

Taxas de usuário no Serviço Nacional de Saúde: Situação atual e propostas

Cristina Manzanares

Abril 2018

Resumo

As taxas de usuário (*user fees*) têm sido um tema de debate continuado nas últimas décadas na área de política de saúde. Formam parte do conceito geral de “despesas incorridas no momento de precisar atenção em saúde” (*out-of-pocket payments*), que inclui também despesas de transporte, alimentação. Outros custos económicos importantes são a perda de rendas para o doente e acompanhantes.

As taxas de usuário foram inicialmente propostas como **ferramenta de co-financiamento do sector e de melhoria da participação comunitária**. A evidência empírica 30 anos depois mostra os **efeitos mistos** de esta política, em termos de acesso, qualidade, gestão e resultados de Saúde. Em geral, existe consenso sobre o papel limitante que os pagamentos no ponto de uso exercem sobre o acesso aos cuidados de saúde. A OMS, no seu relatório anual de 2010 considerou **as taxas de usuário como um dos maiores obstáculos para conseguir a Cobertura Universal em Saúde**¹.

Esta nota tem por objetivo revisar a literatura, analisar a situação de Moçambique, e oferecer opções de melhoria de financiamento e acesso à saúde.

1. Ideias políticas sobre taxas de usuário em África, implementação e implicações

As taxas de usuário foram introduzidas de forma geral em África nos finais da década de 1980, em um momento em que foram adoptadas várias linhas de pensamento em relação à necessidade dos cidadãos de participar diretamente nas despesas do sector saúde, além dos impostos gerais.

O **relatório do Banco Mundial sobre uma “Agenda de Reformas”**² foi chave para sensibilizar com estas ideias nos governos dos países de renda média e baixa. O relatório defende que só uma parte da assistência sanitária pode ser definida como “**bem público**”: Seria aquela ligada à saneamento, prevenção de epidemias, imunização, e em alguns casos saúde materna, para as quais poderia estar justificado o financiamento público. O resto de intervenções são classificadas como de “benefício privado” e por tanto deveriam ser financiadas, segundo esta classificação, por aqueles que recebem a assistência sanitária. Estes aportes diretos nas unidades de saúde poderiam aumentar o orçamento (+15%) e melhorar a disponibilidade de recursos materiais e a prestação de serviços. Em geral, é uma visão só económica de um fenómeno, o funcionamento limitado dos sistemas de saúde, que têm múltiplas causas e condicionantes históricos e sociais.

O relatório do Banco Mundial reflete também sobre o **uso proporcionalmente maior dos níveis terciário e quaternário** de saúde em países de renda baixa, devido à melhor dotação de recursos

¹ WHO (2010): *The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.

² Akin, J (1987): *Financing Health in developing countries: An agenda for reform*. Washington: The World Bank.

humanos e materiais que estes centros têm, levando à infra utilização das unidades sanitárias em zonas rurais, menos abastecidas. Em este contexto, introduz a ideia de “**uso excessivo**” dos serviços de saúde, que pode ser compensado com taxas para “moderar a demanda”.

Seguindo as ideias plasmadas no relatório do Banco Mundial, a Iniciativa de Bamako (1987)³, adoptada pelos Ministros de Saúde africanos e apoiada pela OMS e UNICEF, sugeria aos países a **introdução de taxas de usuário**, com o objetivo de melhorar a situação de infra-financiamento e desabastecimento das unidades sanitárias e envolver às comunidades na gestão dos serviços públicos de saúde.

Efeitos da introdução dos pagamentos no ponto de uso

A evidência empírica desde inícios dos anos 2000 não deixa dúvida respeito ao papel limitador das taxas de usuário no **aceso aos serviços de saúde**, especialmente na África Subsaariana, além de promover a **despesa catastrófica**, em alguns casos onde as taxas têm valores elevados. África Subsaariana têm umas taxas de pagamentos no ponto de uso respeito ao total de despesa corrente no sector saúde que vão desde 5% na Botswana, um sistema maioritariamente público, até o 72% do Nigéria, com um sistema maioritariamente privado. Moçambique se situa no 6%, junto com África do Sul (8%) e Namíbia (8%) e a média africana num 33%⁴.

Os estudos que analisam as barreiras de entrada, as causas de não-utilização do sistema em todos os episódios de doença, e os efeitos de manter, aumentar ou diminuir os pagamentos no ponto de uso são claros em concluir que a falta de dinheiro para assumir essas despesas, mesmo sendo pequenas, é a principal causa de **não-aceso aos serviços de saúde requeridos**⁵. Os pagamentos no ponto de uso podem acrescentar as taxas de pobreza e inequidade nas sociedades, especialmente em contextos de baixa renda⁷.

No quadro das barreiras para o acesso aos serviços de saúde, além da falta de fundos, **a incerteza sobre a quantidade a ser paga**, dependendo dos procedimentos requeridos, é assinalada como uma das causas frequentes de não-aceso aos serviços de saúde, também em Moçambique⁸.

Os pagamentos no ponto de uso são considerados a forma de financiamento mais **regressiva**, já que os pagamentos representam proporcionalmente uma renda muito maior nos coletivos com menor renda⁹.

A gestão dos pagamentos por uso precisa de sistemas robustos de análise, fixação de preços e isenções, identificação permanente dos coletivos isentos, e gestão eficaz, eficiente e simples dos fundos arrecadados. A **complexidade administrativa**, os custos de transação, e a dificuldade para conseguir um bom desempenho dos sistemas de arrecadação faz refletir sobre a utilidade e eficiência do financiamento complementar dos pagamentos por uso. Alguns estudos económicos, depois de analisar custos e benefícios, **sugerem políticas sem pagamentos por uso**¹⁰.

³ The Bamako Initiative (1987) UNICEF/WHO https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf

⁴ Global Health Observatory Data Repository, Updated Nov.2017. World Health Organization (WHO)

⁵ Lagarde, M. Palmer, N. (2008): *The impact of user fees on health service utilization in low and middle-income countries: How strong is the evidence?* Bulletin of the World Health Organization 86

⁶ Ponsar, F. et al (2011): *No cash, no care: How user fees endanger health. Lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, DRC, Chad, Haiti and Mali.* International Health 3(2011).

⁷ Gilson, L. (1997): *The lessons of user fee experience in Africa.* Health Policy and Planning 12(4): Oxford University Press.

⁸ Cabral, J (2007): *Consultoria sobre abolição das taxas aos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique.* Universidade Nova de Lisboa

⁹ Wagstaff, A. (1992): *Equity in the finance of health: Some international comparisons.*

¹⁰ Dupas, P. (2011): *Global Health systems: Pricing and user fees.* Harvard University and National Bureau of Economic Research (NBER). Elsevier Encyclopedia of Health Economics.

Iniciativas de remoção das taxas de usuário

A literatura tem tratado extensamente o tema da remoção das taxas por uso em serviços públicos de saúde. Em geral, os efeitos da remoção têm sido positivos nos países onde se aplicou, especialmente África do Sul e Uganda, com relevantes aumentos de demanda de uso dos serviços e mais acesso da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis¹¹¹².

No caso de valorar uma possível remoção, recomenda-se uma planificação cautelosa para antecipar as necessidades em termos de recursos adicionais. A informação aos prestadores de primeira linha e aos utentes seria uma parte fundamental da preparação, bem como a orçamentação de necessidades adicionais e a antecipação da gestão de fundos num novo cenário¹³.

O estudo de Yates (2006) sobre Moçambique recomenda a remoção das taxas e a planificação antecipada¹⁴. O estudo de Cabral (2007) conclui que os benefícios da remoção de taxas em Moçambique seriam mais elevados que os custos, mais também alerta da necessidade de planificar cautelosamente, dadas as condições de partida (debilidade na administração e existência de pagamentos informais e desvio de medicamentos)¹⁵.

Isenções nos pagamentos por uso

Uma opção comum para preservar o acesso dos coletivos de baixa renda é instaurar isenções a grupos determinados (*targeting*). Este tipo de mecanismos já existe em Moçambique, com isenções na prática das taxas de consulta para idosos, doentes crónicos, mulheres grávidas, e outros coletivos. As isenções podem chegar até o 70% dos pacientes em unidades sanitárias estudadas¹⁶.

No caso dos mecanismos complexos de identificação das situações pessoais para isenções, a evidência é bastante crítica, especialmente porque são complexos, têm custos elevados, e geralmente incorrem em erros de seleção de tipo I (excluir aos teóricos beneficiários) e de tipo II (incluir a aqueles que deveriam estar excluídos)¹⁷.

Além de estas questões operacionais, os sistemas focados nos pobres e com identificação individual parecem ter muita menor capacidade de redistribuição da renda e da riqueza comparado com aqueles universais que oferecem serviços públicos em espécie de alta qualidade, dos quais os pobres beneficiam¹⁸. A razão parece ser que a forma do sistema, especialmente a sua capacidade de inclusão, da forma à legitimidade, e finalmente a relevância orçamental. Aqueles sistemas melhor financiados são aqueles mais abrangentes, que oferecem serviços públicos como direito de cidadania e que “não podem ser recortados”¹⁹.

A identificação individual dos beneficiários dos serviços públicos tem que tomar em conta que toda identificação ou auto-identificação das pessoas como inferiores em posição social, económica, produtiva, ou em valia, pode afetar a sua autoestima, dignidade, e posição como cidadãos na sociedade²⁰.

¹¹ Nyabonga, J. Desmet, M (2002). *Abolition of cost-sharing is pro-poor: Evidence from Uganda*. Health Policy and Planning 20(2).

¹² Wilkinson, D. Gows, E, Sach, M and Abdool Karim, SS (2001): Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. WHO Bulletin, 79, 665-671

¹³ Gilson, L., McIntyre D. (2005): *Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action*. BMJ 331.

¹⁴ Yates, R. (2006): *International experiences in removing user fees: Implications for Mozambique*. DFID Resources Center. London.

¹⁵ Cabral, J. (2007): Idem

¹⁶ World Bank (2015): *Mozambique Health Service Delivery Indicators*. Maputo.

¹⁷ Peyre, A. (2007): *Successful targeting? Reporting efficiency and costs in targeted poverty alleviation programmes*. Geneva: United Nations Institute for Social Research (UNRISD).

¹⁸ Mkandawire, T. (2005): *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva: United Nations Institute for Social Research (UNRISD)

¹⁹ Korpi, W. Palme. J. (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality*. American Sociological Review.

²⁰ Sen, A. (2000): *The political economy of targeting*.

2. Receitas no quadro do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Os pagamentos por uso no Serviço Nacional de Saúde (SNS) são variados, e não temos uma visão geral de todos os tipos de pagamentos, isenções, gestão e uso de estes fundos. Existem diferentes formas de gerir em diferentes instituições pelas quais transita a receita, e diferentes graus de autonomia das instituições dentro do SNS para marcar a política de taxas de usuário. A crescente autonomia dos hospitais pode fortalecer esta diversidade de pagamentos dentro do SNS.

2.1 Taxa por consulta

Taxa ao abrigo do Decreto 4/87 em todos os níveis de atenção. Deve ser encaminhada à Autoridade Tributária, mais isto acontece parcialmente, pela complexidade administrativa e dificuldades para a consignação.

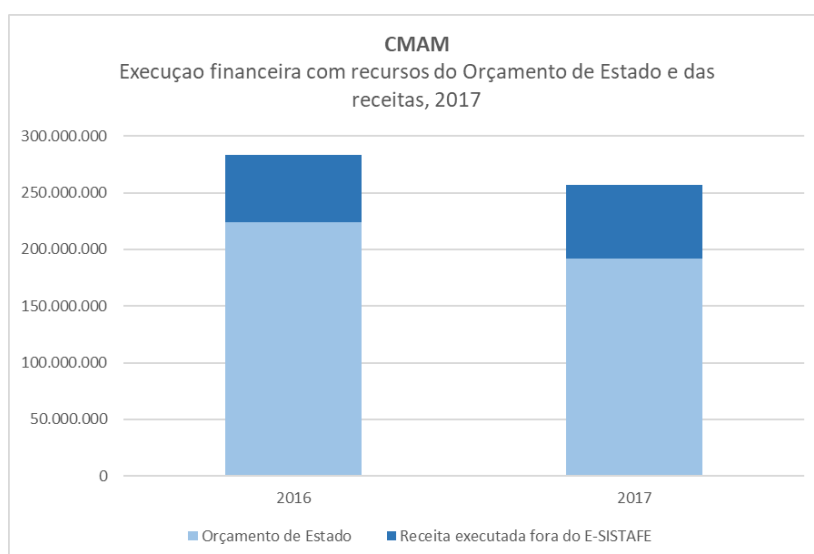
2.2 Receita de Medicamentos

Todos os centros de saúde **arrecadam 5Mt por cada receita médica** ao abrigo do Decreto 4/87 e **transferem 100% para a CMAM**. Os Hospitais Centrais estão autorizados a reter um 40%, e transferem um 60%.

Esta receita é transferida por cada unidade sanitária diretamente às **contas bancárias provinciais da CMAM**, destinadas unicamente a receber estes ingressos e geridas desde a CMAM Central. A CMAM agrega depois todos os fundos em outra conta bancária única, desde a qual é realizada a gestão fora dos procedimentos do SISTAFE. Proximamente esta receita vai ser agregada e transferida ao Tesouro para depois ser recuperada e gerida via SISTAFE.

A receita, de 65 M Mzn em 2017, é utilizada para complementar o Orçamento de Estado em aquelas áreas em que existe insuficiência financeira (transporte, gestão de armazéns, alfândegas), urgências de compra, ou despesas que não se podem realizar com Orçamento de Estado. **Um terço da receita é utilizado em incentivos salariais** para o pessoal da CMAM Central e dos armazéns em Beira e Nampula.

O gráfico mostra a relevância orçamental da receita, que representou a possibilidade de acrescentar +26% o orçamento em 2016 e +34% em 2017. O facto de esta receita não ser executada via e-SISTAFE com procedimento nacional faz com que a sua relevância orçamental seja menor, já que está a financiar operações e despesas nem sempre acorde com o procedimento nacional.



A CMAM gere as aquisições de medicamentos e artigos médicos do Serviço Nacional de Saúde, mais as compras são realizadas de forma efetiva no MISAU. **A CMAM gere fundos do Orçamento de Estado só para funcionamento** (Planificação de medicamentos, processos de compra (concursos), importação, armazenagem, distribuição, transporte, controle interno, auditoria). Os fundos para compras de medicamentos estão no MISAU.

A receita da CMAM é um caso interessante de **simplicidade administrativa** na arrecadação. Cada centro de saúde envia individualmente os fundos a uma conta provincial da CMAM num banco comercial gerida unicamente pelo nível Central, sem poder ser utilizada pelo distrito nem pela DPS. No caso de passar a ser executados via SISTAFE, estes fundos deveriam transitar para o Tesouro, mais transitariam de forma agregada, não individual como acontece com a receita de 1Mt e outras taxas.

2.3 Taxas moderadoras

As taxas moderadoras têm como objetivo **restringir a demanda** de serviços quando esta é considerada excessiva, ou quando se considera que os doentes devem ir ao nível primário para resolver problemas de saúde que podem ser resolvidos em esse nível.

O conceito de “demanda excessiva” foi introduzido por Akin (1987) no relatório do Banco Mundial, onde explica que as pessoas têm uma clara **preferência por acudir ao nível quaternário** para resolver problemas de saúde que deveriam ser resolvidos no nível primário. Este fenómeno tem a sua base na debilidade da atenção primária em muitos contextos, e na limitação de serviços, meios de diagnóstico, nível formativo dos prestadores do serviço e horário limitado.

Em Moçambique **as taxas moderadoras não estão reguladas por uma norma a nível nacional**. Cada hospital colocou taxas quando viu que a demanda excedia a sua capacidade de atenção ou para limitar os doentes que chegam sem referência. Geralmente são taxas de 150 Mt para as urgências sem referência e de 500Mt para parto. Mais estão a aumentar rapidamente (1.000Mt por parto normal no HCM) e potencialmente podem representar uma barreira de entrada.

Os indicadores hospitalares da Direção Nacional de Assistência Médica (DNAM) indicam que a doença que com mais frequência é tratada nos hospitais do país é a **malária**. Com mais de 4 milhões de casos por ano e mais de 6.000 mortes, está claro que o nível quaternário tem um papel destacado nos casos mais graves, mais os dados parecem indicar uma **sobre utilização do nível quaternário e subutilização do nível primário** em estes casos. As outras doenças que concentram os motivos de consulta nos hospitais são baixo peso à nascença, hipertensão arterial, HIV e infeções respiratórias agudas.

2.4 Preços por procedimentos médicos

Os hospitais cobram pelas consultas especializadas, meios de diagnóstico e procedimentos médicos a pacientes normais (não especiais), sem uma norma nacional que regule este tipo de pagamentos. Atualmente não existe informação centralizada de todos os tipos de pagamentos. Está em análise esta situação para ter um **quadro global de todos os preços em todos os hospitais**, e inicialmente, compreender a situação, para analisar impactos em barreiras de entrada, cobertura, e potencialmente **regular** esta situação.

Mesmo não ter preçários, sabemos que, por exemplo, uma sessão de diálise no hospital Central custa 3.500 Mzn (*8 vezes/mês são 28.000 Mzn/mês), e as próteses vão de 300 a 2.000 Mzn, o qual pode **representar barreiras de entrada e de facto muda o carácter universalista do sistema**.

3. Análise da receita arrecadada, da sua gestão e do seu uso no Serviço Nacional de Saúde

Foi realizado um exercício de pesquisa quantitativa (inquérito as DPS, Dados da Autoridade Tributária, Dados do E-SISTAFE), para obter os dados de arrecadação em 2017, e sobre tudo para compreender a relevância orçamental da receita, o seu uso, e a forma de gestão.

Esta análise ainda precisa aprofundamento e mais dados. Por exemplo, não temos dados sobre todos os tipos de pagamentos em todos os hospitais (para pacientes normais, não especiais). A execução das Clínicas Especiais e apresentada em balancetes fora do e-SISTAFE, situação que vai ser melhorada proximamente, mais que de momento dificulta a tarefa de compreender como as Clínicas Especiais financiam o SNS (se for o caso). Também não temos informação sobre quantos fundos foram solicitados ao Tesouro para ser devolvidos ao sector, e quantos voltaram efetivamente. Por tanto, a análise deve continuar e as conclusões devem ser tomadas com prudência.

Uma conclusão geral de este exercício é **existem grandes discrepâncias entre aquilo que é arrecadado, declarado e utilizado**. Possivelmente a receita seja uma ferramenta útil no nível local, mais **atualmente não parece ser gerida globalmente de forma que se possa obter a máxima eficácia nem eficiência com estes recursos**. Com a situação atual de complexidade administrativa seria difícil que um aumento das taxas pudesse ter o efeito de financiamento que é desejado no Serviço Nacional de Saúde.

2.1 Receita arrecadada - Inquérito às DPS

Foi realizado um inquérito interno, liderado pela DPC, para conhecer a arrecadação das DPS e centros de postos de saúde em todas as províncias durante 2017. 9 províncias responderam (Gaza, Niassa, Manica, Tete, Nampula, Sofala, Zambézia, Inhambane e Maputo província). Utilizamos, então, dados parciais.

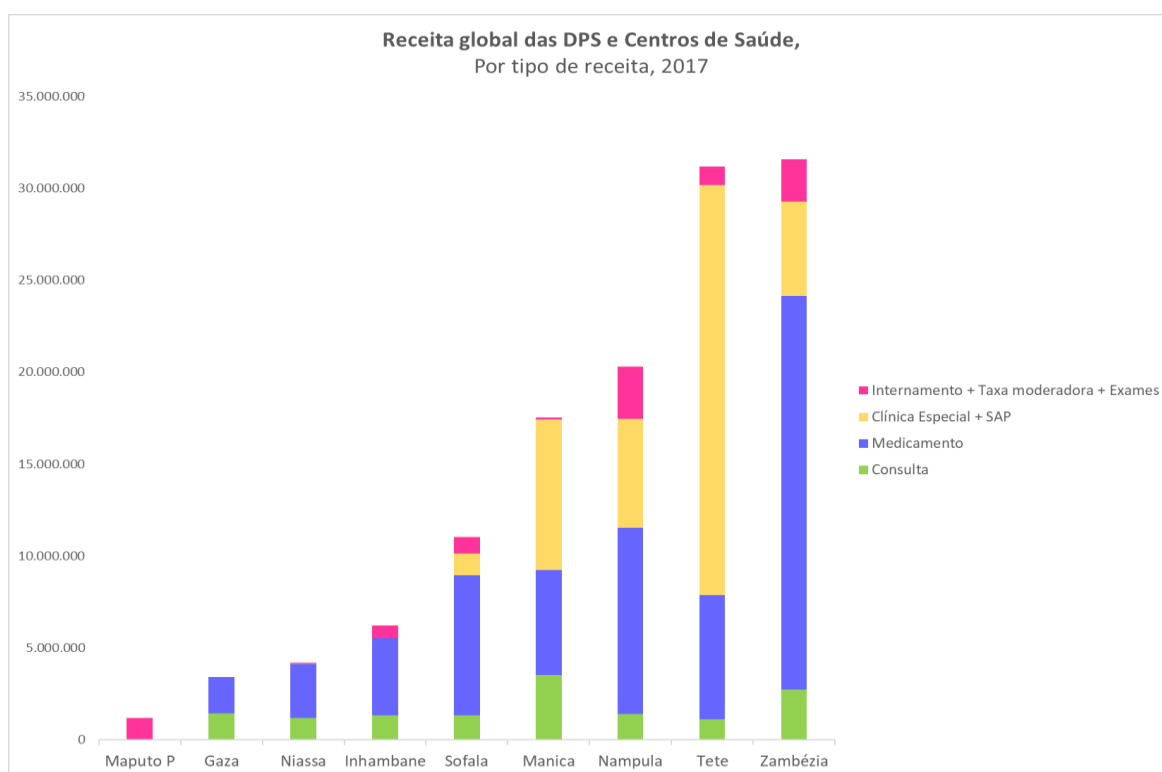
Os dados indicam **padrões muito diferentes de arrecadação entre províncias**. Entre os serviços com mais capacidade de arrecadação estão as Clínicas Especiais, especialmente aquela de Tete, que surpreendentemente declara uma receita muito maior que aquela de Nampula. **As consultas têm uma capacidade de arrecadação baixa** (média de 1 milhão de meticais por província e ano, incluindo consultas de 1Mt e consultas de outros preços que os hospitais cobram, ainda sem especificar). **Os medicamentos uma capacidade de arrecadação muito maior, mais estes fundos vão 100% para à CMAM** (com exceção dos Hospitais Centrais, que podem ficar com 40% e canalizam 60% para CMAM).

Temos, por tanto, já de entrada, **tipos muito diferentes de receita, com circuitos administrativos e usos diferentes:**

- **Taxas de consulta, taxas moderadoras, pagamentos por procedimentos médicos, e outra (licencias, multas, exames):**
 - Receita fiscal que deve ser declarada e transferida à Autoridade Tributária
 - O uso é realizado na fonte (se não se transfere à AT), ou depois da consignação. Mesmo uso que o Orçamento de Estado.
- **Taxa de medicamentos:**
 - Receita própria que é transferida à CMAM diretamente pelas unidades de saúde. (Proximamente será declarada ao MEF/Autoridade Tributária mais de forma agregada, uma vez no nível Central está feita a arrecadação de todo o país)

- É utilizada com contas bancárias fora do E-SISTAFE para financiar despesa que o Orçamento de Estado não pode financiar (por tipo de despesa, por insuficiência financeira e por urgência).
- **Receita das Clínicas Especiais:**
 - É parcialmente declarada, mais não transferida à Autoridade Tributária.
 - É gerida em contas bancárias fora do E-SISTAFE para financiar despesa que o Orçamento de Estado não pode financiar (por tipo de despesa, por insuficiência ou por urgência).

O gráfico seguinte resume a arrecadação total das DPS e Centros de Saúde, incluindo Hospitais, nas DPS em 2017. Em geral, observa-se uma **grande variabilidade na arrecadação dos distintos tipos de receita nas DPS e hospitais**.

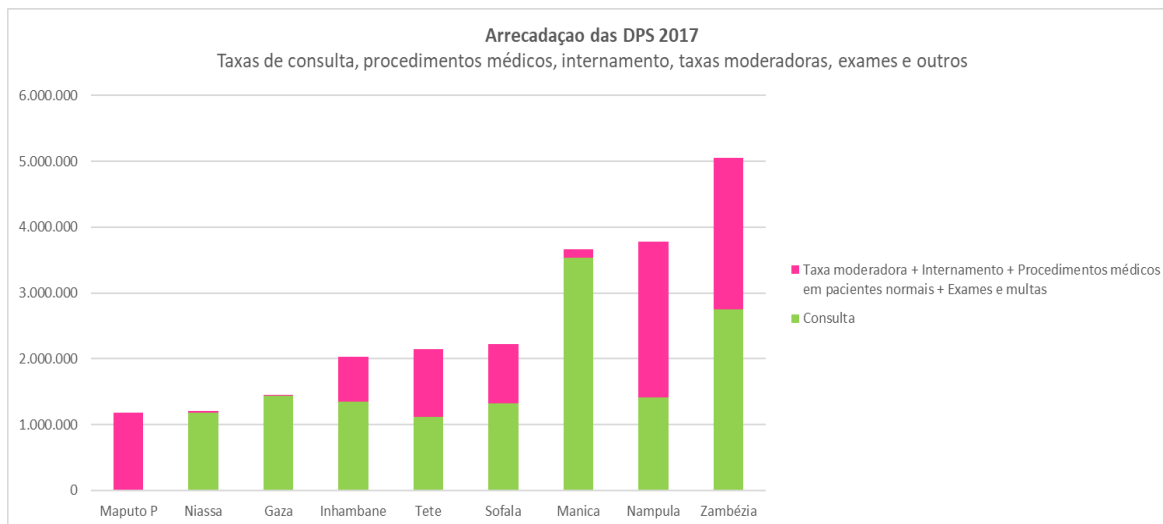


É interessante observar o **padrão diferente de arrecadação entre províncias**. Está claro que Maputo Província só apresenta informação sobre “outras taxas” (exames e multas) e faltam as taxas de consulta e medicamentos. Manica têm uma situação especial com uma unidade sanitária possivelmente ligada à uma ONG, que arrecada 2,2M Mzn/ano por consulta, quando em média as unidades de saúde do SNS arrecadam por volta dos 5.000 Mzn/ano.

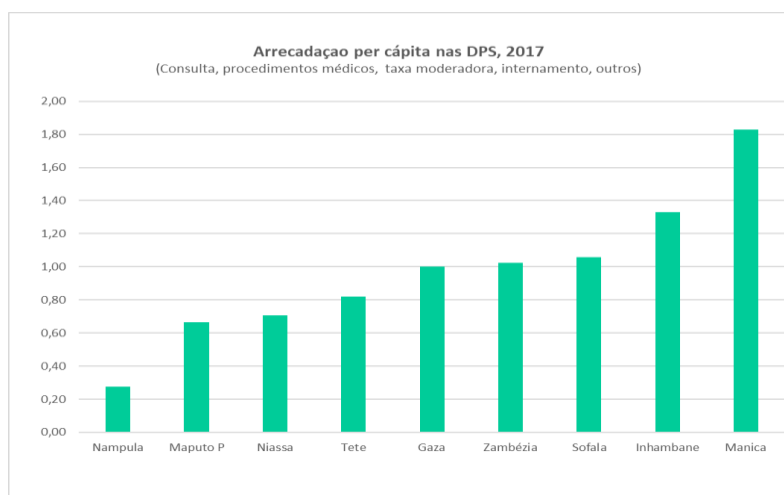
Gaza e Niassa baseiam a sua arrecadação em taxas de consulta, e não cobram por procedimentos médicos adicionais. Mais Tete e especialmente Nampula têm uma elevada receita por procedimentos médicos (análises, operações, partos, taxas moderadoras) **em pacientes normais**, não de Clínicas Especiais. É importante refletir sobre esta dispersão no **padrão de cobranças no Serviço Nacional de Saúde**.

No próximo gráfico limita-se a análise a aquelas receitas que potencialmente poderiam ser utilizadas no Serviço Nacional de Saúde para **financiamento do sistema com procedimento nacional**. A escala de análise já é muito menor, porque as grandes fontes de arrecadação (Medicamentos e Clínicas Especiais/SAP) foram retiradas de esta análise.

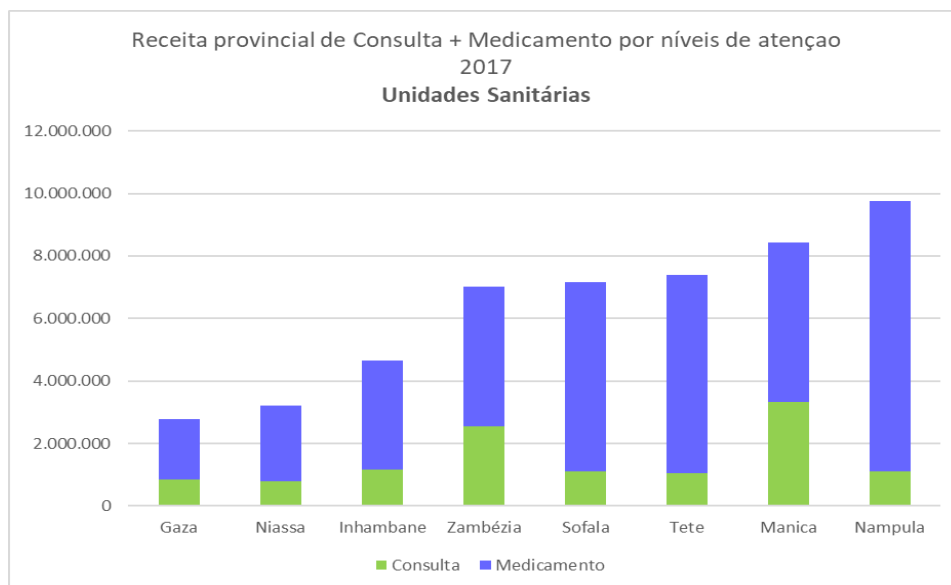
É interessante observar como algumas províncias **só têm praticamente arrecadação por consulta**, o qual significa que não impõem um preço para os procedimentos médicos, como Gaza e Niassa. Outras províncias como Nampula e Zambézia têm uma arrecadação mais relevante em taxa moderadora e procedimentos médicos em pacientes normais (ao redor de 2M Mzn/ano).



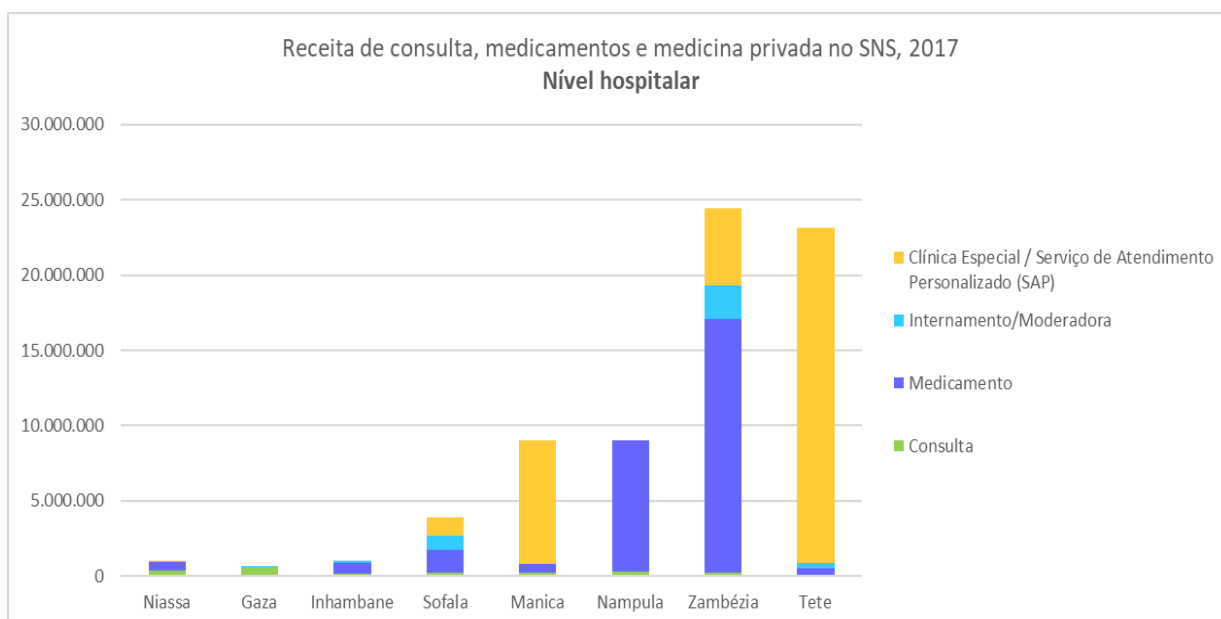
No gráfico seguinte olhamos para a **arrecadação per cápita** em estas áreas em que os fundos poderiam voltar ao SNS e ser geridos com o SISTAFE. Observamos uma **média de 0,80 Meticais por pessoa e ano.**, com elevada variabilidade: De 0,25 Mzn/pessoa/ano, até 8 vezes mais (2 Mzn/pessoa/ano). Nampula, uma das que mais arrecada, aparece aqui com baixa arrecadação per cápita, devido ao seu volume populacional.



Se analisamos a receita **por nível de atenção**, observamos como no nível primário e secundário, a receita de medicamentos é predominante. É transferida no 100% na CMAM Central. Em verde, a taxa de consulta. É interessante observar as diferenças de arrecadação tendo em conta a população em cada província.



No nível hospitalar, a maior parte de receitas são de **Medicamentos** e provenientes das **Clínicas Especiais**. É visível a diferença entre as províncias que têm Clínica Especial e aquelas que não tem. Niassa e Gaza tem valores comparativamente muito baixos. Tete e Manica declaram uma receita de Medicamentos muito baixa, Zambézia muito elevada. Á uma ausência importante, a Clínica Especial do HCN.



Os dados fornecidos pelas DPS ao MISAU Central indicam, em geral, um padrão de **grande dispersão na arrecadação de receita**, com valores muito diferentes entre províncias. Intui-se uma gestão diferente em cada província, que prioriza um tipo ou outro de arrecadação e resolve a gestão da forma mais conveniente em cada caso, mais não padronizada.

Será preciso continuar a análise para ver quanto é declarado à Autoridade Tributária, quanto é devolvido ao sector (não temos esse dato), e quanta receita é executada via E-SISTAFE, bem como analisar as razões das discrepâncias nos dados. A pergunta final é, *é útil a receita para financiar o Serviço Nacional de Saúde sem promover barreiras de entrada?*

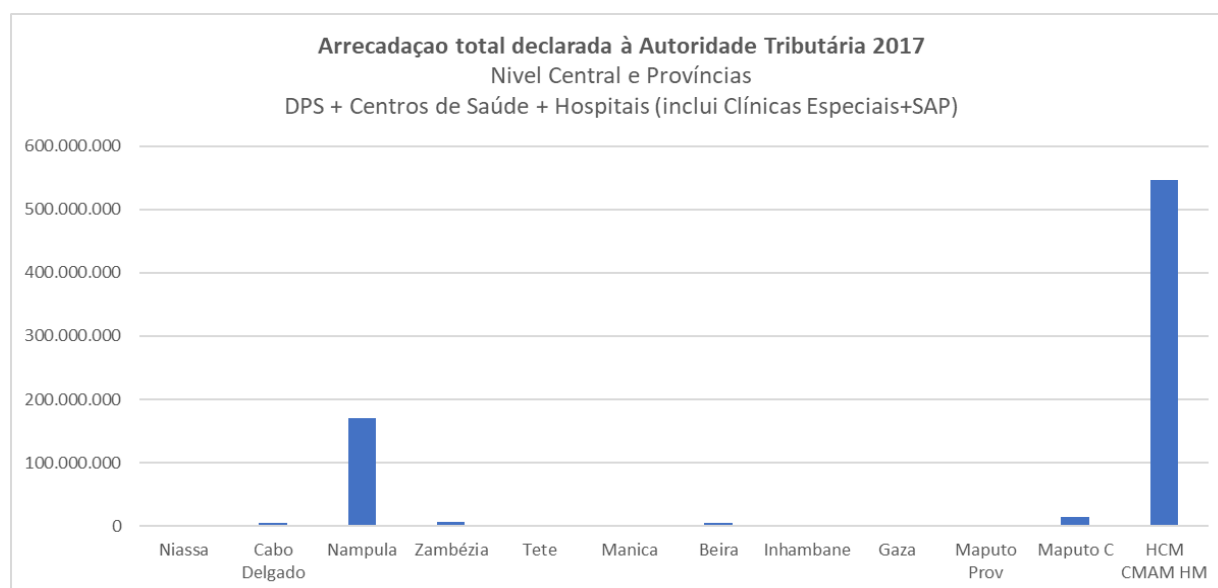
2.2 Declaração da receita

Toda receita arrecadada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) **deve ser declarada e transferida à Autoridade Tributária**, na área fiscal correspondente, segundo à circular 01/2010 do MEF. Após os procedimentos requeridos (Modelo B, justificação de fundos anteriores), os fundos podem ser requisitados ao Tesouro e serem utilizados pela unidade que arrecadou. **Este processo complexo faz com que a maioria das unidades sanitárias não recupere aquela receita que declara e paga, gerando incentivos à subdeclaração** e utilização na fonte.

A Autoridade Tributária ofereceu os dados da arrecadação do ano 2017 para o sector da Saúde. Os dados disponíveis mostram efetivamente esta **subdeclaração de fundos**. Os dados também mostram padrões diferenciados de declaração da receita, por exemplo em aquelas DPS que declaram muito mais à Autoridade Tributária que ao próprio MISAU (Nampula).

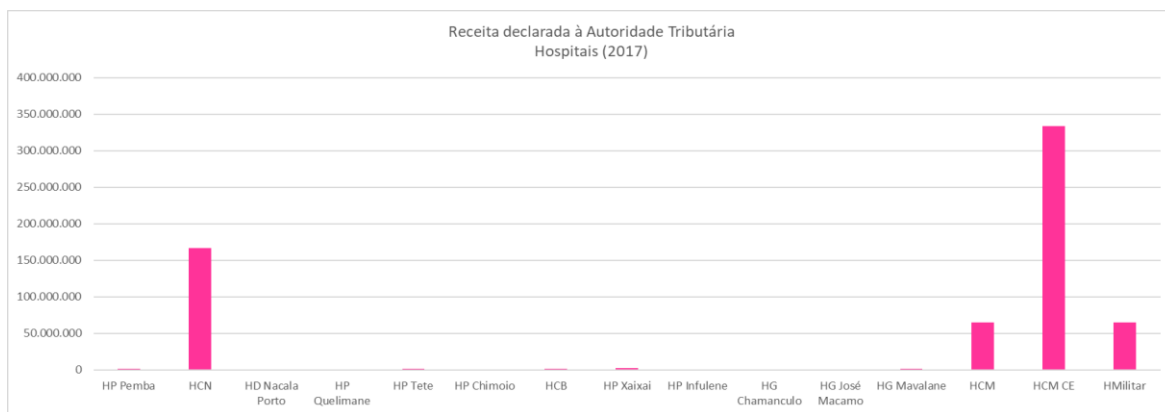
A declaração total de fundos por parte das DPS têm uma quantidade de 754M Mzn no ano 2017, referentes na sua maioria ao **nível Central, com 546 M Mzn** (MISAU, CMAM, Hospital Central, Clínica Especial, Hospital Militar), e à **Clínica Especial do Hospital Central de Nampula (166 M Mzn)**. Os restantes 42 M Mzn são repartidos nas 11 DPS, distritos e hospitais.

Á que salientar que, estas quantidades grandes, praticamente a totalidade do gráfico aqui em baixo, são declaradas mais **não transferidas à Autoridade Tributária**. Só é enviada a informação financeira. A arrecadação estimada, então, é de aproximadamente 42 Milhões de meticais por ano.

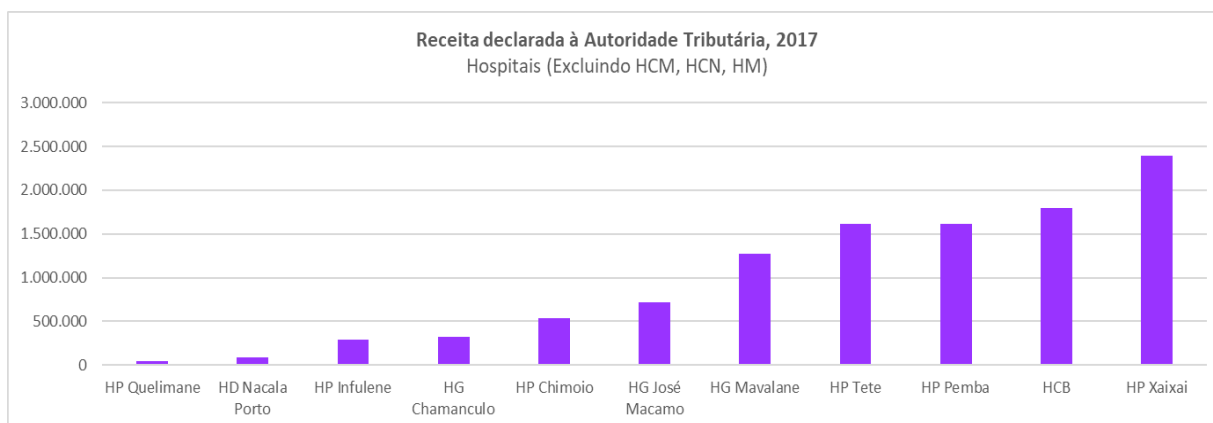


O próximo análise consiste em dividir a arrecadação por hospitais e DPS. O gráfico seguinte mostra a **arrecadação por hospital**, com as quantidades elevadas das Clínicas Especiais de Maputo e Nampula, a arrecadação do Hospital Central de Maputo, e do Hospital Militar. O resto de hospitais, sem Clínica Especial ou SAP, ou com um volume de operações muito menor, têm uma arrecadação substancialmente menor.

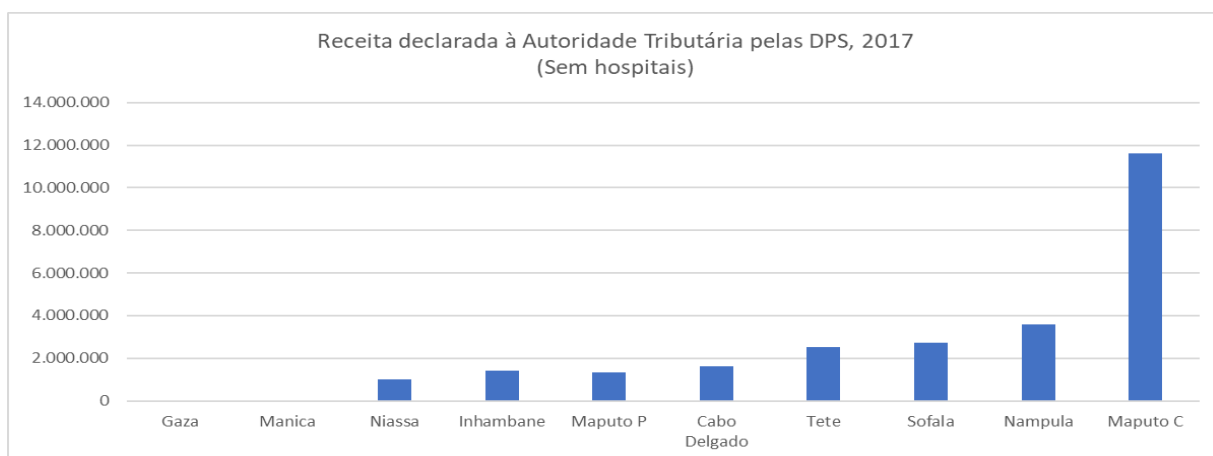
Mesmo observando a enorme relevância da arrecadação das Clínicas Especiais, á que lembrar que os fundos não são transferidos à Autoridade Tributária nem geridos conforme a procedimentos de Orçamento de Estado (não declarados no Relatório de Execução).



No gráfico seguinte analisamos os hospitais **excluindo HCM, HCN e HMilitar**. A escala da análise já é bem diferente: Vai até 3 M Mzn. Observam-se padrões diferenciados de declaração e canalização à Autoridade Tributária. Xai-Xai, Pemba e HCB arrecadam os valores mais elevados. Alguns hospitais declaram à Autoridade Tributária uma receita muito baixa (HP Quelimane, HD Nacala Porto)



A continuação, mostram-se **as receitas das DPS**, não tomando em conta os Hospitais. As receitas são provenientes de taxas de consulta, medicamento, taxas moderadoras, internamento e outras (Exames, multas, etc.). Destaca Maputo Cidade com 11 milhões de Mzn, e Gaza e Manica sem dados.



2.3 Consignação de fundos

Dado que o procedimento estabelecido inclui a declaração de fundos e a possibilidade da consignação (retorno), devemos estudar esta parte. Mais não temos informação sobre:

- Quanta receita foi **solicitada** para ser consignada às entidades arrecadoras (DPS/US)
- Quanta receita foi efetivamente **consignada** (retornada)

Será uma área interessante para próximas pesquisas.

2.4 Execução da receita

2.4.1 Dados de execução da receita do e-SISTAFE

O e-SISTAFE fornece dados de execução da receita com procedimento nacional. **Foram executados 57 milhões de meticais de receita via e-SISTAFE em 2017, o que representa um 0,26% dos fundos executados pelo MISAU/SNS via e-SISTAFE em 2017 (21.844 M Mzn, REO 2017).**

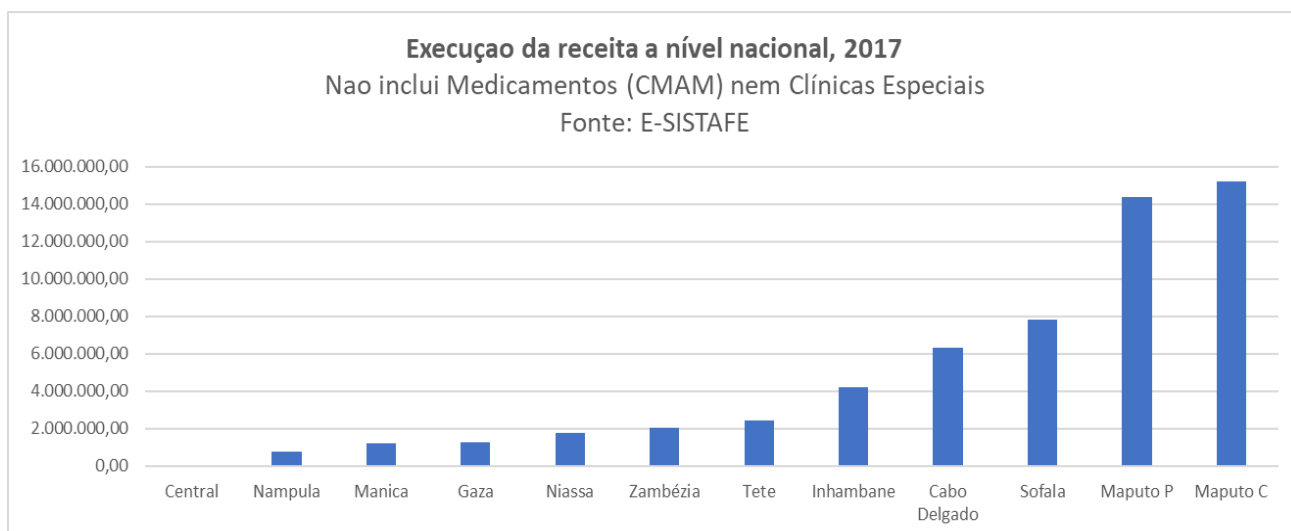
Trata-se de uma quantidade relativamente baixa, comparada com o orçamento total executado e comparada com o esforço realizado em termos de pessoal, tempo, procedimentos e mecanismos de registo, controlo e reporte.

Destacam as diferenças de execução nas províncias: Maputo Cidade e Província executam entre 14 e 15 milhões, comparativamente com Nampula, Manica, Gaza, Niassa, Zambézia e Tete com entre 1 e 2 milhões.

O baixo nível de execução geral pode ter várias explicações, ou combinações de ambas:

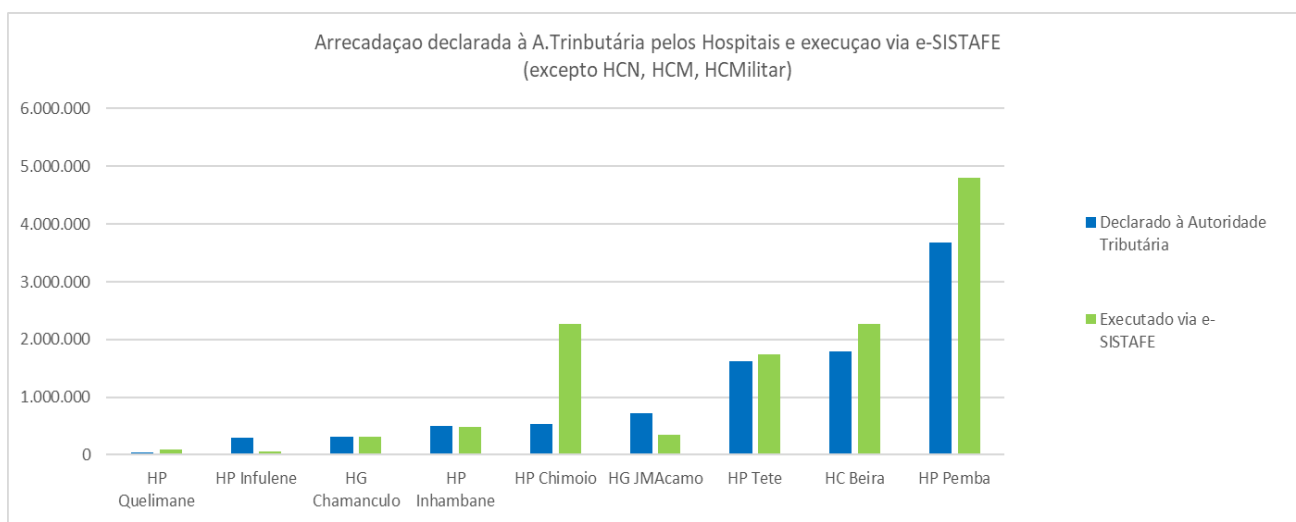
- 1) A receita foi encaminhada para à Autoridade Tributária e não foi retornada.
- 2) A receita esteve disponível para o seu uso porque i) ficou na fonte ou ii) foi retornada da AT, mais:
 - a. Não foi executada (desvio)
 - b. Não foi executada via E-SISTAFE (fundos bem utilizados mais insuficientemente reportados: Sem fatura, etc. ou fundos executados em conceitos fora das normas do SISTAFE)

O gráfico seguinte capta a execução total da receita por província:



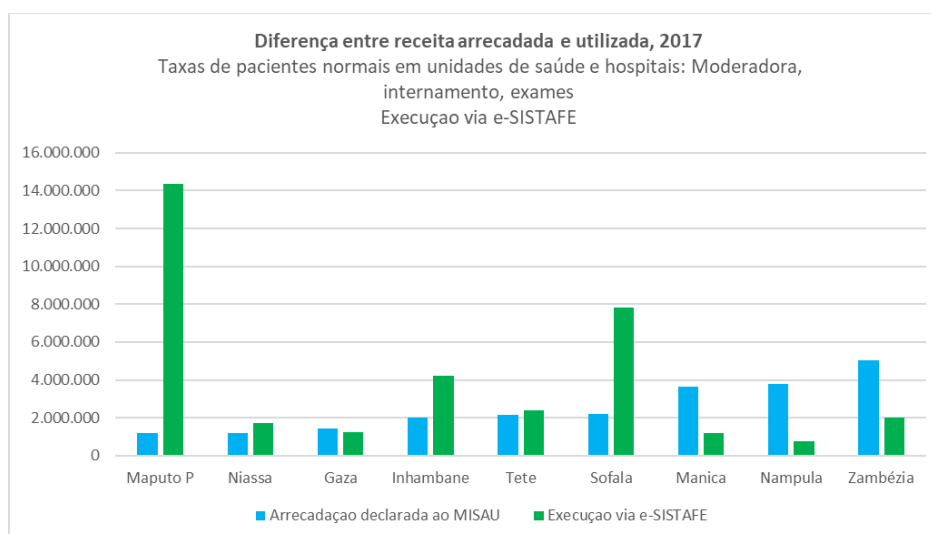
A capacidade do sistema para completar o ciclo de arrecadação, gestão e execução é limitada. Na fonte pode-se arrecadar muito, mais a maior parte utiliza-se fora do sistema de gestão de finanças públicas do Orçamento de Estado. **A parte que finalmente é utilizada com procedimento nacional é pequena.**

É interessante observar o padrão diferente que seguem os hospitais (gráfico seguinte). Em geral, os hospitais **declaram quantidades que depois executam via e-SISTAFE**, o qual marca um caminho positivo em quanto a **concordância** dos reportes. Quer dizer que seguem o procedimento de declarar à Autoridade Tributária mais não transferir, de forma que **usam os fundos na fonte**. As quantidades são pequenas em relação às despesas de estes hospitais (mais em baixo é analisada a relevância orçamental).



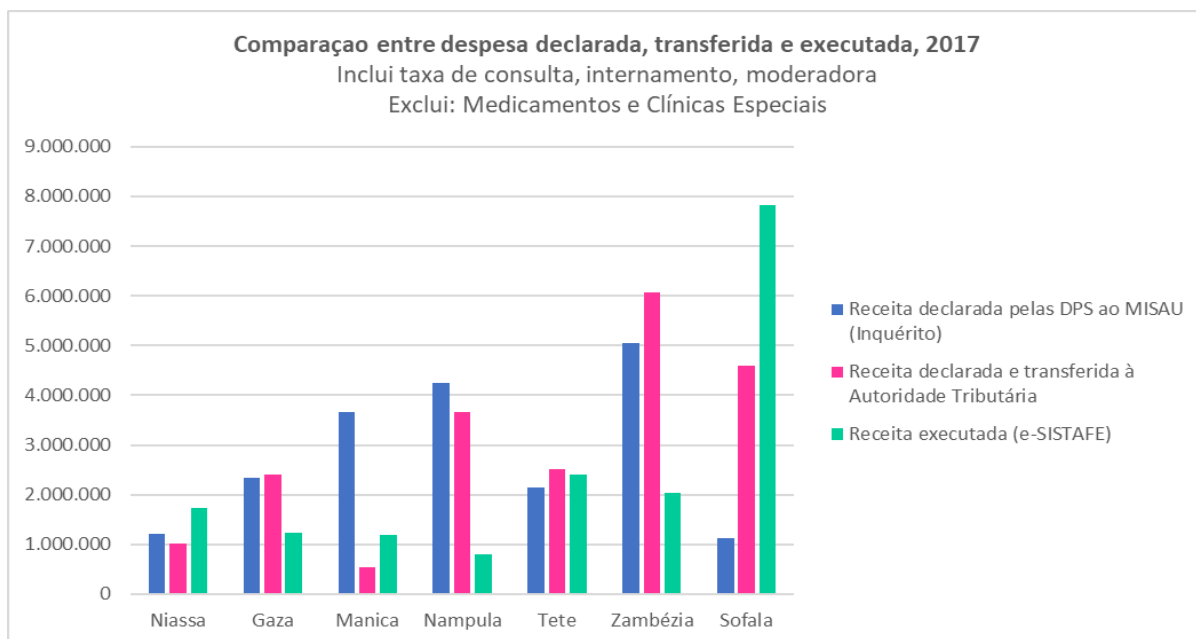
2.4.2 Comparação entre a receita declarada ao MISAU, à Autoridade Tributária e a execução via e-SISTAFE

Uma primeira análise da correspondência entre a arrecadação declarada ao MISAU e a receita executada via e-SISTAFE da esta vista: Algumas províncias executam aquilo que arrecadaram, aproximadamente, outras executaram muito menos de aquilo arrecadado, e outras, por razões que devem se estudar, **executam mais receita comparativamente à aquela arrecadada.**



Para tentar de explicar estas diferenças, o gráfico seguinte mostra a comparação entre aquilo que as DPS declaram ao MISAU de forma informativa como receita (Azul), aquilo que é efetivamente **transferido à Autoridade Tributária como receita** (Rosado), e aquilo que é finalmente executado por cada DPS tendo como fonte de recurso a receita. Temos informação das províncias assinaladas em baixo.

Excluimos da análise a receita de medicamentos, porque vai diretamente para CMAM menos no caso dos hospitais centrais. Também **excluimos as Clínicas Especiais, porque não temos informação sobre quanta receita é revertida no Serviço Nacional de Saúde.**



O gráfico mostra **discrepâncias relevantes entre aquilo que se declara como arrecadado, o transferido à AT e o executado:**

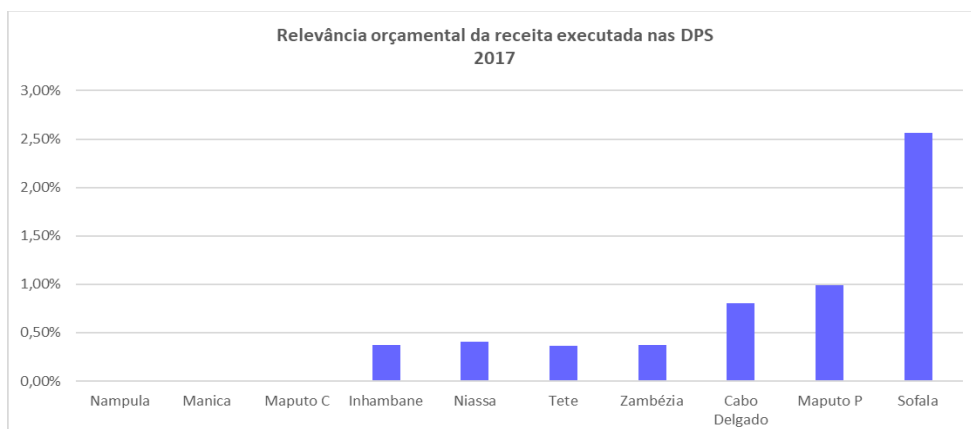
- Algumas províncias declaram ao MISAU a mesma quantidade que transferem na Autoridade Tributária. Este procedimento é óptimo. Também declaram execução (Gaza, Tete, Zambézia). Mais não sabemos se os fundos foram realmente consignados (devolvidos)? Pode ser também um caso de baixa declaração. Falta informação sobre consignação de receita.
- Outras províncias declaram uma arrecadação que não é transferida para à Autoridade Tributária nem utilizada via SISTAFE (Manica).
- Outras têm uma execução de receita maior daquilo que foi declarado como receita ao MISAU e daquilo que foi transferido à Autoridade Tributária (Sofala, Niassa).

2.4.3 Relevância orçamental da receita

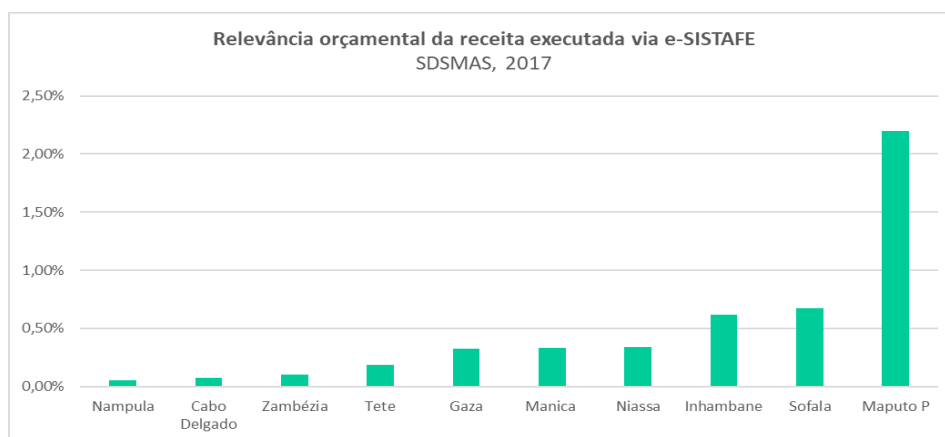
Analisamos a relevância orçamental nas DPS, nos distritos e nos hospitais, que são as categorias para as quais temos os dados.

Para às DPS, a relevância orçamental da receita é em média de 0,7% do seu orçamento. Em realidade, como pode se apreciar no gráfico, para a maioria das DPS, **a receita representou 1% ou menos do seu orçamento executado via e-SISTAFE em 2017.** Algumas províncias têm

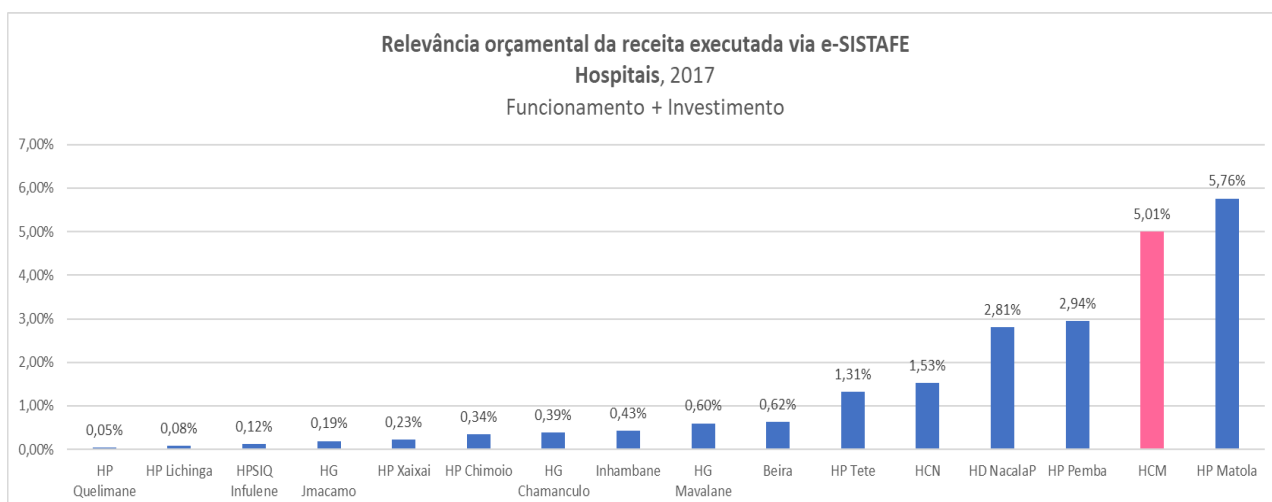
execução zero via e-SISTAFE (nas DPS). Para a DPS de Sofala, a receita representa um 2,5% do seu orçamento.



Nos distritos (SDSMAS), a receita executada representa um 0,43% da execução total, em média ponderada. A maior parte dos distritos estão entre 0 a 0,5%, menos os SDSMAS da província de Maputo, que têm uma receita com uma relevância orçamental de 2,3%.



Para os hospitais (gráfico seguinte), a receita representa um 4,1% dos seus fundos disponíveis para funcionamento e investimento a serem geridos com procedimentos de orçamento de Estado (média ponderada). Em geral, a relevância orçamental está em baixo de 1% na maior parte dos hospitais. Pemba tem um 2,8%. O HCM com 5% e o Hospital Provincial da Matola com 5,76% fazem incrementar a média, que é ponderada. Os hospitais mais grandes arrecadam muito mais e também têm muito mais peso na média ponderada.

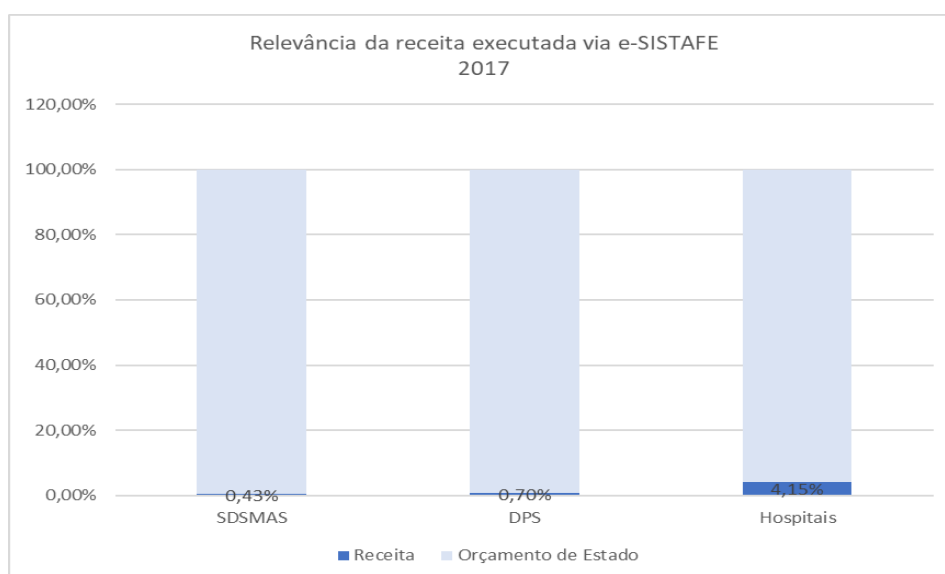


O Hospital Central de Maputo (HCM) tem uma cor diferente, já que é um caso especial de execução da receita fora do e-SISTAFE. O resultado foi uma relevância orçamental de 5%, tomando em conta as receitas de pacientes “normais”, como nos outros hospitais (Excluindo Clínicas Especiais), e tomando os dados do REO para execução de Orçamento de Estado.

Os dados mostram também um **padrão diferenciado de pagamentos no nível quaternário em todo o país**. A área metropolitana de Maputo tem uma renda muito maior, e os pagamentos tem aumentado, entre outras razões, impulsionados pela capacidade de pagamento dos cidadãos. O Inquérito de Orçamento Familiar (IOF) 2014-15 estima **desigualdades socioeconómicas rapidamente crescentes**, especialmente na zona sul urbana. O facto de aumentar também os pagamentos nos hospitais pode contribuir a **aprofundar as desigualdades sociais**.

É interessante observar como os hospitais da área metropolitana mais antigos (J. Macamo, Mavalane, Infulene, Chamanculo) mantém níveis de relevância orçamental das receitas baixo. Nos hospitais onde se fez mais ênfase no autofinanciamento, á mais presença de pacientes privados, ou hospitais novos **aumentam significativamente o peso das receitas no seu financiamento**. As províncias, menos monetarizadas, mantém uma relevância baixa das receitas no nível quaternário.

Globalmente, em resumo dos 3 últimos gráficos, a relevância da receita é a seguinte: 0,43% para os distritos, 0,7% para as DPS e 4,15% para os Hospitais.



4. Quanto custa arrecadar?

Inicialmente podemos estimar que os 1.619 centros de saúde de todos os tipos têm ao menos 1 cobrador da “senha”, geralmente dedicado unicamente a este trabalho. Se estimamos um custo anual bruto de 48.000 Mzn por cada pessoa (4.000 Mzn brutos/mês), o custo total seria de **77,7 M Mzn por ano**.

Esta análise poderia ser aprofundada tendo em conta:

- Centros que têm mais de uma pessoa nas cobranças
- Custos de outros tipos: Tempo de outros recursos humanos, transporte, gestão de contas bancárias, etc.
- Custos reais (não estimativos) dos Recursos Humanos

5. Quanto poderia se arrecadar de mais se as taxas foram aumentadas?

Em primer lugar, como a arrecadação é diferente à execução, á que sublinhar que **arrecadar não implica necessariamente ter esses fundos disponíveis para ser utilizados para o financiamento do SNS com procedimento nacional (SISTAFE)**, por diversas razoes:

- A declaração de fundos ao próprio MISAU e a Autoridade Tributária não parece ser completa, indicando deficiências de controlo e necessidades de uso na fonte
- A arrecadação deve acumulada e declarada e transferida à Autoridade Tributária
- A consignação de fundos não está assegurada por parte do Tesouro
- Algumas instituições do SNS utilizam algumas taxas com procedimentos fora do SISTAFE e investem os fundos arrecadados em conceitos não estritamente ligados ao financiamento do SNS

Para fazer uma simulação, precisaríamos:

- Os preços atuais das consultas especializadas na rede de hospitais públicos.
- Os preços das taxas moderadoras

Em geral:

- Aumentar as taxas de consulta e internamento pode dar uma cifra **teórica** de arrecadação, mais os múltiplos procedimentos envolvidos de planificação e orçamentação da receita, registo, declaração, custódia da receita até transferência à Autoridade Tributária, solicitude de consignação, recepção de fundos, não asseguram que essas quantidades possam ser finalmente executadas via e-SISTAFE. Por tanto, são projeções teóricas.
- Aumentar a **taxa de medicamentos**, por exemplo de 5 para 10mt aumentaria o orçamento disponível da CMAM de 65M Mzn para 130 M Mzn, executados fora dos procedimentos do orçamento nacional e destinados em um terço a incentivos salariais no nível central.

Se projetamos os possíveis aumentos das taxas que têm quantidade fixada, e que são executadas via e-SISTAFE, ficamos só com as taxas de **consulta e internamento**, as únicas que têm quantidade fixa e que são utilizadas teoricamente no quadro do e-SISTAFE. Uma análise simples poderia de aumento de taxas poderia trazer um cenário assim:

	Arrecadação atual	Taxa	Taxa aumentada	Arrecadação teórica
Consulta em unidades sanitárias	16.418.805	1	10	164.188.049
Consulta em hospitais	13.684.000	1	10	136.840.000
Internamento	3.412.580	10	20	6.825.161
	33.515.385			307.853.209

A relevância orçamental de esta receita poderia passar de um 0,1% a um **1,5%** se fora executada na sua totalidade com os mesmos custos de gestão atuais.

6. Conclusões

1. Em geral, **a receita não é uma fonte significativa de financiamento global do Serviço Nacional de Saúde**, e representando 0,4% dos fundos executados para os Serviços Distritais de Saúde e 0,7% no caso das DPS. Para os hospitais, a relevância é maior (4%), especialmente para aqueles mais grandes e situados em zonas urbanas de rendas mais elevadas.

Esta **não-dependência do SNS respeito às receitas** é um ponto de partida muito interessante e diferente da maioria dos países da África.

2. Os **pagamentos crescentes nos hospitais** da rede sanitária pública **por consultas, diagnósticos e procedimentos médicos têm um risco real de diminuir o acesso à saúde e representar despesa catastrófica**.
3. Em geral, **os padrões de arrecadação, gestão e uso de receita são diferentes entre províncias**, o qual indicaria uma **gestão não unificada** da arrecadação, gestão e uso da receita no SNS (explicado no ponto 10).
4. Observa-se uma **elevada complexidade administrativa nos processos de arrecadação, gestão e uso da receita geridos por diversas instituições**, com o resultado de fragmentação, perda de relevância da receita, dificuldade de ter informação completa e risco de desvio.
5. **A maior parte da receita arrecadada é utilizada fora do procedimento nacional (94% com dados da Autoridade Tributária²¹ e 82% com dados fornecidos pelas DPS)**. Com estes fundos financiam-se serviços e bens que **não estão claramente ligados** na sua totalidade **ao Serviço Nacional de Saúde**, especialmente **incentivos salariais**. Trata-se da receita das Clínicas Especiais, CMAM e em alguns casos Hospitais Centrais.
6. **As Clínicas Especiais não podem ser consideradas mecanismos de financiamento do SNS atualmente, já que:**
 - Não temos informação sobre os custos que supõem para o Orçamento de Estado
 - Os ingressos são utilizados majoritariamente para financiar despesas fora dos limites do SNS, especialmente complementos salariais.

A capacidade das Clínicas para financiar o SNS dependerá da relação entre os custos que supõem para o Orçamento de Estado e os **ingressos utilizados dentro do SNS**. A parte que as Clínicas devem transferir aos Hospitais públicos onde estão situadas é um assunto em atual negociação.

Em qualquer caso, utilizar fundos de Orçamento de Estado para ter um sistema com **dupla entrada e melhor atendimento para aqueles que pagam é regressivo** (favorece-se aos grupos de renda alta e aprofundam-se as desigualdades).

7. Os custos de arrecadar podem se estimar como **maiores** que aquilo efetivamente executado de receita via e-SISTAFE.

²¹ Percentagem estimativa. Dados obtidos da Autoridade Tributária. Direção Geral de Impostos. Receita da Saúde Arrecadada em 2017. Dos 754 M Mzn arrecadados, ao menos 711 são executados fora do e-SISTAFE, segundo a informação disponível.

8. Todo o processo da receita leva consigo também **custos de transação** relevantes:
- A **incerteza dos pacientes sobre as quantidades a pagar**, num contexto de não padronização dos pagamentos e negociação individual das isenções. Esta incerteza leva geralmente à uma diminuição da demanda de serviços²².
 - A **incerteza das unidades de planificação** (US, SDSMAS, DPS) sobre as quantidades a ser orçamentadas como receita
 - A incerteza das unidades de execução sobre a **consignação de fundos**
 - **Dificuldades na gestão dos centros de saúde respeito a como gerir a receita** (Dentro/Fora do SISTAFE), o papel das contas bancárias, etc.
9. **Risco de desvio:** O facto de não ter um controlo único de todo o processo complexo, e o facto de muitas Unidades Executoras terem maneio diário de fundos e contas bancárias comerciais faz com que exista um risco evidente de desvio de fundos. As grandes discrepâncias entre o arrecadado, o declarado, transferido e executado, podem indicar **controles não muito consistentes**.
10. Existe uma **grande diversidade na gestão de todo o processo da cobrança ao uso das receitas. Não existe um seguimento nem controlo único do processo:**
- **Arrecadação**
 - O **perfil de arrecadação de cada província é muito** diferente (tipo de receita e quantidades arrecadadas), mais do que poderia ser justificado pelas lógicas diferenças de população e renda.
 - **Os pagamentos de pacientes “normais” nos Hospitais não estão padronizados**²³. Existe um **número crescente de pagamentos que são feitos nos hospitais**, ao abrigo da **autonomia** dos hospitais, e que têm potencial para ser catastróficos (será preciso mapeamento e regulamentação).
 - **Declaração ao MISAU**
 - Os mecanismos de declaração de receita das DPS ao MISAU/DAF não funcionam operativamente. A receita que é captada pelos sistemas de informação do nível central é mínima.
 - Com o inquérito específico realizado, os padrões de declaração também foram diferenciados entre províncias, existindo províncias que declaram mais à Autoridade Tributária que ao próprio MISAU.
 - **Declaração à Tributária**
 - Os padrões de declaração à Autoridade Tributária são também diferenciados entre províncias.
 - **Transferência à Autoridade Tributária**
 - Existe uma parte da declaração da receita à Autoridade tributária que não culmina com transferência de fundos. Algumas Unidades Executoras podem ficar com os fundos, e algumas delas executam estes fundos com procedimentos fora do Orçamento de Estado.
 - **Consignação**

²² Cabral, J. (2007): *Consultoria sobre a abolição de taxas de usuário no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique*. Universidade Nova de Lisboa.

²³ Intellica (2013): *Relatório sobre o potencial de arrecadação de receita no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique*. DFID, Maputo.

- Não temos informação sobre quanta receita foi solicitada pelas DPS para ser devolvida (pendente de obter)
- Não temos informação sobre quanta receita foi finalmente consignada pelo Tesouro (pendente de obter).

- **Execução**

- Os dados de execução revelam uma execução baixa em geral, com procedimentos de Orçamento de Estado.
- O padrão de execução de receita também é muito diferente entre províncias

11. **A informação disponível é limitada.** Não temos informação disponível, pública, acessível e permanentemente atualizada sobre:

- Arrecadação das DPS, Centros de Saúde e Hospitais com diferenciação por tipo de receita.
- Consignação de fundos do Tesouro para às DPS.
- Custos das Clínicas Especiais suportados pelo Orçamento de Estado
- Arrecadação das Clínicas Especiais e a sua utilização no SNS

7. Recomendações

❖ Tomar em conta que os pagamentos por assistência sanitária são uma parte da arquitetura política do Serviço Nacional de Saúde

As cobranças não têm só um papel económico, de sustento material do sistema. Também **dão forma ao sistema**, marcam os limites de entrada, uso, cobertura, o limite dos direitos, os limites da política pública e do mercado, dão forma as exclusões, e ao próprio conceito de SNS.

Fazer mediar um pagamento monetário para receber cuidados de saúde faz que o sistema esteja **baseado em capacidade de pagamento**, especialmente para os casos de pagamentos crescentes nos hospitais. Esta opção tem elevados riscos de **exclusão dos serviços de saúde e limitação das oportunidades vitais** de uma grande parte da população, promoção das desigualdades sociais e limitação da produtividade da economia.

❖ Manter a forma universalista do Serviço Nacional de Saúde. Isto implica:

- Esforço continuado para uma provisão de **máxima** qualidade no SNS
- Acesso universal da população a todos os serviços do SNS como **direito de cidadania**
- **Não diferenciação os serviços por capacidade de pagamento**
- **Não estabelecimento de relação entre pagamento e uso**

Recomenda-se esta opção porque é aquela que a evidência demonstra que pode oferecer melhores resultados de saúde, redução de pobreza e desigualdade, além de mais eficiência, comparativamente à outras baseadas em capacidade de pagamento ou em posição no mercado laboral.

❖ Priorizar o Orçamento de Estado como fonte de financiamento

O Orçamento de Estado é a fonte de financiamento mais interna, independente de fundos externos, e que oferece certa estabilidade no longo prazo. Permite a realização de grandes políticas de Estado, como a cobertura sanitária, com impacto sobre a redução da pobreza e das desigualdades. A OMS no último relatório sobre financiamento de sistemas de saúde recomenda diminuir os pagamentos por uso, limitar as contribuições sociais e transitar para sistemas financiados com impostos gerais²⁴.

O financiamento com orçamento de Estado permite ter um sistema com um **único pool de contribuintes e usuários**, tal como também recomenda a OMS, e facilitar o subsídio cruzado e a **redistribuição de custos e de rendas com a máxima simplicidade administrativa**.

A análise de espaço fiscal será realizada no documento de Recomendações de Política. Sendo à atualidade um momento de consolidação fiscal e crescentes pagamentos de dívida, o sector vai manter o seu peso no orçamento e aumentá-lo em termos nominais. Os próximos anos o sector não vai ver relevantes aumentos de orçamento nem de liquidez, tendo esta piorado severamente em 2017 e possivelmente em 2018. **As perspectivas de médio e longo prazo estimam capacidade de financiamento do SNS com impostos gerais.**

²⁴ WHO (2017): *Global Report: New perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage*. Geneva. Pg.29

- ❖ **Transitar para um cenário com menores ou nulos pagamentos no ponto de uso**, tal como recomendado pelos padrões internacionais. Considera-se que os pagamentos no ponto de uso são a forma **menos equitativa** de financiar os sistemas de saúde e aquela que implica mais despesa catastrófica.
 - **Valorar as formas mais adequadas de financiar os centros de saúde**, tendo em conta os inputs que são comprados e contratados centralmente (RRHH, Medicamentos e artigos médicos), e aqueles que devem ser comprados ao nível provincial, distrital ou local.

Será preciso valorar qualitativamente, em relação à procedimentos, se são as receitas a forma mais adequada para responder às necessidades de **fundo de maneiio das unidades de saúde** e dos hospitais, com critério de máxima **simplicidade administrativa** e relevância orçamental.
 - **Analisar, limitar e progressivamente reduzir os pagamentos** que são realizados nos **hospitais da rede pública** para consultas, diagnósticos, procedimentos, operações, próteses, já que constituem o **principal foco de crescente risco de exclusão sanitária e despesa catastrófica**.
 - **Valorar a remoção da taxa de consulta (1Mt)**, visto que a gestão é complexa, os custos administrativos e de transação são elevados, e a relevância orçamental agregada é pequena. Recomenda-se dialogar com as províncias, distritos e unidades de saúde para compreender bem a relevância de esta taxa de 1Mt no financiamento diário das unidades sanitárias e planificar conjuntamente o mecanismo de substituição de estes fundos.
 - **Refletir sobre a utilidade e regressividade da taxa de medicamentos (5Mt)**

A receita de medicamentos complementa o orçamento da CMAM em operações de distribuição de medicamentos e incentivos salariais fora dos procedimentos do Orçamento de Estado. **Merece uma reflexão sobre a sua pertinência, utilidade, regressividade** (como aprofunda desigualdades), bem como **correspondência com o fim para o qual foi criada a taxa**.
 - **Estudar a opção de substituir os pagamentos dos utentes nas unidades sanitárias por transferências monetárias de fundos de Orçamento de Estado para funcionamento das unidades sanitárias desde o nível Central/Provincial**

A análise revelou que existe uma dificuldade real em gerir o complexo processo de arrecadar, registar, declarar, enviar para a instituição certa, e realizar todos os trâmites para consignação, além da própria execução da receita. **O resultado final é muito investimento e poucos resultados em termos de financiamento e de melhoria do atendimento**. Parece difícil argumentar que um aumento nas taxas poderia alterar esta situação estrutural.

Moçambique tem um ponto de partida interessante: **Os salários e os medicamentos não dependem da receita arrecadada nas unidades sanitárias**, como acontece em outros países africanos.
- ❖ **Analisar a relação entre os pagamentos formais e informais no SNS**. A redução progressiva dos pagamentos no ponto de uso poderia diminuir os pagamentos informais sempre que exista um diálogo prévio com os intervenientes, o financiamento seja suficiente, e a comunicação e supervisão sejam claras.

❖ **Limitar a presença de atividade económica privada dentro do SNS**

Se as Clínicas foram chamadas a ter um papel no financiamento do SNS, haveria que **regulamentar os limites da atividade pública e privada**, bem como a contribuição das Clínicas e utilização dos fundos arrecadados no quadro dum sistema público.

A atividade médica privada dentro de sistemas públicos gera duplas vias de entrada e desigualdades financiadas com fundos públicos. Recomenda-se estudar a possibilidade de que as Clínicas Especiais passem a exercer as suas funções fora do âmbito do SNS. Para os desafios de retenção dos médicos no SNS, outras opções de compensação e regulamentação poderiam ser estudadas.

❖ No caso de querer manter **pagamentos diretos para à Saúde por parte dos cidadãos**, recomenda-se escolher tipos de pagamentos que possam ser realizados por **toda a cidadania, não só por aqueles que usam o SNS**. Deveria ser um tipo de pagamento **desligado de qualquer episódio de doença nem do uso do SNS**.

A forma recomendada seria uma taxa anual com um procedimento simplificado ao máximo, dirigida à grupos da sociedade monetarizados e com capacidade de pagamento, e com uma arquitetura institucional simples e operacional (por exemplo, juntando este pagamento a outro que já se realiza normalmente e unificando a arrecadação para ser somada ao SNS).

❖ No caso de querer manter os pagamentos no ponto de uso, recomenda-se:

- **Gerir a receita com um sistema simplificado e unificado de registo**, trânsito e utilização de fundos, incluindo supervisão e coordenação interinstitucional. Quanto mais **agregados** sejam os fundos, maior capacidade de planificar políticas e prever financiamento. Recomendam-se opções de gestão que possam **superar o atual nível de fragmentação** do financiamento.
- **Limitar o crescimento dos pagamentos**, especialmente no nível hospitalar, onde já existem despesas que podem ser qualificadas como catastróficas.

8. Propostas futuras de análise

- Estudo das **necessidades de financiamento das unidades sanitárias** (fundo de maneiio) além dos Recursos Humanos e dos medicamentos e artigos médicos que são comprados centralmente.
- Análise quantificado da possibilidade de transferências de fundos para ser geridas com procedimentos do SISTAFE.
- **Análise da consignação de receita:**
 - Quantidades solicitadas pelo sector Saúde para serem consignadas
 - Consignação efetiva por parte do Tesouro
- **Mapeamento dos pagamentos** (preçários) nos hospitais da rede pública
- **Análise de custos das Clínicas Especiais para o Orçamento de Estado e financiamento do SNS.**