

TRIBUNAL
DE CONTAS EUROPEU

Relatório Especial n.º 10

2008

AJUDA AO DESENVOLVIMENTO
CONCEDIDA PELA CE AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE NA ÁFRICA SUBSARIANA



PT



Relatório Especial n.º 10 // 2008

AJUDA AO DESENVOLVIMENTO CONCEDIDA PELA CE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁFRICA SUBSARIANA

(apresentado nos termos do n.º 4, segundo parágrafo, do artigo 248.º do Tratado CE)

TRIBUNAL DE CONTAS EUROPEU
12, rue Alcide De Gasperi
L-1615 Luxembourg

Telephone: [+352 4398-45410](tel:+352439845410)
Fax: [+352 4398-46430](tel:+352439846430)
E-mail: euraud@eca.europa.eu
Internet: <http://www.eca.europa.eu>

Relatório Especial n.º 10 // 2008

Encontram-se disponíveis numerosas outras informações sobre a União Europeia na rede Internet, via servidor Europa (<http://europa.eu>)

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação
Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2009

ISBN 978-92-9207-105-9
doi: 10.2865/27120

© Comunidades Europeias, 2009
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

Printed in Belgium

ÍNDICE

Pontos

	GLOSSÁRIO
I-VI	SÍNTESE
1-3	INTRODUÇÃO
4-6	ÂMBITO E ABORDAGEM DA AUDITORIA
7-29	OBSERVAÇÕES RELATIVAS À AFECTAÇÃO E AO DESEMBOLSO DOS RECURSOS A FAVOR DO SECTOR DA SAÚDE
7-20	RECURSOS AFECTADOS PELA COMISSÃO AO SECTOR DA SAÚDE
8-17	RECURSOS FINANCEIROS
18-20	RECURSOS HUMANOS
21-29	RITMO DO FINANCIAMENTO COMUNITÁRIO AO SECTOR DA SAÚDE
22-23	INTERVENÇÕES DOS FED NO SECTOR DA SAÚDE
24-25	APOIO ORÇAMENTAL GERAL
26-29	FUNDO MUNDIAL
30-72	GESTÃO E EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS
31-46	APOIO ORÇAMENTAL
31-34	UTILIZAÇÃO DO APOIO ORÇAMENTAL PELA COMISSÃO
35-46	EFICÁCIA DO APOIO ORÇAMENTAL GERAL PARA MELHORAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE
47-55	PROJECTOS
48-49	PROJECTOS FED
50	PROJECTOS INTRA-ACP
51-55	PROJECTOS NO SECTOR DA SAÚDE FINANCIADOS PELA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL
56-62	FUNDO MUNDIAL
56-58	A GESTÃO, PELA COMISSÃO, DA SUA AJUDA AO FUNDO MUNDIAL
59-62	EFICÁCIA DO FUNDO MUNDIAL
63-72	UTILIZAÇÃO COERENTE DOS INSTRUMENTOS E INTEGRAÇÃO NAS ABORDAGENS SECTORIAIS GLOBAIS
64-67	GESTÃO COERENTE DOS INSTRUMENTOS PELA COMISSÃO
68-72	INTEGRAÇÃO DAS INTERVENÇÕES NAS ABORDAGENS SECTORIAIS GLOBAIS
73-83	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES
73-78	RECURSOS
79-83	GESTÃO E EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS
	ANEXO I — OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO: QUADRO DE SEGUIMENTO 2007
	ANEXO II — EXTRACTO DA DECLARAÇÃO DE BRUXELAS DOS MINISTROS ACP DA SAÚDE, OUTUBRO DE 2007
	ANEXO II — SÍNTESE POR PAÍS
	ANEXO IV — LISTA DOS PROJECTOS EXAMINADOS
	RESPOSTAS DA COMISSÃO

GLOSSÁRIO

ACP: Estados de África, das Caraíbas e do Pacífico

ARV: Anti-retroviral

ASG: Abordagem sectorial global

CDV: Conselho e despistagem voluntária (para o VIH/sida)

CE: Comunidade Europeia

CTA: Combinações terapêuticas à base de artemisinina (para o tratamento da malária)

DOTS: Tratamento directamente acompanhado de curta duração (*Directly Observed Treatment Short Course*)

ECHO: Serviço Humanitário da Comunidade Europeia

EuropeAid: Serviço de Cooperação EuropeAid

FED: Fundo Europeu de desenvolvimento

FMI: Fundo Monetário Internacional

Fundo Mundial: Fundo mundial de luta contra a sida, a tuberculose e a malária

MTI: Mosquiteiros tratados com insecticida

ODM: Objectivos de desenvolvimento do milénio

OMS: Organização Mundial de Saúde

PEPFAR: Plano de Emergência do Presidente para a Ajuda contra a Sida (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*)

PMTCT: Prevenção da transmissão de mãe para filho (*Prevention of mother to Child Transmission*)

PPAE: Países pobres altamente endividados

PRBS: Apoio orçamental à redução da pobreza (*Poverty Reduction Budgetary Support*)

SSR: Saúde sexual e reprodutiva (*Sexual and Reproductive Health*)

VIH/sida: Virus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida

SÍNTESE

I.

O objectivo da auditoria consistiu em avaliar em que medida a ajuda comunitária contribuiu eficazmente para a melhoria dos serviços de saúde na África Subsariana, no âmbito dos compromissos da CE em matéria de redução da pobreza e dos objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM). A auditoria examinou se os recursos financeiros e humanos afectados ao sector da saúde reflectiam os compromissos políticos da CE e se a Comissão tinha acelerado a prestação desta ajuda. A auditoria verificou igualmente se a Comissão tinha utilizado eficazmente os vários instrumentos destinados a dar assistência ao sector da saúde, nomeadamente o apoio orçamental, os projectos bem como o Fundo Mundial de luta contra a sída, a tuberculose e a malária (Fundo Mundial).

II.

De um modo geral, o financiamento comunitário a favor do sector da saúde não aumentou desde o ano 2000 na proporção da sua ajuda total ao desenvolvimento, apesar dos compromissos assumidos pela Comissão relativamente aos ODM e da crise sanitária na África Subsariana. A Comissão contribuiu de forma significativa, através dos seus financiamentos, para constituir o Fundo Mundial mas não concedeu a mesma atenção ao reforço dos sistemas de saúde, que se previa ser uma das suas prioridades (ver pontos 8-17). A Comissão não tinha experiência suficiente em matéria de saúde para garantir que o financiamento da ajuda por ela concedida a este sector era utilizado da melhor forma (ver pontos 18-20).

III.

A Comissão acelerou o processo de concessão da ajuda destinada à saúde, que ela própria gere. O ritmo dos desembolsos foi mais lento no âmbito do Fundo Mundial, embora este tivesse mobilizado uma grande parte dos financiamentos, do que no caso dos fundos europeus de desenvolvimento (FED). É possível melhorar a previsibilidade do fluxo de financiamento proveniente do conjunto dos instrumentos, de modo a permitir que os países elaborem melhor o orçamento dos recursos disponíveis para os respectivos sectores da saúde (ver pontos 22-29).

SÍNTESE

IV.

A Comissão raramente recorreu ao apoio orçamental sectorial no sector da saúde, embora este instrumento tivesse podido dar uma contribuição importante para a melhoria dos serviços de saúde. Utilizou mais o apoio orçamental geral, menos directamente ligado ao sector da saúde, mas não o fez com muita eficácia (ver pontos 32-46). De um modo geral, os projectos revelaram-se razoavelmente eficazes, embora a sua sustentabilidade levante muitas vezes problemas (ver pontos 47-55). A Comissão desempenhou um papel essencial na criação do Fundo Mundial, que já produziu resultados significativos. Contudo, este poderia ser ainda mais eficaz se a Comissão se empenhasse mais nas acções que conduz nos países beneficiários (ver pontos 56-62).

V.

A Comissão não providenciou devidamente no sentido de assegurar que os diferentes instrumentos fossem utilizados em conjunto de forma coerente. Ao escolher o instrumento a utilizar, teria igualmente podido considerar melhor a situação nos diferentes países, verificando em especial se eles dispunham de uma política bem definida em matéria de saúde. Dada a importância destas políticas para a eficácia dos instrumentos, é necessário que a Comissão dê uma maior contribuição para o seu desenvolvimento, integrando nelas as suas intervenções (ver pontos 63-72).

VI.

No presente relatório, o Tribunal recomenda essencialmente que a Comissão deve:

- prever, quando da revisão intercalar do décimo FED, um aumento da sua ajuda ao sector da saúde, a fim de confirmar os seus compromissos relativos aos ODM neste domínio;
- rever o modo de repartição da sua ajuda ao sector da saúde, a fim de garantir que, primeiro que tudo, ela está vocacionada para a sua prioridade política de apoio aos sistemas de saúde;
- garantir que cada delegação dispõe de experiência adequada no sector da saúde, recorrendo a meios da própria delegação ou de outros parceiros;
- recorrer mais ao apoio orçamental sectorial no sector da saúde, fazendo antes incidir o apoio orçamental geral na melhoria dos serviços de saúde;
- continuar a recorrer aos projectos, especialmente a fim de favorecer a elaboração das políticas e o reforço das capacidades, as acções-piloto e a ajuda às regiões mais desfavorecidas;
- colaborar mais estreitamente com o Fundo Mundial nos países beneficiários;
- elaborar orientações mais claras que permitam determinar o momento oportuno para utilizar cada um dos instrumentos e a melhor forma de os combinar;
- redobrar os esforços para contribuir para a elaboração de políticas bem definidas no sector da saúde, nos países beneficiários.

INTRODUÇÃO

1. A saúde é um factor essencial do crescimento económico e do desenvolvimento enquanto que a doença é simultaneamente uma causa e um efeito da pobreza. O lugar de destaque ocupado pela saúde na redução da pobreza foi reconhecido nos ODM, que são supostos ser o elemento principal da cooperação internacional para o desenvolvimento durante o período 2000-2015. Deste modo, três dos oito ODM referem-se directamente à saúde, nomeadamente o ODM 4: diminuir a mortalidade infantil; o ODM 5: melhorar a saúde materna e o ODM 6: combater o VIH/sida, a malária e outras doenças. Contudo, o relatório intercalar de 2007 das Nações Unidas sobre o progresso dos ODM¹ indicava que os problemas que tinham sido previstos tendo em vista a sua realização são mais graves na África Subariana, como mostra o **anexo I**. Na sua reunião de 2007, os ministros ACP da Saúde exprimiram igualmente a sua grande preocupação acerca de outros problemas sanitários, fora do âmbito dos ODM, e os enormes desafios que os serviços de saúde devem enfrentar para os resolver (ver **anexo II**).

2. Em 2000, a Comissão fez da redução da pobreza o objectivo fundamental da sua política de desenvolvimento² e empenhou-se igualmente em ajudar os países em desenvolvimento a atingir os ODM. O «consenso europeu sobre o desenvolvimento» continuou a realçar estas prioridades. No âmbito da redução da pobreza e dos ODM, a política da saúde da Comissão foi caracterizada por duas iniciativas importantes:

- a) em 2000, lançou uma política com vista a acelerar a luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose³. A Comissão salienta que a sua principal resposta a longo prazo para melhorar a saúde, que inclui a luta contra estas doenças, consistia em «uma intensificação da ajuda para reforçar os sistemas de saúde, assegurando assim um melhor acesso das populações mais pobres à prevenção e aos cuidados». Mas a Comissão salientou igualmente que «a situação de emergência mundial e nacional criada por estas três doenças não irá aguardar pela melhoria dos sistemas de saúde. É também necessário levar a cabo uma acção simultânea, que ultrapasse o âmbito do sector da saúde tradicional». A Comissão propôs, assim, novas parcerias e mecanismos de execução mais rápidos, iniciativa esta que contribuiu para a criação do Fundo Mundial em 2001;

¹ Objectivos de desenvolvimento do milénio: Relatório 2007. Nações Unidas, New York 2007.

² Declaração do Conselho e da Comissão sobre a política de desenvolvimento da Comunidade Europeia, documento 13458/00 de 16 de Novembro de 2000.

³ Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu: «Aceleração da luta contra as principais doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza», COM(2000) 585 final de 20 de Setembro de 2000.

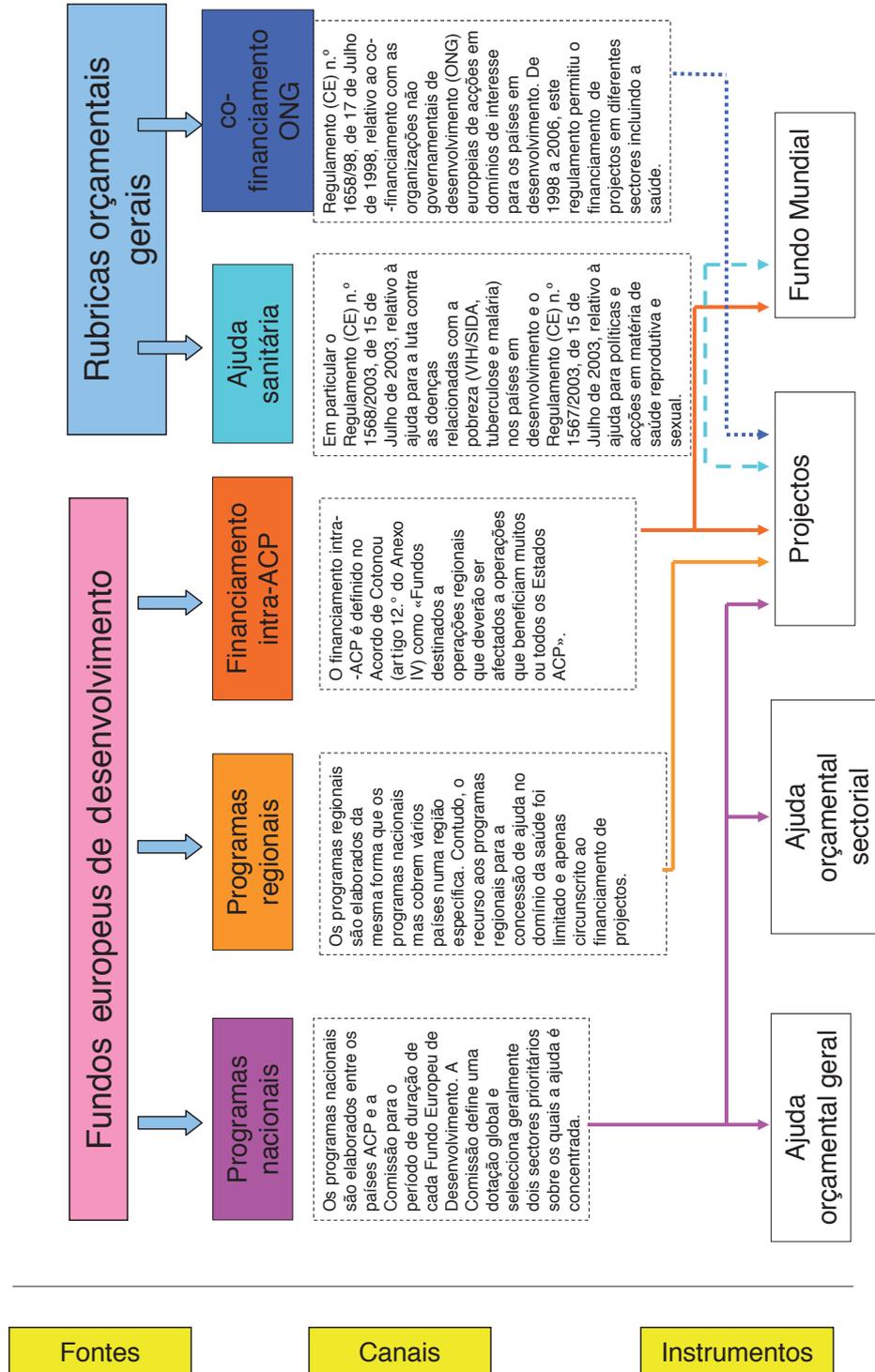
- b) enquanto a iniciativa política de 2000 se concentrava no VIH/sida, malária e tuberculose, a Comissão estabeleceu em 2002 uma nova política global da saúde a fim de reflectir os objectivos de redução da pobreza fixados no âmbito da sua política de desenvolvimento⁴. Preciso que os programas nacionais continuarão a ser o quadro principal no qual se realizarão os investimentos comunitários no sector da saúde e estabeleceu uma ordem de prioridade das suas acções nos seguintes domínios: desenvolvimento da saúde pública, reforço dos sistemas de saúde, garantia de sistemas de financiamento do sector da saúde em favor das populações pobres, doenças transmissíveis, bem como saúde e direitos em matéria de sexualidade e reprodução;
- c) estas duas políticas continuaram a constituir a base principal para as intervenções da Comissão no sector da saúde, sendo as comunicações de 2000 actualizadas em 2004, de forma a cobrir o período 2007-2011. A principal iniciativa adicional, vocacionada para o reforço dos sistemas de saúde, foi a criação em 2005 de uma estratégia comunitária para resolver a crise em matéria de recursos humanos no sector da saúde nos países em desenvolvimento.
- 3.** As principais fontes de financiamento comunitário a favor da saúde, os canais de distribuição deste financiamento e os instrumentos para a sua execução são apresentados no **quadro 1**.

⁴ Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu «A saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento», COM(2002) 129 final de 22 de Março de 2002.



Fonte: ECA

VISÃO GLOBAL DOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA CE NO DOMÍNIO DA SAÚDE



ÂMBITO E ABORDAGEM DA AUDITORIA

4. A auditoria do Tribunal procurou avaliar a eficácia da ajuda comunitária desde 2000 ao contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na África Subsariana, no contexto da redução da pobreza. A auditoria concentrou-se em quatro questões principais:

- a) O montante dos recursos atribuídos pela Comissão ao sector da saúde reflecte os seus compromissos políticos?
- b) A Comissão acelerou o ritmo do financiamento que concede ao sector da saúde?
- c) A Comissão utilizou eficazmente os diferentes instrumentos disponíveis para contribuir para a melhoria dos serviços de saúde?
- d) A Comissão utilizou de modo coerente a gama de instrumentos disponíveis a fim de contribuir eficazmente para a melhoria dos serviços de saúde?

⁵ Graças à boa cooperação da Comissão, 37 das suas 41 delegações na África Subsariana responderam ao questionário do Tribunal.

5. Os principais trabalhos de auditoria realizados para responder a estas questões foram os seguintes:

- a) um exame dos documentos relativos à política comunitária de ajuda ao sector da saúde;
- b) um exame dos compromissos tomados e dos desembolsos efectuados no domínio da saúde, a título dos FED, da rubrica orçamental geral e do Fundo Mundial;
- c) missões no local no Quénia, no Lesoto, no Malavi, no Mali e na Suazilândia;
- d) controlos documentais relativos às intervenções no domínio da saúde no Burundi, na Costa do Marfim e na Etiópia;
- e) um inquérito a 41 delegações da Comissão na África Subsariana, sobre a ajuda comunitária no sector da saúde⁵.

6. A auditoria limitou-se aos países da África Subsariana que beneficiam de um financiamento FED, dado que estes países atravessam a pior crise sanitária. A auditoria não examinou como outras questões, por exemplo as que se referem à água e ao saneamento, foram tratadas para melhorar a saúde, nem como os problemas sanitários foram integrados em intervenções a favor de outros sectores. A auditoria também não incluiu as intervenções sanitárias do Serviço Humanitário da Comunidade Europeia (ECHO).

OBSERVAÇÕES RELATIVAS À AFECTAÇÃO E AO DESEMBOLSO DOS RECURSOS A FAVOR DO SECTOR DA SAÚDE

RECURSOS AFECTADOS PELA COMISSÃO AO SECTOR DA SAÚDE

7. Esta secção aborda a questão de saber se os recursos financeiros e humanos afectados pela Comissão ao sector da saúde reflectem os seus compromissos políticos. O Tribunal examinou as declarações de princípios da Comissão, os objectivos fixados pelo Parlamento Europeu, os montantes atribuídos, bem como as causas e as consequências do seu nível.

RECURSOS FINANCEIROS

A Comissão assumiu compromissos políticos fortes a favor do sector da saúde

8. A Comissão assumiu compromissos fortes a favor do sector da saúde nas suas políticas de ajuda nesta área. No seu «programa de acção» de 2000 para a política de «aceleração da luta», refere que «no âmbito do orçamento total da cooperação para o desenvolvimento, a Comissão atribuirá a prioridade às intervenções nos sectores da saúde, da sida e da população (SSP) nos próximos cinco anos (2000-2006)»⁶. Posteriormente, o relatório de 2003 sobre o ponto da situação do programa de acção⁷ referia-se a um objectivo que tinha em vista afectar ao sector da saúde 15% da ajuda programada a título do nono FED. O documento de 2002 relativo à política em matéria de saúde e de luta contra a pobreza sublinhava que a comunidade internacional deveria esforçar-se mais no sentido de apoiar o sector da saúde e que a CE tinha um papel importante a desempenhar neste domínio.
9. Com o fim de mostrar a prioridade que concedia à ajuda comunitária orientada para os ODM relativos à saúde e à educação, o Parlamento Europeu introduziu em 2004 um objectivo específico em matéria de afectação nas suas observações orçamentais relativas a todos os domínios da cooperação para o desenvolvimento, incluindo os Estados de África, das Caraíbas e do Pacífico (ACP): «(dado que) o objectivo da cooperação para o desenvolvimento no âmbito da presente rubrica consiste essencialmente em contribuir para a realização dos ODM(...), um mínimo de 20% das autorizações anuais é destinado a actividades nos sectores da saúde e do ensino básicos»⁸. Em 2006, a Comissão comprometeu-se formalmente a dar prioridade a estes sectores nos programas nacionais abrangidos pelo novo instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento e a atingir o objectivo de 20%⁹, tomando em consideração o apoio orçamental associado a estes sectores. Uma abordagem deste tipo é difícil de aplicar no contexto do FED onde, contrariamente ao que se passa no contexto do instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento, a maior parte do apoio orçamental é concedida através do apoio orçamental geral relativamente ao qual não existe um método reconhecido para atribuir a ajuda a sectores específicos. Embora a Comissão não tivesse assumido um compromisso semelhante para o FED, o Parlamento afirmou que o compromisso assumido pela Comissão «deve, por razões de coerência, aplicar-se a todas as despesas no âmbito da política de desenvolvimento da UE, incluindo o FED»¹⁰.

⁶ Programa de acção: «Aceleração da luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza», COM(2001) 96 final de 21 de Fevereiro de 2001.

⁷ Actualização do programa de acção da Comunidade: Aceleração da luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza, COM(2003) 93 final de 26 de Fevereiro de 2003.

⁸ Orçamento Geral da União Europeia para o exercício de 2004 (JO C 105 de 30.4.2004, p. 1169).

⁹ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu respeitante à posição comum do Conselho sobre a adopção de um regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui um instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento. Anexo relativo ao artigo 5.º do instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento, COM(2006) 628 final, de 24 de Outubro de 2006.

¹⁰ Parlamento Europeu «Relatório sobre a execução da programação do 10.º Fundo Europeu de desenvolvimento», documento A6-0042/2008 de Fevereiro de 2008.

Globalmente, o financiamento da Comissão para o sector da saúde é inferior aos compromissos políticos e aos montantes de referência, apesar das novas ajudas importantes concedidas ao Fundo Mundial

- 10.** Como mostra o **quadro 2**, a ajuda directamente autorizada a título do nono FED¹¹ a favor do sector da saúde na África Subsariana representava 5,5% do total das autorizações deste FED. Esta percentagem é nitidamente inferior ao objectivo de 15% (ver ponto 8), embora represente um aumento em relação aos 4,4% autorizados no âmbito do oitavo FED, devido ao novo financiamento importante concedido às intervenções intra-ACP no domínio da saúde, principalmente sob a forma de contribuições para o Fundo Mundial.

¹¹ À excepção do apoio orçamental geral (ver ponto 12).

QUADRO 2

AUTORIZAÇÕES A FAVOR DO SECTOR DA SAÚDE A TÍTULO DOS OITAVO E NONO FED, EXPRESSAS EM PERCENTAGEM DO TOTAL DAS AUTORIZAÇÕES DOS FED NA ÁFRICA SUBSARIANA (EM MILHÕES DE EUROS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2007)

	Oitavo FED		Nono FED	
	Montante das autorizações do FED a favor da saúde	% do total das autorizações do FED	Montante das autorizações do FED a favor da saúde	% do total das autorizações do FED
Total das autorizações dos FED	9 787,0		13 930,7	
Autorizações a favor da saúde no âmbito dos programas nacionais	369,3	3,8%	351,2	2,5%
Autorizações a favor da saúde no âmbito dos programas regionais	13,1	0,1%	19,7	0,1%
Autorizações a favor da saúde no âmbito das intervenções para o financiamento intra-ACP	47,6	0,5%	399,7	2,9%
Total	430,0	4,4%	770,6	5,5%

- 11.** Como mostra o **quadro 3**, as autorizações concedidas directamente ao sector da saúde nos programas nacionais na África Subsariana eram largamente inferiores ao objectivo fixado pelo Parlamento Europeu (ver ponto 9), tendo passado de 5,1% a título do oitavo FED para 3,6% a título do nono FED, enquanto que as dotações no âmbito do décimo FED foram programadas apenas para 3,5%. Porém, a política da Comissão tinha previsto utilizar os programas nacionais como principal canal da ajuda para o sector da saúde (ver ponto 2). Estas autorizações modestas a favor da saúde não foram compensadas por autorizações suplementares no sector da educação: a combinação das autorizações relativas a estes dois domínios nos programas nacionais passou de 7,5% a título do oitavo FED para 6,2% a título do nono FED, um nível que deveria manter-se no âmbito do décimo FED.

QUADRO 3

AUTORIZAÇÕES A FAVOR DO SECTOR DA SAÚDE A TÍTULO DOS OITAVO E NONO FED, EXPRESSAS EM PERCENTAGEM DO TOTAL DOS PROGRAMAS NACIONAIS A TÍTULO DOS FED NA ÁFRICA SUBSARIANA (EM MILHÕES DE EUROS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2007)

	Oitavo FED		Nono FED	
Montante total autorizado no âmbito dos programas nacionais a título dos FED	7 268,6		9 793,8	
Autorizações a favor da saúde no âmbito dos programas nacionais	369,3	5,1%	351,2	3,6%
Autorizações a favor da educação no âmbito dos programas nacionais	175,5	2,4%	255,8	2,6%
Montante total autorizado a favor da saúde e da educação no âmbito dos programas nacionais	544,8	7,5%	607	6,2%

12. Uma avaliação da ajuda concedida pela Comissão ao sector da saúde na África Subsariana deveria ter em conta o financiamento directo deste sector e ainda o apoio orçamental geral, se bem que na prática seja muito difícil quantificar este último:

- no âmbito dos sétimo e oitavo FED, 3 240 milhões de euros tinham sido autorizados pela Comissão para programas financiados pelo apoio orçamental. Até 2000, a maioria dos fundos de contrapartida provenientes dos programas foi directamente afectada aos orçamentos nacionais da saúde e da educação, sendo concedido ao sector da saúde durante o período 1990-1999 um montante estimado em 800 milhões de euros (80 milhões de euros por ano: 35% de fundos de contrapartida);
- no âmbito do nono FED, as autorizações a título do apoio orçamental geral elevaram-se a cerca de 2 000 milhões de euros mas já não eram afectadas por sectores específicos. Embora não seja possível determinar o montante do financiamento atribuído ao sector da saúde, prevê-se que era inferior à ajuda concedida no âmbito dos dois FED anteriores. Na hipótese de os países utilizarem o apoio orçamental geral recebido proporcionalmente às partes correspondentes dos seus orçamentos sectoriais, isso significaria que cerca de 200 milhões de euros foram utilizados para a saúde (33 milhões de euros por ano). Com efeito, os orçamentos da saúde representam em média 9% a 10% do total dos orçamentos nacionais na África Subsariana. Esta percentagem é muito inferior aos 35% anteriormente afectados à saúde pela Comissão. Além disso, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) indicava em 2007 numa avaliação do apoio orçamental à África Subsariana, os países economizam em média até 70% desta ajuda para reduzir o seu défice orçamental¹². Significa isto que o montante do apoio orçamental geral realmente consagrado aos orçamentos nacionais da saúde no âmbito do nono FED era bastante inferior a 200 milhões de euros;

¹²O FMI e a ajuda à África Subsariana. Serviço de avaliação independente do FMI, 2007.

c) no âmbito do décimo FED, o apoio orçamental geral programado foi de cerca de 3 300 milhões de euros. Embora este montante represente um aumento em relação ao nono FED, os recursos atribuídos à saúde não deveriam provavelmente atingir os níveis concedidos a título dos sétimo e oitavo FED.

13. As rubricas orçamentais gerais (ver **quadro 1**) constituem uma outra fonte de financiamento da ajuda ao sector da saúde. Os montantes aumentaram significativamente durante o período 2003-2006, elevando-se em média a 109 milhões de euros por ano, dos quais cerca de um terço foi directamente autorizado para a África Subsariana. Este montante é nitidamente superior aos 22 milhões de euros atribuídos por ano durante o período 1997-2002, mas este orçamento diminuiu novamente até chegar a 84 milhões de euros por ano para o período de 2007-2013.

14. Embora seja extremamente difícil calcular um montante preciso, e recorrendo às limitações de uma abordagem baseada simplesmente nos dados, a análise do Tribunal salienta, de um modo geral, um montante indicativo de 1 100 a 1 200 milhões de euros, que inclui o apoio orçamental geral e o financiamento a título da rubrica orçamental geral, atribuídos ao sector da saúde na África Subsariana durante o período abrangido pelo nono FED. Estima-se que este montante representa um aumento em termos absolutos até 30%, comparado com o período abrangido pelo oitavo FED. Contudo, dado ter havido um aumento superior a 40% no total das autorizações relativas ao nono FED em relação ao FED anterior, a percentagem do financiamento comunitário atribuído ao sector da saúde na África Subsariana diminuiu. Enquanto o décimo FED representa um aumento de 60% comparado com as dotações financeiras do nono FED, o montante das dotações relativas à saúde para a África Subsariana estima-se ser aproximadamente o mesmo do nono FED. As dotações pouco elevadas dos programas nacionais para intervenções directas no sector da saúde na África Subsariana contrastam fortemente com as dotações comunitárias concedidas aos países asiáticos, onde 14% dos fundos do programa indicativo plurianual 2007-2010 foram afectados à saúde básica, apesar de estes países serem bastante mais avançados no plano da realização dos ODM em matéria de saúde.

A ajuda internacional para o reforço dos sistemas de saúde é insuficiente

15. A partir do nono FED, a Comissão e os Estados-Membros da UE procuraram partilhar entre si o trabalho de modo adequado, com base na sua experiência tradicional e na vantagem comparativa recebida. Esta repartição das tarefas entre doadores é na realidade um princípio de boa gestão, mas não permite garantir que sejam atribuídos recursos suficientes aos países da África Subsariana de modo a que os seus serviços de saúde atinjam um nível mínimo e que haja progressos significativos para a realização dos ODM em matéria de saúde. As análises efectuadas pela Comissão, pelos Estados-Membros da UE e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) permitiram identificar as questões essenciais que a comunidade internacional tem de resolver

¹³ A Comissão Europeia é um dos cinco financiadores mais importantes para a África Subsariana, juntamente com a França, o Reino Unido, os Estados Unidos da América e o Banco Mundial.

¹⁴ Ponto 29 da resolução do Parlamento Europeu, de 24 de Abril de 2007, que contém as observações que constituem parte integrante da decisão relativa à quitação pela execução do orçamento dos sexto, sétimo, oitavo e nono fundos europeus de desenvolvimento para o exercício de 2005.

em matéria de nível global e de distribuição da ajuda no domínio da saúde (ver caixa 1). O facto de um dos principais financiadores como a Comissão¹³ estar relativamente ausente deste sector contribuiu para estas insuficiências e o Parlamento Europeu considera que o princípio da repartição das tarefas não justifica os modestos investimentos da Comissão no sector da saúde¹⁴.

- 16.** O código de conduta de 2007 em matéria de complementaridade e divisão das tarefas na política de desenvolvimento¹⁷ sublinha a necessidade de resolver o problema dos países «enteados», que são muitas vezes Estados frágeis e em situação de pós-crise. O papel potencial da Comissão nestes países constituía uma vantagem comparativa comunitária, reconhecida nas políticas de desenvolvimento de 2000 e 2005. Com efeito, a Comunidade está mais representada nestes países do que os seus Estados-Membros e desempenha um papel na ajuda à reabilitação e ao desenvolvimento após o fim das operações de socorro geridas pela DG ECHO. Dado que uma parte significativa das intervenções da DG ECHO está ligada à saúde, é especialmente necessário assegurar o acompanhamento das intervenções neste sector. Só num pequeno número desses países (Angola, Burundi, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Libéria e Zimbabué), foi a saúde seleccionada como um sector prioritário no âmbito do décimo FED.
- 17.** O financiamento, pela Comissão, das intervenções ligadas a doenças específicas é relativamente superior ao dos sistemas de saúde (ver ponto 10). Esta diferença resulta do facto de que, durante o período 2000-2005, a Comissão se esforçou bastante no sentido de elaborar e de executar programas de acção no âmbito da sua iniciativa polí-

¹⁵ De acordo com a Comissão, «Macroeconomia e Saúde» de 2001, são necessários 30 dólares norte-americanos por habitante por ano para a prestação de serviços de saúde elementares. Isto não inclui elementos importantes tais como o planeamento familiar, os hospitais terciários e as urgências.

CAIXA 1

QUESTÕES ESSENCIAIS EM MATÉRIA DE NÍVEL GLOBAL E DE DISTRIBUIÇÃO DA AJUDA NO DOMÍNIO DA SAÚDE

Os peritos em matéria de saúde dos Estados-Membros da UE e da Comissão concluíram em 2006 que a parte do conjunto da ajuda externa para o desenvolvimento da UE consagrada à saúde, isto é 6,6%, era insuficiente e que a ajuda concedida pela UE a este sector não correspondia às necessidades de financiamento dos países neste domínio.

A DG desenvolvimento considerou que, para oferecer serviços de saúde elementares¹⁵, 32 países da África Subsariana teriam necessidade de um financiamento total de 9 767 milhões de euros, mesmo realizando o objectivo fixado pelos chefes de Estado africanos na sua cimeira de Abuja em 2001, isto é consagrar 15% do seu orçamento nacional à saúde.

Um estudo da OMS relativo à ajuda no sector da saúde identificou um determinado número de «enteados da ajuda à saúde» e concluiu que não havia uma relação clara entre a situação sanitária de um país e o montante da ajuda que recebe para este sector. Os países com taxas mais elevadas de prevalência do VIH/sida recebem mais ajuda, mesmo sendo a situação sanitária geral tão má ou pior em outros países¹⁶.

¹⁶ Na África Subsariana, o estudo da OMS classificou como «enteados da ajuda à saúde» os seguintes países: República Centro-Africana, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Nigéria, Sudão, Togo e Zimbabué.

¹⁷ Nota 9558/07 do Conselho da União Europeia, Bruxelas, 15 de Maio de 2007.

tica de luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose. Por outro lado, prestou menos atenção à execução da sua política de saúde em sentido largo. A diminuição, desde 2000, da ajuda concedida pela Comissão aos programas nacionais (ver ponto 11) inscreve-se numa tendência mais geral seguida pela comunidade internacional, que consiste em se concentrar nas intervenções ligadas a doenças específicas a cargo do reforço dos sistemas de saúde¹⁸. O inquérito do Tribunal às delegações da Comissão na África Subsariana permitiu constatar que 23 de 27 delegações consideravam que havia demasiados financiamentos relacionados com doenças específicas. O Tribunal verificou que a Etiópia e o Mali receberam, para lutar contra o VIH/sida, uma ajuda externa superior ao montante total do seu orçamento nacional da saúde, embora as taxas de prevalência do VIH fossem relativamente fracas nestes dois países¹⁹. O exame intercalar dos ODN pelo PNUD em 2007 sublinhou que a fraqueza dos sistemas de saúde constituía um sério obstáculo para a sua realização.

RECURSOS HUMANOS

A Comissão não dispõe de especialização adequada no domínio da saúde

- 18.** A Comissão reconheceu ela própria em 2004 a sua falta de especialização no domínio da saúde, invocando este facto como uma das razões do fraco nível dos montantes atribuídos a este sector²⁰. Porém, o Tribunal verificou que o problema persiste e que ainda não foi elaborada qualquer estratégia em matéria de recursos humanos para o resolver. Das 37 delegações na África Subsariana que responderam ao inquérito do Tribunal, 13 delegações têm no total 18 agentes com habilitações de nível universitário nos domínios da saúde²¹. Destes, apenas quatro são funcionários, dos quais só um trabalhava a tempo inteiro neste sector²². O Tribunal identificou vários problemas durante os seus trabalhos de auditoria efectuados no local (ver caixa 2). Não só é essencial que as delegações presentes nestes países, onde a saúde é um dos sectores prioritários dos FED, sejam especializadas no domínio da saúde, mas também é importante que as outras delegações tenham acesso a essa competência para poderem realizar as seguintes acções:

- a) gerir os aspectos sanitários dos programas financiados pelo apoio orçamental geral;
- b) apoiar as acções do Fundo Mundial nos países e assegurar o seu acompanhamento;

¹⁸ Em particular, o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos da América para a Ajuda contra a Sida (PEPFAR) foi lançado em 2003 para disponibilizar 15 mil milhões de dólares norte-americanos para apoiar a luta contra o VIH/sida durante um período de cinco anos em 15 países-alvo, 12 dos quais (incluindo a África do Sul) se situavam na África Subsariana.

¹⁹ De acordo com um estudo demográfico e sanitário realizado em 2005, a taxa de equivalência do VIH é de 1,4% na Etiópia e de 1,9% no Mali.

²⁰ Segundo relatório sobre o ponto da situação do programa de acção da CE, SEC(2004) 1326 final, de 26 de Outubro de 2004.

²¹ Quatro funcionários, cinco agentes locais, sete agentes contratuais e dois jovens peritos.

²² Além disso, trabalhavam ainda no sector da saúde cinco agentes locais (a tempo inteiro), sete agentes contratuais (três a tempo inteiro, quatro a tempo parcial) e dois jovens peritos (ambos a tempo parcial).

CAIXA 2

PROBLEMAS DE EFECTIVOS IDENTIFICADOS DURANTE AS MISSÕES DE AUDITORIA DO TRIBUNAL

No Burundi, embora a saúde fosse um sector importante do nono FED e um sector prioritário do décimo FED, a delegação não dispunha de especialização neste domínio. No Quénia, após a partida de um perito nacional de um Estado-membro no domínio da saúde em Agosto de 2006, a delegação não conseguiu substituí-lo porque não havia qualquer lugar disponível. Na Suazilândia, um funcionário da delegação tinha seguido uma formação em matéria de saúde mas tinha trabalhado em outros domínios, uma vez que a saúde não tinha sido um sector prioritário do nono FED neste país.

- c) efectuar uma melhor supervisão da rubrica orçamental geral relativa à saúde e dos projectos intra-ACP;
- d) assegurar que os problemas relativos ao VIH/sida estão integrados em todas as intervenções comunitárias.

- 19.** Os serviços centrais da Comissão não têm especialização suficiente para fornecer um apoio adequado às delegações na África Subsariana. Na DG desenvolvimento, três funcionários (apenas um com formação na área da saúde) e três peritos nacionais/multilaterais destacados exercem tarefas relacionadas com questões de política da saúde em todos os países em desenvolvimento e questões de programação nos países ACP. O serviço EuropeAid dispõe apenas de dois profissionais de saúde para dar apoio ao conjunto das 41 delegações na África Subsariana.
- 20.** Uma das medidas positivas adoptadas recentemente pela Comissão para resolver a falta de especialização em matéria de saúde ao nível das delegações foi a nomeação de um conselheiro regional em VIH/sida para a África Austral na delegação em Pretória, mas trata-se de um caso isolado. É igualmente possível reforçar a cooperação entre as delegações e os conselheiros regionais em matéria de saúde da DG ECHO nos países em situação de pós-conflito. Várias delegações procuraram igualmente apoiar-se na especialização de outros financiadores no domínio da saúde, incluindo os Estados-Membros da UE, mas esta cooperação é ainda limitada e não está geralmente oficializada. Por consequência, os mandatos concedidos pela Comissão aos Estados-Membros não estão devidamente definidos e não permitem garantir que a Comissão conserve a sua responsabilidade.

RITMO DO FINANCIAMENTO COMUNITÁRIO AO SECTOR DA SAÚDE

- 21.** Um aspecto importante da política da Comissão em matéria de saúde desde 2000 é o seu empenhamento em acelerar a assistência a este sector, nomeadamente para lutar contra as doenças relacionadas com a pobreza (ver ponto 2). A previsibilidade do financiamento tornou-se igualmente uma questão essencial, dado que os países beneficiários são obrigados a melhorar os procedimentos de elaboração do orçamento e de execução da ajuda externa. A presente secção examina a taxa de desembolso dos diferentes instrumentos e identifica os factores que afectam a sua rapidez e previsibilidade.

INTERVENÇÕES DOS FED NO SECTOR DA SAÚDE

O ritmo da ajuda concedida a título dos FED ao sector da saúde acelerou no âmbito do nono FED

- 22.** A rapidez da execução das intervenções do nono FED no sector da saúde na África Subsariana aumentou sensivelmente em relação ao oitavo FED (ver **quadro 4**). O principal factor que explica esta aceleração do ritmo dos desembolsos é a desconcentração. De acordo com o inquérito do Tribunal, 77% das delegações consideraram que a desconcentração tinha permitido acelerar a execução dos projectos FED.

QUADRO 4

PERCENTAGEM ACUMULADA DAS AUTORIZAÇÕES DOS FED DESEMBOLSADAS A FAVOR DA SAÚDE DURANTE OS CINCO PRIMEIROS ANOS DOS FED

	Percentagem acumulada das autorizações dos FED desembolsadas a favor da saúde durante os cinco primeiros anos dos FED	
	Oitavo FED	Nono FED ¹
Primeiro ano	0%	0%
Segundo ano	1%	3%
Terceiro ano	3%	13%
Quarto ano	8%	25%
Quinto ano	18%	39%

¹ Excluindo as transferências para o Fundo Mundial (ver ponto 26).

- 23.** O facto de a Comissão afectar os fundos para todo o período coberto pelos seus documentos de estratégia por país constitui uma base sólida para elaborar uma previsão fiável em matéria de financiamento. Contudo, o Tribunal constatou que, apesar da desconcentração, o procedimento complexo para a obtenção de inputs (obras, serviços, fornecimentos) e para aprovar e executar os programas de trabalho, reduz sempre o ritmo e limita a previsibilidade do financiamento das intervenções dos FED no domínio da saúde.

APOIO ORÇAMENTAL GERAL

O ritmo dos desembolsos pela Comissão é rápido mas a previsibilidade é um problema

- 24.** No âmbito dos oitavo e nono FED, o apoio orçamental geral revelou-se ser um instrumento de desembolso rápido, como mostra o **quadro 5**. Contribui igualmente para a previsibilidade o facto de os programas serem geralmente elaborados para três anos e de as dotações indicativas serem fixadas para seis anos nos documentos de estratégia por país.

QUADRO 5

AUTORIZAÇÕES DESEMBOLSADAS A TÍTULO DO APOIO ORÇAMENTAL GERAL DURANTE OS CINCO PRIMEIROS ANOS DOS OITAVO E NONO FED

	Percentagem acumulada das autorizações desembolsadas a título do apoio orçamental geral durante os cinco primeiros anos dos FED	
	Oitavo FED	Nono FED
Primeiro ano	12%	5%
Segundo ano	22%	18%
Terceiro ano	31%	38%
Quarto ano	55%	57%
Quinto ano	71%	74%

25. Contudo, o Tribunal verificou que o ritmo e a previsibilidade do financiamento diminuíram pelos seguintes motivos:

- a) atrasos em países que introduzem pedidos de pagamento elegíveis (por exemplo o Burundi, o Quénia e o Mali), devido principalmente aos seus problemas na recolha dos dados relativos aos indicadores de resultados;
- b) alguns países perderam a sua elegibilidade para o apoio orçamental geral, que foi portanto suspenso, o que reduziu os montantes disponíveis para o seu orçamento da saúde. Foi o que se passou em quatro dos seis países abrangidos pelas auditorias no local e pelos controlos documentais do Tribunal (Etiópia, Quénia, Lesoto, Malavi). Todavia, o Tribunal constatou que na Etiópia uma unidade internacional encontrou um outro mecanismo eficaz para garantir a continuidade da ajuda a favor da saúde e de outros sectores-chave (ver caixa 3). Uma vantagem de utilizar o apoio orçamental sectorial em paralelo com o apoio orçamental geral é permitir, em algumas circunstâncias, utilizar o primeiro instrumento quando o segundo tiver sido suspenso.

FUNDO MUNDIAL

O Fundo Mundial desembolsou um grande volume de fundos mas o ritmo dos seus desembolsos foi mais lento do que no âmbito dos FED

26. Um dos objectivos da criação do Fundo Mundial foi o estabelecimento de um mecanismo de execução mais rápido (ver ponto 2). A contribuição da Comissão para o Fundo Mundial, que começou no âmbito do nono FED, acelerou o ritmo dos desembolsos efectuados pela Comissão a título das autorizações dos FED no domínio da saúde (ver **quadro 6**), mas os pagamentos ao Fundo Mundial são apenas a primeira fase do encaminhamento desta ajuda para o beneficiário final.

Na Etiópia, o apoio orçamental geral foi suspenso em 2005 devido à situação política. Contudo, para garantir a manutenção da ajuda externa aos serviços principais, incluindo a saúde, a comunidade internacional lançou um novo programa multisectorial de «protecção dos serviços básicos», que consiste em fornecer directamente uma ajuda às autoridades regionais. Esta abordagem constitui um meio de reduzir o risco de que os esforços a longo prazo para melhorar os serviços de saúde possam ser interrompidos pela suspensão do apoio orçamental geral.

QUADRO 6

EFEITO DOS DESEMBOLSOS A TÍTULO DO FUNDO MUNDIAL NA TAXA DE DESEMBOLSO DAS AUTORIZAÇÕES DOS FED EM MATÉRIA DE SAÚDE

	Percentagem acumulada das autorizações dos FED desembolsadas a favor da saúde durante os cinco primeiros anos dos FED		
	Oitavo FED	Nono FED	Nono FED
		(<i>excluindo Fundo Mundial</i>)	(<i>incluindo Fundo Mundial</i>)
Primeiro ano	0%	0%	22%
Segundo ano	1%	3%	24%
Terceiro ano	3%	13%	31%
Quarto ano	8%	25%	46%
Quinto ano	18%	39%	55%

- 27.** O Fundo Mundial foi eficaz em termos de aumento do volume global dos desembolsos para a luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose, que representaram na África Subsariana 2 931 milhões de dólares norte-americanos para o período de 2002-2007. Contudo, como mostra o **quadro 7**, o ritmo dos desembolsos efectuado pelo Fundo Mundial nos países da África Subsariana é mais lento do que o das intervenções dos FED no sector da saúde. No caso da primeira série de subvenções lançada em 2002, no final do seu período de execução de cinco anos apenas 73% do orçamento tinham sido desembolsados. A análise do Tribunal não indicou qualquer aumento da taxa de desembolso relativamente às subvenções do Fundo Mundial aprovadas nos anos seguintes.

QUADRO 7

COMPARAÇÃO ENTRE O RITMO DE DESEMBOLSOS NO ÂMBITO DO FUNDO MUNDIAL E O DAS INTERVENÇÕES DOS FED EM MATÉRIA DE SAÚDE NA ÁFRICA SUBSARIANA

	Fundo Mundial	Intervenções dos FED em matéria de saúde
Primeiro ano	2%	1%
Segundo ano	13%	25%
Terceiro ano	26%	36%

- 28.** Além da ênfase legítima que o Fundo Mundial coloca nos financiamentos baseados nos resultados, o que determina uma redução dos desembolsos a favor de subvenções menos eficazes, existem outros dois factores que afectam o ritmo dos desembolsos, nomeadamente:
- a) vários beneficiários da ajuda do Fundo Mundial enfrentam dificuldades para elaborar sistemas financeiros, de celebração de contratos e de acompanhamento, que respondam à norma fixada pelo Fundo, bem como para desembolsar rapidamente as dotações;
 - b) foram postas à disposição dos países durante a execução das subvenções do Fundo Mundial, novas fontes de financiamento, tais como o PEPFAR, o que reduz a capacidade de absorção destes Estados.
- 29.** Contrariamente às ajudas dos FED, as subvenções do Fundo Mundial são aprovadas na base de fases de financiamento anuais. Os países não sabem se o seu pedido de financiamento será aprovado e não conhecem o montante da eventual subvenção. Assim, durante os seis primeiros anos de existência do Fundo Mundial, só foram realmente aprovados 39% dos pedidos de subvenções.

GESTÃO E EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS

- 30.** O Tribunal examinou os três principais instrumentos utilizados para melhorar os serviços de saúde: o apoio orçamental, os projectos e o Fundo Mundial. A presente secção avalia se a Comissão geriu bem estes instrumentos, se eles foram eficazes e se a Comissão os utilizou conjuntamente. O **anexo III** apresenta uma visão global das intervenções nos cinco países visitados pelo Tribunal.

²³ Comissão Europeia, guia 2007 sobre o apoio orçamental geral (p. 10).

²⁴ Nota sobre o apoio orçamental sectorial, elaborada num seminário efectuado em Novembro de 2005 em Dublin, pela parceria estratégica com África, um grupo de financiadores aos níveis bilateral e multilateral.

APOIO ORÇAMENTAL

UTILIZAÇÃO DO APOIO ORÇAMENTAL PELA COMISSÃO

O apoio orçamental é susceptível de desempenhar um papel essencial na melhoria dos serviços de saúde

- 31.** O apoio orçamental pode desempenhar um papel essencial na melhoria dos serviços de saúde, permitindo que os governos disponham de fundos suplementares para o seu orçamento da saúde, o que lhes permite desenvolver os seus serviços, uma condição prévia e necessária para atingir os ODM. Além disso, este apoio pode contribuir para reforçar o quadro político e institucional através do diálogo político e da assistência técnica. A Comissão, que é um dos principais distribuidores de apoio orçamental, define-o como «a transferência de recursos financeiros de uma agência de financiamento externo para o tesouro público de um país parceiro, depois de este ter cumprido as condições de pagamento acordadas»²³. Embora a Comissão subdivida o apoio orçamental em apoio orçamental geral e apoio orçamental sectorial, na prática esta distinção é menos evidente:

«O apoio orçamental enuncia-se segundo várias modalidades. Num extremo encontra-se o apoio orçamental geral, cujo diálogo e condições se concentram unicamente nas questões macroeconómicas e transectoriais. No outro extremo encontra-se o apoio orçamental sectorial, que se concentra unicamente em questões específicas de determinados sectores. Entre os dois extremos, encontra-se o apoio orçamental geral, com condições e um diálogo sectoriais, e as operações de apoio orçamental sectorial, que incluem condições e um diálogo macroeconómicos e transversais»²⁴.

O apoio orçamental sectorial foi pouco utilizado e o papel do apoio orçamental geral na melhoria dos serviços de saúde não foi claramente determinado

- 32.** O apoio orçamental sectorial, concentrado num sector, poderia permitir nomeadamente apoiar o sector da saúde. Contudo, embora a política da Comissão desde 2000 tenha consistido numa maior utilização do apoio orçamental sectorial, na prática apenas dois países da África Subsariana (Moçambique e Zâmbia) beneficiaram desse apoio no âmbito do nono FED. Uma das razões deve-se ao facto de a Comissão ter utilizado apenas, de um modo geral, o apoio sectorial a favor da saúde se esta for considerada um sector prioritário num dado país, o que acontece raramente. A segunda razão é que um dos critérios de

elegibilidade é a existência de uma política bem definida no sector da saúde, o que ainda não se passa em vários países.

- 33.** A Comissão recorreu muito mais ao apoio orçamental geral: 21 países da África Subsariana beneficiaram desse tipo de apoio no âmbito do nono FED. A Comissão preferiu recorrer a esta forma de apoio orçamental e, contrariamente ao que acontece no caso do apoio orçamental sectorial, autoriza a sua utilização paralelamente ao financiamento de dois sectores prioritários. Além disso, existe um maior número de países elegíveis para o apoio orçamental geral, dado que uma das condições de elegibilidade é a existência de uma política nacional global mais do que de uma política sectorial específica, mesmo se a eficácia desta política nacional depende em larga medida da qualidade das políticas sectoriais. O apoio orçamental geral dispõe de uma mais vasta gama de objectivos do que o apoio orçamental sectorial. Se à partida inclui uma dimensão sectorial, pode igualmente contribuir para melhorar os serviços de saúde (ver ponto 31), o que se passou tradicionalmente nos programas financiados pelo apoio orçamental geral da Comissão. Com efeito, estes concederam prioridade aos sectores da saúde e da educação e incluíram, no sector da saúde, a condicionalidade e disposições relativas ao diálogo político com os governos sobre essa matéria.
- 34.** O Tribunal detectou contudo opiniões divergentes nos serviços da Comissão, em especial entre os macroeconomistas e os profissionais da saúde, relativamente à importância da dimensão sectorial a dar ao apoio orçamental geral. O inquérito do Tribunal indicou que a maioria das delegações consideravam a melhoria dos serviços de saúde como um objectivo essencial deste instrumento (ver **quadro 8**). Por outro lado, o novo manual de 2007 relativo ao apoio orçamental geral reduziu consideravelmente a dimensão sectorial deste instrumento em comparação com o manual de 2002, concentrando-se menos na melhoria dos serviços de saúde.

QUADRO 8

PERCEPÇÃO DAS DELEGAÇÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS OBJECTIVOS DO APOIO ORÇAMENTAL GERAL

1	2	3	4	5	s/o	Média	Objectivos do apoio orçamental geral
1	1	1	7	18	2	4,43	Redução da pobreza
1	0	1	10	16	2	4,43	Melhoria da gestão das finanças públicas
1	1	3	11	12	2	4,14	Estabilidade macroeconómica
1	2	4	14	7	2	3,86	Harmonização dos procedimentos de ajuda
1	0	8	12	7	2	3,86	Aumento da previsibilidade dos financiamentos
1	4	5	8	10	2	3,79	Melhoria dos serviços de saúde
1	4	6	8	9	2	3,71	Melhoria dos serviços de educação
3	5	0	9	10	3	3,67	Redução dos custos operacionais da ajuda

(1 = não importante, 5 = extremamente importante, s/o = sem opinião)

EFICÁCIA DO APOIO ORÇAMENTAL GERAL PARA MELHORAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE

35. Reconhece-se geralmente que é muito difícil avaliar a eficácia do apoio orçamental geral. Uma avaliação conjunta, efectuada pelos financiadores, do apoio orçamental geral, publicada em 2006, constituiu uma etapa importante na apreciação deste instrumento, mas teve alguns aspectos limitados. Além disso, a Comissão procura ainda estabelecer uma metodologia de avaliação adequada. O Tribunal concentrou a sua avaliação da eficácia deste instrumento nos aspectos que se apresentam a seguir²⁵ e verificou:

- a) se as contribuições financeiras efectuadas estavam associadas ao aumento das contribuições pagas aos orçamentos nacionais da saúde e dos desembolsos provenientes dos mesmos e se estes montantes podiam ser utilizados para o fim previsto;
- b) se o quadro político e institucional do sector da saúde favoreceu a prestação eficaz dos serviços;
- c) se as delegações participaram nos diálogos políticos relativos à saúde, o que contribuiria para uma utilização mais eficaz do apoio orçamental geral;
- d) se os objectivos em matéria de indicadores de resultado relacionados com a saúde e seleccionados como elementos de condicionalidade no âmbito do apoio orçamental geral foram alcançados e eram adequados.

Contribuições financeiras: na maioria dos países controlados, o apoio orçamental geral não esteve associado a um aumento dos recursos orçamentais destinados à saúde

36. O Tribunal verificou que, na maioria dos países controlados, o apoio orçamental geral não determinou qualquer aumento dos recursos concedidos ao orçamento nacional da saúde (ver caixa 4). Esta situação resulta essencialmente do facto de, em determinados casos, os países beneficiários decidirem, durante um dado exercício, não aumentar as suas despesas orçamentais pelo montante equivalente à ajuda recebida, mas utilizar antes estes fundos para reduzir o seu défice orçamental [ver ponto 12, alínea b)]. Além disso, a Comissão não procurou sistematicamente encorajar estes países a aumentar o seu orçamento nacional da saúde, o que poderia ter sido feito dando a estes aumentos um valor de indicador de resultado nas suas convenções de financiamento celebradas no âmbito do apoio orçamental geral. Com efeito, os montantes consagrados ao orçamento da saúde só estavam inscritos como indicador de resultado em cinco dos doze países examinados.

²⁵ O Tribunal baseou essencialmente a sua avaliação nos programas financiados pelo apoio orçamental geral no Burundi, na Etiópia, no Quênia, no Lesoto, no Malavi e no Mali. Tem igualmente em consideração os trabalhos de auditoria relevantes realizados em outros países no âmbito da sua declaração de fiabilidade relativa ao FED em especial no Gana, na Guiné-Bissau, em Moçambique, no Níger e na Serra Leoa.

A «interpretação dinâmica», pela Comissão, da elegibilidade para o apoio orçamental geral compromete a utilização eficaz do financiamento para melhorar os serviços de saúde

- 37.** A eficácia do apoio orçamental geral, tendo em vista a melhoria dos serviços de saúde, não depende apenas do montante canalizado para as despesas neste sector mas igualmente da solidez dos sistemas públicos de gestão financeira que cobrem a utilização destas dotações. Devido ao que a Comissão designa uma «interpretação dinâmica» da elegibilidade, embora os países da África Subsariana tenham geralmente uma fraca capacidade pública de gestão financeira, podem continuar a ser elegíveis para o apoio orçamental geral, o que contribuiu para elevar o risco de despesas públicas não eficientes e não eficazes. Os fundos atribuídos ao sector da saúde estão particularmente expostos a riscos, uma vez que as contribuições de recursos aos prestadores de serviços de primeira linha são complexas na medida em que passam geralmente por vários escalões administrativos. O Tribunal constatou que os controlos das despesas públicas ou as auditorias que visam o seu acompanhamento, embora pouco utilizados, permitiram identificar perdas significativas de recursos públicos, em relação às despesas de saúde não salariais, que poderiam ter consequências graves para a prestação dos serviços de saúde²⁶. Além disso, reconhece-se geralmente que a compra de medicamentos através de armazéns farmacêuticos centrais apresenta elevados riscos.

²⁶Ver por exemplo, «Public Expenditure Tracking Surveys — Quantitative Service Delivery Surveys in Sub-Saharan Africa: A Stocktaking Study». Bernard Gauthier. HEC Montreal. Setembro de 2006, estudo encomendado pelo Banco Mundial.

CAIXA 4

APOIO ORÇAMENTAL GERAL E SEUS EFEITOS NOS ORÇAMENTOS DA SAÚDE

No Burundi, embora o plano nacional de desenvolvimento sanitário para 2006-2010 previsse um aumento do orçamento nacional da saúde de 3,6% para 15% em 2010, as dotações do orçamento diminuíram em 2007 alcançando apenas 2%.

Na Etiópia, as dotações orçamentais e as despesas correspondentes em matéria de saúde foram pouco elevadas durante o período examinado (2002-2007), determinando um subfinanciamento considerável dos serviços de saúde. Embora o PRBS 2 (apoio orçamental à redução da pobreza) tivesse como objectivo um aumento do orçamento da saúde de 6,8% em 2003 para 7,3% em 2004, na realidade a parte do orçamento consagrada à saúde diminuiu para 6,5%. No conjunto, as despesas recorrentes associadas à pobreza aumentaram sensivelmente na Etiópia depois de 2000, mas não foi o que aconteceu no caso da saúde, que representava apenas 15% destas despesas.

No Mali, a convenção de financiamento celebrada no âmbito do apoio orçamental geral exigia que a parte do orçamento nacional de funcionamento consagrada à saúde aumentasse de 10,5% para 11,5% durante o período 2002-2005. Não foi o que aconteceu e em 2005 passou, pelo contrário, para 10,2%.

No Quênia, as dotações orçamentais a favor da saúde passaram para 9% em 2005-2006, em comparação com os 7% a 7,5% dos exercícios anteriores, mas as despesas em 2005-2006 eram apenas de 5,7%, depois de ter havido uma diminuição cada ano desde 2001-2002, época em que representavam 9% do conjunto das despesas do Estado.

No Malawi, durante os dois primeiros anos (2005-2007) depois do estabelecimento do apoio orçamental geral, o governo deu prioridade ao reembolso da dívida interna. O orçamento da saúde manteve-se apenas a um nível de 10,7%, inferior ao de vários exercícios anteriores. Contudo, foi programado para 2007-2008 um aumento significativo deste orçamento.

No Lesoto, as despesas em matéria de saúde mantiveram-se aos níveis anteriores, apesar da crise importante que este sector conhecia.

- 38.** Os programas financiados pelo apoio orçamental geral não permitiram atenuar suficientemente estes riscos. Para além da apreciação inicial da qualidade da gestão das finanças públicas, o manual de 2002 relativo ao apoio orçamental geral previa a realização de auditorias financeiras e de testes de conformidade, em especial nos sectores sociais, durante a execução do programa. Estes controlos são particularmente necessários quando a capacidade das instituições superiores de controlo nacionais é fraca, o que é geralmente o caso. Todavia, os controlos deste tipo não foram efectuados na prática e, no seu manual de 2007, a Comissão suprimiu a obrigação de os realizar. Segundo este manual, uma vez que a Comissão transferiu recursos para o erário público do país beneficiário, deixa de garantir qualquer acompanhamento da sua utilização, o que é contrário à sua política em matéria de apoio orçamental sectorial, que consiste em examinar melhor a utilização dos recursos, «controlando» atentamente a cadeia de resultados, dos «recursos» às «realizações» e aos «resultados»²⁷. O Tribunal partilha a opinião do Parlamento Europeu de que estes controlos representam uma outra vantagem do apoio orçamental sectorial em relação ao apoio orçamental geral, em termos de eficácia potencial²⁸.

Ao utilizar o apoio orçamental geral, deu-se pouca atenção ao reforço do quadro político institucional para melhorar os serviços de saúde

- 39.** Nos dois países visitados, o Malavi e o Mali, o Tribunal constatou que a eficácia do apoio orçamental geral ao sector da saúde podia ser melhorada pela existência de uma política sólida no sector da saúde apoiada por doadores através de uma abordagem sectorial global (ASG). Contudo, o inquérito permitiu detectar que, em aproximadamente metade dos países que receberam o apoio orçamental geral a título do nono FED, ou que deviam beneficiar dele no âmbito do décimo FED, ainda não se tinha estabelecido uma abordagem sectorial global neste domínio. Este dado indica que a Comissão não providenciou devidamente no sentido de garantir a criação de ASG, para que o apoio orçamental geral possa contribuir eficazmente para a melhoria dos serviços de saúde.
- 40.** Os ministérios da Saúde são frequentemente os que dispõem de recursos mais fracos, sobretudo aos níveis regional e local, para os quais alguns países efectuaram uma intensa descentralização. Esta capacidade institucional limitada é um impedimento para o desenvolvimento e execução de boas políticas da saúde. A política da Comissão consistiu em dar uma assistência técnica para reforçar os ministérios sectoriais prioritários bem como os ministérios das Finanças, ficando reservados cerca de 10% do apoio orçamental geral para este efeito²⁹. Porém, nos doze países onde o Tribunal examinou o apoio orçamental geral, apenas um (o Níger) recebeu fundos para dar uma assistência técnica específica ao Ministério da Saúde. O manual de 2007 sobre o apoio orçamental geral já não prevê o recurso à assistência técnica para os ministérios sectoriais.

²⁷ Comissão Europeia, «Linhas directrizes para os programas financiados pelo apoio orçamental sectorial», Julho de 2007.

²⁸ Resolução do Parlamento Europeu, de 22 de Abril de 2008, que contém as observações que constituem parte integrante da decisão relativa à quitação pela execução do orçamento geral da União Europeia para o exercício de 2006, secção III – Comissão, ponto 225.

²⁹ «Apoios da Comunidade aos programas de reformas económicas e ao ajustamento estrutural: balanço e perspectivas». COM(2000) 58 final de 4 de Fevereiro de 2000, Bruxelas.

A Comissão não obteve grande vantagem das possibilidades de diálogo em matéria de saúde para melhorar a eficácia do apoio orçamental geral

- 41.** Uma das vantagens potenciais do apoio orçamental é a possibilidade de melhorar a eficácia por meio de um diálogo político entre doadores e governos beneficiários. Quando do seu inquérito, o Tribunal constatou que a grande maioria das delegações tinha participado directamente num diálogo no sector da saúde. Contudo, verificou que a qualidade e o grau de profundidade deste diálogo apresentava as seguintes insuficiências:
- a) os conhecimentos especializados das delegações em matéria de saúde eram limitados (ver ponto 18), não contribuindo assim para um diálogo de qualidade. A Comissão procurou encontrar peritos em economia para exercer as tarefas relativas ao apoio orçamental geral mas não constituiu para estes programas qualquer equipa alargada que incluía igualmente peritos na área da saúde e da educação. Embora, em algumas circunstâncias, seja possível recorrer a representantes de outros financiadores, apenas duas delegações o fizeram, sem que esta intervenção estivesse coberta por um mandato formal escrito (ver ponto 20);
 - b) o grau de profundidade do diálogo sectorial que as delegações são supostas alcançar no contexto do apoio orçamental geral não está claramente definido (ver ponto 34);
 - c) as discussões relativas à realização dos objectivos relacionados com os indicadores de resultado devem permitir estabelecer um diálogo alargado no sector da saúde. Porém, o Tribunal constatou que o diálogo tinha tendência para privilegiar mais os indicadores específicos em detrimento das questões mais vastas relativas à saúde, bem como o montante da parcela variável a pagar para cada indicador mais do que os factores subjacentes que afectam o resultado.

Apenas metade dos objectivos ligados aos indicadores de resultado foram realizados e os mecanismos que permitem a sua utilização apresentam insuficiências

- 42.** A partir de 2000, a política da Comissão relativa ao apoio orçamental geral concentrou-se em larga medida nos resultados. Assim, cerca de 30% dos desembolsos a título do apoio orçamental geral são efectuados através do que se designa por pagamentos por parcelas variáveis, sendo o montante dos pagamentos estabelecido em função do grau de realização dos objectivos ligados aos indicadores de resultado. A fim de melhorar a sua relevância e a responsabilização nacional, os indicadores são seleccionados cada vez mais a partir dos «documentos de estratégia de redução da pobreza». A necessidade de medir os resultados conduziu igualmente a esforços significativos com vista a reforçar os sistemas estatísticos nacionais.
- 43.** O Tribunal examinou em que medida foram atingidos os objectivos ligados aos indicadores de resultado no sector da saúde, previstos nas convenções de financiamento da Comissão. Verificou que, regra geral,

apenas foram atingidos 50% destes objectivos, o que levanta questões sobre a eficácia dos programas financiados pelo apoio orçamental geral na ajuda à melhoria dos serviços de saúde.

- 44.** O Tribunal detectou vários outros factores, relativos à forma de utilizar os objectivos ligados aos indicadores de resultado, que afectam a eficácia do apoio orçamental geral em matéria de melhoria dos serviços de saúde:
- a) a redução do valor dos objectivos de resultado em termos de incentivo pode resultar do facto de os montantes associados a cada indicador serem relativamente pouco elevados bem como da política da Comissão que consiste em consagrar os fundos inutilizados para financiar outras ajudas concedidas ao país a título do FED, quando as parcelas variáveis não foram desembolsadas porque os objectivos não foram alcançados;
 - b) quando eram seleccionados indicadores que os governos não podiam gerir devidamente, estes estavam pouco incentivados a cumprir os objectivos e a relação com o apoio orçamental geral era menor;
 - c) muitas vezes os dados utilizados não eram fiáveis e portanto era às vezes difícil ter a certeza de que um objectivo tinha sido alcançado ou não, nomeadamente quando os indicadores eram medidos durante períodos relativamente curtos de doze meses, o que impedia por vezes detectar as alterações;
 - d) os objectivos fixados eram por vezes demasiado ou não suficientemente ambiciosos;
 - e) os indicadores não abordaram devidamente os aspectos qualitativos dos cuidados de saúde.
- 45.** O Tribunal examinou igualmente se o apoio orçamental geral tinha sido particularmente eficaz para melhorar os serviços de saúde a favor de camadas mais desfavorecidas da população. A análise, efectuada pela OMS, das políticas da saúde previstas nos documentos de estratégia da redução da pobreza permitiu constatar que esta não ocupava um lugar central nas políticas nacionais da saúde. Esta observação foi igualmente confirmada pelas numerosas provas recolhidas pelo Tribunal, que mostram uma forte concentração do pessoal e dos serviços de saúde nas zonas urbanas. Além disso, os indicadores de resultado da Comissão em matéria de saúde raramente incluem uma dimensão ligada à pobreza, o que teria permitido orientar as melhorias dos serviços de saúde para as camadas mais desfavorecidas da população e/ou as regiões mais pobres do país.
- 46.** No seu questionário, o Tribunal pedia às delegações o seu parecer sobre a eficácia do apoio orçamental geral quanto à melhoria dos serviços de saúde e à realização de outros objectivos. As suas respostas confirmaram as preocupações do Tribunal quanto à eficácia do apoio orçamental geral, tal como é actualmente executado, para melhorar os serviços de saúde. Numa escala de 1 (fraca) a 5 (elevada), as delegações estimaram que o nível de eficácia desta ajuda para melhorar os serviços de saúde era apenas de 2,77, isto é o mais baixo dos oito objectivos visados pelo apoio orçamental geral (ver **quadro 9**).

QUADRO 9

PARECER DAS DELEGAÇÕES SUBSARIANAS DA COMISSÃO EUROPEIA
QUANTO À EFICÁCIA DO APOIO ORÇAMENTAL GERAL
PARA MELHORAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1	2	3	4	5	s/o	Média	Objectivos do apoio orçamental geral
1	1	5	8	9	5	3,96	Estabelecimento de uma estabilidade macroeconómica
0	0	6	15	3	5	3,88	Melhoria da gestão das finanças públicas
1	1	5	13	5	4	3,80	Harmonização dos procedimentos de ajuda
2	1	6	10	5	5	3,63	Redução dos custos operacionais da ajuda
1	5	7	9	3	4	3,32	Aumento da previsibilidade dos financiamentos
1	7	6	6	2	7	3,05	Redução da pobreza
1	7	8	4	2	7	2,95	Melhoria dos serviços de educação
3	8	4	5	2	7	2,77	Melhoria dos serviços de saúde

(1 = não importante, 5 = extremamente importante, s/o = sem opinião)

PROJECTOS

- 47.** O projecto tem sido tradicionalmente o principal instrumento utilizado pela Comissão para implementar a sua ajuda ao desenvolvimento. Contudo, a partir de 2000, a Comissão fez do apoio orçamental a sua forma de ajuda preferida. Esta alteração levou a uma tomada de posição, adoptada pela Comissão nos seus manuais relativos à ajuda, em que o projecto é de facto utilizado como o instrumento de «último recurso», quando é impossível utilizar outros instrumentos. O Tribunal examinou uma amostra de projectos para avaliar a sua eficácia, isto é verificar se os seus objectivos foram alcançados ou se estão em condições de o ser. A classificação dos projectos foi de «eficaz» quando estes realizaram ou são susceptíveis de realizar os seus objectivos, «parcialmente eficaz» quando os projectos enfrentaram alguns problemas e só atingiram uma parte dos seus objectivos e «ineficaz» quando tiveram dificuldades significativas e não realizaram ou só puderam realizar um número limitado de objectivos programados. Os projectos controlados durante as missões no local são apresentados sumariamente no **anexo III** e o **anexo IV** contém uma lista completa dos projectos abrangidos pela auditoria.

PROJECTOS FED

Todos os projectos FED alcançaram um nível razoavelmente eficaz mas a sua sustentabilidade levanta dúvidas na maioria dos casos

- 48.** Os projectos FED podem combinar a prestação de uma assistência técnica, de infra-estruturas e de equipamento. O Tribunal examinou a eficácia de doze projectos FED relacionados com a saúde em doze países. A eficácia dos projectos foi considerada satisfatória ou parcialmente satisfatória em dois terços dos países, apesar da relativa complexidade das intervenções no sector da saúde. Os resultados da avaliação do Tribunal quanto à eficácia dos projectos FED correspondiam em

larga medida à opinião das delegações da Comissão. Nas suas respostas ao questionário do Tribunal, as delegações atribuíram à eficácia dos projectos FED a nota 3,11, numa escala que vai de 1 (fraca) a 5 (elevada). Dois aspectos positivos dos projectos FED foram a sua contribuição, por um lado, para a melhoria da qualidade das políticas e, por outro, para a melhoria dos serviços prestados. Por outro lado, os projectos examinados pelo Tribunal não visavam, na maioria dos casos, as camadas mais desfavorecidas da população, embora tivessem podido ter um impacto aos níveis regional e local. Além disso, as perspectivas de sustentabilidade da maioria dos projectos também não eram boas.

49. A auditoria do Tribunal permitiu identificar vários factores que afectaram negativamente o resultado dos projectos FED ligados à saúde e que, em vários casos, afectaram os projectos FED em outros sectores. Os principais factores são os seguintes:

- a) os projectos eram geralmente demasiado ambiciosos, em especial em situações de pós-conflito, porque cobriam uma vasta gama de actividades e uma zona geográfica demasiado alargada e, ainda, porque os projectos que não beneficiavam do apoio de outros instrumentos suscitavam expectativas demasiado ambiciosas;
- b) os prazos de execução dos projectos eram geralmente demasiado curtos, primeiramente devido aos longos procedimentos de celebração de contratos e de aprovação (ver ponto 23) e, em segundo lugar, porque era necessário algum tempo para que as alterações introduzidas pelos projectos fossem aplicadas nas organizações beneficiárias e se tornassem sustentáveis;
- c) a qualidade da assistência técnica que fazia parte de contratos a favor destes projectos variava bastante, o que influenciou consideravelmente os seus resultados;
- d) a capacidade de prestar os serviços de saúde e de trabalhar no âmbito dos projectos FED variava igualmente, em especial aos níveis provincial e local;
- e) a ausência de uma política sólida em matéria de saúde reduziu a eficácia dos projectos e em especial as suas perspectivas de sustentabilidade;
- f) as delegações não dispunham muitas vezes de uma especialização em matéria de saúde e, de um modo mais geral, estavam frequentemente sujeitas a uma pressão demasiado forte para poder garantir o nível de supervisão necessário para maximizar as oportunidades de êxito dos projectos.

PROJECTOS INTRA-ACP

Os projectos intra-ACP são menos eficazes que outros, devido à complexidade das modalidades relativas à sua concepção e execução

50. Cada projecto intra-ACP abrange uma série de países em diferentes regiões da África Subsariana. No âmbito do nono FED, foram frequentemente executados por agências das Nações Unidas. Dos cinco projectos auditados, um foi considerado eficaz, dois parcialmente eficazes e os outros dois ineficazes. No caso da gestão deste tipo de

projectos, os factores que contribuíram para este nível de resultado geralmente modesto, incluíam os elementos seguintes:

- a) a concepção dos projectos, que geralmente implicava um grande número de países que recebia um montante relativamente pouco elevado para financiar um grande número de actividades. Isso contribuiu para reduzir o seu impacto potencial;
- b) a fraca participação das delegações da Comissão nestes projectos geridos de forma centralizada e as dificuldades encontradas pelos serviços centrais da Comissão para acompanhar devidamente os projectos que abrangem frequentemente numerosos países;
- c) as dificuldades da Comissão e dos órgãos das Nações Unidas para chegarem a acordo sobre as modalidades de programação e de elaboração dos relatórios, bem como os problemas encontrados posteriormente pelos órgãos das Nações Unidas para respeitar estas modalidades.

³⁰ *Appraisal of the Two Legal Bases on Health, AIDS and Population, Ecorys Research and Consulting, Novembro de 2006.*

PROJECTOS NO SECTOR DA SAÚDE FINANCIADOS PELA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL

À excepção dos projectos geridos de forma centralizada, os projectos financiados a título da rubrica orçamental geral foram, no essencial, eficazes mas a sua sustentabilidade é muitas vezes posta em causa

51. Os projectos em matéria de saúde financiados pela rubrica orçamental geral são principalmente executados por ONG e outras entidades não governamentais. O Tribunal examinou nove projectos deste tipo no Quénia, no Malavi e no Mali. A eficácia de três projectos foi considerada satisfatória e a dos outros seis parcialmente satisfatória. As delegações da Comissão tinham igualmente uma opinião relativamente positiva sobre estes projectos, uma vez que, no inquérito do Tribunal, atribuíram à sua eficácia a nota de 3,52, numa escala de 1 (fraca) a 5 (elevada). Quatro projectos co-financiados por ONG no Lesoto, no Malavi, no Mali e na Suazilândia foram igualmente examinados e considerados eficazes. A eficácia de um dos projectos foi considerada satisfatória e a dos outros três parcialmente satisfatória.
52. Os aspectos particularmente positivos dos projectos deste tipo eram os seguintes:
 - a) eram orientados para questões relacionadas com a pobreza e prestavam muitas vezes serviços básicos em regiões mais afastadas, onde os serviços nacionais estavam menos presentes;
 - b) em domínios sensíveis tais como o VIH/sida, muitas pessoas, em especial jovens, preferiam recorrer à assistência das ONG, mais do que aos serviços nacionais de saúde;
 - c) para a Comissão, estes projectos eram mais fáceis de supervisionar do que os projectos FED de maior envergadura. Estavam portanto menos expostos a atrasos, dado que o conjunto das actividades de um projecto era abrangido por um único contrato ONG;
 - d) os projectos dispunham de uma grande visibilidade para um financiamento relativamente pouco elevado.
53. Em geral, como se mencionou numa recente avaliação das rubricas orçamentais destinadas à saúde³⁰, o ponto fraco destes projectos reside na

sua sustentabilidade e no seu impacto mais importante, pelas seguintes razões:

- a) embora os regulamentos que regem as rubricas orçamentais gerais em matéria de saúde tivessem em vista promover os projectos inovadores, o facto de os procedimentos da Comissão não preverem a participação dos funcionários nacionais responsáveis pela saúde significa que estes projectos tinham pouca probabilidade de serem retomados nas políticas nacionais;
- b) a Comissão não implementou qualquer sistema para garantir que as lições tiradas dos projectos coroados de êxito eram sistematicamente divulgadas;
- c) o êxito dos projectos teria podido ser intensificado mediante o financiamento a título do FED. Para isso, teria sido necessário seleccionar a saúde como sector prioritário e informar as delegações e os funcionários nacionais na fase de programação do projecto. Regra geral, nenhuma destas duas condições foi cumprida.

54. Um outro motivo de preocupação é que, embora os projectos se concentrem na pobreza, no momento da sua adjudicação não se toma devidamente em consideração o nível de pobreza dos diferentes países. O regulamento relativo ao co-financiamento com as ONG procurou resolver progressivamente esta questão reduzindo o número de países elegíveis.

55. O Tribunal examinou igualmente cinco projectos no domínio da saúde, geridos de forma centralizada e financiados no âmbito da rubrica orçamental geral. Cada um destes projectos cobria pelo menos dois países ou muitas vezes mais, sem fronteira comum. À semelhança dos projectos intra-ACP, os seus resultados foram considerados inferiores aos dos projectos realizados num único país. Os projectos enfrentavam duas dificuldades: as que as ONG encontraram para executar os projectos muitas vezes complexos em vários países situados em diferentes regiões e as dos serviços centrais da Comissão para garantir o acompanhamento destes projectos.

FUNDO MUNDIAL

A GESTÃO, PELA COMISSÃO, DA SUA AJUDA AO FUNDO MUNDIAL

A Comissão desempenhou um papel importante na criação do Fundo Mundial mas praticamente não interveio em matéria de assistência ou de acompanhamento ao nível dos países beneficiários

56. No quadro da sua política de «aceleração da luta» (ver ponto 2), a Comissão deu uma contribuição significativa para a criação do Fundo Mundial. Está representada no seu Conselho e, por consequência, está em condições de influenciar os seus princípios gerais de funcionamento (ver caixa 5). O Fundo Mundial tornou-se rapidamente um dos principais actores da luta contra o VIH/sida, tuberculose e malária. A partir de 2007, aprovou subvenções no montante de 8 947 milhões de dóla-

res norte-americanos a favor de 136 países, cerca de 60% dos quais para a África Subsariana.

57. Durante o período 2001-2007, a Comissão desembolsou um total de 622,5 milhões de euros a favor do Fundo Mundial, proveniente do financiamento intra-ACP a título dos FED (330 milhões de euros) e das rubricas orçamentais gerais associadas à saúde (292,5 milhões de euros). Este montante representava 8,1% do conjunto das contribuições para o Fundo Mundial, o que faz da Comissão o quarto maior financiador. Contudo, uma avaliação recente da gestão do Fundo Mundial permitiu constatar que este pode enfrentar problemas para absorver as contribuições cada vez mais elevadas prometidas pelos doadores³¹. Estas dificuldades reflectem a falta de capacidade de alguns países para traduzir as suas necessidades de assistência em propostas de subvenção de um nível aceitável bem como a sua incapacidade de desembolsar os montantes recebidos.

³¹ *Evaluation of the Organisational Effectiveness and Efficiency of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, Outubro de 2007 (Macro Consultancy).

58. O papel importante dos serviços centrais da Comissão na criação do Fundo Mundial, bem como os recursos consideráveis que lhe foram atribuídos, contrastam com o papel limitado desempenhado no âmbito do Fundo Mundial pela maioria das delegações da Comissão. As notas de orientação elaboradas pelos serviços centrais da Comissão não continham instruções mas apenas «encorajavam» as delegações a apoiar as acções do Fundo Mundial. Os serviços centrais tinham previsto que as delegações intervissem em três domínios, mas não desempenharam um papel activo em qualquer deles, nomeadamente:

- a) *participação activa nas instâncias de coordenação nacional do Fundo Mundial e contribuição para o seu reforço*: segundo o inquérito do Tribunal, apenas 35% das delegações participam nestas instâncias. A principal razão invocada para justificar esta insuficiência era a falta de pessoal nas delegações e o facto de o sector da saúde não ser um sector prioritário para a Comissão;

CAIXA 5

PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO DO FUNDO MUNDIAL

- Funcionar como um instrumento financeiro e não como uma entidade de execução.
- Disponibilizar e explorar recursos financeiros suplementares.
- Apoiar os programas que reflectem a responsabilização nacional.
- Funcionar de forma equilibrada em termos de diferentes regiões, doenças e intervenções.
- Seguir uma abordagem integrada e equilibrada de prevenção e de tratamento.
- Avaliar as propostas por meio de processos de exame independentes.
- Estabelecer um processo de concessão de subvenções simplificado, rápido e inovador e funcionar com transparência e considerando a obrigação de prestar contas.

- b) *elaboração de relatórios sobre diferentes aspectos do funcionamento do Fundo Mundial a nível nacional*: de acordo com o inquérito do Tribunal, apenas 8% das delegações apresentavam regularmente relatórios aos serviços centrais da Comissão, 59% enviavam relatórios ocasionalmente e um terço das delegações nunca o tinha feito. Embora a Comissão esteja representada no Conselho do Fundo Mundial, a falta de um mecanismo de retorno de informações provenientes das delegações sobre as acções do Fundo Mundial reduziu a sua capacidade de agir a este nível para melhorar a eficácia das acções;
- c) *prestação de assistência técnica para elaborar as propostas de subvenções e favorecer a execução*: os organismos nacionais não dispõem de capacidades suficientes para elaborar as propostas de subvenções e executá-las em seguida (ver ponto 57). Deste modo, o Fundo Mundial insistiu particularmente na necessidade de a comunidade internacional prestar uma assistência técnica na África Subsariana a fim de resolver este problema, mas a Comissão não cumpriu esta exigência.

³²Do mesmo modo, após ter consultado os relatórios sobre o resultado dos programas publicados no sítio internet do Fundo Mundial, é difícil determinar a contribuição específica do Fundo Mundial para os resultados registados para cada programa.

EFICÁCIA DO FUNDO MUNDIAL

O Fundo Mundial contribuiu significativamente para a luta contra o VIH/sida, a malária e a tuberculose mas, para ser mais eficaz, deve haver uma ajuda suplementar a longo prazo a favor dos sistemas de saúde

- 59.** Uma das principais medidas da eficácia do Fundo Mundial é constituída por indicadores de resultados utilizados pelo Fundo Mundial para cobrir o que ele designa por «programas financiados pelo Fundo Mundial». Estes indicadores incluem resultados não só dos programas financiados unicamente pelo Fundo Mundial mas também dos que ele co-financia com os governos nacionais e de outras ajudas externas. Por consequência, é difícil determinar quais os resultados que podem especificamente ser atribuídos ao Fundo Mundial³². Contudo, é evidente que deu uma contribuição importante para os resultados apresentados no **quadro 10**. Nos cinco países visitados, o Tribunal observou em especial a contribuição do Fundo Mundial para o reforço da terapia anti-retroviral (ARV) bem como os conselhos e despistagens em matéria de VIH, mas a prevenção da transmissão de mães para filhos revelou-se difícil devido à falta de pessoal e a questões culturais. Algumas subvenções destinadas à luta contra a malária sofreram atrasos nos procedimentos de adjudicação de mosquiteiros tratados com insecticida e para as combinações terapêuticas à base de artemisinina. O **anexo III** apresenta mais pormenores sobre as intervenções do Fundo Mundial examinadas pela presente auditoria.

QUADRO 10

INDICADORES DE RESULTADO DO FUNDO MUNDIAL PARA AS SUAS TRÊS REGIÕES DA ÁFRICA SUBSARIANA (EM 31 DE DEZEMBRO DE 2007)

VIH/sida	% do objectivo	Acções
Terapia anti-retroviral	93%	1 100 000 pessoas tratadas por terapia anti-retroviral
Serviços de aconselhamento e testes VIH	101%	16 milhões de beneficiários
Prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT)	64%	100 000 mulheres grávidas e seropositivas beneficiaram de uma formação completa sobre a transmissão de mãe para filho
Apoio aos órfãos	116%	2 milhões de órfãos que receberam tratamento e apoio
Tuberculose		
Tratamento directamente acompanhado de curta duração (DOTS)	86%	800 000 pessoas tratadas
Malária		
Mosquiteiros tratados com insecticida (MTI)	63%	35 milhões de mosquiteiros distribuídos
Tratamento contra a malária (ACT-Anti Malarial Treatment)	43%	37 milhões de tratamentos contra a malária distribuídos
Outros indicadores		
Prestação de cuidados e assistência	107%	1,7 milhões de pessoas tratadas e assistidas
Formações	105%	1,8 milhões de pessoas formadas para prestarem serviços

Fonte: Fundo Mundial.

60. O Fundo Mundial foi confrontado com a questão de saber se devia interpretar o seu mandato de forma restritiva e concentrar-se exclusivamente nas três doenças ou adoptar uma interpretação mais flexível e financiar igualmente os sistemas de saúde. Em 2007, o Fundo Mundial adoptou uma nova posição política decidindo que «concederá financiamentos para o reforço dos sistemas de saúde no âmbito geral do financiamento de propostas tecnicamente sólidas concentradas nas três doenças»³³. Contudo, ainda não está claramente definida a forma como este conceito será aplicado, porque é difícil isolar partes específicas dos sistemas de saúde. O Fundo Mundial sublinhou contudo que o apoio concedido aos sistemas de saúde deverá ser proveniente essencialmente de outros doadores: «É urgente que as suas estratégias dêem prioridade ao reforço substancial e a longo prazo das infra-estruturas e dos sistemas de saúde, através da contribuição de financiamentos suplementares»³⁴. Este financiamento é importante para obter um melhor equilíbrio entre as intervenções a favor dos sistemas de saúde e as que são orientadas para uma doença especí-

³³ Acta da reunião do Conselho de Administração do Fundo Mundial, de Novembro de 2007.

³⁴ Fundo Mundial, «Partners in Impact — Results Report 2007».

fica bem como para tornar mais eficaz a ajuda concedida pelo Fundo Mundial. Com efeito, os sistemas de saúde de fraca qualidade podem constituir pontos de estrangulamento que reduzem a capacidade de absorção das subvenções do Fundo Mundial.

- 61.** A luta contra as três doenças inscreve-se no mandato do Fundo Mundial, o que significa que o montante da ajuda que concede a países específicos reflecte mais a incidência de doenças nestas zonas do que os níveis globais de pobreza destes países. Contudo, a redução da pobreza esteve no centro das preocupações do Fundo Mundial nestes países. O Fundo esforçou-se, em especial recorrendo frequentemente às organizações locais, por intervir nas regiões mais desfavorecidas dos países, onde existem menos serviços nacionais de saúde.
- 62.** O papel do Fundo Mundial no reforço dos sistemas de saúde e a redução da pobreza são questões que não mereceram atenção suficiente por parte da Comissão, quer actuando ao nível do Conselho do Fundo quer ao nível dos países beneficiários. Esta situação reflecte a participação geralmente limitada das delegações nas acções do Fundo Mundial e indica que os serviços centrais da Comissão não providenciaram devidamente no sentido de assegurar esta participação (ver ponto 58).

³⁵ Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu: «A saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento», COM(2002) 129 final, de 22 de Março de 2002.

UTILIZAÇÃO COERENTE DOS INSTRUMENTOS E INTEGRAÇÃO NAS ABORDAGENS SECTORIAIS GLOBAIS

- 63.** No âmbito da sua política geral da saúde, a Comissão atribuiu ao apoio orçamental um papel determinante na estratégia de ajuda a este sector mas sublinhou igualmente que os outros instrumentos continuam a ser relevantes. Salientou igualmente a importância de dispor de um quadro político nacional sólido no domínio da saúde e de trabalhar no seu âmbito:

«A ajuda orçamental, o apoio ao sector social e o apoio aos programas e projectos podem ser complementares, desde que apoiem um quadro de acção definido a nível nacional. Nos casos em que o apoio orçamental não seja adequado, o financiamento comunitário apoiará programas e projectos que se inscrevam num quadro nacional e centrar-se-á num reforço das capacidades. Na ausência de um quadro nacional, a Comunidade facilitará a passagem para uma abordagem sectorial. Na maior parte dos países em desenvolvimento, a Comunidade continuará, durante um período transitório de reforço das capacidades e da confiança, a conceder um apoio financeiro diversificado»³⁵.

GESTÃO COERENTE DOS INSTRUMENTOS PELA COMISSÃO

A Comissão não elaborou orientações para uma gestão coerente dos diferentes instrumentos no sector da saúde

- 64.** A Comissão não elaborou orientações que permitam determinar o momento oportuno para utilizar o apoio orçamental geral ou o apoio orçamental sectorial, ou uma combinação dos dois, a fim de resolver da maneira mais

eficaz os problemas encontrados num dado país. O manual da Comissão relativo ao apoio orçamental sectorial sublinha as vantagens da combinação dos dois tipos de apoio orçamental. No entanto, a eficácia do apoio orçamental geral da Comissão na África Subsariana diminuiu devido ao número limitado de programas financiados pela Comissão a título do apoio orçamental sectorial a favor da saúde (ver pontos 36-46).

- 65.** Faltam igualmente orientações relativas à forma de relacionar o apoio orçamental geral aos projectos sectoriais, de modo a tornar as acções da Comissão mais eficazes. O Tribunal detectou casos em que os projectos FED tinham reforçado os programas financiados pelo apoio orçamental geral, mesmo se as duas intervenções não tinham sido coordenadas, bem como casos onde uma melhor coordenação com os projectos FED teria podido beneficiar as intervenções a título do apoio orçamental geral (ver caixa 6).
- 66.** Ao sublinhar o papel complementar dos diferentes instrumentos, a política da saúde para 2002 não menciona realmente as relações entre o Fundo Mundial e os instrumentos geridos pela Comissão. O Tribunal constatou que a continuação do financiamento, por parte da Comissão, de projectos FED no domínio da luta contra o VIH/sida resulta da falta de participação das delegações nas actividades do Fundo Mundial (ver ponto 58). Ao deixar o Fundo Mundial financiar estes projectos, a Comissão teria podido conceder ajuda a problemas de saúde mais vastos e que não figuram no mandato do Fundo Mundial.
- 67.** O apoio orçamental geral da Comissão e o Fundo Mundial têm algumas áreas de interesse comum, nomeadamente a utilização de indicadores de resultado no sector da saúde, a melhoria dos sistemas de acompanhamento e de avaliação correspondentes bem como os sistemas financeiros e os sistemas de celebração de contratos. Contudo, nestas áreas, o apoio orçamental geral é um instrumento que não colaborou com o Fundo Mundial. Além disso, as convenções de financiamento celebradas no âmbito do apoio orçamental geral não incluem geralmente qualquer referência ao Fundo Mundial.

CAIXA 6

RELAÇÃO ENTRE OS PROJECTOS FED RELATIVOS À SAÚDE E O APOIO ORÇAMENTAL GERAL

O Tribunal constatou que no Mali o projecto de apoio ao sector da saúde (PASS) no âmbito do oitavo FED aumentou a eficácia do apoio orçamental geral reforçando a capacidade do Ministério da Saúde, mesmo se o projecto não tinha sido especificamente concebido para completar o apoio orçamental geral. Por outro lado, devido à falta de coordenação entre os dois instrumentos, a Comissão não prolongou um projecto no Lesoto no âmbito do oitavo FED relativo aos sistemas de informação sobre a gestão da saúde. Porém, as deficiências nos dados relativos à saúde tinham sido uma das razões da suspensão do apoio orçamental geral neste país no âmbito dos oitavo e nono FED.

INTEGRAÇÃO DAS INTERVENÇÕES NAS ABORDAGENS SECTORIAIS GLOBAIS

A integração das intervenções da Comissão nas ASG é um factor essencial da sua eficácia mas a Comissão não apoiou devidamente a execução das ASG

- 68.** O facto de um determinado país dispor ou não de uma política sectorial bem definida é um factor importante para decidir qual a combinação de instrumentos que lhe será mais conveniente. O inquérito do Tribunal permitiu constatar que a situação variava consideravelmente de um país para outro: as abordagens sectoriais globais existiam já em dez países, a sua execução estava em curso em outros dez países ao passo que, em outros 14 as delegações consideraram que as políticas de saúde eram inadequadas.
- 69.** Apesar da importância da ASG para melhorar a eficácia do apoio orçamental geral (ver ponto 39) e da sua inclusão nos critérios de elegibilidade para o apoio orçamental sectorial (ver ponto 32), a Comissão não deu prioridade à ajuda destinada a apoiar a sua preparação. Com efeito, de acordo com o inquérito do Tribunal, apenas oito delegações (22%) utilizaram projectos de assistência técnica a título do nono FED para contribuir para a elaboração de uma ASG no domínio da saúde.
- 70.** Os países que dispõem de uma ASG no domínio da saúde são minoritários mas o seu número aumentou a partir de 2000. As oportunidades de conceder apoio orçamental sectorial são portanto mais numerosas no âmbito do décimo FED do que no do nono FED, mas esta situação não determinou um aumento significativo do apoio orçamental sectorial programado para este período.
- 71.** Uma das preocupações principais da abordagem por projecto é a sua sustentabilidade (ver pontos 48 e 53). Dado que esta depende da sua integração em políticas sectoriais bem definidas e suficientemente financiadas, é necessário que a Comissão favoreça o estabelecimento destas políticas dando prioridade aos projectos FED que apoiam o reforço das capacidades.
- 72.** Um importante desafio relacionado com o Fundo Mundial é o alinhamento dos seus procedimentos, em especial os que se referem ao financiamento baseado nos resultados, com os procedimentos nacionais. No final de 2007, o Fundo Mundial só participava nas abordagens sectoriais globais no domínio da saúde em dois países, o Malavi e Moçambique, mas mencionava, na sua estratégia de 2007, a sua intenção de se empenhar mais neste tipo de financiamento nos países onde existia uma estratégia nacional adequada no domínio da saúde. A frequência com que esta abordagem poderá ser seguida depende da definição que é dada ao adjectivo «adequada» e do apoio que a comunidade internacional, incluindo a Comissão, concederá aos países para elaborar estas estratégias.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

RECURSOS

O NÍVEL E O EQUILÍBRIO DOS RECURSOS FINANCEIROS AFECTADOS AO SECTOR DA SAÚDE NÃO REFLECTEM DE FORMA ADEQUADA OS COMPROMISSOS POLÍTICOS TOMADOS PELA COMISSÃO, CUJA ESPECIALIZAÇÃO EM MATÉRIA DE SAÚDE É INSUFICIENTE

- 73.** A partir de 2000, as dotações financeiras a favor do sector da saúde na África Subsariana não aumentaram na proporção da sua ajuda total ao desenvolvimento apesar dos compromissos da Comissão em matéria de ODM e da crise sanitária que esta região enfrenta. Os montantes são inferiores às referências indicadas pelo Parlamento Europeu, que solicita que se consagrem 20% das dotações a programas nacionais nos sectores da saúde básica e do ensino primário e secundário.
- 74.** A Comissão mobilizou financiamentos suplementares significativos para contribuir para o Fundo Mundial de luta contra a sida, a tuberculose e a malária. Contudo, a Comissão concentrou-se na luta contra estas três doenças, mais do que no apoio aos sistemas de saúde, que é a sua prioridade política.
- 75.** A Comissão não dispõe de uma especialização suficiente no domínio da saúde para poder executar adequadamente a sua política nesta matéria. Também não tomou disposições sistemáticas para encontrar fontes alternativas que facultassem essa especialização.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A AFECTAÇÃO DOS RECURSOS

N.º 1: No âmbito da sua política de ajuda que visa permitir a realização dos objectivos de desenvolvimento do milénio, a Comissão deverá prever reforçar o seu apoio ao sector da saúde quando da revisão intercalar do décimo FED, nomeadamente nos seguintes casos:

- a) Estados frágeis, porque se considera que a Comissão tem uma vantagem comparativa nestes países;
- b) países onde a DG ECHO efectuou operações a fim de reforçar a relação entre a ajuda de emergência, reabilitação e desenvolvimento;
- c) países que são considerados «enteados» da ajuda à saúde.

N.º 2: A Comissão deverá rever o equilíbrio do seu financiamento, a fim de garantir que reflecte a sua prioridade política relativa ao reforço dos sistemas de saúde.

N.º 3: A Comissão deve garantir que dispõe de uma especialização suficiente no domínio da saúde para executar devidamente as suas políticas e intervenções e participar eficazmente no diálogo neste sector. Para o efeito, deverá pelo menos garantir que todas as delegações onde a saúde é um sector prioritário disponham de especialistas neste domínio. A Comissão deverá igualmente avaliar em que medida as seguintes opções são realizáveis para assegurar um apoio adequado a outras delegações:

- a) fornecer às delegações regionais uma especialização no domínio da saúde, a fim de apoiar as delegações que não têm especialistas nesta área;
- b) colaborar mais com os consultores da DG ECHO para a saúde nos países em situação de pós-conflito;
- c) criar parcerias reforçadas com os serviços de países da Organização Mundial de Saúde, de modo a beneficiar da sua experiência;
- d) celebrar, com os Estados-Membros da UE, acordos formais a fim de se apoiar na sua experiência. Estes acordos devem basear-se num mandato que garanta que a Comissão mantém a sua responsabilidade e que defina claramente as modalidades de funcionamento.

O RITMO DE EXECUÇÃO DOS RECURSOS DOS FED DESTINADOS À SAÚDE ACELEROU. O FUNDO MUNDIAL DESEMBOLSOU MONTANTES IMPORTANTES MAS O RITMO DOS SEUS DESEMBOLSOS É RELATIVAMENTE LENTO. A PREVISIBILIDADE DA AJUDA CONTINUA A SER UM DESAFIO PARA O CONJUNTO DOS INSTRUMENTOS

- 76.** A desconcentração permitiu, pelo menos parcialmente, melhorar significativamente a taxa de execução das intervenções no âmbito dos FED.
- 77.** O Fundo Mundial conseguiu desembolsar um grande volume de fundos mas o ritmo real dos desembolsos foi relativamente lento, principalmente devido à fraca capacidade de absorção na maioria dos países beneficiários.
- 78.** A previsibilidade do financiamento continua a ser um problema de todos os instrumentos, incluindo o apoio orçamental geral. Com efeito, quando a sua elegibilidade para este instrumento é suspensa, os países dispõem de menos recursos para o seu orçamento da saúde.

RECOMENDAÇÕES SOBRE O RITMO E A PREVISIBILIDADE

N.º 4: A Comissão deverá colaborar mais com o Fundo Mundial a fim de acelerar a execução dos seus programas, fornecendo uma assistência técnica aos países beneficiários para os ajudar na elaboração dos pedidos de subvenção e na execução dos contratos de subvenções.

N.º 5: A Comissão deverá melhorar a previsibilidade do seu apoio orçamental a favor da saúde, garantindo que está em condições de intervir com instrumentos alternativos nos países que deixarem de ser elegíveis para o apoio orçamental.

GESTÃO E EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS

O APOIO ORÇAMENTAL AINDA NÃO CONTRIBUIU EFICAZMENTE PARA A MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE; OS PROJECTOS PODEM DESEMPENHAR UM PAPEL IMPORTANTE NO APOIO AO SECTOR DA SAÚDE E O FUNDO MUNDIAL OBTVE RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

- 79.** Tal como é concebido actualmente, o apoio orçamental geral prevê uma articulação com o sector da saúde, que não foi suficientemente explorada quando da sua implementação. Por consequência, embora pudesse ser um instrumento importante para melhorar os serviços de saúde, o apoio orçamental geral não permite actualmente realizar este objectivo e não está orientado para resolver as necessidades das camadas mais pobres da população. O apoio orçamental sectorial, que incide no sector da saúde, foi pouco utilizado pela Comissão na África Subsariana.
- 80.** Embora os projectos apresentados apresentassem insuficiências, principalmente em relação à sua sustentabilidade, constituem no entanto um instrumento cuja contribuição foi útil para apoiar o sector da saúde. Regra geral, os projectos mais problemáticos foram os que abrangiam vários países, o que determinou dificuldades em matéria de gestão.
- 81.** O Fundo Mundial contribuiu significativamente para a luta contra a sida, a tuberculose e a malária. Apesar do papel importante que desempenhou na criação deste Fundo, a Comissão praticamente não contribuiu para a sua eficácia ao nível dos países beneficiários.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A GESTÃO E A EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS

N.º 6: O apoio orçamental sectorial deverá ser mais utilizado. Seria conveniente suprimir a exigência que impõe que a saúde seja um sector prioritário. Além disso, a Comissão deverá rever a repartição actual dos seus recursos entre os apoios orçamentais sectorial e geral.

N.º 7: A dimensão sectorial do apoio orçamental geral deverá ser reforçada mediante:

- a) recurso aos indicadores de resultado e ao diálogo no sector da saúde, a fim de encorajar os países a respeitar o seu compromisso de conseguir afectar 15% do seu orçamento nacional à saúde e executar a totalidade do orçamento nacional atribuído a este sector;
- b) realização de exames operacionais e de controlos financeiros para determinar se os recursos orçamentais da saúde são utilizados para o fim previsto;
- c) financiamento de uma assistência técnica com o apoio orçamental, a fim de reforçar a política sectorial e a capacidade institucional na área da saúde, bem como de resolver as insuficiências específicas detectadas na gestão das finanças públicas e na adjudicação de contratos neste sector;
- d) melhoria da sua contribuição para o diálogo sobre a saúde, aumentando o nível de especialização dos serviços da Comissão neste domínio ou utilizando a de outros doadores em função de mandatos claramente formulados por escrito;
- e) maior atenção com vista a garantir que os indicadores de resultado se baseiam em sistemas estatísticos sólidos, que reflectem a capacidade dos governos de influenciar o desempenho e que tomam em consideração a redução da pobreza bem como objectivos em matéria de qualidade.

N.º 8: No âmbito do Fundo Mundial, a Comissão deverá assumir uma maior responsabilidade ao nível dos países beneficiários. As delegações deverão dar mais apoio aos países beneficiários na preparação e na execução das convenções de subvenção do Fundo Mundial e informar os serviços centrais da Comissão de modo a permitir que esta intervenha mais eficazmente ao nível do Conselho do Fundo Mundial.

N.º 9: A Comissão deverá recorrer mais frequentemente aos projectos, enquanto instrumento, para prestar uma assistência política e técnica, bem como aconselhamento (projectos FED), para financiar intervenções-piloto (projectos em matéria de saúde financiados pela rubrica orçamental geral) e dar assistência médica nas regiões mais desfavorecidas não devidamente cobertas pelos serviços de saúde (projectos financiados pela rubrica orçamental ONG). Há que reexaminar o papel dos projectos financiados pela rubrica orçamental geral que abrange vários países bem como o papel dos projectos intra-ACP.

A COMISSÃO NÃO DEU QUALQUER ORIENTAÇÃO PARA GARANTIR UMA UTILIZAÇÃO COERENTE DOS DIFERENTES INSTRUMENTOS DE AJUDA AO SECTOR DA SAÚDE E NÃO INTEGROU SUFICIENTEMENTE AS SUAS INTERVENÇÕES NAS ABORDAGENS SECTORIAIS GLOBAIS

- 82.** A Comissão não definiu correctamente o papel que cada instrumento pode desempenhar no sector da saúde nem a forma de os combinar para obter uma sinergia máxima.
- 83.** Dada a importância de abordagens sectoriais globais sólidas para a eficácia de todos os instrumentos, é necessário intensificar os esforços que ajudem a contribuir para a sua concepção e execução.

**RECOMENDAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO COERENTE
DOS VÁRIOS INSTRUMENTOS**

N.º 10: A Comissão deverá definir e divulgar orientações claras que permitam determinar o momento oportuno para utilizar cada instrumento e a melhor forma de os combinar para maximizar as sinergias, nomeadamente:

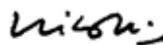
- a) definindo em que circunstâncias se deverá utilizar o apoio orçamental geral, em que momento será necessário recorrer ao apoio orçamental sectorial e quando se deverá combinar os dois instrumentos;
- b) prevendo uma maior utilização e mais eficaz do instrumento constituído pelos projectos, a fim de reforçar o apoio orçamental e as intervenções do Fundo Mundial no sector da saúde;
- c) tomando em consideração as acções do Fundo Mundial cada vez que a Comissão programa uma intervenção no sector da saúde, incluindo no âmbito do apoio orçamental geral.

N.º 11: A escolha dos instrumentos a utilizar deverá tomar mais especificamente em conta a situação do país e, em especial, examinar se ele dispõe de uma política bem definida no sector.

N.º 12: A escolha dos instrumentos a utilizar deverá tomar mais especificamente em conta a situação do país e, em especial, examinar se ele dispõe de uma política bem definida no sector.

O presente relatório foi adoptado pelo Tribunal de Contas, no Luxemburgo, na sua reunião de 19 de Novembro de 2008.

Pelo Tribunal de Contas



Vítor Manuel da Silva Caldeira
Presidente



Fonte: ECA

OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO: QUADRO DE SEGUIMENTO 2007

Objectivos e metas	África		Ásia			
	Setentrional	Subsariana	Oriental	Sudeste	Meridional	Ocidental
OBJECTIVO 1 Erradicar a pobreza extrema e a fome						
Reduzir a extrema pobreza para metade	pobreza fraca	pobreza muito elevada	pobreza moderada	pobreza moderada	pobreza muito elevada	pobreza fraca
Reduzir a fome para metade	subnutrição fraca	subnutrição elevada	subnutrição moderada	subnutrição moderada	subnutrição elevada	subnutrição moderada
OBJECTIVO 2 Alcançar a educação primária universal						
Educação primária universal	número elevado de inscrições	baixo número de inscrições	número elevado de inscrições	número elevado de inscrições	número elevado de inscrições	número moderado de inscrições
OBJECTIVO 3 Promover a igualdade de géneros e a autonomia das mulheres						
Grau de paridade feminina na escola primária	próximo da paridade	quase próximo da paridade	paridade	paridade	próximo da paridade	próximo da paridade
Participação feminina no emprego remunerado	percentagem baixa	percentagem média	percentagem elevada	percentagem média	percentagem baixa	percentagem baixa
Representação feminina nos parlamentos nacionais	representação muito fraca	representação fraca	representação moderada	representação fraca	representação fraca	representação muito fraca
OBJECTIVO 4 Reduzir a mortalidade infantil						
Reduzir dois terços a mortalidade das crianças com menos de cinco anos	baixa mortalidade	mortalidade muito elevada	baixa mortalidade	mortalidade moderada	mortalidade elevada	mortalidade moderada
Vacinação contra o sarampo	cobertura elevada	cobertura fraca	cobertura moderada	cobertura moderada	cobertura fraca	cobertura elevada
OBJECTIVO 5 Melhorar a saúde das mães						
Reduzir três quartos a mortalidade materna	mortalidade moderada	mortalidade muito elevada	baixa mortalidade	mortalidade elevada	mortalidade muito elevada	mortalidade moderada
OBJECTIVO 6 Combater o VIH/sida, a malária e outras doenças						
Parar e inverter a propagação do VIH/sida	prevalência fraca	prevalência muito elevada	prevalência fraca	prevalência fraca	prevalência moderada	prevalência fraca
Parar e inverter a propagação da malária	baixo risco	risco elevado	risco moderado	risco moderado	risco moderado	baixo risco
Parar e inverter a propagação de tuberculose	baixa mortalidade	mortalidade elevada	mortalidade moderada	mortalidade moderada	mortalidade moderada	baixa mortalidade
OBJECTIVO 7 Garantir a sustentabilidade ambiental						
Inverter a tendência para a desflorestação	cobertura florestal fraca	cobertura florestal moderada	cobertura florestal moderada	cobertura florestal elevada	cobertura florestal moderada	cobertura florestal fraca
Reduzir para metade a percentagem da população sem acesso mais seguro à água potável	cobertura elevada	cobertura fraca	cobertura moderada	cobertura moderada	cobertura moderada	cobertura elevada
Reduzir para metade a taxa da população sem sistema de saúde	cobertura moderada	cobertura muito fraca	cobertura muito fraca	cobertura fraca	cobertura muito fraca	cobertura moderada
Melhorar a vida dos habitantes de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados	taxa muito elevada de bairros degradados	taxa elevada de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados	taxa elevada de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados
OBJECTIVO 8 Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento						
Desemprego dos jovens	desemprego muito elevado	desemprego elevado	desemprego fraco	desemprego elevado	desemprego moderado	desemprego elevado
Utilização da Internet	acesso moderado	acesso muito fraco	acesso moderado	acesso moderado	acesso fraco	acesso moderado

Fonte: Nações Unidas.

	O objectivo é ou está quase a ser atingido.
	Não se espera alcançar o objectivo até 2015.
	Espera-se alcançar o objectivo até 2015 se as tendências actuais continuarem a verificar-se ou se o problema visado não for uma preocupação importante na região.
	Nenhuma evolução ou deterioração ou inversão da tendência.

Objectivos e metas	Oceânia	América Latina e Caraíbas	Comunidade dos Estados Independentes	
			Europa	Ásia
OBJECTIVO 1 Erradicar a pobreza extrema e a fome				
Reduzir a extrema pobreza para metade	—	pobreza moderada	pobreza fraca	pobreza fraca
Reduzir a fome para metade	subnutrição moderada	subnutrição moderada	subnutrição muito fraca	subnutrição elevada
OBJECTIVO 2 Alcançar a educação primária universal				
Educação primária universal	número moderado de inscrições	número elevado de inscrições	número elevado de inscrições	número elevado de inscrições
OBJECTIVO 3 Promover a igualdade de géneros e a autonomia das mulheres				
Grau de paridade feminina na escola primária	próximo da paridade	paridade	paridade	paridade
Participação feminina no emprego remunerado	percentagem média	percentagem elevada	percentagem elevada	percentagem elevada
Representação feminina nos parlamentos nacionais	representação muito fraca	representação moderada	representação fraca	representação fraca
OBJECTIVO 4 Reduzir a mortalidade infantil				
Reduzir dois terços a mortalidade das crianças com menos de cinco anos	mortalidade moderada	baixa mortalidade	baixa mortalidade	mortalidade moderada
Vacinação contra o sarampo	cobertura fraca	cobertura elevada	cobertura elevada	cobertura elevada
OBJECTIVO 5 Melhorar a saúde das mães				
Reduzir três quartos a mortalidade materna	mortalidade elevada	mortalidade moderada	baixa mortalidade	baixa mortalidade
OBJECTIVO 6 Combater o VIH/sida, a malária e outras doenças				
Parar e inverter a propagação do VIH/sida	prevalência moderada	prevalência moderada	prevalência moderada	prevalência fraca
Parar e inverter a propagação da malária	baixo risco	risco moderado	baixo risco	baixo risco
Parar e inverter a propagação de tuberculose	mortalidade moderada	baixa mortalidade	mortalidade moderada	mortalidade moderada
OBJECTIVO 7 Garantir a sustentabilidade ambiental				
Inverter a tendência para a desflorestação	cobertura florestal elevada	cobertura florestal elevada	cobertura florestal elevada	cobertura florestal fraca
Reduzir para metade a percentagem da população sem acesso mais seguro à água potável	cobertura fraca	cobertura elevada	cobertura elevada	cobertura moderada
Reduzir para metade a taxa da população sem sistema de saúde	cobertura fraca	cobertura moderada	cobertura moderada	cobertura moderada
Melhorar a vida dos habitantes de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados	taxa fraca de bairros degradados	taxa moderada de bairros degradados
OBJECTIVO 8 Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento				
Desemprego dos jovens	desemprego fraco	desemprego elevado	desemprego elevado	desemprego elevado
Utilização da Internet	acesso fraco	acesso elevado	acesso moderado	acesso moderado

EXTRACTO DA DECLARAÇÃO DE BRUXELAS DOS MINISTROS ACP DA SAÚDE, OUTUBRO DE 2007

N. Reconhecendo os desafios actuais ligados à gestão da saúde nos Estados ACP, que incluem nomeadamente a falta de recursos humanos, a insuficiência dos sistemas de alerta e de supervisão de epidemias, a insuficiência dos sistemas de gestão das informações sanitárias necessárias para a tomada de decisões, a má qualidade dos serviços de saúde, especialmente no que se refere às precauções gerais, à transfusão sanguínea e à capacidade dos laboratórios, o baixo nível da investigação e desenvolvimento (I&D) operacional no plano nacional para combater as doenças endémicas e as doenças transmissíveis como o VIH e a sida, a tuberculose, a malária, as doenças crónicas, especialmente diabetes, hipertensão e asma, bem como as doenças resultantes de actos de violência, de traumatismos e de acidentes; a capacidade limitada de preparação e gestão de epidemias como o vírus Ébola; os preços exorbitantes dos medicamentos e dos fármacos e a necessidade de reservar nos orçamentos anuais recursos suficientes para o sector da saúde;

O. Sublinhando a importância dos sistemas de saúde nos Estados ACP para garantir a prevenção, o tratamento e a gestão das doenças tropicais em função do contexto epidemiológico, especialmente as doenças negligenciadas tais como a tripanossomíase humana (doença do sono), o dengue, a lepra, a filariase, a oncocercose (cegueira dos rios), a esquistossomíase (bilharziose) e o tracoma; as doenças crónicas, as doenças relacionadas com o modo de vida, como a hipertensão arterial, o cancro, a anemia falsiforme e a diabetes; as doenças emergentes ou reemergentes, como a úlcera de Buruli, a febre hemorrágica, o poxvírus do macaco, a peste, a raiva, bem como as doenças mentais, as doenças neurológicas, a meningite cerebral, as doenças parasitárias intestinais e as diarreias infantis»;

SÍNTESES POR PAÍS

SUAZILÂNDIA

VISÃO GLOBAL DA SITUAÇÃO SANITÁRIA

Com 34% da população afectada pelo vírus, a Suazilândia apresenta a taxa de prevalência do VIH/sida mais elevada no mundo. Esta taxa está estreitamente ligada à taxa de prevalência da tuberculose, que é igualmente a mais elevada no mundo, tendo o número de casos passado de 856 por cada 100 000 pessoas em 2000 para 1 182 em 2006. A esperança de vida diminuiu, passando de 60 anos em 1998 para apenas 31 anos em 2004. Numa população total de um milhão de habitantes, estima-se em 130 000 o número de órfãos e de crianças vulneráveis (OCV).

A mortalidade infantil e a das crianças com menos de cinco anos aumentou, passando de 78 e 106 casos por cada 1 000 nados-vivos em 1997 para 85 e 120 respectivamente em 2006. O VIH/sida está na origem de 47% das mortes de crianças com menos de cinco anos. Observou-se um aumento rápido da mortalidade materna: passou de 230 falecimentos por cada 100 000 nados-vivos em 1999 para 370 em 2006, sendo as principais causas não só o VIH/sida mas também as insuficiências do sistema de saúde. Os serviços de saúde enfrentam cada vez mais dificuldades para fazer face ao enorme ónus suplementar de morbilidade, ao qual se acrescenta um aumento das doenças não transmissíveis que suscitam pouca atenção.

PROJECTOS FED

Programa de prevenção e tratamento do VIH/sida (HAPAC)

O programa HAPAC I (*HIV/AIDS Prevention and Care Programme*) (2001-2005; 2,25 milhões de euros) atingiu largamente os seus objectivos no que se refere à criação de novos serviços de aconselhamento e de despistagem voluntários, à criação da rede domiciliária de serviços de saúde numa das quatro regiões da Suazilândia e às medidas de apoio com vista a reforçar o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST). O programa HAPAC II (2006-2008; 2 milhões de euros) permitiu principalmente manter os serviços criados no âmbito do programa HAPAC I. Todavia, os objectivos modestos de extensão dos serviços previstos por este projecto de acompanhamento só foram parcialmente atingidos. O HAPAC II foi financiado porque a sustentabilidade do programa HAPAC I ainda não estava assegurada. Contudo, esta continua a ser um problema importante e alguns centros de aconselhamento e de despistagem voluntários deveriam encerrar no final do projecto em 2008. Uma melhor coordenação entre a Comissão e o Fundo Mundial teria permitido que este retomasse as actividades empreendidas no âmbito do projecto HAPAC I, depois do seu termo.

RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL «CO-FINANCIAMENTO DAS ONG»

Projecto integrado relativo ao VIH/sida e aos meios de subsistência

Este projecto tem o objectivo de dar assistência às pessoas atingidas pelo VIH/sida, bem como aos órfãos e crianças vulneráveis através da prestação de serviços ao domicílio e ajudando-os a melhorar a sua segurança alimentar, pela produção autónoma de alimentos. O projecto encontrava-se ainda numa fase inicial. Embora fossem muito relevantes, os objectivos revelaram-se demasiado ambiciosos para um projecto cuja duração excedia pouco mais de três anos.

FUNDO MUNDIAL

Até ao momento, o Fundo Mundial concedeu à Suazilândia a ajuda por habitante mais importante no mundo (105 milhões de USD, isto é cerca de 100 dólares por habitante). A maior parte dos fundos destinava-se à luta contra o VIH/sida. O pequeno montante afectado à tuberculose não reflecte a amplitude do problema que esta doença coloca.

Os resultados obtidos no âmbito dos programas apoiados pelo Fundo Mundial apresentam várias componentes. Globalmente, os cuidados e o apoio às famílias e às comunidades afectadas pelo VIH/sida, os serviços de aconselhamento e de despistagem e alguns elementos dos serviços domiciliários evoluíram de forma satisfatória. Por outro lado, algumas partes das componentes relativas aos tratamentos anti-retrovirais e ao seu acompanhamento, o apoio à prevenção da transmissão de mães para filhos e as acções de prevenção empreendidas no meio juvenil revelaram-se menos eficazes. As obrigações em matéria de elaboração de relatórios exigidos pelo Fundo Mundial desempenharam um papel de catalisador que permitiu melhorar os sistemas de acompanhamento e de avaliação bem como a fiabilidade dos dados.

LESOTO

VISÃO GLOBAL DA SITUAÇÃO SANITÁRIA

A taxa de prevalência do VIH/sida no Lesoto é de 23%, isto é uma das mais elevadas do mundo. Uma taxa de prevalência da tuberculose extremamente importante está estritamente associada a este fenómeno. O VIH/sida e a tuberculose são as principais causas da queda da esperança de vida, que passou de 60 anos em meados dos anos de 1990 para apenas 41 anos. Estima-se em 180 000 o número de órfãos e de crianças vulneráveis, ou seja cerca de 10% da população. Embora a malária seja inexistente no Lesoto, a progressão das doenças não transmissíveis constitui um outro motivo de preocupação.

A mortalidade infantil registou um aumento sensível, especialmente devido ao VIH/sida; passou de uma média de 75 falecimentos por cada 1 000 nados-vivos para o período 1995-1999 para 91 para o período 2000-2004. Ao mesmo tempo, a mortalidade materna aumentou consideravelmente, passando de 282 falecimentos por cada 100 000 nados-vivos em 1993 para 762 em 2004. A deterioração dos indicadores de saúde resulta igualmente da degradação dos serviços de saúde, que se confrontam com um índice de morbilidade crescente. Os recursos orçamentais não sofreram um aumento para resolver esta situação e são atribuídos de forma desproporcionada aos cuidados secundários e terciários bem como às zonas urbanas. O pessoal dos serviços de saúde está a diminuir devido à sua partida para outros países e às mortes relacionadas com VIH/sida.

APOIO ORÇAMENTAL GERAL

O apoio orçamental geral não foi um instrumento eficaz para melhorar os serviços de saúde. O programa no âmbito do oitavo FED foi suspenso pela Comissão porque o governo não se empenhou suficientemente na reforma das finanças públicas e ainda porque o programa enfrentou dificuldades para fornecer dados fiáveis sobre os indicadores de resultado. Por estas razões, a ajuda a título do nono FED não foi concedida embora tivesse sido inicialmente prevista.

PROJECTOS FED

O projecto no âmbito do oitavo FED intitulado «Apoio à reforma do sector da saúde» (1,8 milhões de euros) contribuiu largamente para o processo de descentralização do sector da saúde no Lesoto, ao permitir apoiar a planificação geral deste processo e conduzir a descentralização em três distritos, mesmo sendo a fase-piloto de nove meses demasiado pequena. O governo do Lesoto alargou em seguida a descentralização ao conjunto dos 10 distritos, apesar das capacidades e dos recursos serem muito limitados.

PROJECTO NO ÂMBITO DA RUBRICA «CO-FINANCIAMENTO COM AS ONG»: CUIDADOS DOMICILIÁRIOS PARA AS PESSOAS QUE VIVEM COM O VIH/SIDA OU DOENÇAS EM FASE TERMINAL, BEM COMO PARA OS ÓRFÃOS E CRIANÇAS VULNERÁVEIS

Globalmente, os objectivos do projecto foram atingidos: 600 pessoas receberam formação para prestar este tipo de cuidados de saúde, cada um tendo uma média de 10 clientes; pelo contrário, o apoio concedido aos órfãos e às crianças vulneráveis foi limitado. Para garantir a sustentabilidade da acção empreendida, foi lançado um projecto de acompanhamento orientado para a segurança alimentar e as actividades geradoras de rendimento; contudo, a duração de três anos do projecto poderá ser demasiado pequena para atingir este objectivo.

FUNDO MUNDIAL

O principal programa de ajuda implementado até agora (VIH/sida, fase 2) permitiu que mais de 15 000 pessoas beneficiassem de tratamentos anti-retrovirais, embora o objectivo fosse apenas 12 500. O financiamento foi garantido em partes aproximadamente iguais pelo Fundo Mundial e pelo governo. Todavia, é possível que o sistema de acompanhamento tenha tomado em consideração pessoas que abandonaram o tratamento ou que morreram durante o mesmo. Apenas cerca de 30% das pessoas com necessidade de tratamentos anti-retrovirais beneficiam deles. Os centros de consulta e de despistagem voluntários expandiram-se bastante, mas o número de pessoas que se submeteram à despistagem do VIH é 20% inferior às previsões. Esta situação reflecte os problemas gerais encontrados na execução da campanha «*Know Your Status*» (conheça a sua situação) no Lesoto. No caso dos cuidados e do apoio fornecidos aos órfãos e às crianças vulneráveis, o pacote da ajuda dispensada não foi claramente definido e foi difícil determinar a ajuda de que beneficiaram estas crianças. Os objectivos da distribuição de preservativos foram excedidos, mas apenas em parte graças ao financiamento do Fundo Mundial; foi necessário assegurar que os jovens obtiveram e utilizaram efectivamente os preservativos disponíveis nos centros de saúde. Realizaram-se alguns progressos em matéria

de educação da juventude para a prevenção do VIH/sida. O apoio à prevenção da transmissão materno-infantil constituiu o domínio mais problemático, tendo sido apenas atingido um dos seis objectivos relacionados com os indicadores. Este problema deve-se em parte à falta de pessoal de saúde.

QUÉNIA

VISÃO GLOBAL DA SITUAÇÃO SANITÁRIA

Todos os indicadores de saúde mais importantes se deterioraram durante os anos 1990. Esta tendência prosseguiu durante a execução do primeiro plano estratégico nacional da saúde (1999-2004). Deste modo, a taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos passou de 11,2% para 11,5%. Embora seja difícil estabelecer a taxa de mortalidade materna, os indicadores não salientam qualquer melhoria. O único domínio que apresenta uma melhoria nítida é a taxa de prevalência do VIH que passou de 13% em 1994 para 6% em 2005.

A deterioração dos principais indicadores de saúde resulta do facto de se recorrer menos aos serviços existentes nas infra-estruturas de saúde públicas, da falta de pessoal de saúde e da sua repartição desigual entre as zonas urbanas e rurais e os sectores público e privado, bem como à estagnação das contribuições do orçamento nacional a favor da saúde. O segundo plano estratégico nacional da saúde (2005-2010), apoiado por doadores no âmbito de um planeamento conjunto dos trabalhos e do financiamento (*Joint Planning of Work and Funding*), está a tentar inverter esta tendência.

APOIO ORÇAMENTAL GERAL

O apoio orçamental geral não se pode considerar ter sido muito eficaz para melhorar os serviços de saúde no Quénia: despesas de saúde relativamente fracas, deficiências que afectam os sistemas de saúde e de gestão geral das finanças públicas e o facto de apenas ter sido atingido um dos quatro objectivos ligados aos indicadores de resultado.

PROJECTOS FED

O projecto intitulado «desenvolvimento dos serviços e dos sistemas de saúde dos distritos» no âmbito do oitavo FED contribuiu significativamente para melhorar o acesso aos serviços de saúde, públicos ou não, e a sua qualidade nas regiões centrais e orientais, com particular incidência nas pessoas com mais probabilidade de

risco e nas comunidades. Contudo, o projecto teria podido obter resultados ainda melhores se se tivesse alargado por um período mais longo do que os três anos previstos e se não tivesse sido afectado por atrasos.

PROJECTOS FINANCIADOS POR UMA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL

Iniciativa em matéria de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

Este projecto determinou progressos significativos ao permitir aos jovens mais vulneráveis e marginalizados o acesso mais fácil à prevenção do VIH/sida e aos serviços de saúde graças a um sistema de serviços de consulta e de despistagem voluntários itinerantes e bem adaptados e através de uma maior sensibilização da comunidade para esta iniciativa.

Acesso e recurso a cuidados obstétricos básicos completos e de qualidade

Este projecto procura melhorar o acesso das mulheres e das crianças aos cuidados obstétricos e pós-parto em dez distritos-alvo. Os indicadores do projecto revelam o aumento da proporção de complicações no momento do parto nos serviços obstétricos de urgência nos distritos em causa e um número crescente de partos assistidos por parteiras.

Abordagem global para atingir as pessoas em situação de maior risco de ser infectadas ou afectadas pelo VIH/sida

O projecto procura reforçar as capacidades da ONG Marie Stopes Kenya de contribuir para o plano estratégico nacional do Quênia relativo à sida (2005-2010). Os primeiros progressos revelaram-se satisfatórios.

Uzazi Bora — Serviços materno-infantis — Actividades no domínio do VIH

O projecto procura introduzir melhorias na PMTCT e nos serviços de cuidados pré-natais, perinatais e pós-natais nos dois distritos. Os objectivos do projecto foram parcialmente realizados, sendo a principal insuficiência nos serviços pós-natais.

FUNDO MUNDIAL

Embora o Quênia figure entre os principais beneficiários do Fundo Mundial, a execução das subvenções foi afectada por atrasos importantes. Como resultado, a maioria dos objectivos não poderá ser alcançada e os orçamentos foram revistos em baixa após a fase I.

MALAVI

VISÃO GLOBAL DA SITUAÇÃO SANITÁRIA

O Malavi tem uma das taxas de prevalência do VIH/sida mais elevadas no mundo (cerca de 14%). Esta taxa determinou um aumento sensível dos casos de tuberculose, que duplicaram de 1994 para 2004. Além disso, existem muitos casos de malária e esta doença aparece como a causa de mortalidade mais frequentemente assinalada nos adultos e nas crianças. Se bem que a situação tenha melhorado desde 2000, o Malavi mantém uma das taxas de mortalidade materna mais elevadas no mundo, com 984 falecimentos por cada 100 000 nados-vivos. Embora tenha havido alguns progressos em matéria de mortalidade infantil, que caiu para 76 por cada 1 000 nados-vivos, este domínio continua a ser uma fonte de preocupação importante. Os serviços de saúde do Malavi sofreram uma grande penúria de recursos para poder fazer face a estes problemas, dispondo apenas de um número muito limitado de pessoal de saúde fortemente concentrado nas zonas urbanas.

APOIO ORÇAMENTAL GERAL

O apoio orçamental geral não permitiu melhorar os serviços de saúde de forma significativa até meados de 2007. A partir de 2005, data em que o apoio orçamental geral foi relançado, o governo utilizou principalmente a ajuda orçamental para conseguir um melhor resultado em matéria de gestão orçamental, em vez de aumentar as despesas orçamentais a favor dos pobres. Contudo, através da alavanca constituída pelo apoio orçamental geral, a Comissão contribuiu para garantir que o governo mantém a sua dotação para o orçamento da saúde num mínimo de 10,7% do orçamento nacional geral. Como o «ponto de realização» da iniciativa a favor dos países pobres altamente endividados (PPAE) foi alcançado, será possível aumentar as despesas discricionárias, incluindo em matéria de saúde.

PROJECTOS FED

O projecto, que se insere no âmbito do oitavo FED, permitiu a criação de um serviço nacional de transfusão sanguínea, que cobre entre um terço e a metade das necessidades do país. Embora estes resultados continuem aquém dos objectivos especificados na convenção

de financiamento, representam contudo um avanço considerável, tendo em conta desafios culturais e organizacionais difíceis que foi necessário superar no âmbito do projecto.

PROJECTOS FINANCIADOS POR UMA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL

Melhoria da saúde sexual e reprodutiva e dos serviços em matéria de VIH/sida para os jovens

Através das ONG e dos centros de jovens, o projecto tem o objectivo de aumentar o recurso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva adaptados a esta população e a adopção de práticas sexuais mais seguras. Devido aos atrasos iniciais, é possível que os objectivos do projecto não tenham sido alcançados integralmente.

Promoção das alterações de comportamento e melhoria do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva no distrito de Thyolo

O projecto deu uma contribuição preciosa, em especial permitindo melhorar o acesso a um conjunto contínuo de cuidados, de apoio e de tratamento no âmbito do VIH, bem como o acesso aos serviços de prevenção da transmissão materno-infantil e aos serviços de consulta e despistagem voluntários neste distrito pobre do sul do Malavi.

Saúde dos jovens e das crianças nas regiões central e meridional do Malavi

O projecto alcançou bons resultados, com o aumento do número de jovens que recorreram à consulta e despistagem voluntárias nos centros para a juventude e nos centros de saúde visados, e uma redução do número de gravidezes nas raparigas em idade escolar.

FUNDO MUNDIAL

De um modo geral, o Fundo Mundial obteve resultados significativos, especialmente permitindo aumentar muito sensivelmente o número de tratamentos anti-retrovirais, que passou de apenas alguns milhares em 2004 para 110 000 em meados de 2007. Após alguns atrasos, a maioria dos outros componentes da Fase 1 do projecto VIH/sida estava em vias de realizar objectivos importantes, incluindo a componente «apoio aos sistemas de saúde», que contribuiu largamente para a formação do pessoal, em particular ao nível dos serviços de saúde das comunidades locais. A componente «prevenção da transmissão materno-infantil» é a que se revelou mais problemática.

MALI

VISÃO GLOBAL DA SITUAÇÃO SANITÁRIA

O Mali apresenta taxas de mortalidade materna (1 200 falecimentos por cada 100 000 nados-vivos) e infantil (219 por cada 1 000 em 2004) particularmente elevadas. A taxa de prevalência do VIH/sida é relativamente fraca (1,9%), mas a tuberculose expandiu-se (578 casos por 100 000 habitantes) e a malária continua a ser uma das principais causas de mortalidade infantil. Entre as outras doenças graves figuram as infecções respiratórias agudas, as diarreias, os vermes da Guiné, a esquistossomiase bem como os problemas de crescimento e as doenças crónicas tais como a diabetes e as doenças cardíacas.

Apesar dos investimentos importantes nas infraestruturas de saúde e de uma melhoria global do acesso aos serviços de saúde, subsistem graves problemas. Não existe uma política de recursos humanos adequada, o que determina uma fraca disponibilidade e uma má repartição geográfica do pessoal, bem como insuficiências ao nível das competências, da motivação e das normas éticas. O processo de descentralização não foi acompanhado de uma transferência suficiente de recursos humanos e financeiros. De um modo geral, os serviços de saúde continuam a ser de má qualidade e inacessíveis aos mais pobres.

APOIO ORÇAMENTAL GERAL

Contrariamente ao compromisso que assumira na convenção de financiamento a título do apoio orçamental geral, o governo não aumentou a parte do orçamento destinado à saúde, enquanto os fundos públicos continuam a ser atribuídos de forma desigual entre as diferentes regiões. Além disso, a gestão das finanças públicas continua a ser pouco satisfatória, com um elevado risco fiduciário e uma fraca eficiência e eficácia das despesas públicas.

PROJECTOS FED

O projecto PASS, incluído no oitavo FED, alcançou o seu objectivo em matéria de reforço das capacidades do Ministério da Saúde mas não permitiu melhorar a qualidade dos serviços de saúde. O projecto não esteve em condições de introduzir tais melhorias dado que estas necessitam da adopção de reformas estruturais importantes.

PROJECTOS FINANCIADOS POR UMA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL

Melhoria em matéria de saúde reprodutiva das mulheres do Norte do Mali

O projecto contribuiu significativamente para melhorar a formação do pessoal de saúde e fornecer equipamentos mas a duração do projecto foi demasiado pequena para ter um impacto real na mortalidade materna.

Acção BioMali

Este projecto, destinado a despistar o VIH/sida, a tuberculose e a malária no Mali, permitiu a criação de uma rede de laboratórios. Contudo, verificaram-se atrasos em matéria de formação do pessoal sobre a utilização dos equipamentos fornecidos. O acompanhamento do aumento das taxas de despistagem foi problemático.

Abordagem participativa para melhorar o acesso aos cuidados de saúde para os doentes de tuberculose

Este projecto regional, que cobre igualmente o Benim, o Burquina Faso e o Senegal, contribuiu para melhorar a despistagem da tuberculose e o acompanhamento da doença.

Reforço das capacidades locais de luta contra o VIH/sida

Este projecto, que continua numa fase inicial, procura reduzir as transmissões por via sexual e materno-infantil nas regiões pobres do Norte do Mali através de uma maior participação da sociedade civil e da melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

FUNDO MUNDIAL

A subvenção paga a título da luta contra a malária contribuiu para fornecer os mosquiteiros e para formar pessoal de saúde. A que foi paga para lutar contra o VIH/sida permitiu aumentar o número de pessoas em tratamento anti-retroviral, que passou de 600 para 12 800 durante o período de 2005-2007. No caso da subvenção relativa à luta contra a tuberculose, a componente «tratamento» deu melhores resultados do que a componente «prevenção». Uma outra, «reforço dos sistemas de saúde», enfrentou algumas dificuldades, nomeadamente no que se refere à construção e ao equipamento do laboratório nacional.

LISTA DOS PROJECTOS EXAMINADOS

País	Título do projecto	Montante do projecto	Classificação
PROJECTOS FED			
Angola	Programa de apoio ao sector da saúde	25,0	Ineficaz
Benim	Apoio ao sector da saúde	10,2	Parcialmente eficaz
Burundi	Programa de apoio transitório ao sector da saúde (PATSBU)	4,1	Ineficaz
Chade	Apoio à política da saúde	42,0	Ineficaz
Costa do Marfim	Programa de emergência e de reabilitação, fase 1	34,0	Eficaz
Lesoto	Apoio à reforma do sector da saúde	1,8	Parcialmente eficaz
Malavi	Serviço de transfusão sanguínea do Malavi	9,4	Parcialmente eficaz
Mali	Programa de apoio ao sector da saúde	10,5	Parcialmente eficaz
Quénia	desenvolvimento dos serviços e dos sistemas de saúde dos distritos	15,0	Eficaz
Serra Leoa	Programa de apoio ao sector da saúde	28,0	Ineficaz
Suazilândia	Programa de prevenção e de tratamento do VIH/sida	4,3	Parcialmente eficaz
Uganda	desenvolvimento dos recursos humanos no sector da saúde	17,0	Eficaz
PROJECTOS INTRA-ACP			
8 países	Parceria CE/ACP/OMS relativa aos ODM no sector da saúde	25,0	Parcialmente eficaz
14 países	Programa OMS de erradicação da poliomielite	26,8	Parcialmente eficaz
41 países	Parceria CE/ACP/OMS em matéria de política farmacêutica	24,6	Ineficaz
22 países	Saúde sexual e reprodutiva CE/ACP/UNFPA/IPPF	32,0	Eficaz
3 países	Execução de testes multicêntricos da vacina contra a malária	7,0	Ineficaz

País	Título do projecto	Montante do projecto	Classificação
PROJECTOS NO DOMÍNIO DA SAÚDE FINANCIADOS POR UMA RUBRICA ORÇAMENTAL GERAL			
Quénia	Iniciativa em matéria de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes	2,6	Parcialmente eficaz
Quénia	Maior acesso e recurso a serviços obstétricos básicos completos e de qualidade	2,2	Eficaz
Quénia	Abordagem global para atingir as pessoas mais expostas ao risco de serem afectadas pelo VIH/sida	4,4	Parcialmente eficaz
Quénia	Uzazi Bora — Serviços materno-infantis — Actividades no domínio do VIH	1,3	Parcialmente eficaz
Malavi	Melhoria da saúde sexual e reprodutiva e serviços em matéria de VIH/sida para os jovens	2,25	Parcialmente eficaz
Malavi	Promoção das alterações de comportamento e melhoria do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	1,35	Eficaz
Mali	Melhoria dos serviços de saúde reprodutiva das mulheres no Norte do Mali	1,6	Eficaz
Mali	Acção BioMali	3,6	Parcialmente eficaz
Mali	Abordagem participativa para melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde para os doentes de tuberculose	4,5	Parcialmente eficaz
Burundi, Quénia, Moçambique	Programa de luta contra a sida	2,0	Ineficaz
Burundi, Guiné, Haiti	Reforço mútuo dos actores privados e públicos de primeira linha nos domínios da protecção dos direitos, da prevenção das infecções e da prestação de cuidados de saúde completos, para as pessoas infectadas com VIH/sida	3,9	Parcialmente eficaz
Benim, Rep. Dem. do Congo	Programa de desenvolvimento dos cuidados intensivos no âmbito do VIH integrados para os pacientes de tuberculose com VIH/sida	4,3	Ineficaz
Zâmbia, África do Sul	Reforço das capacidades locais e apropriação das vacinas contra a sida na África Austral	3,0	Eficaz
Malavi, África do Sul	Intensificação da prevenção e do tratamento da tuberculose	4,5	Parcialmente eficaz
PROJECTOS RELATIVOS À SAÚDE NO ÂMBITO DA RUBRICA ORÇAMENTAL «CO-FINANCIAMENTO DAS ONG»			
Lesoto	Cuidados ao domicílio para as pessoas infectadas com o VIH/sida ou com doenças em fase terminal, bem como para os órfãos e as crianças vulneráveis	0,7	Parcialmente eficaz
Mali	Reforço das capacidades locais de luta contra o VIH/sida	1,0	Parcialmente eficaz
Malavi	Saúde dos jovens e das crianças nas regiões central e meridional do Malavi	0,75	Eficaz
Suazilândia	Projecto integrado relativo ao VIH/sida e aos meios de subsistência	0,75	Parcialmente eficaz

RESPOSTA DA COMISSÃO

RESUMO

I.

A Comissão agradece ao Tribunal de Contas Europeu o seu trabalho sobre a ajuda ao desenvolvimento prestada pela CE em matéria de serviços de saúde na África Subsariana, proporcionando uma análise interessante, com resultados e ensinamentos que dão à Comissão a oportunidade de esclarecer algumas questões relacionadas com o trabalho de auditoria efectuado pelo Tribunal.

II.

A política da Comissão reconhece que a melhoria dos resultados em matéria de saúde requer uma estratégia global que aborde as dificuldades existentes através dos mais adequados instrumentos e divisão das tarefas com os outros doadores. Desta forma, «a nível nacional, a Comunidade efectuará um conjunto de intervenções complementares, nomeadamente: apoio macroeconómico ligado à melhoria dos resultados sanitários; apoio a sectores que se repercutem de forma significativa sobre os resultados sanitários e apoio directo ao sector da saúde» (comunicação sobre a saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento).

Em sintonia com os seus compromissos políticos, a Comissão tem sido sempre sensível à importância que reveste a melhoria dos sistemas de saúde, mantendo o financiamento directo do sector da saúde a nível nacional, aumentando o apoio orçamental geral, bem como contribuindo para as iniciativas lançadas a nível global.

A especialização da Comissão em matéria de saúde circunscreve-se aos limites fixados nas decisões relativas à afectação de recursos. Contudo, certos mecanismos como, a nível nacional, o Fundo de Cooperação Técnica (FCT) ou, mais especificamente, a nível da sede, os peritos técnicos externos, poderão, para determinadas tarefas específicas, prestar assistência técnica aos serviços da Comissão.

III.

A Comissão prossegue os seus esforços para melhorar a rapidez e a previsibilidade da sua ajuda ao sector da saúde: para o efeito privilegia a abordagem sectorial (CAS), o apoio orçamental sectorial (AOS), sempre que as condições o permitam, mas igualmente um tipo de apoio orçamental geral (AOG) a mais longo prazo e mais previsível («contrato ODM») nos países que obtêm bons resultados.

IV.

A Comissão partilha a opinião do Tribunal sobre o papel potencial do apoio orçamental sectorial, uma modalidade de ajuda relativamente recente, cujo maior utilizador em África é a Comissão, de acordo com os dados disponíveis. A Comissão recorreu já a este tipo de apoio para promover o sector da saúde em Moçambique, na Zâmbia e na África do Sul.

A Comissão considera o apoio orçamental geral um complemento das intervenções em sectores de saúde de concentração e de não concentração e está empenhada em continuar a melhorar a eficácia deste instrumento, em geral, bem como no que respeita às questões sectoriais. Salienta, porém, que a eficácia do apoio orçamental geral se presta melhor a uma avaliação a mais longo prazo, dado que os progressos em termos de resultados a nível nacional levam tempo devido às melhorias necessárias nos sistemas de grande envergadura, não podendo, pois, ser comparados com as melhorias dos resultados em grupos populacionais mais restritos e mais específicos.

V.

Num documento de estratégia relativo a um país que beneficia de apoio para o sector da saúde, a Comissão associa os diferentes tipos de apoio previstos na sua política para a melhoria deste sector, em resposta às especificidades do país. A Comissão continuará a reforçar as sinergias existentes entre as diferentes intervenções a nível nacional.

Na última década, o quadro político para o sector da saúde registou melhorias notáveis nos países da África Subsariana, graças ao apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de todos os outros parceiros de desenvolvimento importantes (incluindo a Comissão). Contudo, estas políticas deverão ser revistas e aperfeiçoadas permanentemente. A título de exemplo, as revisões anuais conjuntas do sector da saúde, nas quais a Comissão participa frequentemente, dão um contributo importante para a política neste sector.

VI.

A Comissão contemplará a possibilidade de conceder dotações sectoriais de acordo com as linhas directrizes a estabelecer para a revisão intercalar do 10.º FED. Estas linhas directrizes sublinharão os objectivos a nível nacional, os resultados alcançados e os princípios da apropriação nacional e da divisão de tarefas. Terão igualmente em conta o facto de os resultados em matéria de ODM no sector da saúde se poderem alcançar por várias vias, incluindo os investimentos em sectores não estritamente ligados à saúde (água e saneamento, educação, desenvolvimento rural, governação, etc.) e não apenas através do apoio directo aos serviços de saúde.

A Comissão continuará a apoiar os sistemas de saúde, sempre que possível através de apoio a programas sectoriais. O desenvolvimento e a manutenção dos recursos humanos no sector da saúde, assim como o financiamento do sistema de saúde, são questões que a Comissão acompanhará atentamente e para as quais dará o seu contributo.

- A Comissão concorda que a questão das capacidades adequadas é importante para as delegações que desempenham um papel de doador activo no sector da saúde. Nos casos em que a saúde é um sector de concentração, a Comissão procurará fornecer à delegação a especialização adequada. Nos outros casos, nomeadamente no que respeita ao apoio orçamental geral, poder-se-á contemplar o estabelecimento de parcerias tácitas e a delegação de responsabilidades noutros doadores no âmbito da divisão das tarefas. Poderão igualmente considerar-se acções mais pragmáticas, como a colocação em comum de peritos da UE.
 - O apoio orçamental sectorial passará de quase 9%, no âmbito do 9.º FED, para 16%, no âmbito do 10.º FED, em todos os sectores de cooperação. Se as condições forem satisfeitas, será o modo de assistência preferida pelos países que programaram a concessão de apoio ao sector da saúde. A Comissão continuará a enviar esforços para melhorar a eficácia do apoio orçamental geral para a realização dos seus objectivos, incluindo através do lançamento de contratos ODM.
 - A Comissão continuará a recorrer a projectos para desenvolver e reforçar os sistemas de saúde, nomeadamente nos países frágeis.
- O reforço das capacidades, de acordo com o «programa de acção de Acra» (Setembro de 2008), deve ser assegurado cada vez mais através dos fundos comuns, com vista a reforçar as capacidades nacionais, maximizando o recurso às competências locais.
- Na sequência da auditoria do Tribunal, foi instituído um grupo interserviços específico para definir a via a seguir pela Comissão a nível nacional para assegurar uma utilização mais eficiente dos recursos financeiros do Fundo Mundial.
 - Esta orientação sobre a utilização específica dos diferentes instrumentos no sector da saúde, incluindo a sua utilização combinada, será examinada no âmbito das «orientações de programação para o sector da saúde», presentemente em actualização de forma a terem mais em conta a evolução mais vasta dos instrumentos comunitários (como, por exemplo, o contrato ODM).
 - A Comissão concorda e está persuadida que a definição de um bom quadro político e estratégico em matéria de saúde é altamente desejável para o desenvolvimento de um sistema eficaz. Continuará a promover a concepção e a adopção de políticas de saúde bem definidas que prevejam intervenções complementares.

Nos países que beneficiam de uma abordagem sectorial, o apoio à definição de políticas é assegurado igualmente através do diálogo sectorial (participação em grupos de trabalho específicos; participação em exames conjuntos Governos — doadores do sector da saúde), bem como em projectos.

INTRODUÇÃO

1.

A África subsariana regista alguns atrasos a nível da realização da maioria dos ODM e, nomeadamente, no domínio da saúde.

Os progressos realizados a nível dos ODM relacionados com o sector da saúde são tributários de vários melhoramentos (nos domínios da educação, água e saneamento, segurança alimentar, etc.). Assim, o apoio destinado a promover a melhoria dos resultados em matéria de saúde passa pela adopção de uma estratégia global que aborde as dificuldades existentes, através dos mais adequados instrumentos e divisão de tarefas com os outros doadores.

OBSERVAÇÕES RELATIVAS À AFECTAÇÃO E AO DESEMBOLSO DOS RECURSOS A FAVOR DO SECTOR DA SAÚDE

7.

A Comissão deseja enquadrar as auditorias de que é objecto a ajuda ao desenvolvimento prestada pela CE aos serviços de saúde na África Subsariana no contexto da sua abordagem geral em matéria de ajuda ao desenvolvimento.

A política da Comissão reconhece que o apoio destinado a promover a melhoria dos resultados em matéria de saúde passa por uma estratégia global que aborde as dificuldades existentes através dos mais adequados instrumentos e divisão de tarefas com os outros doadores. Desta forma «a nível nacional, a Comunidade efectuará um conjunto de intervenções complementares, nomeadamente: apoio macroeconómico ligado à melhoria dos resultados sanitários; apoio a sectores que se repercutem de forma significativa sobre os resultados sanitários e apoio directo ao sector da saúde» (comunicação sobre a saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento).

Embora a Comissão tenha efectivamente assumido compromissos importantes a nível do sector da saúde, não fixou formalmente objectivos percentuais em matéria dos recursos atribuídos a este sector no âmbito do FED. Além disso, considera que os objectivos baseados em contribuições financeiras são cada vez menos adequados para reflectir os actuais compromissos assumidos no âmbito da agenda sobre a eficácia da ajuda ou o impacto real da Comissão nas políticas dos países parceiros.

A estratégia de base da Comissão em matéria de desenvolvimento centra-se na luta contra a pobreza e, neste contexto, na melhoria dos sectores sociais. A Comissão procura, assim, atingir objectivos de desenvolvimento, medidos por indicadores de desempenho. O facto de estes resultados/indicadores serem alcançados com contribuições financeiras mais ou menos elevadas, directas ou indirectas, é uma questão acessória.

A Comissão admite que não existe um método reconhecido para atribuir apoio orçamental geral a sectores específicos. Assim, toma nota da metodologia de auditoria utilizada e dos respectivos resultados. Sublinha, porém, que, dado o carácter fungível dos fundos, tanto o apoio orçamental específico, como o apoio orçamental geral contribuem para o financiamento do orçamento na sua globalidade e não apenas de uma parte. Por conseguinte, o seu contributo para o financiamento do sector da saúde deverá ser idêntico. Dada a inexistência de um método internacionalmente reconhecido de atribuição de apoio orçamental geral a sectores específicos, a Comissão não se detém sobre as conclusões relativas especificamente aos recursos financeiros, mas tenciona definir uma metodologia de elaboração de relatórios baseada em indicadores de desempenho e na eficácia da ajuda, em conformidade com o programa de acção de Acra e os princípios de Paris (apropriação, alinhamento, programação, gestão para a obtenção de resultados em termos de desenvolvimento e responsabilidade recíproca).

12.**b)**

A Comissão nota que a percentagem de «70%» que o Tribunal extrai do estudo do Gabinete de Avaliação Independente do FMI diz respeito apenas à utilização da ajuda adicional, independentemente das modalidades e sectores. Por conseguinte, esta percentagem não se refere ao montante total do apoio orçamental nem à totalidade dos fluxos de ajuda. O apoio orçamental é sempre tido em conta na determinação das despesas públicas, incluindo para a saúde, e no seu financiamento óptimo. Nos casos em que tal implicar a redução da dívida pública ou o aumento das reservas, a ajuda que não for imediatamente gasta aumenta a capacidade de despesa futura, incluindo para o sector da saúde.

15.

A Comissão refere a escassez de ajuda internacional para os países em desenvolvimento, em especial a África Subsaariana. Esta escassez afecta todas as áreas, incluindo os sistemas de saúde.

As escolhas de programação dos doadores reflectem cada vez mais princípios internacionalmente reconhecidos de eficácia de ajuda, como a apropriação pelos países e a divisão de tarefas entre os doadores. A excessiva fragmentação da ajuda aumenta os custos administrativos, tornando a sua gestão especialmente complexa e prejudicial para os sistemas dos países parceiros.

A Comissão e os Estados-Membros assumiram um compromisso político forte sobre a divisão de tarefas, que se traduziu na elaboração do Código de Conduta sobre a complementaridade e a divisão das tarefas na política de desenvolvimento de 2007.

A programação dos recursos do FED é efectuada juntamente com os países parceiros e em consulta com os Estados-Membros: as estratégias nacionais no âmbito do 10.º FED foram apresentadas ao Comité do FED e examinadas em função das respostas pertinentes dos Estados-Membros aos problemas dos países parceiros, tendo em conta o apoio prestado por outros parceiros de desenvolvimento. Além disso, no contexto das conclusões do Conselho Europeu de 24 de Junho de 2008 sobre a agenda da UE sobre os ODM, a UE comprometeu-se colectivamente a aumentar — no que respeita às perspectivas de um aumento da ajuda pública ao desenvolvimento da UE — a ajuda comunitária ao sector da saúde (8 mil milhões de euros até 2010, 6 mil milhões de euros para a África Subsaariana). A este respeito, o papel da CE na divisão das tarefas no sector da saúde será determinante.

16.

A Comissão prestará ajuda directa ao sector da saúde no âmbito do 10.º FED a 15 países da África Subsaariana, 8 dos quais em situação de fragilidade. O número de países que recebe apoio directo da Comissão para o sector da saúde aumentou ligeiramente, tendo passado de 7, a título do 9.º FED, para 8, a título do 10.º FED.

17.

As parcerias globais (por exemplo o Fundo Mundial, GAVI/ Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização) atraíram efectivamente um financiamento substancial, por vezes em detrimento da melhoria dos sistemas de saúde nacionais.

Contribuíram não obstante para um abastecimento maciço em medicamentos, vacinas e outros produtos preventivos/curativos destinados a combater a sida e outras doenças com uma elevada taxa de prevalência, como por exemplo, a malária, a tuberculose ou o sarampo.

Para além da sua contribuição para o Fundo Mundial, a Comissão apoiou igualmente os sistemas de saúde através de várias acções destinadas a mitigar a escassez de recursos humanos neste sector, melhorar a disponibilidade e a acessibilidade dos medicamentos essenciais e aumentar o financiamento do sector da saúde. Nos países em que a saúde é um sector apoiado pelo programa indicativo nacional, o reforço dos sistemas de saúde é evidentemente o objectivo central do apoio comunitário, de preferência através de uma abordagem sectorial.

18.

Nos casos em que a Comissão está envolvida indirectamente no sector da saúde, nomeadamente através do apoio orçamental geral ligado a rubricas orçamentais ou sectores sociais e ao financiamento intra-ACP, é necessário estabelecer parcerias tácitas com outros doadores (UE) na linha do Código de Conduta sobre a complementaridade e a divisão das tarefas na política de desenvolvimento, e assegurar a coordenação do grupo de doadores no domínio do apoio orçamental.

As delegações podem igualmente ser apoiadas pela sede. Os serviços da DG RELEX reagruparam a sua especialização em matéria de saúde em equipas especializadas das DG DEV e AIDCO. Este reagrupamento contribuiu para melhorar substancialmente a assistência técnica prestada às delegações, no diálogo com os países parceiros, assim como na identificação/formulação/execução das intervenções no sector da saúde.

a)

Não apenas para apoiar as «operações» do Fundo Mundial, mas igualmente para exortar este último a integrar as suas actividades nas políticas nacionais e a melhorar os sistemas de saúde.

d)

Em países com uma elevada prevalência de infecção pelo IVH, as delegações estão a adoptar medidas para assegurar que todos os profissionais que participam em projectos/programas possam integrar a problemática do IVH/sida na sua área de especialização, mesmo que não sejam especialistas na área da saúde. A título de exemplo, as delegações da CE na África Austral estão actualmente a concluir um guia sobre a integração do VIH/sida nos sectores e programas. Várias delegações (por exemplo, a do Botsuana) já dispensaram formação específica ao seu pessoal sobre a integração do IVH/sida.

20.

A Comissão está a analisar em que medida a divisão das tarefas permitirá a utilização conjunta de capacidades. O problema que se coloca é que os Estados-Membros da UE estão igualmente a reduzir as suas capacidades sectoriais e podem estar pouco dispostos a concluir acordos formais e vinculativos.

Se, por um lado, é oportuno intensificar a cooperação com os consultores do ECHO em matéria de saúde, por outro, existem alguns limites à sua participação na concepção de políticas, na medida em que o seu perfil profissional exige, em geral, que assegurem a gestão da ajuda humanitária em situações de emergência, ao passo que um analista ou um conselheiro em matéria de política de saúde deverá, em virtude do seu perfil profissional, contribuir para o reforço dos sistemas de saúde.

24.

A Comissão congratula-se com a observação do Tribunal sobre a rapidez e a previsibilidade do financiamento destinado a apoio orçamental geral no âmbito do 9.º FED. Refere que, no âmbito do 10.º FED, tenciona continuar a melhorar a previsibilidade do seu instrumento de apoio orçamental geral através de «contratos ODM», sempre que as condições exigidas estiverem preenchidas.

25.**a)**

A Comissão continuará a reforçar os sistemas de informação no domínio da saúde nos países parceiros (por exemplo, a Zâmbia) para melhorar as suas capacidades de recolha dos dados relativos aos desembolsos que são função dos resultados.

b)

As condições de elegibilidade podem afectar a previsibilidade do apoio orçamental, mas oferecem garantias fundamentais em termos da sua eficácia. Nos casos em que um programa de apoio orçamental geral é adiado ou suspenso temporariamente, o desembolso de fundos para apoio orçamental sectorial só é possível quando a deterioração do quadro macroeconómico constituir uma infracção à elegibilidade para o apoio orçamental geral, embora a Comissão não considere que tal ponha em risco a realização dos objectivos para o sector.

Por último, dos 26 programas de apoio orçamental geral financiados a título do 9.º FED, 19% foram afectados por atrasos ou suspensões.

29.

O facto de apenas uma minoria dos pedidos apresentados ao Fundo Mundial ser seleccionada não facilita a coordenação da assistência prestada pela comunidade dos doadores. Tal como o Tribunal observou relativamente ao Lesoto, o Fundo Mundial concedeu, na sua 7.ª ronda, 33 milhões de dólares para assistência a órfãos e crianças vulneráveis, enquanto o Documento de Estratégia para o Lesoto já lhes tinha afectado um apoio significativo (numa altura em que não havia qualquer garantia de que o pedido apresentado ao Fundo seria atendido).

31.

A Comissão congratula-se com o facto de o Tribunal reconhecer que o apoio orçamental pode desempenhar um papel importante na melhoria dos serviços de saúde.

As diferenças entre apoio orçamental geral e apoio orçamental sectorial são claramente identificadas na definição internacional existente enunciada pelo Comité de Ajuda ao desenvolvimento (CAD) da Organização de Cooperação e desenvolvimento Económico (OCDE). Embora esta definição nem sempre seja aplicada de forma coerente¹, as orientações e a prática da CE estão em inteira conformidade com a mesma.

32.

No âmbito do 9.º FED começou a ser aplicada uma modalidade de ajuda relativamente nova, o apoio orçamental sectorial, com as primeiras autorizações em 2003, após a publicação das directrizes sobre o apoio orçamental sectorial (2002) e sobre o apoio a programas sectoriais (2003). Embora seja verdade que, até à data, o apoio orçamental sectorial para a saúde se limita a um número de países reduzido, os elementos disponíveis relativos a África² revelam que a Comissão é o maior utilizador de apoio orçamental sectorial em todos os sectores.

Dado o profundo empenhamento técnico na concepção e execução da política sectorial no âmbito de um diálogo específico com uma vasta gama de partes interessadas, tal como exigido pelas condições do apoio orçamental sectorial, a Comissão considera que os sectores de concentração são aqueles que requerem especialmente o recurso a apoio orçamental sectorial. No entanto, nos casos em que havia recursos disponíveis, o apoio orçamental sectorial já tinha sido utilizado igualmente para sectores de não concentração (Gana e Moçambique).

33.

O apoio orçamental geral pode ser complementar para os sectores de concentração, na medida em que representa uma oportunidade única para estabelecer um diálogo sobre as prioridades políticas globais do país parceiro. O apoio orçamental sectorial é uma forma de ajuda que se presta à execução de apoio sectorial de concentração ou de não concentração.

¹ Parceria Estratégica com a África, Inquérito sobre o apoio orçamental de 2007.

² *Idem.*

34.

A Comissão tem uma posição (e uma prática) clara sobre a relação existente entre o apoio orçamental geral e o apoio ao sector social. Esta posição é claramente enunciada nas linhas directrizes actuais, que não minimizam a importância da dimensão dos sectores sociais³. A Comissão está a promover uma maior sensibilização do pessoal para a ligação existente entre apoio orçamental e os serviços sociais.

35.

Tendo contribuído para a estratégia concebida e utilizada para a avaliação conjunta do CAD (2006), a Comissão está agora a trabalhar com outros doadores de apoio orçamental no quadro do CAD, com vista a desenvolver uma metodologia melhorada que tenha em conta os ensinamentos retirados.

³ Num programa de apoio orçamental geral destinado a apoiar uma política e estratégia nacionais, determinados sectores ou domínios importantes devem ser objecto de especial atenção. Trata-se de sectores considerados de importância vital para apoiar a estratégia nacional. Nos países em que o apoio contempla os documentos de estratégia de redução da pobreza, é normal que os sectores sociais da educação e da saúde sejam vistos como elementos-chave da redução da pobreza de rendimento e da pobreza não ligada ao rendimento (p. 50 e 51 das orientações).

36.

Para um determinado ano, as decisões orçamentais em termos das despesas totais, da sua afectação sectorial, do nível do défice e da composição do seu financiamento têm em conta condicionalismos macroeconómicos actuais e futuros, bem como o nível e a distribuição previstos de todos os fluxos de ajuda. Normalmente, não existirá — nem deverá existir — num determinado ano uma relação linear entre: um maior apoio orçamental e despesas de saúde mais substanciais. No entanto, a prazo, as subvenções orçamentais favorecem a criação do espaço fiscal necessário ao aumento das despesas. Graças ao seu diálogo e às condições, o apoio orçamental da CE determinou muitas vezes dotações orçamentais mais elevadas para o sector da saúde. Contudo, tal nem sempre foi considerada a prioridade mais urgente, como quando os problemas de execução orçamental corriam o risco de prejudicar o impacto de dotações mais elevadas. Por razões análogas, geralmente a Comissão prefere centrar-se nos indicadores de resultados que permitem reflectir as melhorias a nível dos beneficiários.

37.

Ao promover o reforço dos sistemas de gestão das finanças públicas, a «interpretação dinâmica» da Comissão da elegibilidade aplicável tanto ao apoio orçamental geral, como ao apoio orçamental sectorial apoia os esforços desenvolvidos a nível local para melhorar a eficácia da utilização do financiamento orçamental. Deste modo, o apoio orçamental geral favorece uma resposta sustentável para a questão das despesas públicas ineficientes e ineficazes (tanto no sector da saúde como noutros sectores) de que beneficiarão todas as formas de ajuda utilizadas no país parceiro.

Os exames de rastreio da despesa pública são muito ilustrativos, mas a sua utilização revelou-se limitada enquanto ferramenta destinada a promover o empenho das autoridades de um país num programa de reforma da gestão das finanças públicas.

38.

Os programas de apoio orçamental geral abordam de vários modos os riscos referidos pelo Tribunal.

O primeiro programa consiste na aplicação periódica de diagnósticos DPRF (despesas públicas e responsabilização financeira) que inclui indicadores sobre as despesas de primeiro nível no domínio da saúde e da educação (indicador de resultados n.º 23). O segundo programa consiste na inclusão progressiva de despesas descentralizadas e desconcentradas nos programas de reforma da gestão das finanças públicas. Em conformidade com outros doadores de apoio orçamental, a Comissão está disposta a utilizar auditorias financeiras e testes de conformidade sempre que estes forem considerados o meio mais útil para promover o processo de reforma da gestão das finanças públicas.

Em qualquer caso, o modo como a Comissão gere estes riscos deve ser compatível com o facto de que, após a sua transferência para o tesouro nacional, os fundos da Comissão são combinados com os recursos nacionais, deixando assim de poder ser identificados especificamente ou controlados. Tal verifica-se tanto em relação ao apoio orçamental geral, como ao apoio orçamental sectorial, ambos não orientados para sectores específicos.

No que respeita ao apoio orçamental sectorial, é privilegiada a cadeia de resultados na sua globalidade, bem como a afectação e execução do orçamento sectorial. Tal pode ser efectuado pela via do diálogo ou da condicionalidade, em função do contexto e dos objectivos específicos de cada programa de apoio orçamental sectorial.

39.

O apoio orçamental geral apoia o reforço da política global e do quadro institucional necessário a uma melhoria sustentável e global na prestação de serviços de saúde. A Comissão concorda que a existência de políticas de saúde bem definidas contribui para reforçar a eficácia de todos os tipos de ajuda ao sector e apoiou activamente a elaboração de políticas de saúde desde a década de 1990 (Senegal, Zâmbia, Gana, etc.).

Há contudo que distinguir as abordagens sectoriais, as políticas de saúde nacionais e a sua relação com o apoio orçamental geral. As abordagens sectoriais são mecanismos para harmonizar o apoio dos doadores a uma política de saúde existente. Embora, em geral, não estejam plenamente alinhadas pelos sistemas nacionais a título de apoio orçamental, as abordagens sectoriais constituem uma evolução positiva, mas não devem constituir um requisito prévio para o apoio orçamental geral. Com efeito, quando combinado com um diálogo político adequado, o apoio orçamental geral pode dar origem ao estabelecimento de abordagens sectoriais (como, por exemplo, em Madagascar).

Por último, ao centrar-se no Documento de Estratégia de Redução da Pobreza, o apoio orçamental geral promove também a realização dos ODM ao gerar uma procura de políticas sectoriais mais bem definidas. Dos 22 países da África Subsariana que executaram regularmente apoio orçamental geral prestado pela CE no âmbito do 9.º FED, 14 efectuaram exames conjuntos periódicos do sector da saúde, cujos resultados são tidos em conta no exame anual conjunto do apoio orçamental geral. Nos restantes países, estão a ser progressivamente desenvolvidos exames deste tipo.

40.

As orientações de 2007 sobre apoio orçamental geral não proibem a utilização de recursos de apoio orçamental geral relativos ao reforço das capacidades para apoiar os ministérios sectoriais. Contudo, para evitar uma fragmentação excessiva, os fundos de apoio orçamental geral destinados ao reforço das capacidades são utilizados essencialmente para reforçar os sistemas de gestão das finanças públicas e os quadros de monitorização dos documentos de estratégia de redução da pobreza. Contudo, tal pode incluir sistemas descentralizados de gestão das finanças públicas, que, em muitos países, são directamente pertinentes para a prestação de serviços de saúde.

Os doadores activos no sector da saúde prestam uma assistência técnica mais ampla a este sector no âmbito de programas sectoriais.

41.

A Comissão congratula-se com a conclusão do Tribunal segundo a qual a grande maioria das delegações participa directamente no diálogo sobre o sector da saúde.

a)

Nos casos em a Comissão participa indirectamente no sector da saúde, nomeadamente através de apoio orçamental geral relacionado com sectores sociais, é necessário estabelecer parcerias tácitas com outros doadores (da UE) no espírito do Código de Conduta sobre a complementaridade e a divisão das tarefas e assegurar a coordenação no seio do grupo de doadores de apoio orçamental. As delegações podem igualmente ser apoiadas por especialistas de saúde disponíveis na sede.

b)

Um número cada vez maior de países gere o apoio orçamental geral através de quadros de avaliação de desempenho (8 em 2006, 12 em 2008). Estas matrizes definidas de comum acordo definem claramente os parâmetros de referência utilizados para avaliar o desempenho de cada país, incluindo no sector da saúde. Cabe a cada delegação decidir a dimensão da sua participação no diálogo sobre a política sectorial. Ver igualmente o ponto 39 acima no que diz respeito à articulação entre o apoio orçamental geral e as análises sectoriais.

c)

O valor acrescentado do apoio orçamental geral reside no facto de promover o diálogo sectorial, a fim de relacionar os recursos políticos, técnicos e financeiros com os resultados obtidos em sectores críticos. Assim, a Comissão continuará a velar por que os indicadores de resultados em matéria de apoio orçamental geral sejam integrados correctamente no diálogo e nos procedimentos sectoriais. No entanto, as discussões sobre os resultados efectivos devem ter em conta a relação entre este objectivo e a necessidade de assegurar uma verificação exaustiva das condições de desembolso.

43.

De acordo com os dados da Comissão sobre 138 objectivos de saúde definidos que cobrem decisões de desembolso durante 2003-2007, 83 objectivos foram inteiramente alcançados (ou seja, 60%).

Além disso, em 15% de outros casos, os objectivos foram parcialmente atingidos.

A fixação de objectivos demasiado ambiciosos pode igualmente ter contribuído para estes resultados.

44.**a)**

O peso financeiro ligado a objectivos individuais é apenas um dos meios através dos quais o apoio orçamental visa promover a melhoria dos resultados, sendo os outros meios o acompanhamento, o diálogo político e a responsabilização nacional.

b)

A Comissão utiliza alguns indicadores de recursos (geralmente a dotação e execução financeiras), mas centra-se sobretudo nos indicadores de resultados (partos assistidos).

Embora não estejam sob o controlo directo do Estado, estão, ainda assim, sob o seu controlo indirecto. Contrariamente aos indicadores de recursos ou de resultados (número de hospitais), dizem respeito aos objectivos das políticas públicas e aos seus efeitos sobre as populações beneficiárias.

c)

Embora a fiabilidade dos dados seja uma limitação, ao utilizar os dados existentes, a Comissão promove e apoia a sua melhoria.

d)

A definição de objectivos ambiciosos e realistas é difícil e só pode ser realizada de forma satisfatória após vários anos de prática no domínio da gestão baseada em resultados, quando os procedimentos sectoriais são dominados correctamente. O reforço das capacidades de gestão dos países parceiros mediante o desenvolvimento de resultados constitui um dos objectivos da abordagem da Comissão em matéria de apoio orçamental.

e)

Estão a ser desenvolvidos esforços para ter mais em conta a qualidade dos cuidados prestados. A título de exemplo, o indicador sobre a assistência a partos evoluiu gradualmente de prestações «institucionais» (enquanto não era dispensada formação a todo o pessoal hospitalar para prestar assistência a partos) para a assistência de pessoal de enfermagem «qualificado» nos partos.

45.

Embora o Tribunal tenha razão em afirmar que os indicadores não visam directamente os mais pobres, é conveniente sublinhar o seguinte:

- a definição de determinados indicadores reflecte uma dimensão de pobreza (partos assistidos em centros de saúde básicos, por exemplo);
- as taxas de pobreza nos países que beneficiam de apoio orçamental oscilam entre 30% e 60% da população: os objectivos para a maioria dos indicadores ultrapassaram a parte da população não pobre:

Além disso, observa-se uma tendência cada vez maior para utilizar indicadores desagregados a nível das regiões mais pobres, das zonas periféricas ou por género.

46.

É conveniente salientar que outros objectivos de apoio orçamental geral podem ter uma influência positiva indirecta no sector da saúde.

47.

Embora o projecto (enquanto abordagem ou modo de execução de um programa de apoio orçamental sectorial) não seja a forma de execução de ajuda preferida da CE, é evidente que os projectos continuam a ser um instrumento importante para as nossas intervenções de ajuda ao desenvolvimento.

Por exemplo, uma primeira avaliação das dotações iniciais dos programas indicativos nacionais do 10.º FED/da dotação A para os países da África Subariana (com exclusão da África do Sul) revela que o apoio orçamental (tanto geral como sectorial) representa cerca de 48% dos montantes atribuídos até à data. Os restantes 52% serão gastos principalmente no âmbito de projectos.

48.

Para controlar os projectos que financia e deles extrair ensinamentos, a Comissão criou, além das avaliações intercalares e finais, um sistema de acompanhamento orientado para os resultados que cobre todas as regiões e sectores objecto da ajuda comunitária. Este sistema centra-se sobretudo na qualidade da concepção, na eficiência e eficácia até à data, nas perspectivas de impacto e na potencial sustentabilidade. Os resultados obtidos através deste sistema para as intervenções do FED em matéria de saúde para 2001-2007 revelem efectivamente uma sustentabilidade insuficiente.

49.

a) Assiste-se actualmente a uma melhoria da situação, na medida em que Comissão procura reforçar a relação entre a ajuda de emergência, reabilitação e desenvolvimento.

c)

Na sequência do relatório especial do Tribunal sobre a eficácia da assistência técnica no contexto do reforço das capacidades (2007), a Comissão concluirá até finais de Novembro de 2008 as suas novas directrizes sobre cooperação técnica e disposições de execução de programas, com o objectivo de prestar uma cooperação técnica de qualidade para apoiar programas dirigidos pelos próprios países, bem como assistência mediante disposições de execução de projectos assumidas pelos parceiros, com uma redução substancial do recurso a unidades paralelas de execução de projectos. Estas medidas deverão contribuir para melhorar a qualidade da cooperação técnica, a apropriação e o reforço das capacidades.

e)

A maioria dos países da África Subsariana adoptaram políticas nacionais de saúde com o apoio da OMS e da comunidade dos doadores, incluindo a CE. No entanto, muitas vezes será conveniente prever um melhor ajustamento entre estratégias e recursos (dotações atribuídas à saúde, recursos humanos atribuídos ao sector da saúde, etc.).

A Comissão contribui para a melhoria destas políticas da saúde através de projectos (por exemplo, o programa de apoio ao sector da saúde, em Angola, no montante de 25 milhões de euros) os programas de apoio às políticas sectoriais (por exemplo, apoio orçamental ao sector da saúde na Zâmbia e em Moçambique) ou mesmo através da sua participação em revisões anuais conjuntas do sector da saúde (por exemplo, Benim, Madagáscar, Moçambique e Zâmbia).

f)

Ver as respostas aos pontos VI (terceiro travessão) e 18.

50.

b)

As delegações são informadas dos projectos centralizados que afectam os seus países. É uma prática útil na medida em que convém racionalizar as intervenções da CE e evitar eventuais duplicações entre as acções executadas a nível nacional ou regional e as acções intra-ACP. Além disso, as delegações da CE são informadas periodicamente dos programas geridos a nível central aquando da realização de seminários regionais. Para informações mais aprofundadas, têm igualmente acesso ao CRIS (sistema integrado de informação e gestão do EuropeAid) e à intranet do EuropeAid.

c)

As directrizes comuns ONU-CE em matéria de informação destinam-se a ultrapassar estas dificuldades.

53.

a)

Regra geral, estes projectos da área da saúde financiados a partir de rubricas orçamentais gerais, propostos e executados por ONG e outros intervenientes não estatais só são financiados pela Comissão se forem suficientemente compatíveis com as políticas e planos de saúde dos países em que são executados. Muitas vezes, estes projectos são realizados em cooperação com o sistema de saúde local.

b)

Entre 2004 e 2005, a Comissão realizou 4 seminários temáticos (Adis-Abeba, Dacar, Maputo e Banguécoque) com os beneficiários de contratos, organizações da sociedade civil e outros parceiros como a OMS, para examinar e partilhar os ensinamentos extraídos de acções financiadas a título de rubricas orçamentais relativas à saúde.

c)

A natureza inovadora e o potencial para intervenções de maior envergadura não se aplicam só aos programas de saúde nacionais de um determinado país, mas também a outros países que enfrentam desafios análogos e iniciativas globais de financiamento de intervenções sanitárias nestes sectores.

54.

Os convites à apresentação de propostas lançados ao abrigo de rubricas orçamentais relativas à saúde visam os países menos desenvolvidos, outros países de rendimentos baixos e intermédios e, entre esses países, as camadas mais desfavorecidas da população. Reconhece-se que os grupos pobres e marginalizados necessitam de ajuda, mesmo nos países em desenvolvimento mais avançados. Tal é especialmente o caso no que respeita ao VIH/sida e às necessidades em matéria de saúde reprodutiva de grupos como os consumidores de drogas injectáveis, os trabalhadores migrantes, os refugiados, os trabalhadores do sexo, os homens que mantêm relações sexuais com outros homens, etc. Além disso, o procedimento de avaliação do convite à apresentação de propostas tem em conta a pertinência das medidas propostas em função das necessidades e das condicionantes do país/região/população em questão.

58.

No seguimento da auditoria do Tribunal, a Comissão decidiu criar um grupo interserviços específico incumbido das seguintes tarefas:

- definir o papel e as responsabilidades que uma delegação da CE deverá ter em relação ao Fundo Mundial (por exemplo, participação no mecanismo de coordenação por país, elaboração de relatórios, etc.). É possível identificar diferentes tipos de delegações em função de critérios como, nomeadamente, o nível de prevalência do VIH no país, o facto de a «saúde» ser ou não um sector de concentração no DEP, etc.).
- determinar de que modo as delegações executarão as suas novas tarefas tendo em conta os seus recursos limitados ;
- determinar de que modo as delegações podem ser apoiadas pela sede e de que modo as DG DEV e AIDCO irão cooperar para prestar assistência às delegações.

c)

De um modo geral, assistiu-se a uma melhoria da capacidade de elaboração de propostas de elevada qualidade pelos países. Na última vaga de convites à apresentação de propostas (lançada em 1 de Março de 2008)

registou-se o montante solicitado mais elevado até à data (6,1 mil milhões de dólares), mas igualmente a taxa mais elevada de propostas recomendadas pelo Comité de Avaliação Técnica: 54%.

A Comissão está actualmente a ponderar com a Onusida formas de reforçar as capacidades dos países para lutar contra a sida (elaboração e execução de um plano de acção destinado a reforçar as capacidades).

60.

Com sistemas de saúde eficazes é possível converter a ajuda do Fundo Mundial e do Plano de Ajuda de Emergência do Presidente dos EUA contra a sida em serviços de saúde à população afectada pelo VIH/sida, pela tuberculose e pela malária.

A Comissão apoia igualmente os principais elementos dos sistemas de saúde, tais como «Recursos humanos no sector da saúde»: Instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento «Investir nas pessoas», programa que afectou 40 milhões de euros aos recursos humanos no sector da saúde (2007-2013). O FED financia actividades e programas em matéria de recursos humanos no sector da saúde em Angola, Moçambique, Uganda, Zâmbia e Zimbabué, sendo os indicadores neste âmbito utilizados actualmente para as parcelas variáveis do apoio orçamental geral e do apoio orçamental sectorial a favor da saúde. A Comissão também trabalha com a OMS no apoio às políticas de medicamentos (25 milhões de euros) e na melhoria da programação e da orçamentação para o sector da saúde nos países ACP (25 milhões de euros).

62.

A Comissão está ciente de que determinados programas importantes para doenças específicas, como os do Fundo Mundial, requerem sistemas de saúde eficientes para poder obter resultados. Para compreender melhor esta relação, a DG DEV está actualmente a elaborar directrizes estratégicas e técnicas sobre o modo como esses programas de luta contra doenças específicas poderão contribuir para reforçar os sistemas de saúde.

64.

A Comissão salienta que esta questão pode adquirir mais importância nos casos em que é necessário combinar o apoio orçamental geral e um sector da saúde de concentração e menos importância quando o apoio orçamental sectorial é um instrumento adequado para o sector da saúde (de concentração ou não).

A Comissão considera que uma política de saúde bem definida e um programa de saúde apoiado por doadores, não necessariamente um apoio orçamental sectorial financiado pela Comissão, são necessários para melhorar a eficácia da contribuição dada pelo apoio orçamental geral para os resultados em matéria de saúde.

65.

Em conformidade com a sua convicção quanto à complementaridade dos instrumentos de ajuda, a Comissão concorda com o Tribunal que os projectos podem contribuir para reforçar o apoio orçamental, mas assinala que o inverso também é verdade.

66.

Não é fácil assegurar a complementaridade com o Fundo Mundial devido à sua reduzida previsibilidade (segundo o Tribunal, o Fundo só financiou 39% das propostas apresentadas nos 1.º a 7.º convites à apresentação de propostas). Além disso, os calendários da Comissão e do Fundo Mundial no que respeita à programação e preparação das intervenções são totalmente diferentes.

67.

A Comissão concorda que existem sinergias potenciais que poderiam ser exploradas de forma mais eficaz tanto pelos doadores de apoio orçamental como pelo Fundo Mundial.

68.

Regra geral, se um país dispõe de um programa sectorial⁴ e se a Comissão participa

⁴ No âmbito de uma abordagem sectorial, um governo elabora progressivamente um «programa sectorial». Um programa sectorial é composto por três elementos: uma política e uma estratégia sectoriais, um orçamento sectorial e as suas perspectivas a médio prazo e um mecanismo de coordenação sectorial.

no sector da saúde desse país, a Comissão apoiará a sua execução.

Para reafirmar a sua posição, em Setembro de 2007 a Comissão assinou a «Parceria Internacional para a Saúde» que relançou a abordagem sectorial global no sector da saúde. Na mesma linha, as delegações da Comissão na Etiópia e em Moçambique assinaram recentemente com os governos e os parceiros de desenvolvimento um Acordo de Parceria Internacional para a Saúde (normas de execução deste tipo de acordo num país específico).

69.

A Comissão promove activamente o desenvolvimento e a execução de programas sectoriais através de abordagens sectoriais, sobretudo nos países em que apoia o respectivo sector da saúde. Até à data, a Comissão participou em vários programas sectoriais (nomeadamente no Gana, em Moçambique, no Senegal, no Uganda e na Zâmbia).

70.

Para prestar apoio orçamental sectorial ao sector da saúde é necessário satisfazer os seguintes critérios:

1. Inclusão de apoio ao sector da saúde no DEP, enquanto sector de concentração ou não concentração no contexto da apropriação e da divisão das tarefas.
2. Respeito das condições de elegibilidade para apoio orçamental sectorial (política sectorial bem definida, mecanismo de coordenação sectorial, estabilidade macroeconómica e melhoria da gestão das finanças públicas).

No entanto, actualmente em muitos países da África Subsariana estas condições ainda não estão a ser cumpridas.

72.

Na última década, os quadros políticos/estratégicos dos países da África Subsariana melhoraram muito graças ao apoio da OMS e dos outros parceiros do desenvolvimento importantes. No entanto, estas políticas necessitam de ser constantemente aperfeiçoadas (através, por exemplo, de uma melhor articulação entre as necessidades e os recursos no sector da saúde). As avalia-

ções conjuntas anuais do sector da saúde, nas quais a Comissão participa frequentemente, constituem um exercício que, muitas vezes, dá origem a novos progressos nos quadros político e estratégico em matéria de saúde.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

73.

Em conformidade com os seus compromissos políticos, a Comissão manteve o financiamento directo ao sector da saúde a nível nacional, aumentou o seu apoio orçamental geral e a sua contribuição para iniciativas globais.

O compromisso de 20% (*«Além disso, a Comissão procurará assegurar que, até 2009, seja atribuída ao ensino básico e secundário e à saúde básica uma percentagem de referência de 20% da sua ajuda ao abrigo dos programas por país abrangidos pelo ICD, mediante o apoio de projectos, programas ou verbas orçamentais ligados a esses sectores, tomando como base um valor médio de todas as zonas geográficas ...»*, artigo 5.º do instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento) não é aplicável aos países ACP.

74.

Um sistema de saúde eficiente tem capacidade para converter o apoio do Fundo Mundial e do Plano de Ajuda de Emergência do Presidente dos EUA contra a sida em serviços de saúde para as populações afectadas pelo VIH/sida, a tuberculose e a malária.

A Comissão apoia igualmente os principais elementos dos sistemas de saúde como «Recursos humanos no sector da saúde»: instrumento de financiamento da cooperação para o desenvolvimento «Investir nas pessoas» que afectou 40 milhões de euros aos recursos humanos no sector da saúde (2007-2013). O FED apoia actividades e programas relacionados com recursos humanos para o sector da saúde em Angola, Moçambique, Uganda, Zâmbia e Zimbabué. Os indicadores a este respeito são utilizados actualmente para as parcelas variáveis do apoio orçamental geral e do apoio orçamental sectorial no

sector da saúde. A Comissão também trabalha com a OMS no apoio às políticas de medicamentos (25 milhões de euros) e na melhoria dos processos de programação e orçamentação para o sector da saúde nos países ACP (25 milhões de euros).

75.

A Comissão toma nota da observação do Tribunal e procurará encontrar soluções com vista a dispor de especialização adicional, quer a nível interno quer através de acordos, por exemplo, com as entidades de ajuda dos Estados-Membros presentes nos países.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A AFECTAÇÃO DOS RECURSOS

N.º1: A Comissão contemplará a concessão de dotações sectoriais de acordo com as linhas directrizes a ser estabelecidas na avaliação intercalar do 10.º FED. Estas deverão salientar os objectivos nacionais, os resultados alcançados e os princípios de apropriação nacional e de divisão das tarefas. Terão igualmente em conta o facto de os ODM em matéria de saúde poderem ser alcançados de diversos modos, que incluem investimentos fora do sector da saúde propriamente dito (água e saneamento, educação, desenvolvimento rural, governação, etc.) e não apenas graças ao apoio directo aos serviços de saúde.

a) Embora reconheça que há margem para aumentar a atenção dada ao sector da saúde nos países frágeis, que muitas vezes não encontram doadores no domínio da saúde, a Comissão já presta ou prestará no futuro apoio directo ao sector da saúde a título do 10.º FED a 15 países da África Subsariana, 8 dos quais afectados por situações de fragilidade (Burundi, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Guiné, Costa do Marfim, Libéria e Zimbabué). O número de países afectados por situações de fragilidade, cujo sector de saúde beneficia do apoio da Comissão, aumentou de 7 no 9.º FED para 8 no 10.º FED.

N.º 2: Durante a avaliação intercalar do 10.º FED, a Comissão examinará a repartição do seu financiamento de forma a reflectir melhor as suas prioridades políticas no domínio da saúde como em outros sectores, à luz dos primeiros anos de execução do 10.º FED. O reforço dos sistemas de saúde faz efectivamente parte das suas prioridades.

N.º 3: Embora reconheça os limites da decisão de concessão de recursos no que respeita ao pessoal, a Comissão está a ponderar formas de assegurar um melhor acesso à especialização em matéria de saúde pública nas delegações. Nos casos em que a Comissão está envolvida indirectamente no sector da saúde, nomeadamente através de apoio orçamental geral aos sectores sociais ou de rubricas orçamentais e de financiamento intra-ACP, é necessário estabelecer parcerias tácitas com outros doadores (da UE) no espírito do Código de Conduta sobre a complementaridade e a divisão das tarefas na política de desenvolvimento, e assegurar a coordenação no seio do grupo de doadores de apoio orçamental. Nos casos em que a saúde é um sector de concentração, a Comissão irá ponderar o modo de proporcionar às delegações a especialização adequada.

a) A possibilidade de desenvolver especialização em matéria de saúde nas delegações regionais está a ser analisada há já algum tempo. É necessário que a Comissão pese melhor as vantagens e os inconvenientes desta recomendação antes de tomar qualquer decisão.

c) A cooperação com a OMS, que já é importante, poderia efectivamente ser reforçada com as suas delegações locais, sempre que possível.

76.

A Comissão congratula-se com a observação do Tribunal relativa à maior velocidade de execução das intervenções do FED no sector da saúde, no âmbito do 9.º FED, e concorda com o Tribunal no sentido de que tal se deve em parte à desconcentração.

77.

Os resultados da primeira avaliação quinzenal em curso do Fundo Mundial estarão disponíveis no final do corrente ano, vindo a proporcionar informações e análise pormenorizadas sobre a execução efectiva das propostas financiadas pelo Fundo. A Comissão acompanha de perto esta avaliação e terá em conta as suas conclusões. A Comissão acompanhará igualmente as conclusões da auditoria do Tribunal.

78.

A Comissão concorda com o facto de a maior previsibilidade do financiamento ir reforçar a eficácia das ajudas. Deste modo, a partir do 10.º FED, a CE desenvolveu os contratos ODM precisamente para aumentar a previsibilidade do apoio orçamental nos países parceiros que apresentam um bom desempenho. A Comissão salienta, todavia, que a volatilidade das ajudas é justificável quando as condições necessárias para assegurar a eficácia das ajudas deixam de se verificar, por exemplo quando cessa a elegibilidade para o apoio orçamental.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A RAPIDEZ E A PREVISIBILIDADE

N.º 4: A Comissão está a ponderar actualmente com a Onusida o modo como reforçar as capacidades dos países em matéria de luta contra a sida (desenvolvimento e aplicação de um plano de acção relativo ao reforço das capacidades).

N.º 5: No âmbito do 10.º FED, a Comissão procura tornar o seu apoio orçamental geral mais previsível com base no lançamento dos contratos ODM nos países que apresentam um bom desempenho. A Comissão considera que a ameaça da suspensão dos pagamentos constitui um incentivo para conservar a elegibilidade, que seria comprometida se o recurso a instrumentos alternativos para garantir o fluxo de fundos fosse automático. A necessidade de não afectar desnecessariamente as camadas mais desfavorecidas constitui um dos factores determinantes das decisões da Comissão no quadro desta abordagem casuística.

79.

A Comissão saúda o reconhecimento por parte do Tribunal de que o apoio orçamental geral pode constituir um instrumento importante para apoiar melhores políticas de saúde. No entanto, a Comissão salienta que a eficácia do apoio orçamental geral é melhor avaliada num prazo mais longo, dado que a obtenção de resultados a nível nacional demora tempo por requerer a introdução de melhorias em sistemas grandes, não podendo assim ser comparada com a obtenção de resultados em grupos mais pequenos e específicos da população. Constitui um objectivo a realização de melhorias adicionais no quadro da execução do 10.º FED, graças à introdução de contratos ODM e à utilização preferencial de apoio orçamental sectorial para a execução do apoio sectorial programado. A Comissão prossegue os seus esforços tendentes a reforçar a eficácia dos seus instrumentos de apoio orçamental (com base, nomeadamente, numa maior utilização de indicadores desagregados a nível das regiões mais pobres, áreas marginais ou género).

80.

A abordagem dos projectos — como projecto específico ou como modalidade de execução de um programa de apoio à política sectorial — continuará a ser um elemento importante do apoio da CE ao sector da saúde. A Comissão tenta numa base contínua melhorar a selecção de projectos de vários países.

81.

O envolvimento das delegações depende igualmente da sua capacidade em matéria de questões sectoriais.

Na sequência do relatório do Tribunal, foi criado um grupo interserviços específico, a fim de definir a actividade da Comissão a nível dos países destinada a garantir uma utilização mais eficiente dos recursos financeiros do Fundo Mundial.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A GESTÃO E A EFICÁCIA DOS INSTRUMENTOS

N.º 6: A Comissão está empenhada em utilizar na máxima medida possível o apoio orçamental sectorial para intervenções em matéria de saúde nos sectores de concentração e de não concentração, caso as condições o permitam. De acordo com as suas orientações programáticas, a Comissão considera o apoio orçamental geral a título complementar para as intervenções nos sectores de concentração, inclusive quando estas são executadas com base no apoio orçamental sectorial.

N.º 7 a): A Comissão prosseguirá os seus esforços tendentes à utilização de indicadores de desempenho do apoio orçamental geral e aprofundará a relação entre este apoio e o diálogo sectorial (incluindo análises sectoriais conjuntas e a continuação do diálogo, sempre que existir uma abordagem sectorial global), de forma a incentivar os países a alcançarem de modo sustentável os seus ODM em matéria de saúde e outros objectivos. Isto implicará a utilização do que em cada país se considerar a combinação mais adequada de indicadores de resultados e de contributos (como percentagens do orçamento e taxas

de execução). Poderá ser incluído um instrumento de assistência técnica nas operações de apoio orçamental geral, a fim de responder às necessidades específicas relativas a sectores com indicadores de apoio orçamental geral (por exemplo, sistemas de informação de saúde).

b) A nível sectorial, as análises anuais centram-se tipicamente na execução da política e do orçamento sectoriais. São também tidos em conta os resultados dos controlos das despesas públicas ou das auditorias que visam o seu acompanhamento, quando se encontram disponíveis. Dos 22 países da África Subsariana que executaram periodicamente o apoio orçamental geral da CE ao abrigo do 9.º FED, 14 realizam análises periódicas conjuntas do sector da saúde cujos resultados são seguidamente tidos em conta durante a análise anual conjunta desse apoio. Nos restantes países, estas análises são desenvolvidas gradualmente e incentivadas no contexto do diálogo sobre o apoio orçamental geral. No entanto, a Comissão prefere, em geral, utilizar o apoio orçamental geral e qualquer garantia conexa como meio para reforçar as componentes mais sistémicas da gestão das finanças públicas dos parceiros, bem como as capacidades no domínio da gestão dos recursos humanos. Assim, a Comissão prefere reforçar as capacidades das entidades nacionais responsáveis financeiramente para poderem realizar análises como as propostas em vez de as realizar directamente. Essa abordagem pode potencialmente maximizar o impacto do apoio orçamental geral, permite reduzir os riscos de sobrecarga do instrumento e representa uma concepção mais proporcional face aos múltiplos objectivos do apoio orçamental geral.

c) Ver acima [ponto b) desta caixa]

d) Dentro dos limites globais do seu orçamento de recursos humanos e tendo em conta a situação dos exercícios de repartição de tarefas, a Comissão envidará todos os esforços para melhorar a qualidade do contributo para o diálogo sobre o sector da saúde, como proposto anteriormente.

e) A melhoria dos indicadores utilizados nas suas operações de apoio orçamental constitui uma preocupação contínua da Comissão.

N.º 8: A Comissão decidiu criar um grupo interserviços específico, com as seguintes tarefas:

1) definir o papel e as responsabilidades que uma delegação da CE deve ter em relação com o Fundo Mundial (por exemplo, a participação no mecanismo de coordenação nacional, a apresentação de relatórios, etc.). Poderão ser identificados diferentes tipos de delegações de acordo com critérios como, por exemplo, o nível de prevalência do VIH/sida no país, o facto de a «saúde» constituir ou não um sector de concentração no Documento de Estratégia por País, etc.;

2) determinar o modo como as delegações irão realizar as suas novas tarefas, tendo em conta os seus recursos limitados;

3) determinar o modo como as delegações podem ser apoiadas pela sede e como as DG DEV e AIDCO irão cooperar para executar a sua assistência às delegações.

Além disso, a Comissão está actualmente a examinar com a Onusida o modo de reforçar as capacidades dos países na luta contra a sida (desenvolvimento e execução de um plano de acção de reforço das capacidades).

N.º 9: Embora o projecto (a título de abordagem ou de modalidade de execução de um programa de apoio à política sectorial) não corresponda ao modo preferido pela CE para a execução de ajudas, é evidente que os projectos continuam ainda a ser um instrumento importante para a realização da assistência ao desenvolvimento. Por exemplo, uma primeira avaliação das dotações iniciais dos programas indicativos nacionais no âmbito do 10.º FED/Dotação A dos países da África Subsariana (com excepção da África do Sul) demonstra que o apoio orçamental (incluindo o apoio orçamental geral e sectorial) representa aproxi-

madamente 48% dos montantes afectados até ao presente. Os restantes 52% vão ser seguidamente executados principalmente através de projectos e de programas. Contudo, a Comissão não pode concordar com a recomendação para utilizar o apoio aos projectos a fim de «dispensar cuidados médicos nas regiões mais desfavorecidas não devidamente cobertas pelos serviços de saúde», dado que, pelo menos em 30 países em desenvolvimento, o acesso aos serviços de saúde é limitado; mas a resposta adequada ao desafio consiste numa ajuda pública ao desenvolvimento em matéria de saúde suficiente, previsível e alinhada e não no financiamento proposto das ONG.

82.

A Comissão voltará a melhorar o modo como tira partido de sinergias entre as suas intervenções, a começar pela análise em curso das orientações para a saúde.

83.

A fim de apoiar a execução dos programas sectoriais, a Comissão actualizou em 2007 as suas orientações emitidas em 2003 sobre o apoio da CE a programas sectoriais e organizou um conjunto completo de acções de formação relacionado com esta modalidade de execução. Lançou igualmente e geriu conjuntamente com a Dinamarca e os Países Baixos o programa comum de aprendizagem de abordagens sectoriais, uma iniciativa muito prezada pela comunidade de doadores. A Comissão continuará a apoiar a criação e execução de programas sectoriais, directamente nos países em que a saúde faz parte da sua estratégia de cooperação e, indirectamente, através da análise do desempenho do apoio orçamental geral e dos processos de análise conjunta de outros domínios.

RECOMENDAÇÕES PARA UMA UTILIZAÇÃO COERENTE DOS INSTRUMENTOS

N.º 10 a): À luz da experiência adquirida, a Comissão avaliará se é necessário rever as indicações sobre quando utilizar o apoio orçamental geral e sectorial e sobre a melhor forma de utilizar os dois conjuntamente, actualmente contidas nas orientações da Comissão sobre a programação e o apoio orçamental geral e sectorial.

b) As orientações sobre a utilização específica dos diversos instrumentos em relação com o sector da saúde (incluindo os projectos), bem como sobre a sua utilização conjunta, serão revistas no quadro das orientações programáticas sobre o sector da saúde, actualmente em actualização a fim de melhor ter em conta a evolução geral dos instrumentos da CE (por exemplo, os contratos ODM).

c) O novo grupo interserviços da Comissão relativo à cooperação com o Fundo Mundial abordará o modo de alcançar uma maior complementaridade com esse fundo, tendo em conta questões de previsibilidade em relação com as operações do fundo e os prazos distintos das operações da Comissão e do Fundo Mundial.

N.º 11: A Comissão está empenhada na utilização do apoio orçamental sectorial a título da sua modalidade de execução preferida para intervenções no sector da saúde, sempre que estejam reunidas condições como, nomeadamente, a existência de uma política sectorial bem definida.

N.º 12: A CE continuará a apoiar a criação e execução de programas sectoriais, directamente nos países em que a saúde faz parte da sua estratégia de cooperação e, indirectamente, através da avaliação do desempenho do apoio orçamental geral e dos processos de análise conjunta de outros domínios.

Tribunal de Contas Europeu

Relatório Especial n.º 10/2008

Ajuda ao desenvolvimento concedida pela CE aos serviços de saúde na África Subsariana

Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

2009 — 82 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9207-105-9

doi: 10.2865/27120

Como obter publicações da UE

Publicações pagas:

- através de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- numa livraria indicando o título, o editor e/ou o número ISBN;
- contactando directamente um dos nossos agentes de vendas. Poderá obter os respectivos contactos consultando o sítio <http://bookshop.europa.eu> ou enviando um fax para +352 2929-42758.

Publicações gratuitas:

- através de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- nas representações ou delegações da Comissão Europeia. Poderá obter os respectivos contactos consultando o sítio <http://ec.europa.eu/> ou enviando um fax para +352 2929-42758.

O RELATÓRIO ESPECIAL «AJUDA AO DESENVOLVIMENTO CONCEDIDA PELA CE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁFRICA SUBSARIANA» EXAMINA SE OS RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS AFECTADOS AO SECTOR DA SAÚDE REFLECTIAM OS COMPROMISSOS POLÍTICOS DA CE E SE A COMISSÃO TINHA ACELERADO A PRESTAÇÃO DESTA AJUDA E UTILIZADO EFICAZMENTE OS VÁRIOS TIPOS DE FINANCIAMENTO. O RELATÓRIO FAZ UMA SÉRIE DE RECOMENDAÇÕES NO SENTIDO DE CONSEGUIR UMA MAIOR EFICÁCIA DA AJUDA COMUNITÁRIA, CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁFRICA SUBSARIANA.



TRIBUNAL DE CONTAS EUROPEU



Serviço das Publicações
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9207-105-9



9 789292 071059