

## Eficiência do sector público de Saúde em Moçambique: Quais opções de política?

Cristina Manzanares, Assessora de Financiamento na DPC/MISAU  
Janeiro 2018

### 1. Introdução: Eficiência nos sistemas de saúde

A melhora da eficiência do Serviço Nacional de Saúde é um objetivo incluído no Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-15), bem como no próprio rascunho da Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) como uma das áreas mais relevantes.

O caminho para à Cobertura Universal de Saúde não inclui só na mobilização de recursos internos e externos, mais também o fortalecimento da capacidade do sistema para conseguir melhores resultados com os recursos existentes. A OMS recomenda aumentar a eficiência dos sistemas de saúde e diminuir as elevadas perdas de eficiência por **escolhas pouco custo-efetivas**, estimadas em até 20-40% dos investimentos, como políticas essenciais para alcançar a Cobertura Universal em Saúde<sup>1</sup>.

Em clave macroeconómica, o FMI propõe melhorar a eficiência dos sistemas de saúde como uma das primeiras vias para aumentar o espaço fiscal para a saúde<sup>2</sup>.

*O que é eficiência nos sistemas de saúde?*

A definição geral seria o ratio entre resultados de saúde e recursos utilizados. Como resultado geral de saúde é utilizada a esperança de vida, mais muito outros indicadores como as Unidades de Atendimento (UA) e resultados intermédios de saúde podem ser medidos em comparação aos recursos de todo tipo utilizados.

Dentro da eficiência geral, a **eficiência alocativa** analisa quais seriam as **combinações de serviços e intervenções que poderiam maximizar as melhorias de saúde**, tanto comparativamente dentro de uma doença, ou entre doenças (quais intervenções de saúde podem ter mais impacto na melhora da saúde da população).

A **eficiência técnica** refere-se ao nível de resultado que pode se obter com um nível de recursos dado, ou ao volume mínimo de recursos necessário para um nível de resultados dado.

---

<sup>1</sup> Chisholm, D and Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World Health Report. Background Paper, 28. Geneva: World Health Organization

<sup>2</sup> Heller, P. (2006): *The prospects of creating fiscal space for the health sector*. Oxford University Press and LSHTM.

Se estima que as grandes áreas donde existem ineficiências nos sistemas de saúde são (OMS, 2010):

- **Recursos Humanos:** Combinação de recursos humanos desapropriada ou de custo elevado
- **Medicamentos:**
  - Sobre-preço de medicamentos e infra utilização de genéricos
  - Uso irracionalmente elevado de medicamentos
  - Medicamentos falsificados
- **Insumos de saúde:** Uso excessivo de procedimentos, diagnósticos e equipamento
- **Serviços de saúde:**
  - Qualidade sub ótima de atendimento e erro médico
  - Tamanho inapropriado dos hospitais
  - Estadias longas no hospital
- **Percas:** Corrupção e fraude

*Quais são os determinantes da eficiência nos sistemas de saúde?*

A evidência sobre eficiência de sistemas de saúde conclui que provavelmente eficiência está mais relacionada com igualdade no acesso, elevada cobertura, e qualidade na provisão, que com a forma na qual utilizam os recursos no processo de produção de resultados de saúde<sup>3</sup>.

A forma da provisão parece ser também um determinante interessante da eficiência. Num análise de mais de 300 estudos sobre eficiência, Hollingsworth conclui que os sistemas públicos são comparativamente mais eficientes que aqueles privados sem e com fins de lucro<sup>4</sup>. Este feito pode ser devido à que os sistemas públicos não tem a carga do benefício privado em cada ato médico (des-economias de escala), e têm geralmente um foco na população inteira, incluindo ações preventivas, o qual pode levar a melhores resultados agregados (numerador do ratio de eficiência).

A gestão dos recursos com visão de maximização de resultados e o compromisso com a provisão de alta qualidade são peças essenciais na melhoria da eficiência dos sistemas de saúde.

Os estudos insistem também em que o caminho para a cobertura universal pode levar décadas, e que deve se pensar além do custo-eficiência, tomando em conta a equidade, bem como as características locais e as possibilidades reais de implementação no contexto no qual se trabalha.

---

<sup>3</sup> Chrisolm and Evans (2010). Op. cit.

<sup>4</sup> Hollingsworth, B. (2008): *The measurement of efficiency and productivity of health care delivery*. Health Economics, 17 (10)

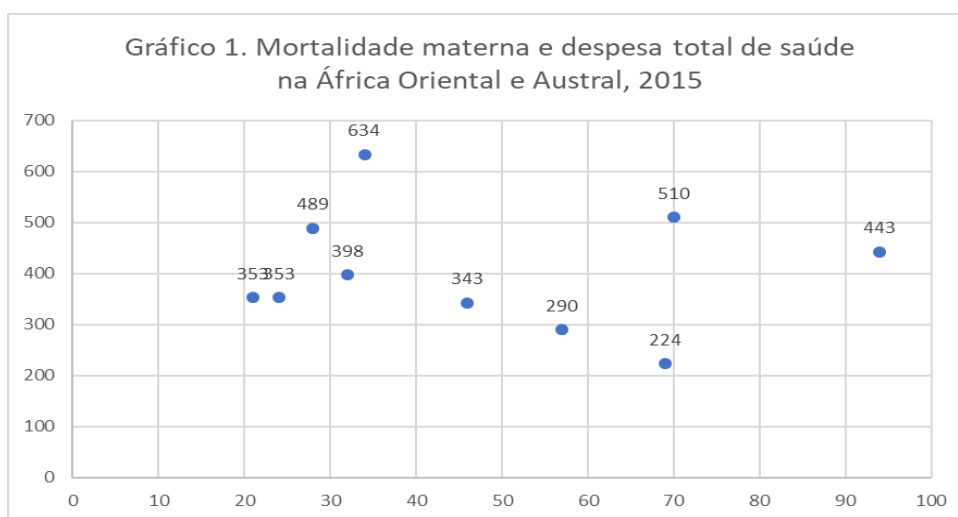
## 2. Análise da eficiência no sistema de saúde em Moçambique

Alguns estudos foram realizados para analisar a eficiência do sector de saúde em Moçambique, olhando para **indicadores globais de desempenho**. O relatório sobre Análise de Despesa Pública no sector da Saúde (HPER)<sup>5</sup> e o Análise da Provisão de Serviços de Saúde<sup>6</sup> oferecem uma visão sobre a capacidade do sector para gerar resultados de saúde ao nível agregado com os recursos disponíveis.

A taxa de mortalidade materna em 2013 era mais elevada em Moçambique que em outros países da região com investimentos inferiores em esta área, tais como Uganda, Madagascar ou Senegal, o qual pode mostrar que existe espaço para a melhora de resultados.

Se repetimos este cálculo com dados de 2015, os resultados são semelhantes (gráfico 1). Moçambique teve uma taxa de mortalidade de 489/100.000nv em 2015, em quanto Etiópia e Madagascar tiveram uma taxa de 353 com investimentos menores, em termos nominais. A tendência é ter melhores indicadores quanto mais investimento na saúde (224 para Zambia). Também há casos de elevado investimento e resultados piores (Malawi 634, Kenya 510 e Zimbabwe 443 com um investimento elevado para o contexto de 94\$ por pessoa e ano).

Estes dados indicam que são muitos os fatores que incidem nos resultados de saúde dos países, e não só o nível de investimento. A forma do sistema, o nível de inclusão, a carga administrativa, os incentivos em toda a cadeia de gestão, entre outras grandes áreas, podem ser determinantes da eficiência.



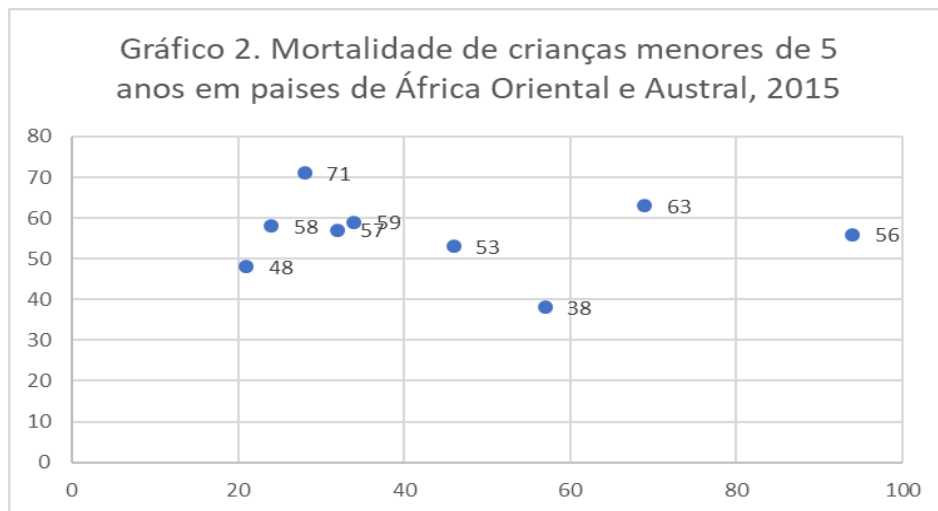
Mortalidade materna/100.000nv. WHO. Maternal mortality statistics.

Despesa total em saúde per capita US\$ nominais, 2015. WHO World Health Expenditure Database

<sup>5</sup> World Bank (2015): *Health Public Expenditure Review*. Maputo, Mozambique

<sup>6</sup> World Bank (2015): *Health Service Delivery in Mozambique*. Maputo.

É semelhante o análise para a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Moçambique têm uma taxa estimada de 71/1000nv (UNICEF), e outros países como Etiópia, Madagascar, Tanzania e Malawi investem quantidades próximas e alcançam melhores resultados. Também é interessante observar países com elevados investimento no contexto, e com resultados comparativamente piores (Zambia e Zimbabwe).



Fonte: UNICEF, 2017 <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>  
Despesa total em saúde per capita US\$ nominais, 2015. WHO World Health Expenditure Database

Será interessante aprofundar este tipo de análises gerais de eficiência com, por exemplo, a força de trabalho por especialidades, ou o investimento em determinadas doenças ou níveis de atenção.

Alguns estudos específicos para Moçambique, realizados com metodologias quantitativas, apontam para uma **provisão de serviço inferior a aquela possível com os recursos disponíveis**<sup>7</sup>. Em concreto, se conclui que se produz um 73% do total teórico máximo de consultas médicas que poderiam se realizar com os recursos disponíveis, e estão em funcionamento um 66% dos equipamentos, consumíveis e contratações de pessoal daqueles que seriam possíveis com os recursos disponíveis.

Este estudo põe o foco no papel dos Administradores distritais de saúde, e também expressa a grande variabilidade de disponibilidade de recursos entre distritos e entre unidades sanitárias. A principal recomendação é **melhorar as ineficiências administrativas** no sistema em relação a:

- ❖ Gestão de bens e serviços: Análise da disponibilidade e de necessidades, aquisições, manutenção, reparação, seguimento permanente.
- ❖ Recursos Humanos: Contratações, promoções, gestão das ausências, ações disciplinares, formação
- ❖ Receita: Arrecadação, registo, declaração, orçamentação e uso.

<sup>7</sup> Anselmi, L. Lagarde, M. Hanson, K: *Investigating efficiency in health care production: The roles of health care administrations and providers in Mozambique.*

### 3. Principais fontes de ineficiência técnica em sistemas de saúde e situação em Moçambique

#### I) Mix de procedimentos e intervenções de saúde

A OMS insiste na necessidade de **analisar o custo-eficiência** das escolhas de procedimentos e intervenção, priorizando aquelas que:

- Respondam melhor as prioridades do quadro epidemiológico
- Mostrem melhores resultados com os menores custos

Neste sentido, será útil uma reflexão sobre a escolha de intervenções e procedimentos.

Um exemplo sobre escolha de procedimentos e intervenções no sector público é o uso do nível quaternário como aquele de máxima complexidade:

- A OMS recomenda uma **taxa de cesarianas** de máximo 15%, correspondente à estimativa de partos de risco, mais Moçambique apresenta taxas muito elevadas de cesarianas no nível quaternário: 45% no Hospital Central de Maputo, 40% no Hospital Central da Beira e 38% no Hospital Provincial da Matola<sup>8</sup>. Esta escolha de procedimento têm implicações na saúde, mais também nos custos: Cirurgia, estância hospitalar, visitas de seguimento, complicações, possíveis infeções, mais medicamentos, etc.

- A doença mais tratada em Hospitais em Moçambique em 2016 foi a **malária**, tanto nos níveis Centrais como Provinciais, tanto para adultos como para Pediatria. Pode ser interessante uma reflexão sobre o rol da **prevenção e dos Cuidados de Saúde Primários** para os casos menos graves não chegarem aos níveis quaternários, onde os custos de operação são muito maiores.

Poderia uma melhora das unidades de saúde e uma abertura além das 8,7 horas por dia atuais<sup>9</sup> representar um ganho de eficiência ao diminuir a demanda do nível quaternário?

Será precisa uma reflexão com os níveis especializados do MISAU sobre possíveis vias de melhora da eficiência na escolha de procedimentos médicos custo-efetivos.

#### II) Recursos Humanos

Os recursos humanos são uma peça central dos sistemas de saúde, e quando a disponibilidade de recursos humanos cai por baixo dum determinado nível, não se pode esperar que os sistemas de saúde operem de forma efetiva<sup>10</sup>. Os custos relacionados com recursos humanos usualmente ocupam uma grande parte do

---

<sup>8</sup> DNAM (2017): Indicadores de gestão hospitalar.

<sup>9</sup> World Bank (2015): Mozambique Health Service Delivery. Maputo

<sup>10</sup> WHO: World Health Report 2006. Working together for health. Geneva.

orçamento do sector da saúde, incidem de forma chave na qualidade e eficiência da prestação do serviço.

As ineficiências podem ocorrer em todos os estágios, desde a planificação e formação de recursos humanos, até a supervisão, compensação, absentismo, ou perda de recursos humanos formados.

A evidência que temos para Moçambique indica um desequilíbrio de recursos humanos virado para os perfis básicos não médicos (regime geral), que ocupam um 48% do orçamento do sector<sup>11</sup>. Entre 2009 e 2012, quando a contratação de pessoal de regime geral passou a ser gerida pelos distritos e se multiplicou por 30<sup>12</sup>.

A alocação de recursos humanos de forma desequilibrada entre Maputo e o resto das províncias é um tema em estudo atualmente, bem como as inequidades territoriais em alocação de recursos, mais também em Unidades de Atendimento (UA).

A “produção” de consultas médicas para o nível de recursos humanos disponível é relativamente elevada, com 17,4 pacientes por dia<sup>13</sup>. As unidades sanitárias rurais têm a taxa mais elevada com 17,6 pacientes visitados por dia, e os hospitais têm a taxa mais reduzida com 8,9 pacientes por dia.

O estudo sobre eficiência na prestação do serviço de saúde encontrou deficiências na gestão de recursos humanos, especialmente:

- **Absentismo laboral** de 23,9% dos trabalhadores de saúde um dia determinado em visita inesperada. Esta percentagem aumenta até 33% no caso dos hospitais.

- **A fiabilidade do diagnóstico médico** foi dum 57% dos casos.

- **A aderência aos guioes de diagnóstico** foi do 37%, e de 30% para as complicações de saúde materna e neonatal.

Tomando em conta o Plano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRH), será necessária uma reflexão com os quadros envolvidos em esta área para buscar opções de melhoria da eficiência na prestação do serviço e na gestão do pessoal.

### III) Medicamentos

A área de medicamentos é uma das mais relevantes nos sistemas de saúde, com tendência global para a escalção de custos. Também é uma área onde as ineficiências são analisadas, especialmente:

- Prescrição por acima do necessário (uso irracional/ incentivos económicos)

---

<sup>11</sup> Contas Nacionais de Saúde 2012

<sup>12</sup> World Bank (2015): Health Public Expenditure Report. Maputo.

<sup>13</sup> World Bank (2015): Mozambique Health Service Delivery Report. Maputo.

- Não uso de genéricos
- Procedimentos de aquisição que encarecem o produto
- Fraca gestão que leva a não-uso no ponto de prestação do serviço (transporte, caducidade, não correspondência com necessidades)
- Percas

Em Moçambique, o rácio de disponibilidade de medicamentos nas unidades sobre o total necessário é baixo (47%)<sup>14</sup>, sendo menor para unidades sanitárias (41%) e mais elevado nos hospitais (66%). A disponibilidade de vacinas é de 75%, sendo interessante maior em zonas rurais (77%) que urbanas (61%). Um 72% dos centros de saúde têm médios para guardar as vacunas de forma segura.

Um estudo está a ser realizado sobre a aquisição de medicamentos em Moçambique, que pode dar indicações sobre possíveis melhoras na eficiência.

Algumas possíveis fontes de ineficiência na área de medicamentos, dado o complexo processo de aquisição, podem ser:

- Na priorização/ Seleção:
  - As compras são realizadas sobre consumos prévios + contingência e não sobre perfil epidemiológico quantificado
- Na aquisição:
  - Os concursos locais têm maiores custos de transação (comparativamente à concursos internacionais)
- Na distribuição
  - Dificuldade para alcançar unidades sanitárias periféricas nos distritos, uma vez já realizado tudo o custo de aquisição e transporte até o distrito
- No uso
  - Dificuldades para realizar diagnósticos acurados comportam um uso excessivo de medicamentos

Será necessária uma reflexão com o sector de medicamentos para priorizar medidas de eficiência.

#### **IV) Administração e aquisições – Suministros, equipamento e infraestruturas**

Como uma das maiores fontes de ineficiência nos sistemas de saúde, será preciso realizar um análise sobre o uso da gestão dos bens e serviços médicos ou não médicos, bem como sobre manutenção e reparações, para encontrar as fórmulas de maior eficiência.

#### **V) Percas**

---

<sup>14</sup> World Bank (2015): Mozambique Health Service Delivery. Maputo

A OMS detalha as percas (corrupção) como uma das maiores fontes de ineficiência nos sectores de saúde. Seria interessante analisa a situação em Moçambique e propor medidas para mitigar possíveis práticas não adequadas a ética e legalidade.

#### 4. Opções de política para melhorar a eficiência alocativa no sector da saúde

A OMS propoe opções teóricas de melhora da eficiência alocativa, mais adverte de que não existe uma clara evidência empírica sobre os resultados positivos para a maior parte de estas medidas<sup>15</sup>:

- **Controlo de custos nos sistemas de provisão pública orçamentando por inputs**, para aumentar o acesso aos serviços de saúde
  - Os governos teóricamente controlam o sistema, mais a eficiência alocativa dependerá da adequação do orçamento e da sua alocação entre usos alternativos.
  - O controlo dos orçamentos gerais é uma das ferramentas mais efetivas para controlar custos.
- **Uso de guioes de prática clínica**, para melhorar a qualidade, controlar o uso de procedimentos inadequados, e conter custos. A evidência é positiva.
- **Uso de formulários de prescrição controlados**: Teóricamente pode diminuir o uso de medicamentos innecessários, mais a evidência não é concluyente.
- **Melhorar a formação médica**, para aumentar o acesso aos serviços de saúde e ter um correcto equilibrio nos recursos humanos.
- **Melhorar as unidades de saúde**, para aumentar o acesso aos serviços
- **Financiar produtos custo-efetivos**: A custo-efetividade das intervenções é um área chave dentro do guiaio da OMS para melhorar a eficiência alocativa, que deve ser promovida desde a política pública.
  - O Programa CHOICE da OMS desenvolveu ferramentas para analisar o custo-eficiência das intervenções de provisão de serviços de saúde, respondendo a perguntas como: Estao os recursos atuais a conseguir os máximos resultados de saúde? Como alocar novos recursos para o sistema?
  - Também será importante por o foco na prevenção como forma custo-efetiva de evitar doenças ou tratá-las em estágios menos desenvolvidos, em vez de priorizar níveis terciarios.

---

<sup>15</sup> Liu X. (2003): *Policy tools for allocative efficiency of health systems*. WHO: Geneva, Switzerland



- **Certificados de necessidade de investimento em capital e tetos de investimento:** Existe evidência da efetividade de estas medidas para controlar o investimento em capital e o custo da assistência médica.
- **Pagamentos por resultado:** Não existe evidência de contribuição para a contenção de custos com a mesma qualidade de provisão em sistemas de pagamento por resultado.

Uma grande parte das recomendações adicionais da OMS sobre eficiência alocativa são na área de **pagamentos aos fornecedores**. Moçambique não tem a complexidade administrativa nem a colisão de incentivos que supõe ter múltiplos fornecedores privados na saúde, mais é importante considerar esta área e as suas implicações para futuras discussões.

A maior dificuldade de estes sistemas são os **incentivos** dos fornecedores a buscar a rentabilidade dos investimentos, o qual faz que:

- i) Produzam mais serviços daqueles necessários: diagnósticos, operações, etc, com baixo custo-efetividade geral<sup>16</sup>,
- ii) Aumentem o preço de todos os serviços por terem reembolso (*cost-escalation*)
- iii) Aumentem a prescrição de medicamentos<sup>17</sup>
- iv) Produzam menos serviços ou menor qualidade se o pagamento é por capita
- v) Filtrem os pacientes (*cream skimming*) e excluam aos doentes não rentáveis, de forma explícita, ou também de forma implícita (oferecendo menor qualidade) se a lei obriga a cobrir a todos.
- vi) Derivem para o sector público os pacientes não rentáveis, complexos e crónicos, com todas as implicações em termos de custo e eficiência que isto tem.

A saúde é um sector tão relevante e complexo que dificilmente pode funcionar como um “mercado”, e se recomenda ter intervenção pública para equilibrar os incentivos dos intervenientes, especialmente no **custo-efetividade**<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Os estudos explicam como os fornecedores privados na China, financiados com fundos públicos, têm incentivos a aplicar os máximos procedimentos médicos, já que têm benefício económico em cada procedimento. É um problema que se repete nos sistemas que se apoiam no sector privado. Liu (2003).

<sup>17</sup> Um estudo na Ghana quantificou o aumento da prescrição de 4 para 6 medicamentos por paciente e visita, depois da introdução do Seguro de Saúde com fornecedores privados, Witter and Garshong (2009): Something old or something new? Social health insurance in Ghana. BMC International Health and Human Rights Journal.

<sup>18</sup> Liu, X. (2003): *Policy tools for allocative efficiency of health services*. WHO. Geneva, Switzerland.

## 5. Opções de política para melhorar a eficiência técnica

O PESS 2014-19 desenvolve opções de melhora da eficiência técnica:

1. Desenvolver um pacote básico/mínimo de serviços de saúde por nível de atenção, que responda às necessidades de saúde e que seja custo-efetivo.
2. Desenvolver e implementar mecanismos de melhora do **desempenho hospitalar**
3. Identificar **áreas de ineficiência** e desenvolver medidas de mitigação:
  - a. Produtividade do pessoal
  - b. Práticas clínicas: Procedimentos, intervenções
  - c. Aquisições
  - d. Desperdício
  - e. Uso indevido de medicamentos e material médico
4. Mobilizar **recursos adicionais** para a implementação do pacote básico/mínimo de serviços de saúde, incluindo realocação/ reinvestimento de recursos poupados.
5. Introduzir mecanismos de **programação de actividades** orientadas para resultados na planificação anual, orçamentação, monitoria e avaliação nos vários níveis de atenção de saúde.

Resultados esperados:

- Aumentada a percentagem de UE que implementam o pacote básico de serviços incluindo COEmB e COEmC
- Melhorada a alocação de recursos por província
- Aumentada a produtividade do pessoal (UA/profissional)
- Aumentado o % de distritos que submetem informação completa dentro do prazo dentro do SIS
- Aumentada a taxa de execução orçamental, desagregada por província e distrito
- Reduzidos os índices de desperdício/ineficiências

Medidas concretas:

1. Implantar um sistema robusto de Monitoria e Avaliação do sector que possa medir a eficiência, eficácia e impacto dos programas (pg. 85)
2. Farmácia: Melhorar o uso racional de medicamentos e produtos de saúde pg.89
3. Realizar avaliação das ineficiências no Serviço Nacional de Saúde (pg. 94)

O rascunho da **Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (EFSS)** inclui algumas dos capítulos sobre eficiência, com as seguintes linhas:

**a) Eficiência na alocação dos recursos:**

- Desenvolver um **sistema de informação de gestão**, para obter informação sobre demanda e uso da rede sanitária, carga de trabalho, custos operacionais e despesas de capital necessárias, iniciando nos hospitais para depois chegar a todo o sistema.
- Definir **regras de alocação baseadas em análises de procura**:
  - Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e capacidade do sistema para absorver financiamento
  - Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura de cuidados de saúde
  - Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades:
    - Rever as normas de alocação baseadas em análise da procura e na lista de serviços essenciais nos níveis de cuidados primário e secundário.
    - Introduzir uma fórmula de alocação com base nas necessidades

**b) Eficiência no uso dos recursos:**

- Realizar análises sobre as fontes de ineficiência técnica no sistema de saúde, em áreas como:
  - Recursos Humanos (mix de RRHH, produtividade, 48% orçamento de pessoal para administração, desmotivação)
  - Medicamentos: Genéricos, qualidade, desabastecimento
  - Assistência médica: Qualidade de prestação de serviços em baixo do ideal
  - Fugas no sistema
- Introduzir um sistema de rastreio de recursos ao nível local e provincial: Monitorização da despesa
  - i. Monitorização da despesa
  - ii. Melhora da arrecadação e do reporte das receitas geradas no sector
- Avaliar o potencial de subcontratação: Análise de custos e eficiência da provisão atual de serviços (alimentação hospitalar, limpeza).
- Definir um plano de desembolsos dos doadores para melhorar a execução dos fundos externos disponíveis fora da CUT

## 6. Próximos passos:

- Análise global de eficiência com os indicadores disponíveis e com os dados do balanço anual do PESS
- Valorar o papel da DPC no análise e reporte permanente da eficiência do SNS
- Trabalho interno com os sectores para planificar e monitorar os avanços em eficiência:
  - o Intervenções custo-eficientes
  - o Recursos Humanos
  - o Medicamentos
  - o Administração e gestão: Suministros, equipamento e infraestrutura
  - o Percas