde majoritariamente de provisão privada e com elevados custos para os utentes.
- **Formado por fundos de seguros diversos**, alguns Distritais, que se fundem num só fundo NHIS

³¹ Ndiaye, P. et al. (2007): *A view from beneath: Community Health Insurance in Africa*. Tropical Medicine and International Health. Volume 12 No.2

³² Spaan, E. Mathijssen, J. (2012): *The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review*. Bulletin World Health Organization 2012;90:685

³³ Carrin, G. Waelkens, M. Criel, B. (2005): *Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems*. Tropical Medicine and International Health Vol. 10 No.8

³⁴ Umeh, C. Feeley, F. (2017): *Inequitable access to health care by the poor in Community-Based Health Insurance Programs: A review of studies from low- and middle-income countries*. Global Health: Science and Practice. Volume 5.

³⁵ Baeza et al. (2002): *Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organization*. Geneva: ILO.

- **Financiado em 75% com impostos gerais:** Os fundos não são adicionais, foram retirados do orçamento do Ministério da Saúde, de forma que a despesa pública para saúde manteve-se (mais foi redirecionada para o sector privado a través do fundo)³⁶. O resto é financiado com **aportações dos trabalhadores da economia formal** (6%) e uma parte do IVA.
- **Membros que contribuem (36%):** Obrigatório para os trabalhadores da economia formal. O resto da população deve formar parte ou demonstrar que têm seguro privado (na realidade a maior parte da população não participa – 54% em 2010) atualizar
- **Membros que não contribuem (64%):** Menores de 18 anos, maiores de 70, grávidas, e pessoas em situação de pobreza extrema. Só 1% das pessoas em situação de pobreza foram inscritas, mesmo sendo gratuito para eles. As estatísticas mostram 28% da população em risco de pobreza.
- **Pacote amplo de benefícios, que exclui:** Cancro (inclui mama e cervical), diálise, imunização e serviços incluídos em programas públicos verticais, ARV, HIV-SIDA.
- **5.000 provedores** majoritariamente privados acreditados, também a rede pública.
- **A inscrição no seguro** está relacionada com o status socioeconómico (a maior renda, maior probabilidade de participar no esquema). Não se chega aos mais pobres, já que os custos são considerados elevados para muita parte da população³⁷. Esta conclusão é consistente com outras que sinalizam na mesma direção para os seguros CBHI.
- **Impacto:** Os estudos oferecem um resultado misto, com proteção financeira para hospitalização, e por tanto diminuição de despesa catastrófica, mais sem efeito significativo em outras despesas não relacionadas com internamento (medicamentos, consultas, etc.)³⁸
- **Dificuldades de sustentabilidade económica e fundos quebrados, porque:**
 - Os provedores privados têm incentivos a **aumentar** o número e complexidade dos procedimentos, as receitas farmacéuticas e os preços de todos os bens e serviços (*Cost-escalation*), já que o fundo reembolsa.
 - Não é **médico generalista** como ponto de entrada, que possa guiar o atendimento médico: As pessoas podem ir directamente ao nível hospitalar, com custos mais elevados.
 - **A relação entre contribuintes/ingressos e despesas não parece sustentável.** Quantas mais pessoas inscritas, menos sustentável, já que a maioria não contribui, por questões de melhorar o acesso. A OIT alertou desta situação em 2006, mais a pressão por ter um sistema de seguros rapidamente foi considerado prioritário, já que era um compromisso eleitoral³⁹.

³⁶ Witter, S. Garshong, B. (2009): *Something old or something new? Social health insurance in Ghana*. BMC International Health and Human Rights 9:20

³⁷ Jehu-Appiah, C et al. (2011): *Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why?* Social Science and Medicine 72 (2011) 157-165

³⁸ Chankova, S. et al. (2008): *Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa*. Health Policy and Planning 23:264-276

³⁹ Akua, I Adjei, S. (2008): *Public social policy development and implementation: A case study of the Ghana National Health Insurance Scheme*. Health Policy and Planning 23:150-160.

Rwanda

O sistema de seguros de saúde comunitários de Rwanda (mutuelles de santé ou CBHI-Community-Based Health Insurance) foi criado a partir de 1999 como forma a responder ante as **elevadas taxas de usuário e preços não assequíveis para a população no nível hospitalar** dentro do Serviço Nacional de Saúde.

As opções possíveis eram i) **diminuir o eliminar os pagamentos no ponto de uso**, transitando para um sistema baseado em impostos gerais, ii) expandir o seguro nacional de saúde gerido centralmente, já em funcionamento para a parte formal da economia (6%) e os militares (1%), ou iii) criar um **pagamento/ seguro obrigatório** para toda a sociedade, incluindo a economia informal.

O Governo de Rwanda escolheu criar um **seguro comunitário**, inspirado em outras experiências na África do Oeste, sendo ciente que muitas iniciativas não tinham funcionado como esperado por diversas razões: Baixa taxa de inscrição e dificuldades para manter anualmente os pagamentos, insuficiente qualidade na gestão, baixa qualidade na provisão ou inexistência de fornecedores na zona de residência das pessoas asseguradas, poucos incentivos das pessoas com melhor saúde e mais recursos a se juntar ao fundo, e fraca sustentabilidade financeira geral⁴⁰.

As ideias-base de esta escolha política dos seguros comunitários foram uma forte orientação para à **responsabilidade individual, cobertura individual ante os riscos da vida como parte de uma saída individual e comunitária da pobreza**, e a visão de que *todas* as pessoas contribuam para o financiamento do sector. Outras ideias políticas chave foram o fortalecimento da sociedade civil e reconciliação depois do genocídio de 1994, a través de participação a sociedade civil na gestão dos seguros comunitários, a construção nacional, a auto-confiança no destino do país, e legitimidade política para o partido no poder, bem como a não dependência dos fundos externos para financiar o sistema de saúde⁴¹.

O 40% mais pobre da população pode se inscrever no esquema e está exento de pagamento. O 60% restante da população é dividido entre o escalão médio (5\$ por ano por família), e os dois escalões mais elevados (10\$ por família e ano)⁴². Os pagos das famílias conseguem cobrir aproximadamente um 66% dos custos de funcionamento do fundo, sendo o resto coberto pelos co-pagamentos dos utentes (6%), os fundos públicos (14%), os subsídios cruzados com os seguros privados de saúde, outras fontes de receita e a cooperação internacional.

A rápida expansão da cobertura, que alcançou 91% em 2011 e depois diminuiu até 75% em 2014, tem a ver com a decidida política de criação de CBHI nas comunidades e distritos, e a pressão colocada sobre gestores distritais e Agentes Polivalentes Elementares (*Community Health Workers*) para conseguir a máxima inscrição. Uma característica distintiva do modelo rwandês é a **obrigatoriedade de ter um seguro**, seja CBHI, RAMA (Economia formal), militar ou privado, com a existência de multas para aqueles que não estejam cobertos. Mesmo assim, a cobertura não é 100%.

Depois das reformas legislativas de 2007 e 2011, o CBHI já é muito menos comunitário e muito mais centralizado, dadas as necessidades de gestão profissionalizada do fundo. De facto, o Ministério da Saúde já não gere o seguro: Foi transferido para o Programa de Seguridade Social

⁴⁰ De Allegri et al. (2011): *Community health insurance in Sub-Saharan Africa: What operational difficulties hamper its successful development?* Tropical Medicine & International Health, 14 (5)

⁴¹ Chemouni, B. (2016): *The political path to universal health coverage: Elite commitment to community-based health insurance in Rwanda*. ESID Working Paper No.27. Manchester, UK: The University of Manchester.

⁴² ILO (2016): *Progress towards Universal Health Coverage: Rwanda*. Social Protection Department, Geneva.

e **tomou mais a forma dum Seguro Social de Saúde** (Social Health Insurance, SHI) a nível nacional.

A prestação que oferece o seguro de saúde é pagar uma taxa moderadora baixa por consulta (0,34\$, aprox 21 meticais), e pagar só um **10% da factura hospitalar**, dentro de um sistema de referência do médico geralista ao médico especialista com continuidade assistencial. Anteriormente, os utentes pagavam um 50% das facturas hospitalares e o risco de despesa catastrófica era muito maior.

Em geral, o risco de despesa catastrófica em aqueles agregados familiares assegurados é muito menor (aproximadamente a metade) que em aqueles não assegurados, e a utilização dos serviços de saúde é mais elevada⁴³. Com a introdução do CBHI, foram reduzidos os “shocks de consumo” associados a episódios de despesa catastrófica de saúde⁴⁴, e os indicadores de saúde na população geral melhoraram muito, entre eles a mortalidade materno-infantil.

O montante de despesa a ser paga no momento do uso (OOP) diminuiu muito (à metade) para toda a população, e ainda muito mais para aqueles assegurados (Até um terço daquilo que era pago antes de iniciar o sistema de *mutuelles*)⁴⁵. Mesmo assim, continua a ser uma carga elevada para os agregados familiares, representando aproximadamente um 15% da Despesa Total de Saúde no país (Total Health Expenditure THE) em 2012, e aumentando para 18% em 2013⁴⁶.

⁴³ Saksena et al. (2010) *Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on Access to care and financial risk protection*. Health Policy

⁴⁴ Shimeles, A. (2009): *Community-based health insurance schemes in Africa: The case of Rwanda*. African Development Bank.

⁴⁵ Lu, Ch. Et al. (2012): *Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in its First eight years*. PLoS ONE 7(6): e39282

⁴⁶ Nyandekwe et al: (2014): *Universal health coverage in Rwanda: dream or reality*. Pan African Medical Journal.

3. Seguro Social de Saúde em Moçambique: Situação atual

3.1 Seguro para funcionários: Assistência Médica e Medicamentosa (ASMED)

O seguro público de saúde gerido pelo INPS abrange aos aproximadamente 353.000 funcionários públicos do país, que contribuem mensalmente com 1,5% do salário. Este seguro inclui basicamente a mesma cobertura que o resto de cidadãos que contribuem só por vias indiretas (impostos gerais), e que não contribuem adicionalmente à Saúde com um aporte especial como sim realizam os funcionários.

O AsMed inclui algumas coberturas extra no Serviço Nacional de Saúde, por exemplo poder ser internado em quartos com menos pessoas, dependendo do nível de chefia ocupado, ou ter descontos de entre 5 e 50% nas consultas médicas e nas farmácias dos hospitais públicos, segundo o Decreto 11/96 que regula a Assistência Médica e Medicamentosa dos Funcionários e Agentes do Estado.

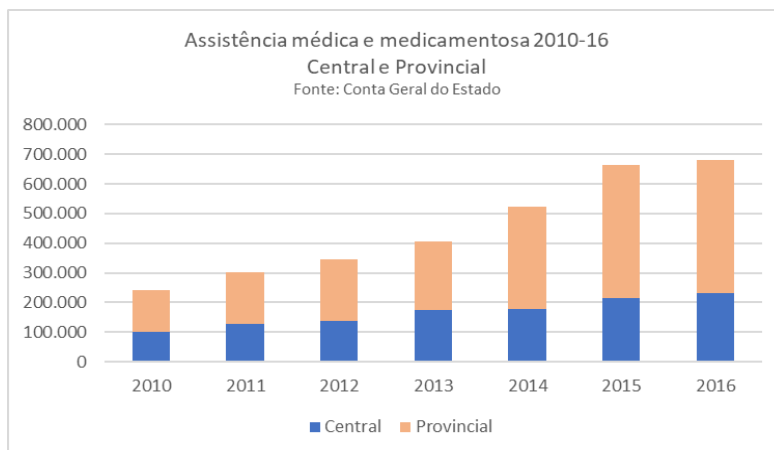
Estas prestações adicionais não representam exclusão dos outros cidadãos do Serviço Nacional de Saúde ou um atendimento significativamente diferente, o qual faz a experiência moçambicana muito interessante, já que geralmente os sistemas de seguros, também públicos, geram exclusão de forma natural: Só cobrem as pessoas que previamente contribuíram. Em realidade, AsMED não têm um enfoque contributivo-assegurativo num sentido estrito, já que **o atendimento de saúde está baseado num direito de cidadania** que inclui a todos os cidadãos, e não em uma contribuição prévia.

A impossibilidade de excluir à maioria da população e a inviabilidade de oferecer prestações muito por acima do standard dentro do sistema público fazem com que **a diferença entre os que contribuem e os que não seja pequena**. Este sistema gera descontento nos funcionários, já que não sempre encontram a **qualidade assistencial** nem os medicamentos que precisam, e vem como a maior parte da população não contribui tão diretamente como eles para o Serviço Nacional de Saúde.

Esta “pouca diferenciação”, desde um ponto de vista de análise de sistemas de bem-estar é uma base positiva para **manter um único pool de contribuintes-usuários com possíveis contribuições diferenciadas por renda mais prestações iguais ou muito semelhantes**. O rol do sistema fiscal seria, precisamente, conseguir que cada um pague segundo a sua capacidade, seja usuário ou não o sistema, e ter orçamento público para que cada um receba segundo a sua necessidade (princípio básico de equidade).

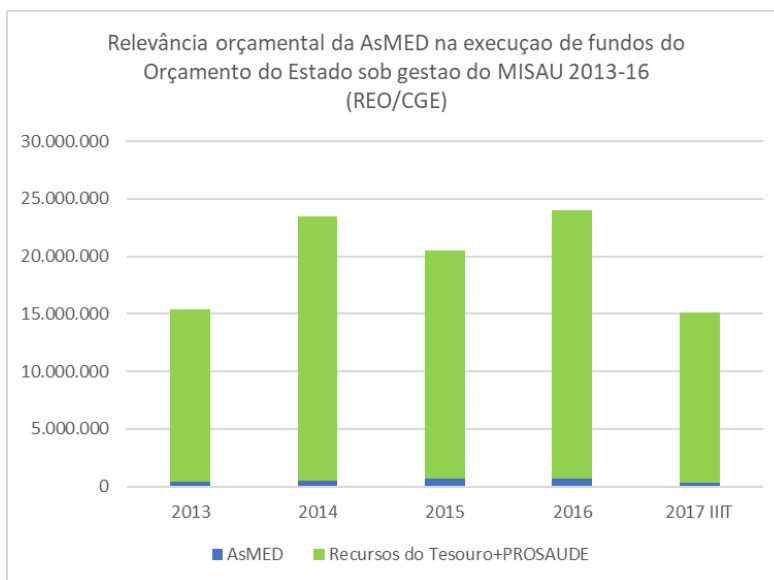
Relevância orçamental do AsMed

AsMED representa um fluxo estável de fundos para o **orçamento do MISAU**, de aproximadamente 700 milhões de meticais por ano. Estes fundos têm uma tendência crescente nos últimos anos especialmente no nível provincial, acompanhado pelo aumento das contratações nos níveis desconcentrados.



*Dados em miles de meticais

AsMED representa aproximadamente um 2,5% do orçamento do MISAU.



3.2 INSS

O INSS desconta 7% do salário dos trabalhadores do sector privado, do qual um 4% é pago pelos empregadores e um 3% pelos trabalhadores. Em data 31 Dezembro de 2017, o número de trabalhadores beneficiários do sistema era de 1.349.000 (Dados INSS).

O sistema do INSS oferece **substituição de rendas** em caso de doença, maternidade ou morte. Em caso de doença, é oferecido um subsídio equivalente ao 70% do salário médio dos últimos 6 meses, durante os dias que dure a incapacidade laboral. Também é reembolsado o pagamento por internamento no SNS (10mt/noite). Em caso de licencia de parto, é oferecido um subsídio de 100% do salário durante 2 meses, proximamente a ser ampliado a 3 meses.

Não existe, então, um aporte específico da economia formal para o Serviço Nacional de Saúde, como sim existe para o caso dos funcionários públicos.

3.3 Desenvolvimentos na área de Seguro Social de Saúde em Moçambique

Em Dezembro de 2017 o Conselho de Ministros aprovou uma proposta do Ministério da Saúde referente à criação dum **Seguro Social de Saúde**. A proposta é ampla e deixa aberta a possibilidade de dar forma a um possível seguro, processo previsto para ser completado em 2019.

O objetivo principal é arrecadar fundos do sector formal da economia e **garantir que o assegurado/a receva a assistência médica e medicamentosa de acordo a pacotes previamente acordados**, tendo em conta a **inclusão dos grupos mais vulneráveis**.

Não está claro em este momento se a proposta seria:

- Propor uma contribuição do sector privado formal, proveniente dos salários
- Propor uma contribuição do sector informal, com uma taxa fixa por ano
- Criar um sistema verdadeiramente assegurativo, naquele só os assegurados tivessem acesso à cuidados de saúde.

Alguns riscos identificados no documento da proposta aprovada pelo Conselho de Ministros:

- Elevados custos administrativos
- Necessidade de ter recursos humanos com competências na área
- Prevenir que os custos de operação sejam maiores do que as receitas
- Risco de que o MEF reduza o financiamento do sector
- Risco de centrar a atenção em aqueles que contribuem
- Risco de evasão fiscal

4 Reflexão sobre opções de Seguro ou outras contribuições para o Serviço Nacional de Saúde (SNS)

4.1 Objetivos de um possível Seguro Social de Saúde

Em este contexto, será importante reflectir sobre quais são os objetivos principais do Seguro Social de Saúde e quais podem ser as implicações:

- **Redução dos pagamentos catastróficos no ponto de uso**

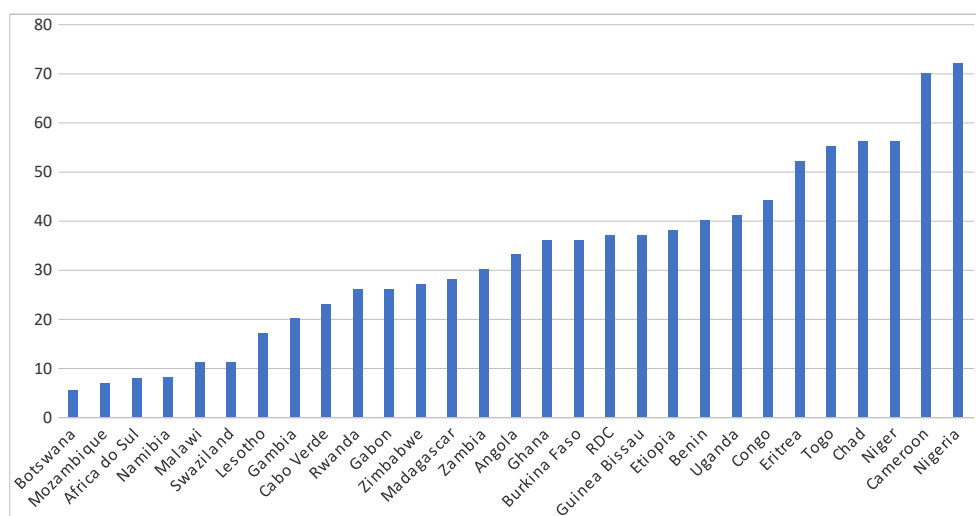
A razão mais comum para iniciar Seguros de Saúde na África nas últimas décadas foi o enorme peso dos pagamentos no ponto de uso (OOP), uma parte dos quais levavam a despesa catastrófica.

Moçambique é um dos países de África Subsaariana com **menores pagamentos no ponto de uso** (6,8% segundo a OMS, para 2015). É interessante observar como os países da África Austral são os que menores OOP têm, começando por Botswana, Moçambique, África do Sul, Namíbia, Malawi, Swazilândia e Lesoto.

Em este contexto, são os pagamentos no ponto de uso a razão principal para pensar em ter um Seguro Social de Saúde?

Out-of-pocket payments (OOP) em África subsaariana, 2015

% de OOP respeito a Despesa Corrente de Saúde CHE (Current Health Expenditure)



Fonte: WHO Global Health Observatory. Data Repository. Atualizado 17 Novembro 2017.

- **Melhor financiamento do Serviço Nacional de Saúde**

Está clara a necessidade do SNS de melhorar o seu financiamento. Pode ser um Seguro a forma mais eficiente e relevante de somar fundos para o sector?

Dado que os funcionários (353.000) já contribuem com **pagamentos diretos para o SNS**, uma opção seria ampliar o modelo AsMED para os trabalhadores da **economia formal** (1.349.000) e também pode se pensar para a **economia informal**, que representam um 80% dos trabalhadores⁴⁷.

⁴⁷ Inquérito contínuo de Agregados Familiares (INCAF). 2012-13. Instituto Nacional de Estatística. Maputo

Em este ponto podemos reflexionar sobre por qué deve ser o **factor trabalho** a contribuir prioritariamente para o sostenimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O trabalho é um dos factores chave da economia, mais também a terra e o capital (físico, financeiro) podem ser gravados e forma adicional para conseguir incrementos de Orçamento de Estado que possam potencialmente reverter na Saúde.

Além disto, será chave negociar com MEF se a introdução de um possível seguro de saúde trará fundos adicionais para o sector, ou serao **detráídos do Orçamento de Estado**. Em reuniões mantidas, a posição do MEF foi de **nao adicionalidade**: O compromisso de 8,5% - 9,5% de orçamento para o sector da Saúde respeito ao orçamento nacional até 2021 poderia ser calculado contando todos os fundos, o qual significa que uma maior receita para o sector poderia **implicar uma redução de fundos de Orçamento de Estado para o sector**.

4.2 Forma de um possível Seguro Social de Saúde

Respeito à forma de uma possível contribuição adicional/seguro, haveria que distinguir se se quere:

- A) Um sistema de **contribuição directa dos trabalhadores da economia formal e informal para o Serviço Nacional de Saúde**, que poderia recolher pagamentos em forma de cartao/contribuição obrigatória, ou
- B) Realmente um **seguro**, que “assegure” um determinado tipo de atendimento. Isto quer dizer que:
 - Defina um pacote de serviços que devem estar **sempre garantidos**, em todo caso, para os assegurados, e
 - Exclua do atendimento aqueles que nao contribuíram (ou genere mecanismos de subvenção da população nao coberta, com Orçamento de Estado)

4.3 Diferenciação na prestação do serviço

Uma pergunta chave para chegar ao tipo de contribuição/seguro mais adequado à realidade de Moçambique será se queremos diferenciação na prestação do serviço de Saúde.

Se a opção é um “seguro” com prestações diferenciadas para aqueles que contribuem, deve se considerar o seguinte:

- **Pode/ deve o SNS ter duas qualidades para dois tipos de cidadãos?** Pode a política pública, com orçamento de Estado, e utilizando um investimento público realizado durante décadas (capital físico e humano) dar um atendimento melhor a um grupo da sociedade? Queremos que o SNS contribua para à diminuição ou para à ampliação das desigualdades sociais?
- Tem capacidade o SNS para garantir sempre (24h/24h) o tipo de serviço de qualidade para todos os pacientes “assegurados”?

Entao, podemos falar de **seguro** no quadro do SNS?

Se nos mantemos no quadro do SNS, pode ser mais exacto falar de **contribuições ao SNS, em vez de Seguro**: Não existe, de momento, com as condições atuais, a garantia de que o serviço estará sempre disponível e com a qualidade esperada pelos contribuintes.

Se a prioridade é responder às demandas daqueles que contribuem, oferecendo um atendimento melhor, algumas opções para fornecer serviços de “mais qualidade” a aqueles que contribuam poderiam ser:

- **Priorizar os que contribuem no atendimento no SNS** (prioridade em consultas e listas de espera). Esta opção implica a **dualização** do sistema de saúde: Criar cidadãos de duas categorias, quando además, a maior parte do financiamento do SNS (97,5%) vem de Orçamento de Estado, não das contribuições de este grupo (e mesmo que assim fosse).
- **Permitir a utilização de Clínicas Especiais para os que contribuem**: Tendo em conta que em promédio, os que contribuem no AsMED atualmente pagam 1.983 Mzn por ano⁴⁸, uma consulta de emergência na Clínica Especial do HCM custa 2.000 Mzn, e um parto aprox. 90.000 Mzn, a sustentabilidade financeira se estima difícil, além de que os médicos das Clínicas Especiais normalmente não aceitariam alguém que não pagasse por já ter contribuído no SNS.

Outras considerações **distributivas**, provavelmente mais importantes que as financeiras, devem ser feitas: As Clínicas Especiais utilizam recursos públicos para o seu funcionamento, e arrecadam receita que é utilizada para remunerar adicionalmente a médicos e pessoal. Quando alguém utiliza as Clínicas Especiais e paga o custo “marginal” do serviço (os custos maioritários de base são assumidos pelo Orçamento de Estado), está a captar uma subvenção que outros grupos da população não captam. Estes casos são bem conhecidos na literatura dos sistemas de bem-estar, como caso típico de preferências das classes médias e elites que conseguem extração de rendas respeito ao Orçamento de Estado (ter um serviço preferencial diferenciado financiado por todos, também por aqueles que não podem aceder a esse serviço).

Desde um ponto de vista de sistemas de bem-estar, a igualdade de trato aos cidadãos desde a política pública é importante (*igualdade de status*). Os sistemas que oferecem a mesma qualidade de serviço e mesmo tratamento digno a todos os cidadãos, independentemente da sua posição ocupacional, social ou económica, e da proveniência das suas contribuições, têm mais capacidade para reduzir pobreza e desigualdade. Esta igualdade de *status* pode ser inclusive mais relevante que outras dimensões da igualdade, como as rendas ou o bem-estar material⁴⁹.

4.4 Exclusão

Os sistemas de seguros geram **exclusão** de forma natural, porque estão pensados para cobrir só aos “assegurados”. As políticas públicas têm longamente trabalhado para incluir aos grupos excluídos nos sistemas de seguros, geralmente com Orçamento do Estado, mais também com outros mecanismos como “contribuições específicas para o sector Saúde”, como é o caso do Rwanda.

Qual poderia ser o enfoque da exclusão no caso moçambicano?

⁴⁸ Dados provenientes da Conta Geral do Estado. São cálculos realizados de forma aproximada sabendo que a arrecadação é de 700 milhões de meticais e o número de funcionários é de 353.000.

⁴⁹ Marshall, T.H. (1950): *Citizenship and social class*. London: Unwin and Allen.

- Um seguro “puro” geraria logicamente exclusao de aqueles que nao contribuem.
- Um sistema de “contribuicoes ao SNS”, ampliando ao máximo a base de contribuintes poderia nao gerar exclusao se é mantida a universalidade no acesso ao SNS.

4.5 Custos administrativos

Dependendo do tipo de sistema escolhido, os custos administrativos podem ser muito elevados, por exemplo:

- Gestao permanente de informacao sobre altas/baixas no mercado laboral e contribuicoes associadas
- Gestao permanente de cartoes/direito de acesso / pagamentos para contribuintes e dependentes
- Trabalhos de identificacao de escala populacional (no caso de querer diferenciar as contribuicoes por renda)

4.6 Relacao do seguro/contribuicao à saúde com as taxas de usuário

Será interessante pensar se a introducao de um pagamento adicional via emprego formal ou incluindo também a economia informal poderia substituir o pagamento nas unidades de saúde.

Algumas consideracoes importantes sao:

- Os pagamentos únicos, anuais o mensais, com entrada direta ao orçamento do MISAU/SNS têm a vantagem de **poder ser planificados para grandes açoes de política pública**, incluindo o financiamento das Unidades de Saúde e hospitais, mais também formacao, equipamentos, medicamentos, etc.
- Por outro lado, os pagamentos atualmente realizados nas Unidades Sanitárias cobrem correntemente despesas básicas que em alguns casos compensam a insuficiência da dotacao de Orçamento de Estado (agua, eletricidade, alimentacao nos casos de internamento, etc.). Tendo em conta que só um 34% das Unidades Sanitárias têm agua e eletricidade simultaneamente⁵⁰, retirar estes fundos poderia ser complexo, se nao foram imediatamente substituidos e acrescentados por fundos de Orçamento de Estado.

Um estudo calculou os fundos necessários para a remocao das taxas de usuário em 2007 e chegou à conclusao que, em caso de abolição das taxas, deveria se aumentar um 5,5% o orçamento dirigido às Unidades Sanitárias, e um 30% o orçamento destinado a medicamentos, e os benefícios da abolição em termos de acesso seriam claros⁵¹.

- Pode-se analisar a potencialidade dos pagamentos únicos como **forma de diminuir a apropriacao indevida de recursos** nas Unidades Sanitárias e Hospitais. Poderia funcionar um cartao que amostrasse que aquela pessoa ja contribui e por tanto ja nao precisa fazer mais contribuicoes? **Seria factível um sistema de saúde sem pagamentos no ponto de uso?** Qual seria a reacao dos trabalhadores de primeira linha acostumados a receber pequenos pagamentos informais para atender os pacientes?

⁵⁰ Health Service Delivery Indicators Report (2015). Maputo: World Bank

⁵¹ Cabral, J: (2007): Abolição das taxas aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique. Universidade Nova de Lisboa.

5. Análise de opções de contribuição adicional ao SNS

Para apoiar a reflexão sobre as possíveis opções, são feitos aqui cálculos preliminares para estimar a possível receita neta gerada por diferentes formas de contribuições.

Será fundamental analisar a economia política de estas opções, isto é, os incentivos dos grupos sociais e os conflitos distributivos que inevitavelmente têm toda política pública (quem ganha, quem perde, quais são as forças que podem estar interessadas em promover/parar reformas em este sentido).

5.1 Contribuição da economia formal

Se o objetivo for incluir a economia formal em um pagamento semelhante a aquele dos funcionários, poderia se ativar uma contribuição adicional via INSS, por exemplo de 1,5% do salário, repartida entre empregador/trabalhador da forma considerada mais adequada.

A estimação a grandes rasgos de fundos adicionais poderia ser assim: Os 1.349.000 contribuintes/beneficiários atuais do INSS contribuem adicionalmente cada mês com um 1,5% do seu salário (promédio de salário de 10.000 Mzn netos). O resultado seriam 2.428 milloes de meticais por ano, que representaria um aumento de 12% do Orçamento do SNS.

	Núm benef	Contrib. Anual promédio Mzn	Mzn totais/ano	% orçam MISAU
Formal - via INSS	1.349.000	1.800	2.428.200.000	12%

Esta opção é lógica desde diferentes pontos de vista:

- Contribue, junto com os impostos gerais, para o financiamento do SNS, com prestação igual de serviço para todos os cidadãos.
- Iguala contribuições do sector privado formal com os funcionários (1,5% para Saúde, 7% para pensões)
- Carrega mais impostos na parte da sociedade que têm empregos formais melhor remunerados
- Utiliza canais já existentes de cobramento, por tanto têm certa simplicidade administrativa
- Têm um potencial significativo para aumentar de forma relevante o orçamento do SNS com recursos domésticos

Esta opção traz também algumas reflexões:

- Estamos a gravar o **factor trabalho**, quando á outros factores da economia que também podem ser gravados (capital, terra), que además concentram a maior parte da riqueza
- O INSS deveria, em este contexto, **arrecadar e depois transferir ao MISAU/SNS**. Em este momento não está clara a disponibilidade/ capacidade operativa do INSS para gerir esta arrecadação adicional.
- Se não fora o INSS, haveria que pensar em outras instituições para realizar o trabalho de arrecadação, com a máxima simplicidade administrativa.
- Os cálculos foram feitos com uma estimativa de 10.000 Mzn netos por mês de salário promédio. Será importante repetir o cálculo com os dados reais.
- O aumento da imposição sobre salários poderia trazer uma redução do emprego formal e maior preferência pelo emprego informal⁵², mais dado o pequeno volume do imposto (+1,5% do salário), não parece que o efeito pudesse ser significativo.

⁵² Wagstaff, A. (2007): *Social Health Insurance reexamined*. Washington: World Bank

5.2 Contribuição da economia informal

Se existe uma preferência por integrar também à economia informal nas contribuições para o SNS, podem se propor algumas opções, tendo em conta sempre que:

- Recomenda-se manter um único pool de contribuintes e usuários, isto é, todos os contribuintes pagam para o mesmo fundo e recebem a mesma qualidade de serviço
- Máxima simplicidade administrativa

Opção 1. Modelo Rwanda com algumas diferenças

Esta opção implica que toda a população em economia informal contribui para o SNS, exceptuando aqueles identificados como “pobres” pelos dispositivos já existentes de Proteção Social (Segurança Social Básica) do Ministério de Género, Criança e Acção Social (MGCAS). Inclui já as 2 formas de contribuição da economia formal (AsMED para funcionários e contribuição adicional de 1,5% para o sector privado).

Poderia ser, por exemplo, um pagamento anual de 200mt/pessoa para obter o cartão do SNS, e poderia incluir crianças, grávidas, idosos e todos os grupos sociais. No caso de eximir estes grupos, os ingressos diminuiriam aproximadamente um 50-60%.

A forma de **pagamento, recolha, gestão e transferência dos fundos para o SNS** não está clara. Poderiam ser os mesmos Centros de Saúde como na Rwanda, mais dada a situação atual da arrecadação nas Unidades Sanitárias e Hospitais, não se recomendaria esta opção.

A estimativa de arrecadação adicional neta com este sistema, no caso de encontrar uma fórmula de gestão, da, orientativamente, benefício quase zero no primeiro ano (por os custos de impressão de cartões e início das actividades), e um resultado aproximado de 3.350 milhões de meticais por ano (+17% de orçamento para o SNS/MISAU).

ANO 1						
	Núm contrib	Contrib \$-MZN		Estimação total MZN	% orç MISAU	Estimação total USD
Ingressos anuais brutos do SSS	20.743.000	USD	MZN	3.440.467.200	17%	57.341.120
Beneficiários de proteção social	3.575.000	0	0	0	0%	0
Economia informal	17.168.000	3,34	200	3.440.467.200	17%	57.341.120
Custos iniciais				3.180.240.000		
Impressão inicial de cartões	17.168.000		180	3.090.240.000	15%	51.504.000
Unidades de gestão e transferência ao SNS				87.800.000		
Logística, deslocamentos				2.200.000		
RESULTADO ANO 1				260.227.200	1%	4.337.120
ANO 2						
Ingressos anuais brutos do SSS	20.743.000	USD	MZN	3.440.467.200	17%	57.341.120
Beneficiários de proteção social	3.575.000	0	0	0	0%	0
Economia informal	17.168.000	3,34	200	3.440.467.200	17%	57.341.120
Custos anuais do SSS				90.000.000		
Unidades de gestão e transferência ao SNS				87.800.000		
Logística, deslocamentos				2.200.000		
RESULTADO ANO 2				3.350.467.200	17%	55.841.120

Algumas considerações:

- Seria descontinuada a gratuidade do sistema no ponto de uso? Isto é um avanço de financiamento ou um retrocesso na cobertura?
- Qual resposta para o não-pagamento?
- O que acontece com as intervenções de escala populacional que o SNS realiza normalmente? (Imunização, prevenção, etc.) – Abrangiriam também pessoas sem cartão? (Não podemos assumir que haverá um 100% de pagamento)
- Não é uma opção progressiva nem redistributiva, mais foi priorizada a simplicidade

Opção 2. Contribuição estratificada da economia informal

Outra opção significativamente mais complexa seria **identificar as pessoas segundo o seu nível de renda e riqueza**, e estabelecer pré-pagamentos diretos para Saúde em base aos escalões determinados. O modelo de Rwanda funciona assim, baseado em identificações comunitárias da situação socioeconómica de cada agregado familiar. A equipa de 45.000 Agentes Polivalentes Elementares que são incentivados para promover este sistema, e o facto de que são as próprias unidades de saúde quem gerem os pagamentos, ajuda a estes processos de identificação.

Esta opção assume que o Quintil 5 e uma parte do Quintil 4 já contribuem desde à economia formal (AsMED e INSS novo). Toda a economia formal estaria incluída, a efeitos de este cálculo, nos quintis 4 e 5.

Também não estaria clara a forma de contribuição, no sentido de qual instituição poderia ser responsável pela arrecadação, gestão e envio ao SNS/MISAU, nem como trabalhar os aspectos de exclusão.

A estimacão oferece um dato de -8,3% de orçamento para o SNS/MISAU no primeiro ano (utilizacão de recursos para pôr o sistema em funcionamento), e 1.962 milhões de arrecadação para o segundo ano (+9,8% de orçamento). Os resultados são menores que na opção anterior porque aqui o Quintil 1 e 2 está isento, e os custos de identificacão são maiores.

ANO 1						
	Núm contrib	Contrib \$-MZN		Estimacão total MZN	% orçam MISAU	Estimacão total USD
Quintis de renda	20.160.000	USD		2.055.600.000	10%	34.260.000
Q1	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q2	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q3	5.780.000	3	180	1.040.400.000	5%	17.340.000
Q4	2.820.000	6	360	1.015.200.000	5%	16.920.000
Q5	0	11	660	0	0%	0
Custos iniciais				3.722.350.000		
Impressao de cartoes	20.160.000		180	3.628.800.000	18%	60.480.000
Unidades de gestao				87.800.000		
Logística, desplaçamentos				5.750.000		
RESULTADO ANO 1				-1.666.750.000	-8,33%	-27.779.167
ANO 2						
Ingressos anuais brutos do SSS	20.160.000			2.055.600.000	10%	34.260.000
Q1	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q2	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q3	5.780.000	3	180	1.040.400.000	5%	17.340.000
Q4	2.820.000	6	360	1.015.200.000	5%	16.920.000
Q5	0	11	660	0	0%	0
Custos anuais do SSS				93.550.000	0%	1.559.167
Unidades de gestao				87.800.000		
Logística, desplaçamentos				5.750.000		
RESULTADO ANO 2				1.962.050.000	9,8%	32.700.833

A parte logística mais importante que têm estes sistemas é a liderança e capacidade institucional na arrecadação e gestao de todo um procedimento que é complexo, que envolve mais de 20 milloes de pessoas que vivem em zonas rurais, e que é continuo, ja que os pagamentos devem ser permanentes no tempo.

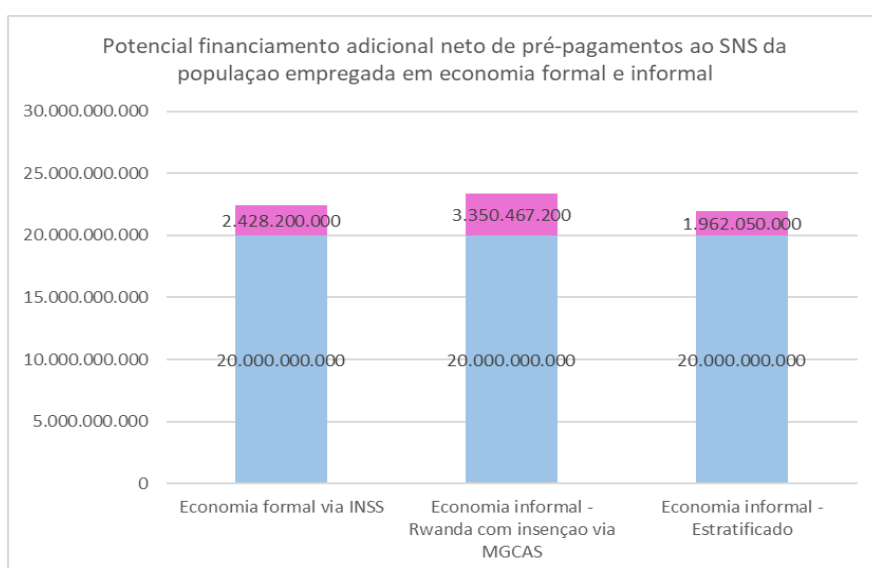
Foi muito complexo estimar os custos de identificar a renda das pessoas, e podem existir variações relevantes na realidade. Em este caso nao foi usado o critério do MGCAS porque a ideia é excluir do pagamento ao 40% da população e o sistema de Segurança Social Básica nao identifica a este grupo.

Comparação de arrecadação

O gráfico seguinte resume o potencial de arrecadação das diferentes opções, tendo sempre em conta que a operacionalização não está clara e os custos de identificar as pessoas e de gerir sistemas de este tipo são estimativos e podem ser muito maiores na realidade.

Cada barra representa uma opção de financiamento. A parte azul representa o orçamento já disponível do MISAU segundo executado em 2016 (aprox 20bn Mzn).

A primeira barra representa a contribuição adicional dos trabalhadores/empregadores da economia informal, chamada “via INSS” porque pode ser uma via factível. A segunda e a terceira representam pagamentos da economia informal (primeiro pagando todos excepto os beneficiários de Protecção Social, e segundo pagando de forma estratificada).



As opções estão na mesma tabela a efeitos comparativos, mais são substancialmente diferentes na sua possível implementação. A primeira opção é a mais factível, se for encontrado um sistema para descontar aos trabalhadores formais. A segunda já envolve muita mais complexidade já que todas as pessoas do país em economia informal são chamadas a contribuir, mais a arquitetura institucional para liderar esta gestão não está clara. A terceira opção é a mais complexa, já que envolve identificação de renda por agregado familiar.

6. Recomendações:

- **Fazer uma aposta decidida pela melhora da qualidade do atendimento no SNS:** A qualidade do atendimento é a principal base para gerar legitimidade dos pagamentos para à saúde, e a sua melhora deve partir da política pública.

Introduzir novos pagamentos para o sector privado formal e informal pode ser possível só se existe um **compromisso muito forte, expressado publicamente, e visível com investimentos e medidas de mudança, de melhorar a qualidade do atendimento no SNS**, de forma que responda às demandas de qualidade de todos os grupos sociais, também dos grupos de renda média e alta, que contribuem ao sistema junto ao resto da sociedade. É fundamental que todos os grupos da sociedade sentam que devem contribuir ao SNS porque é significativo e útil para eles.

- **Assegurar a adicionalidade dos fundos**
Será preciso negociar com MEF para que todas as possíveis iniciativas de arrecadação de parte do sector da Saúde representem fundos **adicionais** para o sector, e não uma redução proporcional de fundos do Orçamento de Estado.
- **Lembrar que um seguro de saúde não é um requisito para ter um sistema de saúde bem financiado.** Os impostos gerais oferecem uma boa base de financiamento sem as dificuldades dos pré-pagamentos ou pagamentos no ponto de uso.

Existem países sem seguro de saúde, com Serviços Nacionais de Saúde fortes, e com bom desempenho em resultados de saúde, boa proteção financeira ante os riscos de despesa catastrófica, e eficiência no uso dos recursos, como Botswana, Sri Lanka ou Cuba, que baseiam o seu financiamento em impostos gerais.

Reconhecendo o papel crucial que os seguros sociais de saúde tiveram e têm na proteção de riscos de saúde, existe também uma tendência internacional ao desligamento do financiamento dos sectores de Saúde das contribuições de seguros, com o objetivo de ter uma base de financiamento ampla, variada que permita redistribuição⁵³.

- **Definir claramente o objetivo principal** de uma possível introdução de um seguro de saúde.
 - Somar fundos para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde?
 - Criar um sistema de garantia de atendimento de alta qualidade só para os que contribuem? E depois incluir a todos? Como criamos este sistema de alta qualidade?
- **Recomenda-se manter um único pool de contribuintes e usuários.** Seja qual seja a forma de possíveis contribuições adicionais para à saúde, recomenda-se manter um fundo único, preferivelmente na forma do orçamento do SNS, que inclua a todos os cidadãos sem distinção, de todos os grupos de renda, e com todas as condições de saúde e doença, como atualmente acontece.

⁵³ Kutzin, J, Yip W, Carrin, G: *Alternative financing strategies for universal health coverage*. In *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*

Quanto maior e o *pool*, maior pode ser a distribuição do risco e a redistribuição. A OMS insiste em recomendar aos países unificar os *pool* de contribuintes e usuários dos sistemas de saúde, para potenciar a partilha do risco e dos custos.

- **Tomar em consideração as implicações de um seguro de saúde:**
 - **Garantias:** Está o SNS pronto para garantir determinados serviços a determinadas pessoas? Deve, o SNS, garantir determinados serviços só a determinadas pessoas?
 - **Diferenciação na provisão:** Pode/ deve a política pública, com fundos públicos, oferecer provisões diferenciadas?
 - **Custos administrativos:** Tendo em conta que o 48% do pessoal do SNS é não-sanitário, recomenda-se a **simplicidade administrativa** máxima em qualquer proposta a ser desenvolvida.
 - **Identificar individualmente aos pobres** para utilizar os serviços mais estar isentos do pagamento pode ser interessante, mais também existem considerações importantes:
 - Identificar aos pobres/ excluir têm custos a ser tidos em conta
 - Existem riscos na exclusão (as taxas de não-acerto são muito elevadas normalmente)⁵⁴.
 - Quando identificar os pobres, será necessário ter em conta que toda a identificação das pessoas como inferiores em desempenho económico e social, em valia, pode afetar a sua autoestima e dignidade⁵⁵.

- **Definir a relação entre os pré-pagamentos para à saúde e os pagamentos por uso realizados nas Unidades Sanitárias e Hospitais (user fees).**

Poderia um pagamento adicional ser uma forma de eliminar os pagamentos no ponto de uso e centralizar a arrecadação no MISAU?

- Um primeiro passo poderia ser o estudo em detalhe das formas de pôr em funcionamento da **contribuição adicional dos empregados da economia formal**, que orientativamente poderia trazer um +12% de ingressos para o SNS/MISAU, mais que pode ter importantes dificuldades na sua implementação, tanto a nível técnico (procedimento de arrecadação e gestão), como político (resistência do sector privado e dos trabalhadores a contribuir para não obter prestações adicionais à aquelas que já têm por direito de cidadania).

⁵⁴ Mkandawire, T. (2005): *Targeting and Universalism in poverty reduction*. Geneva: UNRISD

⁵⁵ Sen, Amartya (2000): *The political economy of targeting*.