

Resumo analítico 1

Estratégia de Financiamento do Sector Saúde:

Situação, reflexões iniciais e opções de política

Cristina Manzanares

Dezembro 2017

1. Introdução

Este resumo analítico se enquadra na consultoria sobre financiamento de saúde fornecida ao Ministério de Saúde de Moçambique pelo programa Providing for Health (P4H)¹. O objetivo do trabalho é apoiar na reflexão, geração de evidência, tomada de decisão para finalização da EFSS, bem como na preparação para a sua implementação.

O documento oferece uma primeira visão sobre a situação da EFSS, em concreto sobre a área específica de financiamento, e tenta de introduzir análise sobre as opções de política factíveis e recomendáveis segundo evidência internacional e tomando as características do caso moçambicano. Além do análise técnico, procura também mostrar o carácter eminentemente político de la política pública e das políticas de Saúde.

Este trabalho tem também o objetivo de apoiar a priorização das áreas que podem iniciar uma **implementação imediata**. Será precisa muita mais profundidade analítica para elaborar as propostas, uma vez as opções sejam escolhidas. Este documento é um *trabalho em curso*, e é por isto que as necessidades de análise estão assinaladas no documento.

2. Visão geral da forma e financiamento do sistema público de saúde

Financiar um sistema de saúde implica também pensar como queremos que seja o sistema de saúde. Angariar os recursos necessários implica também pensar quais são as funções e os limites do sistema de saúde, quais grupos sociais vão receber o que, e refletir sobre os efeitos sobre a sociedade toda.

Trata-se de um exercício que pode modificar a **forma do sistema de saúde**, que pode afetar o acesso, a cobertura, a abrangência, a qualidade dos serviços de saúde recebidos, a diferenciação entre grupos sociais, e que por tanto, e tenderá efeitos sobre a pobreza e a desigualdade entre outros. Os sistemas de saúde e o seu financiamento podem se desenhar para compensar desigualdades de mercado ou para aprofunda-las. A evidência nos sugere que os sistemas de saúde vão ter mais capacidade para reduzir a pobreza quanto mais inclusivos sejam e mais qualidade seja oferecida independentemente da situação laboral o económica dos indivíduos. Pensar o sistema é, por tanto, um exercício que implica profundidade política².

Alguns autores afirmam que os sistemas de bem-estar são sistemas de estratificação, que podem tratar aos indivíduos de forma diferenciada, que estabelecem as regras de jogo com o mercado, e que por tanto têm capacidade para incidir na estratificação social e na repartição de oportunidades na sociedade³.

¹ Providing for Health (P4H): É uma aliança de organismos internacionais e agências de cooperação que têm como objetivo apoiar aos países na consecução da Cobertura Universal de Saúde. Os financiadores são a OMS, França, Suíça, Alemanha, Espanha e o Banco Mundial.

² Bambra, C. Fox, D. Scott-Samuel, A. (2005): *Towards a politics of health*. Health Promotion International. Vol. 20

³ Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Uma pergunta interessante em este contexto de reflexão poderia ser: *Como queremos que sejam repartidos o bem-estar e as oportunidades na nossa sociedade? Como deveria ser a política pública para chegar até ali?*

No caso de Moçambique, o sistema público de saúde tem características distintivas e interessantes respeito à países vizinhos e comparativamente a tendências internacionais. Tem uma presença muito relevante no território, com 1.596 unidades de saúde e 62 hospitais (23 distritais, 21 rurais, 6 gerais, 8 provinciais, 4 centrais), e tem uma taxa de utilização muito elevada (92% da população)⁴. A significativa melhoria dos indicadores de saúde registada nas últimas décadas pode ser praticamente inteiramente atribuída ao sector público de saúde, mostrando uma capacidade de cobertura e abrangência muito relevante, mesmo com os desafios conhecidos (indicadores que precisam melhoria, ratio de pessoal de saúde, etc.)

No quadro da reflexão sobre as medidas mais pertinentes para financiar o sistema público de saúde, será importante tomar em conta a **atual forma universal do sistema**: O sistema inclui a todos os cidadãos sem distinção e está baseado no direito à saúde.

A evidência sobre o funcionamento geralmente eficiente dos sistemas universalistas e ampla, bem como os efeitos em indicadores de saúde e bem-estar, e capacidade distintiva para reduzir à pobreza e a desigualdade⁵ (*Documentar*). Distintas organizações de Nações Unidas recomendam aos países de rendas médias e baixas avançar para sistemas com forma universalista⁶⁷ como estratégia de redução da pobreza e das desigualdades.

Os sistemas universais pretendem também a **igualação e maximização do bem-estar dos cidadãos**, tentando de oferecer uma qualidade máxima com os recursos disponíveis de forma que **não seja a capacidade aquisitiva nem a situação laboral as que determinem o nível de bem-estar**⁸.

O caso de Moçambique é um universalismo não totalmente completo, já que inclui algum tipo de pagamento (mínimo), crea dois/três tipos de atendimento só no nível quaternário (geral, Atendimento Personalizado e Clínicas Especiais), e os funcionários com ASMED têm pequenas vantagens na provisão, que não representam uma diferencia relevante respeito ao resto da população. A provisão de qualidade não suficiente faz também com que uma pequena parte da população opte por sair do sistema, o que pode afetar a **legitimidade do sistema e a vontade de contribuir à sua sustentabilidade**. Mais, no geral, **o sistema público de saúde tem forma universalista**, o qual é um ativo e uma base muito interessante para continuar a melhorar a qualidade e o financiamento do sistema com a máxima simplicidade administrativa, eficiência e eficácia possível.

Alguns estudos apontam que o sistema público de saúde de Moçambique é **eficaz para compensar desigualdades sociais**⁹: Por exemplo, a redução de mortalidade das crianças de

⁴ IOF 2014/15. INE.

⁵ Hagfors, S. (2007): *The welfare state, inequality and social capital*. Social Security Institution. Tampere, Finland.

⁶ *Achieving universalism in developing countries*. Background Paper. Human Development Report. New York: United Nations Development Programme (UNDP), 2016.

⁷ United Nations Research Institute for Social Development UNRISD (2010). *Poverty, Social policy and politics*. Geneva.

⁸ Antonen, A. Sipila, J (2014): *Varieties of universalism. Social Policy: Alternatives from and for the Global South*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

⁹ Rodríguez Pose et al: *Against the odds: Mozambique's gains in the primary health care*. London: Overseas Development Institute (ODI)

menos de 5 anos entre 1997 e 2011 foi atingida em todos os estratos de renda, sendo muito maior a redução nos quintis de renda mais baixa (*Documentar dados DHS*). Isto significaria que o sistema tem capacidade de abranger todos os grupos de renda, e de beneficiar especialmente aos mais pobres.

O conceito de **Cobertura Universal em Saúde (UHC)** da OMS é diferente e mais amplo que aquele dos sistemas universalistas. UHC propõe que todos os cidadãos tenham alguma forma de cobertura para ter assistência médica adequada com preços dentro das possibilidades de cada um para evitar assim ruínas financeiras. É uma definição geralista que não entra a analisar a forma do sistema, e de facto aceita todas as características dos sistemas como possíveis, sempre que levem a uma cobertura do 100% da população. Não entra a valorar a eficiência dos sistemas, a eficácia, a qualidade de atendimento fornecida ou as diferentes qualidades fornecidas desde a política pública ou privada, a relação entre pagamento e uso, ou a capacidade dos sistemas para reduzir pobreza ou desigualdades, entre outros.

No quadro do financiamento do sector saúde, as **modificações da forma do sistema** podem fazer que se mantenha o **universalismo** ou que varie a situação para formas diversas:

- Para um sistema mais baseado ou com mais peso na **responsabilidade individual**, na provisão via mercado, e numa intervenção pública menor destinada só aos grupos sociais de renda baixa.

A evidência sugere que a seleção de beneficiários (*targeting*) tem riscos e custos administrativos associados¹⁰, e gera sistemas com muita pouca capacidade de redução da desigualdade, porque normalmente está associada a baixa qualidade¹¹. No contexto atual de Moçambique, pode ser relevante olhar para opções de provisão e financiamento que **possam diminuir a crescente desigualdade** (IOF).

(Documentar desigualdade multidimensional, efeitos sobre pobreza, oportunidades, mobilidade social, captura das instituições, determinantes sociais da saúde, violência, capital social. Relatório UNDP Ineq África. Opções).

- Para um sistema mais baseado ou com mais peso nas **contribuições laborais** prévias, com **prestações diferenciadas** dependendo das contribuições realizadas, e com possível exclusão de coletivos que estão fora temporal ou definitivamente do mercado laboral.

Alguns especialistas recomendam que os países que escolham esta via para alcançar a cobertura universal em saúde deveriam ter altas taxas de trabalho formal na economia, altas capacidades para gerir um sistema administrativo complexo com entradas e saídas dos cidadãos e com prestações diferenciadas, e uma população relativamente concentrada¹². Moçambique têm outras características que fazem difícil um enfoque de tipo contributivo-assegurativo abrangente.

No contexto específico de Moçambique, a recomendação geral seria **manter a forma universalista do sistema**, de forma a cobrir a população com a maior qualidade e com as menores diferenças possíveis entre cidadãos.

¹⁰ Mkandawire, T. (2005): *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

¹¹ Korpi, W. Palme, J. (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions*. American Sociological Review 63:661-687.

¹² Carrin, G. James, C (2005): *Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage*. International Social Security Review, Vol. 58

3. Análise das áreas incluídas na EFSS

Este primeiro resumo analítico está focado na primeira grande área da EFSS, dedicada ao aumento de financiamento. As áreas de eficácia na alocação e eficácia no uso dos recursos serão analisadas posteriormente. Os grandes temas dentro do aumento de financiamento são:

- **Priorização** da Saúde no Orçamento de Estado
- **Fiscalidade:** Situação atual e propostas de tributação direta e indireta desde o sector da Saúde. Reflexão sobre consignação (earmarking)
- **Seguros públicos** – Situação atual (AsMED) e propostas
- **Taxas de usuário** – Taxas moderadoras e pagamento no ponto de uso. Situação e opções

I. Priorização do sector Saúde no Orçamento nacional

O orçamento do Estado é geralmente a fonte mais estável e segura de financiamento do sistema nacional de saúde. A evidência mostra que quanto maior é o financiamento público, menores são as despesas que devem assumir as famílias no ponto de uso do serviço de saúde¹³. O financiamento público é aquele que permite o máximo nível de partilha de risco entre indivíduos sanos e doentes (*risk sharing*), e aquele que permite ter fundos mais grandes para ser distribuídos entre os que contribuem e os que utilizam os serviços (*pooling*), além de permitir redistribuição de renda, de forma que aqueles que mais têm contribuam mais.

Os análises estimam que os sistemas baseados em **impostos gerais** permitem um financiamento mais progressivo e redistributivo dos sistemas de saúde, e podem chegar a ter melhores resultados de saúde, em quanto os cidadãos estão num só pool. Como geralmente se trata de sistemas geridos publicamente, permitem ações preventivas de gran escala com efeitos positivos relevantes em saúde¹⁴.

Existe uma tendência ao desligamento do financiamento da saúde das contribuições sociais e também dos pagamentos diretos por uso, de forma a gerar uma base de financiamento ampla, variada e que permita a redistribuição¹⁵.

Moçambique baseia o financiamento do sistema público de saúde em impostos gerais, com uma pequena parte contributiva (Assistência Médica e Medicamentosa para funcionários), que representa uma parte pequena do financiamento gerido pelo MISAU (2,5% - *Ver cap. III*).

Em 2012 o orçamento do Estado destinado a Saúde representava um 43% da despesa total do sector público e privado de saúde em Moçambique, e esta percentagem está a reduzir para 38%, devido à diminuição de fundos de cooperação para a CUT, e à relevância crescente do financiamento vertical e dos pagamentos diretos (incluindo sector privado e medicina tradicional)¹⁶.

Completar informação com NHA, comparativa africana, percapita spending/percapita GDP.

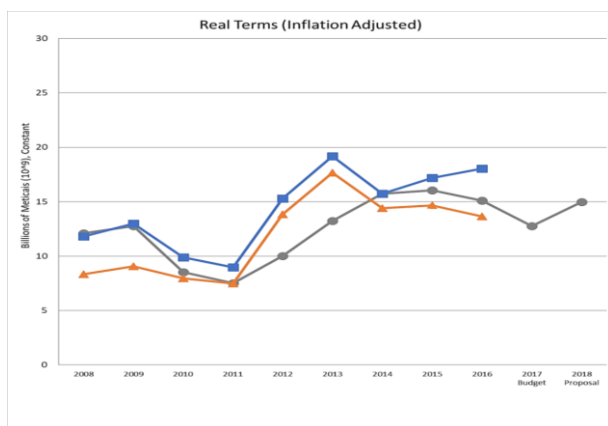
¹³ Kutzin, J. Yip, W, Cashin, C: *Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage*. In *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*

¹⁴ Wagstaff, A. (1992): *Equity in health finance: Some international comparisons*. *Journal of Health Economics* 11:361-387.

¹⁵ Kutzin, J. Yip, W, Cashin, C: *Op.cit.*

¹⁶ Contas Nacionais de Saúde 2012 e 2015 (A ser publicadas próximamente)

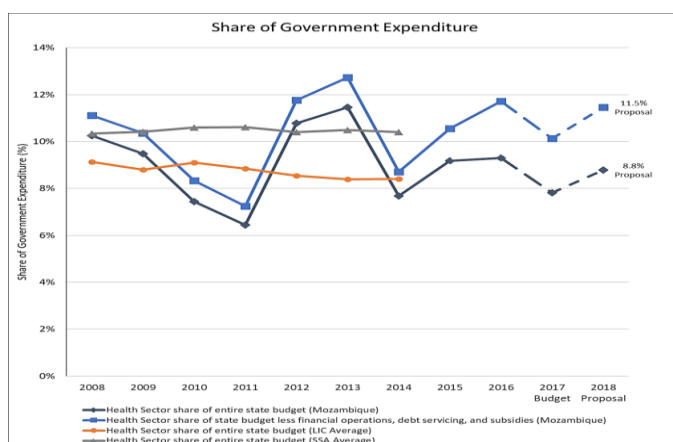
A alocação orçamental para o sector da Saúde com recursos do Tesouro cresceu em termos nominais de forma muito relevante nos últimos anos, até os 26.600 milhões de meticais orçamentados para 2018. A inflação de 2015 e especialmente 2016 diminuiu de forma relevante o poder de compra, e por tanto o crescimento em termos reais foi menor.



Fonte: UNICEF (2017): Análise do Orçamento de Estado para 2018. Com dados do MEF.

Em cinzento as alocações iniciais em bn Mzn, em azul as alocações atualizadas, em laranja a execução. O sector Saúde têm taxas de execução económica da ordem de 98% normalmente, mais em 2016 teve uma execução significativamente em baixo daquilo planificado a causa da falta de liquidez.

Em relação ao Orçamento geral do Estado, a alocação para saúde flutuou nos últimos anos entre um 8% e um 11%, sendo **8,7% para 2018** (linha preta no gráfico), ainda longe do compromisso da Declaração de Abuja (2001) de destinar um 15% do orçamento público para o sector Saúde.



Fonte: UNICEF (2017): Análise do Orçamento de Estado 2018

Neste contexto, seria importante, tal como recolhe a proposta de EFSS, **trabalhar conjuntamente com MEF e apresentar uma proposta para incrementar os recursos do Tesouro destinados ao Serviço Nacional de Saúde.**

Próximos passos na área de priorização da Saúde no orçamento nacional:

Preparação da proposta de aumento de investimento na Saúde para o MEF com:

- Dados quantitativos da evolução do investimento público em Saúde em Moçambique e na região.

- Caracterização do modelo de financiamento e provisão, efeitos, potencialidades

- Fundamentação da necessidade de investimento público na Saúde com argumentos de bem-estar, redução de pobreza, redução de desigualdade de rendas e de oportunidades, e produtividade da economia. Financiamento público como fonte confiável a longo prazo, risk sharing, pooling.

II. Aumento de arrecadação e melhora da saúde pública a través da fiscalidade

A EFSS recolhe propostas de fiscalidade orientada à melhora da saúde pública e a o aumento da arrecadação, de maneira que pudesse beneficiar o sector saúde.

A) Propostas de fiscalidade com impacto na saúde pública:

A EFSS propõe aumentar a **fiscalidade indireta** sobre hábitos e produtos nocivos para a saúde. Foram introduzidas novas opções para serem estudadas, especialmente ligadas ao ambiente e os seus efeitos sobre a saúde.

Os impostos indiretos fixam uma única quantidade a ser paga pelas pessoas que consomem esses bens. Geralmente são regressivos: A parte da renda que uma pessoa pobre vai dedicar a pagar esse imposto vai ser maior que a parte da renda que uma pessoa rica dedica a pagar esse imposto. São impostos que inicialmente podem aprofundar a desigualdade, mais que também podem ter um papel relevante no financiamento de políticas públicas essenciais.

A evidência sugere que o a despesa tem maior potencial redistributivo que a arrecadação¹⁷, e por tanto pode valer a pena aceitar essa regressividade do imposto se depois podemos mais que compensar com serviços públicos com qualidade e com alto potencial redistribuidor¹⁸, como aqueles serviços públicos em espécie.

O financiamento indireto é também uma fonte habitual de recursos em países que têm explorado recorrentemente o espaço fiscal da tributação direta e consideram outras opções fiscais “menos visíveis”, mais que contribuem de maneira eficiente a financiar sectores públicos sociais generosos^{19,20}. Moçambique têm espaço para continuar aprofundando a arrecadação por tributação direta (IRPS, IRPC, riqueza), mais mesmo assim parece lógico aumentar a tributação indireta sobre produtos e hábitos que têm um efeito claramente negativo na saúde pública.

1) Tóxicos ambientais:

❖ **Contaminação atmosférica** (*Documentar implicações para a saúde: Doenças respiratórias, imunológicas, cardíacas, cancro, mortes prematuras. Estudo The Lancet*)

- A EFSS contempla propor ao MEF a introdução de um **Imposto sobre combustíveis** (+10%). (*Documentar situação atual da importação de combustível, mecanismo de fixação de preços, implicações dum imposto, opções*)
- Poderia se valorar também aumentar o **imposto sobre a compra automóveis**, com taxa mais elevada para carros de alta gama e para os mais contaminantes (*Documentar a tributação atual sobre compra de automóveis, IVA e outros. Analise*)
- A EFSS propõe também um imposto de Saúde sobre o **seguro de automóvel**.

Os impactos do automóvel são tão graves sobre a mobilidade urbana e a saúde - contaminação atmosférica e acústica, acidentes rodoviários-, e impactam sobre todas as

¹⁷ Joumard, I. Pisu, M, Bloch, D (2012): *Tackling income inequality: The role of taxes and transfers. OECD Journal: Economic Studies*

¹⁸ IMF (2011): *Resource Mobilization in Development countries*. Washington.

¹⁹ Prasad, M and Ying: *Taxation and the worlds of welfare*. Socioecon. Review (2009) 431-457

²⁰ Jato, J. (2003): *Regressive taxation and the welfare state*. Chap 1. Cambridge University Press.

peças, também de forma clara sobre aqueles que não utilizam, que se justifica que possa ser gravado várias vezes por distintos conceitos: Dificilmente se tratará de impostos regressivos, já que os grupos da sociedade que têm automóveis são aqueles de renda média e alta.

- ❖ **Contaminação de fontes e água e terra**, especialmente a causa da **exploração mineira e gasística e a indústria**: Estas atividades extrativas e industriais têm impacto ambiental e na saúde pública que pode ser regulado e também gravado a nível tributário. Poderia se propor uma taxa adicional às empresas. As guias de fiscalidade ambiental sugerem que se grave exatamente o foco da contaminação da maneira mais clara possível, para favorecer mudanças para tecnologias mais limpas²¹.
- ❖ Outra área possível a ter em conta: Disruptores hormonais e endócrinos (*Documentar efeitos-OMS, UNEP*). Entre eles, os **Agrotóxicos** (herbicidas, fungicidas e fertilizantes sintéticos). Grave prejuízo ambiental e de saúde (contaminação das águas, terras e alimentos). Zonas fumigadas têm taxas de cancro muito mais elevadas. Eliminação das vantagens fiscais. (*Documentar fiscalidade atual. Compreender uso, impactos e implicações. Proposta*)

2) Fiscalidade para uma dieta saudável:

As Doenças Não Transmissíveis (DNT) representam cada vez uma maior carga de doença no mundo, e também são uma preocupação crescente em Moçambique. O perfil epidemiológico inclui cada vez mais sobrepeso, obesidade, diabetes, hipertensão, doença cardíaca, cancro. Estas doenças representam também um esforço suplementar muito custoso para os sistemas de saúde. Pôr o foco na prevenção e na diminuição de hábitos não saudáveis é também uma estratégia de financiamento no sentido de minimizar despesa futura e ganhar anos de vida saudável. (*Acrescentar dados sobre incidência, perfis epidemiológicos, tendências, previsões, África*).

Em geral, os impostos sobre produtos comestíveis considerados insanos são impostos que conseguem efeitos de modificação de hábitos no longo prazo²² e aumentam arrecadação, também num contexto de diminuição do consumo.

❖ Imposto sobre **bebidas açucaradas**

As bebidas açucaradas são muito pobres em nutrientes mais contém substâncias sintéticas (corantes) e açúcar, que não têm nutrientes mais sim uma elevada densidade calórica. Desplacem a hidratação saudável (água) e estão relacionadas diretamente com o incremento da obesidade. Por isso têm sido o foco de muitos esforços por reduzir o consumo via aumento de impostos. Geram também um resíduo não reciclável que cada vez consome mais recursos públicos para o seu tratamento. *Documentar*.

Os estudos amostram sucesso na implementação destes impostos, no sentido de aumentar arrecadação e diminuir o consumo²³. Os especialistas recomendam

²¹ OECD (2011): *Environmental taxation: A guide for policy makers*. Paris.

²² *Fiscal policies for diet and prevention of non-communicable diseases*. Notes of the Technical meeting held in May 2015. Geneva: World Health Organization.

²³ Bright et al. (2017): *Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies*. BMC Public Health 2017 17:583

impostos *específicos* (por tamanho, conteúdo de açúcar ou peso) em vez de impostos sobre o valor. De esta forma, todos os produtos com as mesmas características são taxados igualmente. Se evita que os consumidores escolham produtos mais baratos e se mantenha o efeito negativo de consumir estes produtos.

- ❖ Pensar em um possível imposto sobre **produtos ultra processados / industriais** (não nutritivos, altos em açúcar, sal, gorduras *trans*, e preservativos, corantes). A introdução de hábitos alimentares virados para os produtos industriais de alta densidade calórica e baixa densidade nutricional desloca a dieta baseada em produtos maioritariamente vegetais, nutritivos e de produção local. Afeta perfil epidemiológico. Geração de resíduos. *Documentar e buscar experiências.*
- ❖ Possível **redução de impostos sobre alimentos sanos** (fruta, verdura, feijão, grãos, frutos secos): Alguns estudos sugerem que uma redução de impostos orientativa de entre 10-30% para o que se considera a base da alimentação saudável, maioritariamente baseada em vegetais (Feijão, legumes, fruta, frutos secos) pode aumentar o seu consumo e diminuir o risco de doenças não transmissíveis²⁴, especialmente se for combinada com impostos aos produtos não saudáveis²⁵.

3) Hábitos tóxicos

- ❖ **Bebidas alcoólicas:** O consumo de álcool tem efeitos oxidativos, neurotóxicos e carcinógenos. Também está relacionado com doenças cardíacas, renais, gastrointestinais, imunitárias, e desordens neuropsiquiátricas²⁶. O consumo elevado de álcool um dos fatores que influenciam o aumento das Doenças Não Transmissíveis (DNT).
(Documentar efeitos, NCD, evidência sobre tipos de impostos e efetividade, tributação atual em Moçambique, proposta de aumento)
- ❖ **Tabaco:** O consumo de tabaco é outra das grandes causas de aumento das DNT, especialmente cancro de pulmão. Os países adoptam regulações cada vez mais estritas sobre o seu consumo, bem como impostos para diminuir o consumo e aumentar a arrecadação.
Moçambique têm um nível de consumo moderado (20% homens, 1,4% mulheres)²⁷. Dado que é um consumo essencialmente prejudicial para a saúde, a introdução de um imposto poderia diminuir esta percentagem de consumo e aumentar a arrecadação impositiva.
(Documentar efeitos, NCD, evidência sobre tipos de impostos e efetividade, tributação atual em Moçambique, cálculos do Banco Mundial-Seminário)

Estes tipos de impostos com duplo objetivo de melhorar a saúde pública e contribuir para as receitas nacionais são considerados como fontes adequadas de nova receita pelo FMI²⁸. Recomenda-se centrar em aquelas que podem ter uma operacionalização mais prática, e afirma que os efeitos distributivos não são necessariamente muito negativos, dependendo dos objetos/hábitos gravados, já que muitos deles são consumidos por grupos de renda média e alta.

²⁴ WHO (2015): *Using price policies to promote healthier diets*. Copenhagen.

²⁵ Thow, A. Dawns, S, Jan, S (2010): *A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets*. Nutrition Reviews.

²⁶ WHO (2014): *Global status report on alcohol and health*. Geneva

²⁷ DHS/IDS 2011

²⁸ IMF (2011): *Revenue mobilization in developing countries*. Washington.

Alguns estudos também concluem que os grupos de renda baixa são mais sensíveis ao preço, por tanto podem diminuir mais o consumo e se beneficiar mais da introdução de hábitos saudáveis²⁹.

B) Opções de reforma fiscal não relacionadas com à saúde pública, mais que podem apoiar um crescimento da arrecadação:

- **Tributação direta: Impostos sobre riqueza e patrimônio**, por exemplo propriedade urbana o sobre concessões de grandes extensões de terra.
O FMI recomenda utilizar a tributação sobre riqueza, no sentido que é a que menos distorções gera na economia³⁰, já que quem têm ativos, especialmente imobiliários, não muda tanto o comportamento laboral nem de consumo quando estes são gravados.
A riqueza está normalmente mais desigualmente distribuída que a renda nas sociedades³¹, e a desigualdade de riqueza cresce globalmente de forma constante nas últimas décadas³², por tanto, gravar a riqueza também contribui para a redução das desigualdades na sociedade.
- **Tributação indireta: Imposto sobre crédito de tele móvel** e sobre internet móvel.
Valorar opções e quantificar.

⇒ **Reflexão sobre consignação** (fundos marcados para a Saúde: Earmarking)

Existe uma extensa literatura recente sobre as opções de marcar fundos públicos arrecadados para o sector da Saúde, especialmente aqueles provenientes de atividades nocivas para a saúde³³. Na EFSS também se reflete sobre a possibilidade de consignar fundos para saúde provenientes de atividades como a mineração, os consumos tóxicos o ou os serviços.

Possíveis **vantagens** da consignação de fundos:

- A atividade nociva para a Saúde **contribui diretamente para o orçamento da Saúde**, e pode se direcionar especificamente para atividades relacionadas (prevenção/tratamento da diabetes, obesidade, doenças ligadas a álcool, tabaco, etc.). Pode ser uma forma de garantir financiamento para estas atividades.
- **Legitimidade e aceitação cidadã**: A vinculação direta entre pagamento e atividade benéficos pode levar a uma maior aceitação da taxa

Possíveis desvantagens:

- Introduz **rigidez** no orçamento nacional (á fundos já marcados para fins específicos): Menos capacidade para planificação e decisão.³⁴
Se outros sectores também consignam, o governo pode se encontrar com dificuldades para planificar os orçamentos.

²⁹ Bright et al. (2017): Op.cit.

³⁰ IMF (2011). Op. Cit.

³¹ Piketty, T. (2013): *Le capital au XXIème siècle*. Paris: Seuil.

³² *World Inequality Report 2018*. Paris School of Economics.

³³ Cashin, S.: *Earmarking for Health*. Geneva: World Health Organization.

³⁴ Heller, P (2010): *The prospect of creating fiscal space for health*. IMF.

- Introduz **volatilidade** no orçamento do sector saúde: O sector se faz mais dependente de uma arrecadação concreta.
- **Fungibilidade:** Ter fundos consignados não significa que os fundos marcados sejam **adicionais**: O Governo pode reduzir a alocação de orçamento de Estado para o sector Saúde se houvesse outras fontes³⁵. Os resultados de aumento de fundos com este sistema são mistos, com casos de diminuição de fundos de Orçamento de Estado para o sector.
- Marcar impostos para fins determinados pode **debilitar o “contrato fiscal” na sociedade**³⁶ e a confiança geral no sistema de gestão de finanças públicas. Se esses impostos vão para uma finalidade conhecida, para onde vai o resto?
- Em alguns casos, estes fundos consignados podem ser usados fora do circuito habitual de planificação (*off-budget*). Isto pode levar a uma **diminuição do grau de agregação de fundos (*pooling*)**³⁷, se for usado para grupos particulares da sociedade.
- O uso *off-budget* de estes fundos pode significar também o **uso dos fundos públicos com regras distintas a aquelas do orçamento do Estado**, introduzindo distorções na gestão de finanças públicas. Pode implicar também o uso de fornecedores privados de cuidados de saúde para o sistema público, com implicações de incentivos, custos, acesso e seleção de pacientes, qualidade, eficiência, que devem ser estudadas.

Próximos passos na área de fiscalidade:

Aprofundar:

- Impactos do consumo de estes produtos e destas actividades económicas na saúde pública
- Evidência da implementação e efectividade de taxas e subsídios em cada um destes consumos e actividades económicas
- Análise de opções factíveis não relacionadas com Saúde (Riqueza, telemóvel)
- Quantificação aproximada
- Trabalho conjunto com MEF para analisar a viabilidade de todas as propostas
- Elaboração da proposta final de opções de política fiscal

³⁵ Cashin, S (2005): *Health Financing Policy*. Washington: World Bank.

³⁶ Welham, B (2015): *Linkages between public sector revenues and expenditure in developing countries*. Overseas Development Institute (ODI). London.

³⁷ Maeda, A. Et al (2014): *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development*. Washington: World Bank.

III. Seguros públicos de Saúde

Os enfoques assegurativos na política pública cobrem riscos da vida, em este caso saúde, às pessoas que **previamente contribuíram** para o fundo comum criado. Pode existir um só fundo ou vários: Haverá mais capacidade de partilha do risco quantos menos fundos existam. Geralmente excluem uma parte da população (aqueles que não trabalham ou não conseguem contribuir ao fundo), e é usual que os governos financiem esta parte com impostos gerais.

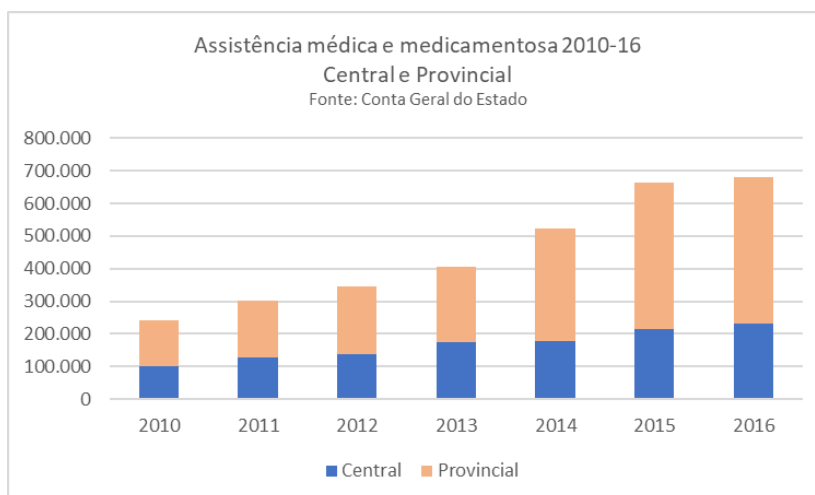
São sistemas com elevada capacidade de arrecadação e um funcionamento satisfatório em termos de resultados de saúde. Geralmente precisam altas taxas de **formalidade na economia**, altas capacidades de gestão, e concentração dos pacientes. Tendem a **reproduzir e aprofundar as desigualdades salariais e sociais**, com fundos separados por ocupação/ status laboral, tratamento diferenciado entre grupos sociais, e tratamento melhor para aqueles que já ocupam uma posição mais elevada na escala de renda, bem-estar e oportunidades.

Moçambique é um caso particular é interessante. O seguro público de saúde abrange unicamente aos funcionários públicos, que contribuem mensalmente com 1,5% do salário. Inclui coberturas extra no sistema público de saúde, adicionais a aquelas dos outros cidadãos, mais sem que estas diferenças um atendimento marcadamente diferenciado do resto da população: Descontos em farmácia, ortopedia, ingressos hospitalares, etc. (*Analisar pormenorizadamente as diferenças. Decreto 2011*).

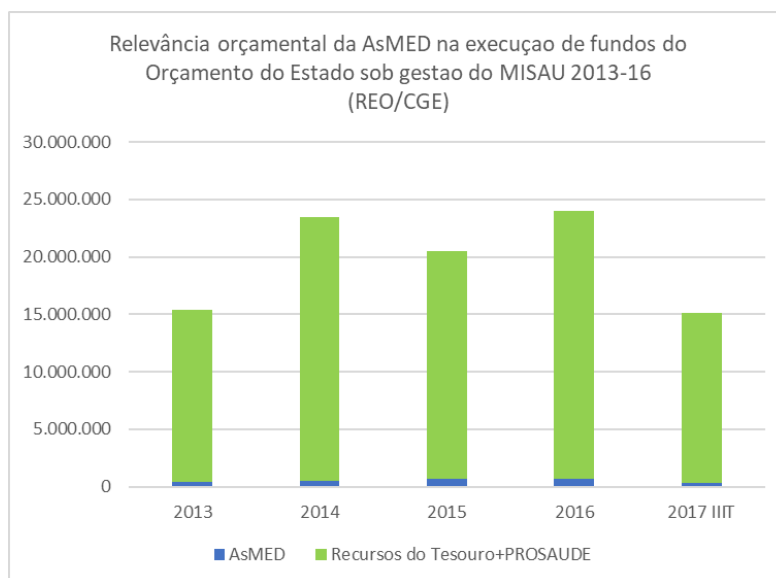
Em realidade, AsMED não têm um enfoque contributivo-asegurativo num sentido estrito, já que o **“asseguramento” de saúde está baseado num direito de cidadania** que inclui a todos os cidadãos, e não em uma contribuição prévia. A impossibilidade de excluir à maioria da população e a inviabilidade de oferecer prestações muito por acima do standard fazem com que a diferença entre os que contribuem e os que não seja pequena.

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

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



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



Fonte: Relatórios de Execução Orçamental MISAU 2013-16. Conta Geral do Estado 2013-16.

Será preciso analisar a opção recolhida na EFSS de **estender o ASMED para o sector privado formal**, incluindo pequenas e médias empresas e auto emprego formal, que já contribuem para o INSS. Em princípio é uma opção que poderia aumentar o orçamento do MISAU de forma significativa (Estimação de +10-20% adicional do MISAU, mais devemos fazer os cálculos pormenorizadamente).

Mais a algumas recomendações a ter em conta:

- **Será bom manter um único pool de contribuintes e usuários.** Os novos contribuintes iriam aportar a um fundo único para a melhora do sistema público nacional de saúde, que inclui a todos os cidadãos sem distinção, de todos os grupos de renda, e com todas as condições de saúde e doença. Quanto maior e o *pool*, maior pode ser a distribuição do risco e a redistribuição.

O Governo deverá refletir sobre o **grado de diferenças que quer promover entre os cidadãos**. Quer-se que a contribuição para o AsMED represente tipos de assistência diferenciada segundo aquelas contribuições que fizeram?

O ASMED para o sector privado poderia ser visto como um **imposto adicional** que uma parte da população com emprego formal e capacidade de pagamento faz, sabendo que outra parte da população (empregados no sector informal, camponeses com autoconsumo, desempregados) vão beneficiar também das (mesmas/semelhantes?) prestações.

Realmente, a recomendação seria **basear o financiamento do sector em impostos gerais**, pagados por todos, e não expor tão claramente quais grupos de população contribuem mais ou menos. A ideia seria um sistema que possa beneficiar todos com máxima qualidade, com um sistema fiscal que tenha a capacidade de fazer contribuir mais a aqueles que mais têm (O IRPS por exemplo tem uma forma progressiva e redistributiva, mais o baixo nível de pagamento é uma debilidade a melhorar).

- **Contribuir para um seguro privado não deveria eximir do pagamento do potencial novo ASMED para o sector privado, porque:**
 - Os indivíduos na sociedade devem contribuir para o bem-estar geral e para os bens comuns como a saúde, mesmo se não utilizarem os serviços que são oferecidos, igual que se pagam impostos gerais.
 - A pessoa assegurada privadamente sempre vai poder utilizar o sector público financiado com impostos. O sector privado não sempre vai cobrir (casos complexos, condições pré-existent, crónicos, Com pagamentos muito elevados, etc.). O público sempre vai responder.

Próximos passos na área de asseguramento público de Saúde:

Aprofundar:

- Conhecer as percepções e trabalho prévio do Grupo e do Assessor de Seguros
- Recolher sensibilidades sobre a forma do potencial ASMED para sector privado (coberturas, grupos, categorias de cidadãos, implicações políticas e operativas)
- Quantificação estimativa de fundos que poderiam se arrecadar

IV. Pagamentos no ponto de uso (User fees / User charges)

Á uma extensa literatura sobre a pertinência, eficiência e efetividade dos pagamentos dos usuários no ponto de uso no sector saúde em África, assim como sobre os seus efeitos sobre o acesso, a cobertura, e a relação com as despesas catastróficas, a pobreza, as desigualdades (*Documentar*). É uma área de análise bem ampla, já que pagamentos por uso no sistema público de saúde, em Moçambique, inclui desde o talonário de 1mt até pagamentos muito elevados nas clínicas especiais.

Em geral, a recomendação da OMS é que um sistema não deve se financiar com recurso aos pagamentos no momento do uso como forma predominante, já que são os tipos e pagamentos mais regressivos e os que potencialmente podem levar a despesas catastróficas que impliquem que a família possa cair na pobreza. Além disso, geralmente representam uma parte relativamente pequena dos ingressos, podem supor elevados custos administrativos, precisam sistemas de gestão de finanças públicas fortes, o reinvestimento não está sempre claro, e abrem a porta a corrupção.

Em Moçambique os pagamentos por uso (*Taxa moderadora/talonário*) estão regulados pelo Decreto 4/87, são quantidades pequenas em relação às rendas familiares (de 1 a 10mt), e estão plenamente aceites como parte do sistema, depois de 30 anos de uso. Também existe uma percepção estendida de que estes cobros precisam atualização, já que 1mt atualmente não é uma quantidade relevante.

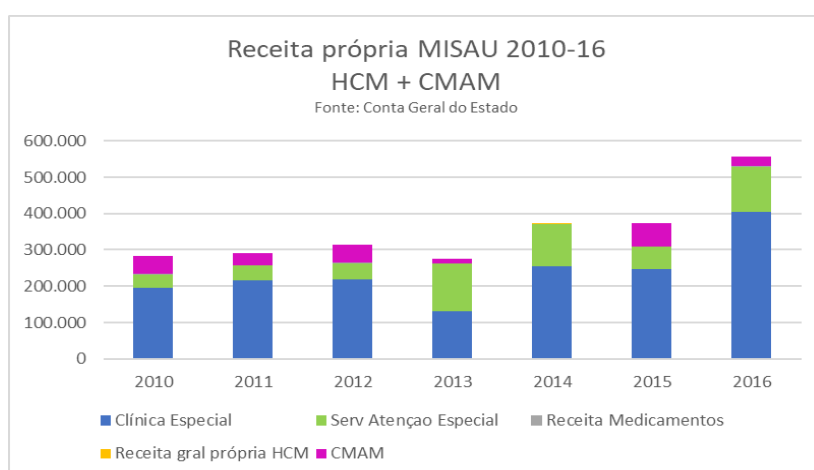
Não existem outras regulações de preços no sistema público de Saúde. Outras cobranças são realizadas, especialmente nos Serviços de Atenção Personalizada (SAP) e Clínicas Especiais. Em alguns casos, existe um Decreto Ministerial do MISAU que autoriza estas cobranças.

Globalmente, os pagamentos por uso são relativamente baixos em comparação com a região e com o mundo: Representam 6% do financiamento do sector em 2012, dobrando estimativamente para 12% em 2015³⁸. Esta percentagem inclui medicina tradicional e pagamentos do sector privado.

A **quantificação das receitas** obtidas no sector da Saúde é complexa, já que os procedimentos de regulamentação, cobrança, registo, depósito, consignação e justificação não estão completamente padronizados e são seguidos de formas diferentes pelas unidades sanitárias e hospitais.

Segundo a Circular 01/2010 do MEF, as cobranças devem ser declaradas na Área Fiscal correspondente como receita, e encaminhadas à Autoridade Tributária (AT). Com o modelo B, poderá se solicitar a consignação de esses fundos de novo para à unidade que cobrou a receita (unidade sanitária ou hospital). A consignação não é geralmente completada. A AT alega erros no preenchimento dos documentos. Devido à falta de retorno dos fundos, as unidades sanitárias utilizam uma parte da arrecadação para despesas correntes urgentes, como a comida dos pacientes, o pagamento da eletricidade ou a água³⁹.

Atualmente, a informação que temos sobre receita própria e consignada no sector da Saúde é esta, obtida na Conta Geral do Estado, e declarada pelo Hospital Central e a CMAM:



Observa-se como a Clínica Especial têm uma arrecadação elevada (400 milhões de meticais em 2016), e que juntamente com os Serviços de Atensão Especial e a receita do talonário se chega a 550 milhões, um número que não está longe daquele do ASMED (700M), arrecadados em todo o país.

Os fundos arrecadados pelo HCM+CMAM são utilizados no funcionamento do hospital, especialmente na área de Recursos Humanos, nas compensações por horas extraordinárias, para melhora de salários de todo o pessoal, e por consultas na área privada do HCM (Clínica Especial+SAP). Os fundos arrecadados representam aproximadamente um 25% da despesa final do hospital (4% talonário + 21% Clínica Especial e SAP), segundo dados do próprio HCM⁴⁰.

³⁸ Contas Nacionais de Saúde 2012 e 2015.

³⁹ Intellica (2013): *Estudo sobre o potencial de arrecadação de receita do sector da Saúde em Moçambique*. Maputo.

⁴⁰ Relatório financeiro do HCM 2017 (nao distribuido).

O debate sobre a pertinência, eficácia e eficiência dos pagamentos por uso têm muitas dimensões e considerações, entre outras:

- *Custos administrativos*: Quanto custa cobrar aos pacientes? Quanto custa o pessoal e a carga de trabalho e de material relacionada com essa cobrança? Tendo em conta que o 48% do pessoal no sistema público de saúde atualmente é administrativo/ servente⁴¹, como podemos avançar para uma simplificação administrativa?
- *Relevância orçamental*: O esforço que se faz por cobrar, têm uma compensação em termos orçamentais? Os fundos se reinvestem no sector? Ou é preferível ter outro sistema de financiamento do funcionamento diário das unidades sanitárias?
- *Barreiras de entrada*: Os pagamentos por uso representam uma barreira de entrada para os pacientes?
- *Equidade*: Segundo a definição clássica de equidade entendida como que aqueles que mais têm numa sociedade sejam aqueles que mais contribuem, e que todos recebam segundo as necessidades. Deve um sistema carregar mais? O financiamento naqueles que mais usam o sistema? E aqueles que menos usam contribuirão menos?
- *Efeitos alargados no bem-estar*: Quais são os efeitos destes pagamentos no uso de sistema, na melhora da saúde, na redução das despesas catastróficas, na igualação de oportunidades, na redução da pobreza? Podemos pensar em sistemas que maximizem o potencial de redução da pobreza e desigualdade?

No que respeita as taxas moderadoras de 1mt a 10mt (talonário), o desafio atual é a **planificação, registo, controlo, e investimento** de estas receitas da forma adequada, de maneira que possam efetivamente reverter sobre o sector. Antes de pensar em um aumento, será necessário clarificar a situação atual, o uso atual de esses fundos, e planificar a melhor forma de financiar o funcionamento diário das unidades sanitárias, bem como organizar o sistema de gestão para que esses fundos sejam efetivamente revertidos no sector.

Pode ser possível um aumento da taxa moderadora sem comprometer o acesso, sem que represente uma barreira de entrada ao sistema. Mais é preciso organizar o sistema de cobrança, registo e reinvestimento no sector.

No que respeita os Serviços de Atenção Personalizada e Clínicas Especiais, a necessidade de financiamento acrescentado dos hospitais levou à necessidade de incrementar a atividade das Clínicas Especiais. É visível o esforço realizado para reinvestir estes fundos nos próprios hospitais e melhorar o seu funcionamento geral.

Mais também é necessário refletir sobre:

(vem da página anterior) Será importante reflectir sobre o 25% da despesa que representam as receitas da Clínica Especial + SAP. São cobramentos muito elevados (por exemplo 90.000 Mzn por um parto), que são ingressados e depois utilizados geralmente em recursos humanos. Passam a ser contabilizados como uma **despesa** do HCM. Mais, são realmente uma despesa? Para reflectir.

⁴¹ Draft EFSS, 2017

- **Se a política pública pode/ deve promover a provisão de um serviço com qualidade diferenciada dependendo da renda do cidadão**
- **Os efeitos distributivos regressivos de utilizar os fundos públicos para beneficiar os grupos de renda alta:** Dentro de hospitais públicos, financiados e mantidos com impostos pagados por todos os cidadãos, se desenvolve uma atividade privada que beneficia só a determinados grupos da sociedade.

A EFSS propõe uma ampliação do modelo de Clínicas Especiais para todo o país, um processo que já está a decorrer. Poderia ser interessante refletir sobre as implicações do modelo dual de prestação de serviços com fundos públicos, já que a maior parte das despesas de funcionamento das Clínicas Especiais e SAP são assumidas pelo MISAU.

Permitir que os pacientes acudam diretamente ao nível terciário e quaternário a cambio de um pagamento também implica dualizar o sistema nacional de saúde. O nível quaternário vê aumentada a sua demanda com doenças pouco complexas⁴². O fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários pode absorber essa demanda em níveis inferiores de atendimento. Para manter a qualidade e equidade no sistema, será importante **manter a continuidade assistencial e basear a assistência na gravidade da doença, não na capacidade de pagamento.**

A EFSS propõe também a abertura duma linha alternativa de financiamento diferente ao talonário e aos SAP/Clínicas Especiais: **Faturar com copagamento todos os processos médicos** a todos os utentes em todas as unidades sanitárias e hospitais, e **gradar o nível de subvenção pública** dependendo da renda do paciente. É uma proposta que precisa reflexão profunda, e que **sim pode representar barreiras de entrada** para a população. Será difícil conhecer as capacidades reais de pagamento de cada família em cada momento da vida, e as implicações em termos de investimentos alternativos e desinvestimentos (educação, habitação), bem como o umbral de ruína financeira⁴³. A isenção para pobres leva consigo a identificação dos “pobres”, e a subsequente estigmatização⁴⁴, além dos elevados custos administrativos de excluir.

Próximos passos na área de pagamentos por uso:

- Quantificar a receita arrecadada pelo Sector da Saúde via DGI/Aut. Tributária, bem como outros tipos de receita. Ver possível inquérito.
- Recolher sensibilidades sobre a melhor forma de financiar o funcionamento das US e hospitais, incluindo a forma de gestão de finanças públicas mais simplificada e viável.
- Coordenação com MEF sobre possíveis reformas na gestão das receitas no sector da Saúde
- Recolher informação e sensibilidades para a reflexão sobre Clínicas Especiais

⁴² A malária e infeções respiratórias foram duas das doenças mais relevantes nos hospitais em 2016. DNAM. Indicadores hospitalares, 2016

⁴³ OECD (2014): *Measuring financial protection access to services in the Universal Health Coverage Agenda*. Paris.

⁴⁴ Sen, A: *The political economy of targeting*.