

# CICLO DE MONITORIZAÇÃO DA IHP+ DE 2016

## MODELO DE RELATÓRIO DE PAÍS

PAÍS	Cabo Verde
NOME DO CONSULTOR	D. Jose Manuel Aguiar
DATA DE SUBMISSÃO	14 Novembro 2016

### 1 Processo do Ciclo de Monitorização da IHP+ de 2016

O exercício de monitorização enfrentou sérias dificuldades no início devido à demora em identificar o ponto focal da IHP+ responsável do monitoramento no MS e assumir a liderança.

As listas dos participantes das OSC e do setor privado submetidas à apreciação dos responsáveis do MS foram consideradas como definitivas pelo experto nacional (EN) a fim de poder avançar com o processo. Na sequência o EN contactou e formulou o convite a cada elemento da lista do setor privado para um encontro cuja finalidade foi indicada no convite.

Os 14 participantes do setor privado foram divididos em 2 grupos dada a indisponibilidade de todos comparecerem no mesmo dia, local e hora do encontro. Com cada um dos grupos realizou-se um encontro, em separado.

Foi elaborado um único memorando dos encontros com os comentários e subsídios apresentados pelos participantes que foi encaminhado para apreciação e introdução de alterações e considerações necessárias.

Feita a revisão do memorando pelos participantes, elaborou-se o relatório final que foi encaminhado para cada participante para validação de que resultou o relatório definitivo do setor privado.

Procedimento similar teve lugar em relação às OSC em que os responsáveis de cada organização constante da lista foram convidados a participar no inquérito através do questionário *on line*.

A partir de meados de Junho de 2016, quando foi indigitado um coordenador do MS para o exercício da monitorização o processo ganhou nova dinâmica e foi possível prosseguir até a sua conclusão.

De realçar que todos os PD, OSC e os representantes do Setor Privado convidados participaram de forma muito ativa, permitindo planificar e implementar as etapas subsequentes do processo de monitorização.

## **2 Compromisso quanto ao estabelecimento de estratégias fortes para o sector da saúde, as quais serão avaliadas conjuntamente e fortalecem a responsabilização mútua**

### **2.1 Prática da CED nº1: Prática da CED nº1. Os parceiros apoiam uma única estratégia para a saúde**

Neste capítulo existem 2 documentos de referência: O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 (PNDS) e o Pacto Nacional de Saúde. Ambos foram elaborados pelo MS com algum apoio dos PD com destaque para a OMS.

De uma maneira geral a implementação do PNDS é feita exclusivamente pelo MS sem o envolvimento das OSC e o setor privado e centra-se, sobretudo, nas atividades de rotina dos programas definidos como prioritários.

Os PD asseguram o apoio financeiro e as atividades de formação acordados e constantes do plano anual, podendo intervir pontualmente, por solicitação do MS, para resolver situações imprevistas.

A avaliação conjunta global do PNDS e do Pacto Nacional de Saúde não se realizou nos moldes pré-estabelecidos. Normalmente o que se costuma realizar são encontros ocasionais organizados pelo MS com o objetivo de apresentar e validar os resultados do plano, sendo os PD convidados a participar. Tais encontros não se enquadram no perfil de avaliação conjunta a que este capítulo refere.

Muitos PD são de opinião que são necessárias avaliações por áreas de atuação de forma a permitir uma melhor integração das diversas abordagens podendo essas avaliações ser realizadas num fórum específico que permitiria não só conhecer melhor a situação, como identificar novos problemas e estabelecer novas prioridades. Para tal é necessário melhorar o diálogo e reforçar a articulação entre as diversas instituições.

É de todo recomendável o estabelecimento de um fórum anual para a avaliação crítica da estratégia nacional de saúde em que todos os PD, OSC e o setor privado serão convidados a participar de forma efetiva. Nesse fórum deverão ser redefinidas as prioridades e realizados os ajustes necessários à programação das atividades e harmonização dos procedimentos.

Note-se que atualmente os PD regem-se por procedimentos próprios passíveis de M&A através de um plano pré-estabelecido.

### **2.2 Prática da CED nº5: Reforço da responsabilização recíproca**

O Pacto Nacional de Saúde que envolve o MS, os PD, as OSC e o setor privado deveria constituir o veículo principal para o reforço da responsabilização recíproca. Contudo, na opinião das OSC e do setor privado, esse “pacto” não produziu os efeitos previstos tendo os resultados ficado muito aquém do esperado.

Não existe um sistema de acompanhamento e avaliação conjunta dos resultados que envolve os PD e o governo. A maioria dos PD afirmam que participam em procedimentos conjuntos de responsabilização recíproca, mas não existem avaliações de compactas como o JAR. A inexistência de um Plano de M&A do MS pode comprometer o reforço da responsabilização

recíproca uma vez que as eventuais avaliações realizadas referem-se aos acordos específicos estabelecidos com os parceiros e não no âmbito da estratégia nacional de saúde.

O documento Pacto Nacional de Saúde foi assinado pelo governo, PD e OSC e a sua implementação pressupunha a assunção de responsabilidades por parte de todos os seus subscritores. Contudo, o “pacto” foi pouco efetivo, praticamente não foi respeitado e os seus resultados foram praticamente nulos até agora comparativamente ao que se esperava, conforme ficou provado durante a avaliação feita em 2015.

Em relação às OSC e Setor Privado o diálogo é marginal e insuficiente para se abordar a questão de responsabilização recíproca, tanto mais que não existe qualquer mecanismo instituído para esse efeito.

Recomendação: Proporcionar maior envolvimento de todos os intervenientes no setor da saúde em todas as fases de desenvolvimento da estratégia nacional de saúde com atribuição de responsabilidades que serão avaliadas no fórum anual para a avaliação crítica da estratégia nacional de saúde.

### **3 Compromisso quanto à melhoria do financiamento, previsibilidade e gestão financeira do sector da saúde**

#### **3.1 Prática da CED nº2 a/b: A Cooperação para o Desenvolvimento na Saúde é mais previsível**

O grau de imprevisibilidade verificado é alto embora não se tenha apurado as suas causas. Houve uma sobre-despesa (112%) no valor total de 6.301.822,83 (USD) do orçamento anual aprovado pelo Governo destinado ao sector da saúde (incluindo apoios orçamentais) que correspondeu às dívidas acumuladas das estruturas de saúde. O valor total do financiamento da cooperação para o desenvolvimento do sector da saúde despendido pelos PD, a nível do governo foi do 97% do que foi previsto dispensar.

Os PD elaboram planos plurianuais que são orçamentados e apresentados ao MS. A maioria dos PD forneceu ao governo uma despesa futura compreensiva e/ou plano de implementação estabelecendo expectáveis fluxos de cooperação para o desenvolvimento para os anos fiscais 2016 e 2017; nenhum para 2018. Parece que a abertura para o diálogo não é suficiente para permitir a introdução atempada de alterações e ajustes ao plano de forma a reduzir o grau de imprevisibilidade.

Recomendação: o MS deve elaborar planos plurianuais com a participação dos PD para permitir um alinhamento com os planos de cada PD, o que permitirá ter um plano plurianual harmonizado e passível de ser monitorizado através de um Plano de M&A elaborado conjuntamente.

#### **3.2 Prática nº2c: A Assistência para a Saúde está dentro do orçamento**

O MS conta com o orçamento disponibilizado pelo governo através do OGE e que é movimentado através do MF e, além deste, conta também com recursos financeiros disponibilizados pelos PD fora do OGE. O sistema prevalecente é o do repasse dos fundos com base no plano anual orçamentado, aprovado e assinado pelas partes.

Até agora não se conseguiu estabelecer um mecanismo que permitisse um melhor alinhamento financeiro entre os PD e o MS, mantendo-se o sistema de repasse de fundos com base no plano anual orçamentado e acordado. Nenhum dos PD destina os recursos ao orçamento nacional.

Para maior transparência e eficácia na gestão dos recursos, é preciso criar um sistema único para onde serão canalizados todos os recursos disponibilizados ao MS e que será gerido conjuntamente pelo MS e PD. Existe o SIGOV (Sistema Financeiro Integrado do Governo) que, devidamente utilizado, pode servir de plataforma para a gestão conjunta dos recursos, o que conferirá maior transparência e eficácia ao sistema.

## **4 Compromisso quanto ao estabelecimento, utilização e fortalecimento dos sistemas nacionais**

### **4.1 Prática 3: Os sistemas para a Gestão das Finanças Públicas (GFM) são utilizados e fortalecidos**

Segundo a base de dados da CPIA do Banco Mundial, a pontuação do sistema de gestão financeira pública atribuída a Cabo Verde em 2015 foi de 3.8.

A GFP é feita através de diversos dispositivos autónomos, tais como, Sistema Integrado de Gestão Orçamental e Financeira (SIGOF), Sistema Nacional de Investimento, Sistema Nacional de Planeamento, Bancarização do Tesouro, o que contribui para a sua pouca eficácia e transparência.

Não existe um alinhamento funcional dos recursos disponibilizados para a área da saúde. O sistema de GFP é fragmentado e não é utilizado pelos PD que têm o seu próprio sistema. Não estão a utilizar procedimentos nacionais para a execução do orçamento nacional, relatórios financeiros nem de auditoria. Esta situação contribui para a sua pouca eficácia e transparência.

Existe uma recomendação no sentido de se implementar um sistema comum de gestão financeira que permitiria uma harmonização dos procedimentos nacionais de execução orçamental e dos relatórios financeiros e evitaria a duplicação de esforços com ganhos substanciais em termos de eficácia e transparência.

### **4.2 Prática 4: Os sistemas de abastecimento são utilizados e fortalecidos**

O mercado nacional é muito pequeno e pouco diversificado e o Plano Nacional de Aquisições existente é pouco eficiente e dificulta as operações, motivo por que muitas vezes não é aplicado.

Os PD têm o seu próprio sistema e geralmente recorrem ao mercado internacional e só recorrem ao mercado nacional para pequenas encomendas de produtos disponíveis.

É recomendável a criação de um sistema comum de abastecimento que envolve todos os PD e o governo em que a planificação, previsão, aquisição e gestão seriam feitas de forma partilhada e participada, o que garantiria maior transparência, eficiência e eficácia ao processo e, simultaneamente, garantir melhor qualidade dos produtos e maior rapidez no fornecimento.

### **4.3 Prática 6: O apoio técnico é coordenado, e a cooperação sul-sul/triangular apoia a aprendizagem**

O setor da saúde não dispõe de um Plano de AT, o que dificulta uma planificação adequada das necessidades nesse domínio. Consequentemente não existe um sistema de coordenação, nem mecanismos de seguimento e avaliação da AT. Esta é solicitada pontualmente e os PD respondem às solicitações na medida do possível. Porém, todos os PD afirmam que os TdR para AT são acordados com as instituições do país receptor, envolvendo as instituições do país receptor no processo de seleção e reportam à instituição nacional.

Recomenda-se a elaboração de um Plano Nacional de AT baseado numa análise conjunta da situação para a identificação das necessidades e definição do formato mais adequado da AT para responder a essas necessidades. Desta forma a AT seria mais previsível, a capacidade das equipas técnicas nacionais seria reforçada e os imprevistos seriam reduzidos com ganhos para a qualidade, oportunidade da intervenção e efetividade da AT.

Em relação à cooperação Sul/Sul e Triangular existem diversas iniciativas que podem ser enquadradas nesse domínio como a cooperação no âmbito de formação especializada de médicos com o Brasil, Portugal e Cuba e boa cooperação com a Organização Oeste Africana de Saúde, mas parece não existir uma coordenação efetiva dessa cooperação, razão pela qual não é fácil determinar quantitativamente os recursos financeiros nela envolvidos.

## **5 Compromisso quanto à criação de um ambiente propício para que as OSCs e o SP participem na cooperação para o desenvolvimento do sector da saúde**

### **5.1 Prática 7: Envolvimento das OSCs**

O ambiente em que se desenvolvem as políticas públicas para a saúde não propicia o efetivo envolvimento e participação das OSC que, quando chamadas, isso acontece na fase final do processo de planificação.

A importância, habilidade e competência da maioria das OSC no que diz respeito à sua atuação na comunidade é reconhecida e valorizada mas, apesar disso, as OSC referem que o MS nunca está disponível para o diálogo ou para apoiar as iniciativas que apresentam.

Parece que o relacionamento com os PD é mais aberto e profícuo e assume o formato de parceria bilateral pontual não programada com determinadas OSC que atuam na área da saúde (sobretudo as de cariz técnico) e não conta com a participação direta do governo.

O envolvimento da Plataforma das ONG poderia estimular o diálogo e concertação regular entre as OSC, o MS e os PD e criar as condições necessárias para que essa participação seja coordenada e monitorizada.

### **5.2 Prática 8: Envolvimento do sector privado**

Em relação ao setor privado a situação é ainda menos favorável.

Não se registam atividades programadas que envolvem o setor privado no seu contributo construtivo e coordenado relativo aos processos de políticas de saúde, quer em relação ao

governo, quer em relação aos PD. Mesmo assim, é reconhecida a importância que o setor privado pode desempenhar no sistema nacional de saúde e a necessidade de se estabelecerem relações de cooperação entre os setores público e privado em regime de complementaridade que reforçaria o papel e a intervenção do setor privado e aliviaria a sobrecarga suportada pelo setor público.

A informação sobre o sector privado não se encontra incorporada no sistema nacional de informação da saúde e no enquadramento de M&A do sector. É precisa uma regulamentação do exercício privado e definição de regras para a implementação de parcerias tanto com o governo, como como os diversos PD.

Financeiramente, os PD não dão suporte ao setor privado nem fornecem apoio técnico de maneira a fortalecer o sector privado na saúde.

## **6 Observações**

Um dos grandes problemas do setor da saúde é o papel hegemónico desempenhado pelo setor público desde sempre e de que não abriu mãos mesmo após a abertura para o exercício privado.

Por esta razão estabeleceu-se um modelo de cooperação com os PD praticamente exclusivo do setor público com exclusão quase total da participação do setor privado e que apenas permite excecional e pontualmente a participação de algumas OSC.

A inflexibilidade deste sistema condiciona a criação de mecanismos de intervenção e controlo que pudessem funcionar como forças de pressão para o desenvolvimento de políticas públicas coerentes e voltadas para a resolução das reais necessidades do país em matéria de saúde com apoio de outros intervenientes além do governo.

Como resultado, as diferentes iniciativas e propostas que são apresentadas para a resolução de problemas concretos visando conferir maior eficácia e transparência na gestão do setor raramente são postas em prática como ficou bem patente ao longo de todo este processo de monitorização de 2016, referente ao ano fiscal de 2015.

## **7 Discussão dos resultados**

Esta parte não foi realizada devido à falta de interesse demonstrada pelos responsáveis do Ministério da Saúde que não atenderam aos sucessivos apelos do IHP+ para a importância e necessidade da conclusão do processo de monitoramento, tendo o prazo inicialmente estabelecido sido adiado, por diversas vezes e ao longo de meses.

O processo de monitoramento é uma iniciativa à qual o Ministério da Saúde aderiu de forma voluntária por reconhecer que se trata de uma iniciativa importante para a melhoria da cooperação eficaz para o desenvolvimento através das 8 práticas definidas. Por isso, esperava-se da parte dos responsáveis do Ministério da Saúde um pouco mais de consideração e respeito pela IHP+ que liderou o processo e pelos Parceiros de Desenvolvimento, Organizações da Sociedade Civil e representantes do Sector Privado que participaram neste processo.

Certamente o Ministério da Saúde terá as suas razões para que o processo de monitoramento não seja concluído, mas há que reconhecer que se perdeu uma excelente oportunidade para se analisar os diversos aspectos menos conseguidos na gestão e práticas de cooperação eficaz para o desenvolvimento no domínio da saúde em Cabo Verde.

Da nossa parte, o mínimo que se pode fazer é dar conhecimento a todos os intervenientes (Parceiros de Desenvolvimento, Organizações da Sociedade Civil e Sector Privado) deste Relatório Final do País e disponibilizar a apresentação em PowerPoint com os resultados do monitoramento que deveriam ter sido apresentados para discussão numa plenária de onde sairia um Plano de Acção com actividades definidas para cada uma das 8 práticas de Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento (CED) no domínio da saúde.

É lamentável a não conclusão deste processo, mas espera-se que os resultados obtidos venham a ser apropriados e utilizados por quem tenha maior sensibilidade e interesse em resolver os reais problemas da saúde que afectam a população cabo-verdiana.

1. Anexo 1: Lista dos PDs convidados, e daqueles que participaram efectivamente
2. Anexo 2: lista das OSC
3. Anexo 3: lista do sector privado
4. Anexo 4: Plano de acção

## 8 Anexo 1: Lista dos PD convidados, e daqueles que participaram efetivamente

#	Lista de PDs activos no sector da saúde	PDs convidados a participar no 5º Ciclo de Monitorização da IHP+ (por favor assinale com um X se o PD foi convidado a participar)	PDs que participaram efetivamente (por favor assinale com um X se o PD participou efetivamente)
1	EC	X	
2	GFATM	X	X
3	Luxemburg	X	
4	Portugal	X	X
5	France	X	
6	UNICEF	X	X
7	UNFPA	X	
8	WHO	X	X
9	UNWOMEN		
10	ILO		
11	Brasil	X	X
12	USAID		
13	UN Family	UN Coordination	X
14	Austria		
15	China		
16	Kuwait		
17			
18			
19			
20			

*\* Por favor, adicione mais linhas se necessário*



## 9 Anexo 2: lista das OSC

#	Lista das OSC que operam no sector da saúde	Lista das OSC que participaram no inquérito online (por favor assinale com um X se a OSC participou no inquérito)	Lista das OSC que participaram na discussão em grupo (por favor assinale com um X se a OSC participou na discussão)
1	UNIMINDELO - Universidade do Mindelo	X	
2	VERDEFAM - Associação Cabo-verdiana para a protecção da Família	X	X
3	A PONTE-Associação de Promoção da Saúde Mental	X	X
4	Fundação das Aldeias Infantis SOS de Cabo Verde	X	X
5	ADECO - Associação para Defesa do Consumidor		
6	LCCC - Liga Cabo-verdiana Contra o Cancro	X	
7	OMC - Ordem dos Médicos Cabo-verdianos	X	X
8	Associação Cabo-verdiana de Deficientes	X	
9	Cruz Vermelha de Cabo Verde	X	X
10	União dos Sindicatos de S. Vicente	X	
11	ACRIDES-Associação de Crianças Desfavorecidas	X	X
12	Plataforma das ONG	X	X
13	AJOC - Associação dos Jornalistas de Cabo Verde		
14	FCS-Fundação Cabo-Verdiana de Solidariedade		
15	Associação Cabo-verdiana de Prevenção do Alcoolismo	X	X
16	Associação para a Solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz - Espaço Aberto	X	X
17	BORNEfonden-Apoio a crianças de famílias carenciadas	X	X
18	UNICV - Universidade de Cabo Verde	X	
19	Liga Nazarena de Solidariedade		
20	Renascer - Associação Solidária HIV/Sida		

*\* Por favor, adicione mais linhas se necessário*

## 10 Anexo 3: lista do sector privado

#	Lista dos actores do sector privado que actua no sector da saúde (como delineado pelas definições)	Actor do sector privado que participou na discussão em grupo (por favor assinale com um X se participou na discussão)
1	Farmácia Mindelo	X
2	Farmácia Jovem	X
3	Labo Jovem	X
4	Megafísio	X
5	Consultório Médico Dr. JL	X
6	Consultório Pediatria Dr. JLLS	X
7	Endoclínica	X
8	Medicentro	X
9	Urgimed	X
10	Centrofísio	X
11	SAMEG	X
12	Clinitur	X
13	Livrafísio	X
14	Consultório Médico Dr. BB	X
15	...	
16		
17		
18		
19		
20		

\* Por favor, adicione mais linhas se necessário