



**RELATÓRIO DA COMISSÃO PERMANENTE DO FÓRUM PARLAMENTAR
(FP) DA SADC SOBRE O DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL E
PROGRAMAS ESPECIAIS (HSDSP) À 56.^a ASSEMBLEIA PLENÁRIA**

LEMA:

***«O PAPEL DOS PARLAMENTOS NA ANGARIAÇÃO, AFECTAÇÃO E
DESPEAS DE RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O FINANCIAMENTO DA
SAÚDE PÚBLICA E DOS DIREITOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
(DSSR)»***

Senhor Presidente, proponho que esta Assembleia Plenária aprove o Relatório da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais (HSDSP) para à 56.^a Sessão da Assembleia Plenária do Fórum Parlamentar da SADC, apresentado a 11 de Dezembro de 2024.

ÍNDICE

1.0	COMPOSIÇÃO DO COMISSÃO	3
2.0	TERMOS DE REFERÊNCIA	3
3.0	NÚMERO DE REUNIÕES REALIZADAS, DATA E LEMA	3
4.0	ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	4
5.0	COMUNICAÇÕES DE ESPECIALISTAS S APRESENTADAS	4
6.0	REFLEXÕES E TROCA DE IMPRESSÕES ENTRE OS MEMBROS DA COMISSÃO	5
6.1	<i>Quais são os principais mecanismos de mobilização de recursos para a saúde pública a nível nacional e qual é o rácio aproximado de financiamento de doadores para os governos?</i>	5
6.2	<i>Para onde vai a maior fatia das afectações para a saúde e é suficiente?</i>	5
6.3	<i>O Parlamento está suficientemente capacitado para identificar as lacunas em termos de financiamento da saúde e para exercer a fiscalização da autoridade pública, tendo em vista a colmatação dessas lacunas?</i>	6
7.0	COMUNICAÇÕES DE ESPECIALISTAS APRESENTADAS	7
7.1	<i>Comunicação apresentada sobre o papel dos parlamentos na angariação, afectação e despesas de recursos necessários para o financiamento da saúde pública e dos Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR)</i>	7
7.2	<i>Comunicação apresentada sobre a afectação e a despesa de recursos para a saúde, financiamento dos DSSR e o papel dos Parlamentos</i>	8
8.0	OBSERVAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO	9
9.0	CONCLUSÃO	11
10.0	APÊNDICE: RELAÇÃO NOMINAL DE FUNCIONÁRIOS	12

1.0 COMPOSIÇÃO DO COMISSÃO

A 20 de Setembro de 2024, o Comité era composto pelos seguintes membros:

- | | | |
|-----|---|------------|
| 1. | S. Ex. ^a Mope Khati (Presidente) | Lesoto |
| 2. | S. Ex. ^a Lynette Karenyi (Vice-Presidente) | Zimbabwe |
| 3. | S. Ex. ^a Luísa P. F. Damião Santos | Angola |
| 4. | Botswana (<i>o Parlamento foi dissolvido face às eleições gerais neste Estado-Membro</i>) | |
| 5. | S. Ex. ^a Mbotema Mboyo | DRC |
| 6. | S. Ex. ^a Senadora Linda Nxumelo | Eswatini |
| 7. | S. Ex. ^a Fiarovana Lovanirina Célestin | Madagáscar |
| 8. | S. Ex. ^a Rachel Zulu | Malawi |
| 9. | Maurícias (<i>o Parlamento foi dissolvido face às eleições gerais neste Estado-Membro</i>) | |
| 10. | Moçambique (<i>o Parlamento foi dissolvido face às eleições gerais neste Estado-Membro</i>) | |
| 11. | S. Ex. ^a Agnes M. Kafula | Namíbia |
| 12. | S. Ex. ^a Kelly Samynadin | Seychelles |
| 13. | África do Sul (<i>ainda não tinha nomeado um membro após as eleições gerais</i>) | |
| 14. | S. Ex. ^a Kassim Haji | Tanzânia |
| 15. | S. Ex. ^a Julien Nyemba | Zâmbia |

2.0 TERMOS DE REFERÊNCIA

Os Termos de Referência da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais (HSDSP) estão articulados na alínea (e) do artigo 42.º, do Regimento Interno do Fundo Parlamentar da SADC, que estipula o seguinte:

«Lidar com questões de desenvolvimento humano e social relacionadas, entre outros, com a saúde, o combate ao tráfico de drogas ilícitas e o VIH/SIDA, o desenvolvimento de recursos humanos, educação, formação técnico-profissional, o emprego e trabalho, a cultura e desporto, a ciência e tecnologia e as questões humanitárias».

3.0 NÚMERO DE REUNIÕES REALIZADAS, DATA E LEMA

A Comissão Permanente de HSDSP reuniu-se entre os dias 19 e 20 de Setembro de 2024, no Hotel Radisson, em Joanesburgo, África do Sul, para discutir assuntos inscritos no seu mandato. O encontro decorreu sob o lema: *«O papel dos parlamentos na angariação, afectação e despesas de recursos necessários para o financiamento da saúde pública e dos Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR)»*

4.0 ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Em 2024, o desenvolvimento humano e social na região da SADC enfrenta dificuldades significativas, agravadas pela hiperinflação, pelas crises de saúde e pelas devastações precipitadas pelo clima. Estas ameaças persistem num cenário de diminuição dos gastos por parte do consumidor e de estagnação das fontes de receitas, numa altura em que a maioria dos países da SADC continua a importar mais do que exporta, uma situação que dá origem a défices comerciais de longa duração. Com o aumento das despesas e o crescimento limitado das receitas, os governos são frequentemente forçados a cortar custos, e os orçamentos para a saúde pública são frequentemente as primeiras vítimas, resultando em défices na prestação de serviços de saúde e de DSSR. O Parlamento desempenha um papel fundamental no exercício da fiscalização e na garantia de que o financiamento da saúde continua a ser uma prioridade para a agenda do Governo. De acordo com o relatório do Fórum Económico Mundial referente a Janeiro de 2024, a colmatação do fosso de género no financiamento da saúde exigiria 1 mil milhões de USD, uma cifra que evidencia a necessidade urgente de se resolver as desigualdades no sector da saúde que afectam tanto os homens como as mulheres. Essas desigualdades são dispendiosas, tanto para o Estado, ocasionando a perda da produtividade e do PIB, quanto para as as pessoas singulares, reduzindo o seu potencial para viver vidas saudáveis e produtivas. Só as desigualdades verificadas no sector da saúde, em si, resultem em perdas de produtividade e de eficiência avaliadas em mais de 40 mil milhões de USD.

A nível regional, a Iniciativa de Financiamento da Saúde e do Combate ao VIH da SADC visa promover o Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3, mediante a aplicação de cerca de 10% do PIB da SADC no sector da saúde durante o próximo decénio. No entanto, a consecução deste desiderato passa pela inovação, coerência e vontade política inquebrantável. É por isso que a Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais reuniu-se de 19 a 20 de Setembro de 2024, em Joanesburgo, África do Sul, sob o lema «*O papel dos parlamentos na angariação, afectação e despesas de recursos necessários para o financiamento da saúde pública e de DSSR*». A importância desta reunião residiu em destacar o papel crucial que os Parlamentos desempenham na definição das políticas de financiamento da saúde e na garantia de que sejam efectivamente mobilizados, afectados e gastos recursos para alcançar a cobertura universal da saúde e cumprir os compromissos assumidos em matéria de DSSR.

5.0 COMUNICAÇÕES DE ESPECIALISTAS S APRESENTADAS

Durante a reunião, a Comissão recebeu comunicações apresentadas por peritos e contributos dos seguintes prelectores:

- i. Dr. Matiko Riro Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde

- ii. Sr.^a Vivian Joseph SAYoF
- iii. Sr.^a Caroline Kwamboka Cidadã

6.0 REFLEXÕES E TROCA DE IMPRESSÕES ENTRE OS MEMBROS DA COMISSÃO

A Comissão analisou esta sessão através de discussões em grupo durante as quais os membros trocaram impressões e reflectiram sobre as principais questões de interesse para o financiamento da saúde. O exercício visou reunir experiências específicas de cada país sobre que papel pró-activo podem desempenhar os Parlamentos para garantir que os governos angariem, afectem e gastem recursos de forma eficiente e eficaz para concretizar a Cobertura Universal de Saúde (UHC). As discussões em grupo orientaram-se pelas seguintes questões temáticas principais:

6.1 *Quais são os principais mecanismos de mobilização de recursos para a saúde pública a nível nacional e qual é o rácio aproximado de financiamento de doadores para os governos?*

Durante as discussões, tornou-se claro que, na maioria dos Estados-Membros da SADC, dominam três fontes primárias de financiamento para a saúde, a saber: Financiamento público, através do orçamento geral do Estado; Apoio de parceiros de desenvolvimento e doadores; e Gastos privados, principalmente através de despesas do próprio bolso. Também foi sublinhado que, na maioria dos Estados-Membros, o Estado serve de principal fonte de financiamento para a saúde, totalizando o financiamento público mais de 50% do gasto total na saúde. No entanto, apesar disso, os Membros deputados manifestaram-se preocupados com o facto de as dotações orçamentais serem muitas vezes insuficientes para satisfazer as crescentes necessidades do sector da saúde, incluindo o cumprimento dos principais compromissos internacionais, tais como a Declaração de Abuja, que estabelece uma meta de, pelo menos, 15% do orçamento geral do Estado para a saúde. Este défice de financiamento dá lugar a disparidades e desigualdades consideráveis em termos de acesso aos serviços de saúde de qualidade, enquanto as populações rurais e mal servidas são desproporcionalmente afectadas. Os membros sublinharam a necessidade de os parlamentos assumirem um papel mais assertivo na defesa do aumento do financiamento da saúde, assegurando que os poucos recursos sejam afectados e gastos de forma eficaz. Eles também apelaram à adopção de mecanismos de fiscalização mais fortes para monitorizar os gastos do Estado na saúde e promover políticas que sanem as ineficiências e melhorem o desempenho geral do sistema de saúde em toda a região.

6.2 Para onde vai a maior fatia das afectações para a saúde e é suficiente?

Durante as discussões em torno das afectações orçamentais e da eficiência na afectação de recursos, os Membros observaram uma tendência preocupante verificada na maioria dos Estados-Membros, consubstanciada no financiamento desproporcional para os serviços de cura em vez de cuidados preventivos. Esta definição de prioridades negligencia as medidas preventivas essenciais e cruciais para manter a saúde pública e mitigar crises de saúde futuras. Outrossim, vários Estados-Membros sublinharam que as suas dotações orçamentais não estão à altura dos desafios emergentes no sector da saúde, nomeadamente o aumento da incidência de pandemias e epidemias, entre elas a COVID-19 e o vírus Mpox. Além disso, mencionou-se o facto de os orçamentos muito frequentemente negligenciarem questões urgentes como saúde mental e saúde e direitos sexuais e reprodutivos, que são cada vez mais reconhecidos como componentes vitais dos cuidados de saúde abrangentes. Os membros manifestaram-se frustrados quanto à incoerência entre os fundos afectados e os fundos desembolsados, indicando que, mesmo quando os orçamentos são estabelecidos, o apoio financeiro real muitas vezes fica aquém do desejado, originando défices na prestação de serviços e agravando ainda mais as desigualdades no sector da saúde. Este diferencial verificado no financiamento não só prejudica a eficácia dos sistemas de saúde, mas também diminuiu a capacidade dos Estados de responder de forma adequada às necessidades de saúde em evolução das suas populações. Os membros realçaram a necessidade da adopção de práticas orçamentais mais equitativas e receptivas que estabeleçam a harmonia do financiamento tanto com as realidades do sector da saúde actuais como com as futuras prioridades do sector.

6.3 O Parlamento está suficientemente capacitado para identificar as lacunas em termos de financiamento da saúde e para exercer a fiscalização da autoridade pública, tendo em vista a colmatação dessas lacunas?

Quanto ao papel do Parlamento na identificação de lacunas em termos de financiamento da saúde e do cumprimento efectivo do seu mandato de fiscalização, chegou-se a consenso de que a maioria dos Estados-Membros adoptou vários mecanismos para cumprir esta responsabilidade. Notavelmente, muitos Parlamentos nacionais contam com comissões de especialidade nas áreas de saúde, que desempenham um papel crucial na execução da agenda do sector da saúde. Estas comissões proporcionam orientações de políticas e contribuem para a definição do orçamento para a saúde, garantindo que as preocupações do sector da saúde sejam priorizadas no discurso nacional. No entanto, os Membros reconheceram uma limitação substancial verificada nas suas capacidades de supervisão. Embora estes mecanismos existam, o papel do Parlamento limita-se frequentemente a formular

recomendações, estando a decisão final de adopção destas recomendações reservada principalmente ao Poder Executivo. Consequentemente, a influência das comissões parlamentares na definição do orçamento para a saúde pode, por vezes, ser mais de natureza cerimonial do que substancial, prejudicando o seu potencial impacto na melhoria do financiamento da saúde e da superação de desafios críticos que o sector da saúde enfrenta. Os membros enfatizaram a necessidade de um papel parlamentar mais potenciado que lhes permita influenciar activamente as dotações orçamentais para a saúde e garantir que as decisões de financiamento estejam em harmonia com as necessidades urgentes do sector da saúde para as suas populações.

7.0 COMUNICAÇÕES DE ESPECIALISTAS APRESENTADAS

7.1 Comunicação apresentada sobre o papel dos parlamentos na angariação, afectação e despesas de recursos necessários para o financiamento da saúde pública e dos Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva (DSSR)»

A comunicação foi apresentada pelo Dr. Matiko Riro da Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde (CHAI), que efectuou uma análise perspicaz do financiamento da saúde, classificando-a em quatro tipos distintos: financiamento público, seguro de saúde pré-pago, apoio externo e despesas do próprio bolso. Ele ressaltou o facto de o cenário actual de financiamento da saúde em muitos países estar marcado por baixos níveis de investimento público, forte dependência do financiamento externo e um fardo elevado para as pessoas singulares por via através de despesas do próprio bolso. Este desequilíbrio afectou negativamente os resultados da saúde, de modo particular em países com despesas limitadas na saúde pública. Destacou a África do Sul como exemplo, onde os gastos do Estado no valor de 527 dólares per capita estão correlacionados com uma taxa de mortalidade materna consideravelmente menor de (138), face aos países com menos despesas para o sector da saúde. Por outro, o prelector também ressaltou a necessidade urgente de eliminar as barreiras financeiras e físicas ao acesso à saúde, especialmente por parte das populações vulneráveis. Apontou as prioridades concorrentes que os governos enfrentam, especialmente em contextos de recursos financeiros limitados, e exortou para que a equidade esteja na vanguarda da afectação e distribuição de recursos de saúde, com enfoque particular em áreas mal servidas e populações vulneráveis.

Quanto ao papel dos Parlamentos na afectação de recursos para o sector da saúde, foram delineadas quatro perspectivas principais. A primeira, a perspectiva jurídica, através da qual podem ser tomadas medidas legislativas para salvaguardar o direito à saúde e garantir um financiamento adequado para as áreas negligenciadas, tais como a saúde e os DSSR. Em segundo lugar, a perspectiva de defesa de

direitos, através da qual os membros do Parlamento devem defender um maior apoio aos grupos desfavorecidos e vulneráveis durante os debates em torno da Cobertura Universal de Saúde (UHC). Em terceiro lugar, a perspectiva dos sistemas de saúde, através da qual os parlamentares devem assegurar que os orçamentos para o sector da saúde resolvem os seis blocos edificadores dos sistemas de saúde da OMS para alcançar a UHC. Por último, a perspectiva económica exige que os parlamentares compreendam os compromissos necessários para a concretização dos objectivos de saúde, com o enfoque na equidade e na redução das elevadas despesas do próprio bolso. Durante a sessão plenária, os membros questionaram a eficácia da Declaração de Abuja e procuraram idealizar intervenções destinadas a aumentar o financiamento da saúde a nível nacional para além da meta de 15%, bem como formas de reduzir o aumento dos custos com os cuidados de saúde. Foi explicado que a meta de 15% era um ponto de encontro e não uma solução por si só. Além de atingir este objectivo, os países precisam de assegurar uma afectação eficaz, a responsabilização e a integração das componentes dos sistemas de saúde. Com o aumento dos custos com os cuidados de saúde, a questão foi atribuída à forte dependência de produtos de saúde importados, tais como vacinas e medicamentos. Para suprir essas dificuldades, os governos foram exortados a investir em cadeias de valor de saúde locais para atender e superar a procura interna. Os membros também procuraram saber sobre a possibilidade de se implementar mecanismos de financiamento inovadores, tais como impostos sobre o pecado aplicáveis ao álcool e ao tabaco. Em resposta, observou-se que vários países já tinham adoptado essas medidas. Por exemplo, o Gana reservou 2% do seu IVA para a saúde, enquanto o Gabão implementou uma taxa de 10% sobre as recargas para chamadas telefónicas. No entanto, foi destacado que, embora muitos países imponham impostos sobre o pecado, esses proventos muitas vezes não são destinados especificamente à saúde. A importância de direccionar esses impostos para o financiamento da saúde foi destacada como uma forma de reforçar os recursos internos para o sector.

7.2 Comunicação apresentada sobre a afectação e a despesa de recursos para a saúde, financiamento dos DSSR e o papel dos Parlamentos

Nesta comunicação, a Comissão soube que, uma vez mobilizados os recursos, é crucial que os governos os gastem de modo sábio. Foram propostas cinco aspectos fundamentais a considerar para os gastos:

- Dar prioridade aos serviços e estabelecer um pacote de benefícios para garantir que os serviços essenciais de saúde sejam acessíveis;
- Implementar sistemas sustentáveis de seguro de saúde para a transição dos pagamentos do próprio bolso para os sistemas de pré-pagamento, reduzindo assim os gastos astronómicos com a saúde;

- Redistribuir recursos através de aquisições colectivas a fim de aumentar a equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- Associar os pagamentos aos resultados intermédios ou necessidades, abordagem que pode aumentar a boa relação valor-custo, harmonizando as despesas com os resultados finais da saúde;
- Construir instituições fortes para garantir que os fundos sejam utilizados de forma eficiente, equitativa, eficaz e transparente, viando uma sustentabilidade a longo prazo.

Os membros foram encorajados a mudar a sua perspectiva quanto ao apoio dos doadores e parceiros de desenvolvimento, encarando-o não como uma fonte primária de financiamento para a saúde, mas como um fundo complementar. Esta abordagem, afirmou, asseguraria que fundos nacionais adequados sejam sempre priorizados para o sector da saúde. Foi também sublinhado que o mapeamento de recursos e o acompanhamento das despesas eram actos fundamentais para evitar a duplicação de esforços e promover uma abordagem mais coesa e coordenada do apoio prestado pelos parceiros de desenvolvimento. Os membros foram exortados a promulgar leis que requeiram uma melhor coordenação da ajuda dos parceiros de desenvolvimento, tendo o Malawi sido destacado como exemplo de países que implementaram com sucesso essas medidas.

8.0 OBSERVAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO

Após a sessão de reflexão e troca de impressões entre os membros da Comissão e das comunicações apresentadas pelos peritos, a Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais teceu as seguintes considerações e formulou as seguintes recomendações a apresentar à 56.^a Assembleia Plenária:

Reconhecendo a importância central do financiamento da saúde como um pilar fundamental para o alcance da UHC na região da SADC, de modo particular para assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as populações, incluindo mulheres, crianças e grupos vulneráveis;

CONSTATANDO que muitos Estados-Membros da SADC enfrentam desafios consideráveis em matéria de mobilização de recursos internos suficientes para a saúde, com forte dependência de fontes externas de financiamento e altos níveis de despesas do próprio bolso, o que afecta desproporcionalmente as famílias de baixos rendimentos;

CÔNSCIOS de que os sistemas de saúde precários, o acesso limitado a cuidados de saúde acessíveis e o crescente fardo de doenças como o

VIH, a Tuberculose, a Malária e as epidemias emergentes continuam a agravar a pobreza das famílias, empurrando-as a mais dificuldades financeiras;

PREOCUPADOS, NO ENTANTO, com o facto de as mulheres serem desproporcionalmente afectadas por estas lacunas sistémicas no sector da saúde, numa altura em que muitas pessoas passam uma parte considerável das suas vidas em más condições de saúde, particularmente devido ao investimento precário na saúde e nos DSSR, na saúde materna e nos serviços de saúde mental;

PREOCUPADOS AINDA MAIS com o facto de que, apesar da presença de quadros nacionais de saúde, a persistente alta dependência do financiamento externo originou sistemas de saúde insustentáveis a longo prazo, a meio de uma fraca vontade política para os orçamentos gerais do Estado em toda a região darem prioridade ao sector da saúde.

RECONHECENDO a necessidade urgente de reduzir a dependência excessiva da região em relação ao apoio externo e a necessidade de fortalecer a mobilização de recursos internos, melhorar a eficiência nos gastos com a saúde e garantir que o financiamento para a saúde seja sustentável e equitativo;

RECONHECENDO o papel do Parlamento na defesa do aumento do investimento interno na saúde, assegurando a responsabilização nos gastos com a saúde e promovendo mecanismos de financiamento inovadores, tais como impostos reservados e regimes sustentáveis de seguro de saúde, para mitigar as elevadas despesas do próprio bolso;

POR ESSAS RAZÕES, a Comissão decidiu recomendar que a 56.^a Assembleia Plenária:

- i. **EXORTAR** os Parlamentos nacionais a dar prioridade nas dotações do orçamento geral do Estado ao financiamento do sector da saúde, assegurando que os recursos internos dedicados à saúde sejam incrementados em conformidade com a meta estipulada na Declaração de Abuja de, pelo menos, 15% do orçamento geral do Estado;
- ii. **ENCORAJAR** os Parlamentos nacionais a defender o estabelecimento de planos nacionais de seguro de saúde para reduzir os gastos da saúde do próprio bolso, proteger as famílias de despesas astronómicas com a saúde e garantir a igualdade no acesso aos serviços de saúde;
- iii. **APOIAR** a implementação de mecanismos inovadores de financiamento da saúde, incluindo impostos destinados a produtos nocivos (por exemplo, o tabaco e o álcool) e taxas sobre outros sectores, assegurando que esses fundos sejam atribuídos

de forma transparente para melhorar os serviços de saúde, especialmente em áreas mal servidas;

- iv. **EXORTAR** o Secretariado do Fundo Parlamentar da SADC a monitorizar e avaliar o financiamento da saúde nos Estados-Membros, assegurando que os recursos sejam gastos de forma eficiente e que o financiamento dos parceiros de desenvolvimento seja de natureza complementar e não de substituto dos investimentos no sector da saúde nacional;
- v. **EXORTAR** os Parlamentos nacionais a reforçar o seu papel fiscalizador das despesas com a saúde, garantindo que os fundos sejam atribuídos de forma equitativa, particularmente nas áreas dos DSSR, da saúde materna e dos serviços de saúde mental, que afectam de modo desproporcional as mulheres e as crianças;
- vi. **INCENTIVAR** os Parlamentos nacionais a promover a inclusão das populações vulneráveis nas políticas de financiamento da saúde e a defender um orçamento sensível ao género que supra as necessidades de saúde únicas das mulheres e raparigas na região da SADC;
- vii. **EXORTAR** os Parlamentos nacionais a promulgar políticas e quadros que apoiem a descentralização dos serviços de saúde, assegurando que os recursos cheguem às áreas rurais e mal atendidas, reduzindo assim as barreiras geográficas ao acesso aos cuidados de saúde de qualidade;
- viii. **INCENTIVAR** os Estados-Membros a colaborar em iniciativas de financiamento da saúde regional, tais como a aquisição colectiva de suprimentos médicos e investimentos colectivos em infra-estruturas de saúde regionais, a fim de reduzir as despesas e melhorar o acesso a medicamentos essenciais e tecnologias de saúde em toda a região da SADC;
- ix. **EXORTAR** o Secretariado do Fundo Parlamentar da SADC a auxiliar os Estados-Membros em matéria de elaboração de estratégias sustentáveis de financiamento da saúde que reduzam a dependência do financiamento externo e incentivem o investimento a longo prazo em cadeias de valor da saúde locais, tais como a produção de fármacos e as infra-estruturas de saúde.

9.0 CONCLUSÃO

As deliberações da Comissão Permanente de Desenvolvimento Humano e Social e Programas Especiais reconheceram e sublinharam a necessidade urgente de os Estados-Membros darem prioridade ao financiamento da saúde, a fim de enfrentar os desafios persistentes que a região da SADC enfrenta. É imperativo que os Parlamentos nacionais

exercem com eficácia o seu papel fiscalizador, a fim de garantir que o financiamento da saúde se torne o foco das agendas dos Estados, promovendo cuidados de saúde equitativos, sustentáveis e acessíveis para todos. Através dos esforços regionais coordenados e de uma vontade política sólida, a região está preparada para concretizar a visão da cobertura universal de saúde e melhores resultados de saúde.

Tudo dito, a Comissão tem o prazer de apresentar as suas recomendações contidas no presente Relatório à 56.^a Assembleia Plenária para adopção.

Mope KHATI
PRESIDENTE DE MESA

Joseph MANZI
SECRETÁRIO DA COMISSÃO

10.0 APÊNDICE: RELAÇÃO NOMINAL DE FUNCIONÁRIOS

1.	Sr. ^a Boemo Sekgoma	Secretária-Geral do FP da SADC
2.	Sr. ^a Paulina Kanguatjivi	Secretária do FP da SADC
3.	Sr. Ronald Windwaai	Secretariados do FP da SADC
4.	Sr. ^a Samuel Bokosi	Secretariado do FP da SADC
5.	Dr. Moses Magadza da SADC	Consultor de Comunicação Social do FP
6.	Sr. Toivo Mwaala	Secretariado do FP da SADC
7.	Sr. Unaro Mungendje	Secretariado do FP da SADC
8.	Sr. Allan Bokosi	Secretariado do FP da SADC
9.	Sr. ^a Maria Mombola	Parlamento da Namíbia
10.	Dr. Dr. Cleopas Gwakwara	Parlamento do Zimbábue
11.	Sr. ^a Idah Combe	Parlamento da Tanzânia
12.	Sr. ^a Maryline Muinyo	Parlamento da Namíbia
13.	Sr. Jeff Zulu	Parlamento da Zâmbia
14.	Sr. ^a Pamela Nyikavaranda do FP da SADC	Consultora de Monitorização e Avaliação
15.	Sr. ^a Rachael Mundilo	Secretariado do FP da SADC
16.	Sr. ^a amueline Kauvee	Secretariado do FP da SADC
17.	Sr. Sheuneni Kurasha	Secretariado do FP da SADC
18.	Sr. Joseph Manzi	Secretário da Comissão
19.	Sr. ^a Caroline Kwamboka	Cidadã
20.	Sr. ^a Vivian Joseph	SAYoF
21.	Sr. ^a Maria de Lurdes Gomes	Parlamento de Moçambique
22.	Dr Matiko Riro	Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde