

**República de Moçambique
Ministério da Saúde**

Com Financiamento dos Parceiros do PROSAUDE
No. de Projeto: RSB0120826

**Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças
Públicas no Sector da Saúde em Moçambique**

Metodologia PEFA adaptada para o Sector da Saúde

Relatório Final



Preparado por:

Nicolas Drossos - Consultor Principal
Berta Gregório Bunguele- Consultora Nacional

11 de Fevereiro de 2016

DISCLAIMER

O conteúdo deste relatório resulta das evidências analisadas e entrevistas realizadas no sector de Saúde de Moçambique, nomeadamente ao nível central, de acordo com os Termos de Referencias disponibilizados para o trabalho, e são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Preparado por:

Nicolas Drossos - Consultor Principal
Berta Gregório Bunguele - Consultora Nacional

Revisto por:

Andrew Lawson - Consultor Internacional/Qualidade
Mariam Umarji - Consultor Internacional/Qualidade
Alberto Musatti – Parceiros de Cooperação/Qualidade

*Sob a coordenação do Grupo de Trabalho
de Administração e Financas (GTAF)*

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Moeda Nacional	Metical (MZN) 1 USD (\$) = 42.4941 MZN 1 EUR (€) = 47.6394 MZN
Taxa De Câmbio	4 de outubro de 2015 Fonte: XE Currency Converter: http://www.xe.com/currencyconverter/convert/?Amount=1&From=USD&To=MZM
Ano Económico	Janeiro a Dezembro
Exercício Fiscal & Período de Avaliação	2012, 2013 e 2014

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

DISCLAIMER	2
INFORMAÇÕES RELEVANTES.....	4
ÍNDICE DE CONTEÚDOS	5
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	9
NOTA DE ABERTURA.....	13
AVALIAÇÃO SUMÁRIA	14
i. Avaliação integrada do desempenho de GFP	14
i.i. Visão geral do conjunto dos indicadores no sector da Saúde (2009-2015).....	14
i.ii. Evolução das Pontuações.....	15
i.iii. Credibilidade do Orçamento.....	16
i.iv. Abrangência e Transparência.....	16
i.v. Orçamentação Baseada em Políticas.....	17
i.vi. Previsibilidade e Controlo na Execução Orçamental	17
i.vii. Contabilidade, Registos e Relatórios Financeiros	18
i.viii. Fiscalização e Auditoria Externa	18
ii. Avaliação do Impacto dos Pontos Fracos na Gestão Financeira Pública.....	18
iii. Perspectivas de Planeamento e Implementação de Reformas.....	19
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E JURIDICO-LEGAL.....	21
2.1 Distribuição de Responsabilidades no Sector da Saúde	21
2.2. Enquadramento Jurídico-legal para a Gestão Financeira no Sector	25
2.3 Questões sobre Políticas e Financiamento do Sector da Saúde	30
2.3.1 Resultados do Sector 2010 – 2014.....	30
2.3.2 Despesas Realizadas e Projetadas no Sector 2012-2014.....	32
2.3.3. Fundo Comum PROSAUDE.....	35
2.4 Principais Desafios do Sector.....	37
3. DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE GESTÃO DE FINANÇAS PÚBLICAS DO SECTOR. 40	
3.1. Credibilidade do Orçamento	40
SI–1. Resultado da Despesa Agregada em Comparação com o Orçamento Original Aprovado para o Sector	40
SI–2. Composição da Despesa Executada em Comparação com o Orçamento Original Aprovado do Sector	42
SI–3. Resultado das Receitas Agregadas em Comparação com o Orçamento Original Aprovado para o Sector	44
3.2. Abrangência e Transparência	46
SI – 5. Classificação do Orçamento no Sector da Saúde	46
SI -7. Grau de Operações Governamentais Não Reportadas.....	47

SI-8. Transparência das Relações Orçamentais Intergovernamentais.....	50
SI-10. Acesso Público a Informações Fiscais Chave do Sector	53
3.3. Orçamentação Baseada em Políticas Públicas	55
SI-12. Perspetiva Plurianual na Planificação e Orçamentação no Sector da Saúde	55
3.4. Previsibilidade e Controlo da Execução Orçamental	58
SI-13. Transparência das obrigações e responsabilidades dos utentes do sector.....	59
SI-16. Previsibilidade da Disponibilidade de Fundos para Compromissos (Cabimentação) de Despesas	61
SI-18. Eficácia do Controlo das Folhas de Salário	65
SI-20. Eficácia do Controlo Interno para Despesas Não Salariais	71
SI-21. Eficácia da Auditoria Interna no Sector da Saúde.....	76
3.5. Contabilidade, Registo e Reporte	81
SI-22. Prontidão e Regularidade de Reconciliação de Contas no Sector da Saúde	82
SI-23. Disponibilidade de Informação dos Recursos Recebidos pelas Unidades Sanitárias de Nível Distrital.....	84
SI-24. Qualidade e Prontidão dos Relatórios De Execução Orçamental do Sector da Saúde durante o ano.....	85
SI-25. Qualidade e Prontidão dos Relatórios Anuais de Contas do Sector da Saúde	88
3.6. Fiscalização e Auditoria Externa.....	90
SI-26 Âmbito, natureza e acompanhamento da auditoria externa no sector da Saúde	90

Anexo I - Visão Geral do Conjunto de Indicadores do Sector da Saúde (2009-2015) 93

Anexo II – Recomendações para possíveis melhorias na GFP no Sector da Saúde... 107

1. Estrutura Orgânica.....	107
2. Instrumentos de Trabalho.....	107
a) Regras e Procedimentos	107
b) Sistemas de Informação Financeira	107
3. Planificação e Orçamento	108
4. Contabilidade	108
5. Folha de Pagamento	109
6. Prestação de Contas e Demonstrativos Financeiros	109
7. Auditoria Interna e Externa.....	109

Anexo III – Pessoas Entrevistadas

Anexo IV – Planilhas para o cálculo do SI-1 e SI-2

INDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figuras

Figura 1: Despesa de Investimentos das Instituições do Sector da Saúde, Interno e Externos, 2012-14 (10 ³ MZN)	18
Figura 2: Organigrama do MISAU	23
Figura 3: Organigrama Padrão das DPSs	24
Figura 4: Número médio anual de nascimentos durante um ano por 1.000 pessoas, na População em meados do ano, Região Sul de África 2006-2014	31
Figura 5: Percentagem de crianças com 1 ano, com imunização insuficiente na População, na Região Sul de África 2012-2013	31
Figura 6: Despesa no Sector da Saúde por Instituição 2012 – 2014 – Componente Funcionamento	33
Figura 7: Taxas de execução da despesa no Sector da Saúde, por Classificador Económico, 2012-2014	35
Figura 8: Comparação dos Compromissos e Desembolsos dos Parceiros para o Prosaúde 2010-2014 (10 ³ USD)	36
Figura 9: Previsão e Execução de Receitas Internas - Nível central (Previsão: Orçamento Actualizado)	45
Figura 10: Receitas e Despesas Extra-Orçamentais (10 ³ MZN).....	48
Figura 11: Peso do Investimento Externo em Proporção ao Total do Financiamento Global da Saúde, na Execução (excluído PROSAUDE, em %)	49
Figura 12: Circuito de Execução da Despesa a Nível Central com Bens Serviços e Construções - Adiantamento por Conta do Contrato	73
Figura 13: Balanço Patrimonial da Conta de Gerência 2014.....	75

Tabelas

Tabela 1: Indicadores do Sector da Saúde na Região Sul de África 20010 – 2014.....	30
Tabela 2: Despesa no Sector da Saúde por Instituição 2012 – 2014 – Componente Funcionamento	32
Tabela 3: Despesa no Sector da Saúde 2012-2014 – Componente Investimento.....	33
Tabela 4: Despesa Total no Sector da Saúde, por Classificação Económica, 2012 – 2014.....	34
Tabela 5: Orçamentos Aprovados e Executados do Fundo Comum PROSAÚDE, 2012 a 2014 (10 ³ MZN)	36
Tabela 6: Compromissos Preliminares dos Parceiros ao PROSAUDE 2015.....	37

Tabela 7: Síntese de custos do PESS 2014-2019 (US\$)	38
Tabela 8: Resultado da despesa agregada em comparação com o orçamento original aprovado (2012-14) (10 ³ MZN e %)	41
Tabela 9: Variação na Composição da Despesa Realizada (2012-14, %).....	43
Tabela 10: Acesso à Informação sobre o Sector pelo Público em Geral	54
Tabela 11: Comparação dos Principais Agregados do CFMP (Proposta do Sector), LOE e CGE – 2012 a 2014 e PESS 2014-2019 (10 ³ MZN)	56
Tabela 12: Comparação dos Agregados do CFMP, LOE e CGE – 2012 a 2014 (Componente Investimento).....	57
Tabela 13: Comparação dos números do CFMP, LOE e CGE – 2012 a 2014 (C.Funcionamento)	57
Tabela 14: Procedimento para Aprovação e Processamento de Salários no Sector	67
Tabela 15: Roteiro de Procedimento e Pagamento de Salários no Sector	68
Tabela 16: Detalhe de Procedimentos de Controlo Interno das Alterações no e-CAF e e-FOLHA	69
Tabela 17: Constatações e recomendações das auditorias (TA e IGF)	70
Tabela 18: Outras Auditorias Realizadas pela IGS ao MISAU	78

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Descrição
ACI	Agente de Controlo Interno
AFU	Adiantamento de Fundos
AR	Assembleia da República
ARS	Agente Recenciador Sectorial
CC	Centro de Custo
CED	Classificador Económico da Despesa
CEDSIF	Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação Financeira
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CG	Conta de Gerência
CGE	Conta Geral do Estado
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
COFOG	Classificações das Funções do Governo
CRM	Constituição da República de Moçambique
CUT	Conta Única do Tesouro
DAF	Direcção de Administração e Finanças
DC	Demonstrativo Consolidado
DFs	Demonstrações Financeiras
DFR	Disponibilidade por Fonte de Recurso
DNCP	Direcção Nacional de Contabilidade Pública
DNO	Direcção Nacional do Orçamento
DNPO	Direcção Nacional de Planeamento e Orçamento
DNS	Direcção Nacional de Saúde
DNT	Direcção Nacional do Tesouro
DPAF	Direcção Provincial de Administração e Finanças
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças
DPRH	Direcção Provincial de Recursos Humanos
DPS	Direcção Provincial de Saúde

DRH	Direcção de Recursos Humanos
DRH	Direcção de Recursos Humanos
e-CAPAE	Sistema Electronico de Cadastro Provisório de Agentes do Estado
e-SISTAFE	Sistema Eletrónico de Administração Financeira do Estado
FC	Fundo Comum
GdM	Governo de Moçambique
GFP	Gestão de Finanças Públicas
GFS	Estatísticas Financeiras do Governo
HCM	Hospital Central de Maputo
IFE	Inquérito de Fundos Externos
IGF	Inspecção-Geral de Finanças
IGS	Inspecção-Geral de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INTOSAI	Organização Internacional das Instituições Supremas de Auditoria
IPSAS	Padrões Internacionais de Contabilidade Pública
LOE	Lei de Orçamento do Estado
M&A	Monitoria e Avaliação
MAEFP	Ministério da Administração Estatal e Função Pública
MdF	Ministério das Finanças
MEF	Ministério de Economia e Finanças
MEO	Módulo de Elaboração do Orçamento
MEX	Módulo de Execução Orçamental
MISAU	Ministério da Saúde
MOAF	Mapa de Origem e Aplicação de Fundos
MPD	Ministério de Planificação e Desenvolvimento
MPGF	Manuais de Procedimentos de Gestão Financeira e Administrativa
OD	Ordenador da Despesa
OE	Orçamento do Estado
PA	Processo Administrativo
PARP/A	Plano de Acção para Redução da Pobreza/Absoluta

PC	Parceiros de Cooperação
PEFA	Despesa Pública e Responsabilização Financeira
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PF	Programação Financeira
POS	Proposta de Orçamento do Sector
PQG	Programa Quinquenal do Governo
PT	Plano de Tesouraria
RCPC	Repartição de Contabilidade e Prestação de Contas
REO	Relatório de Execução Orçamental
RH	Recursos Humanos
SCI	Subsistema de Controlo Interno
SCP	Sistema de Contabilidade Pública
SD	Secretaria Distrital
SDAE	Serviço Distrital de Actividades Económicas
SDEJT	Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia
SDPI	Serviço Distrital de Planeamento e Infra-estrutura
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social
SGRH	Sistema de Gestão de Recursos Humanos
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SNGRH	Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos
SOE	Sistema do Orçamento do Estado
SPE	Subsistema do Património do Estado
SPS	Sector Público de Saúde
STP	Subsistema do Tesouro Público
TA	Tribunal Administrativo
UGB	Unidade Gestora e Beneficiária
UGE	Unidade Gestora e Executora
UGEA	Unidade Gestora e Executora das Aquisições

US	Unidade Sanitária
----	-------------------

NOTA DE ABERTURA

O presente relatório é o resultado de uma **avaliação externa e independente**, baseada numa adaptação da metodologia PEFA do sector da Saúde em Moçambique, cobrindo o período compreendido entre 2012 a 2014.

Este exercício foi **cofinanciado pelos Parceiros do PROSAUDE**, nomeadamente as Embaixadas da Flandres, Países Baixos e Dinamarca. A avaliação foi realizada por uma equipa de consultores composta por Nicolas Drossos (Consultor Principal) e Berta Gregório Bunguele (Consultora Nacional). O controlo de qualidade e conformidade com a aplicação da metodologia PEFA adaptada ao sector foi efetuado por Andrew Lawson (Consultor Internacional/Qualidade) e Mariam Umarji (Consultora Nacional/Qualidade). Os Parceiros de Cooperação, representados por Alberto Musatti, efectuaram também o acompanhamento e controlo de qualidade do processo de avaliação e redacção do respetivo relatório.

A missão de recolha de informação junto do sector teve lugar de 29 de Setembro a 24 de Outubro de 2014, o que permitiu aos consultores organizarem várias sessões de trabalho com todos os departamentos do Ministério da Saúde, Ministério de Economia e Finanças, Tribunal Administrativo, e Parceiros do PROSAUDE. No entanto, não foi possível, no âmbito desta missão, consultar entidades desconcentradas do sector (por exemplo, hospitais) e a Assembleia da República.

Este relatório final, datado 11 de Fevereiro de 2016, incorpora todos os comentários recebidos do grupo de referência e do grupo de apoio (que integra parceiros de cooperação e consultores de qualidade), que acompanharam o processo de avaliação. Foi submetido ao Ministério da Saúde para a verificação, comentários, validação e, conforme necessário e aplicável, disponibilização de informação adicional, e integra o contraditório do MISAU, com comentários da DPC, DAF, IGS, DRH e Projecto Forssas.

Os membros da equipa gostariam de agradecer em particular, o Secretário Permanente do MISAU, Dr. Zacarias Zindoga, o Director da DAF, Dr. António Manuel Mulhovo e a todos os demais quadros do Ministério, que de uma forma ou outra ajudaram na recolha de informação e apoiaram a equipa durante a missão no terreno.

Os membros da equipa também gostariam de agradecer o Alberto Musatti (Assessor ao GTAF e representante dos Parceiros de Cooperação), em Maputo, pelo apoio incondicional, antes e durante a missão de terreno.

AVALIAÇÃO SUMÀRIA

O Diagnóstico dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas no sector da Saúde em Moçambique foi preparado com recurso a Metodologia PEFA, adaptada para o sector da Saúde. O seu objectivo é de fornecer uma avaliação do desempenho da GFP, baseada numa análise conduzida por indicadores de forma concisa e padronizada. As informações fornecidas têm por objectivo contribuir na preparação de uma proposta de reformas no sector da Saúde e facilitar o diálogo entre o Governo e os Parceiros da Saúde.

i. Avaliação integrada do desempenho de GFP

i.i. Visão geral do conjunto dos indicadores no sector da Saúde (2009-2015)

Tabela Resumo: Avaliação Global (Uma avaliação mais detalhada se encontra no Anexo I - Visão Geral do Conjunto de Indicadores do Sector da Saúde, 2009-2015)

SI	Área de Avaliação	PONTUAÇÃO		
		2015	2009	2015
	A. RESULTADOS DA GFP Credibilidade do Orçamento	PEFA Global	PEFA Saúde	
SI-1	Resultado da despesa agregada comparada com o orçamento original aprovado para o sector de saúde	A	D	B
SI-2	Composição das despesas executadas comparativamente ao orçamento original aprovado	D+	A	C
SI-3	Resultado da receita (oriunda de cobranças de taxas) agregada comparada com o orçamento original aprovado	A	C	C
	B. PRINCIPAIS QUESTÕES TRANSVERSAIS: Abrangência e Transparência			
SI-5	Classificação do orçamento	B	C	B
SI-7	Grau das operações governamentais não reportadas	B+	C	D+
SI-8	Transparência das relações fiscais intergovernamentais (Transparência das regras e procedimentos existentes no Sector para a orçamentação no nível	B	B	C+
SI-10	Acesso público à informação fiscal chave do sector da Saúde	B	B	C
	C. CICLO ORÇAMENTAL			
	C (i) Orçamentação Baseada em Políticas			
SI-12	Perspectiva plurianual na planificação e orçamentação no sector da Saúde	C+	C	C
	C (ii) Previsibilidade e Controlo na Execução Orçamental			
SI-13	Transparência das obrigações e responsabilidade dos contribuintes (dos utilizadores dos serviços do sector da Saúde)	A	D+	C
SI-16	Previsibilidade na disponibilidade de fundos para compromissos (cabimentação) de despesas	C+	C+	C+
SI-18	Eficácia do controlo das folhas de salário	B	B	B

SI-20	Eficácia dos controlos internos para despesas não salariais	C+	D+	C+
SI-21	Eficácia da auditoria interna no sector da Saúde	B+	D+	C+
C (iii) Contabilidade, Registos e Relatórios Financeiros				
SI-22	Prontidão e regularidade de reconciliação de contas no sector da Saúde	B	B	B+
SI-23	Disponibilidade de informação dos recursos recebidos pelas unidades sanitárias de nível distrital	D	D	D
SI-24	Qualidade e prontidão dos relatórios de execução orçamental do sector da saúde durante o ano	B	D+	C+
SI-25	Qualidade e prontidão dos relatórios anuais de contas do Sector da Saúde	B+	C+	C+
C (iv) Fiscalização e Auditoria Externa				
SI-26	Âmbito, natureza e acompanhamento da auditoria externa no sector da Saúde	C+	D+	C+

i.ii. Evolução das Pontuações

Evolução das Pontuações

Positiva	Negativa	Igual
8	4	6

A evolução dos resultados no desempenho da GFP neste PEFA-Saúde 2015 foi de forma geral, positiva. Oito dos 18 indicadores evoluíram de maneira positiva, quatro de maneira negativa e seis não apresentaram evolução.

Pontuações 2009 - 2015

A		B		C		D	
2009	2015	2009	2015	2009	2015	2009	2015
1	0	4	4	6	12	7	2

Em 2015, a maioria dos indicadores se concentram nas pontuações B e C, enquanto em 2009 elas estavam concentradas nas pontuações C e D.

Performance por Área

	A		B		C		D		
	2009	2015	2009	2015	2009	2015	2009	2015	
SI-1				1			1		A. Credibilidade do orçamento
SI-2	1					1			
SI-3					1	1			
SI-5				1	1				B. Abrangência e transparência do orçamento
SI-7					1		1		
SI-8			1			1			
SI-10			1			1			
SI-12					1	1			C (i) Formulação do orçamento baseada em políticas
SI-13						1	1		C (ii) Previsibilidade e controlo da execução do orçamento
SI-16					1	1			
SI-18			1	1					
SI-20						1	1		
SI-21						1	1		
SI-22			1	1					C (iii) Contabilidade, registos e relatórios financeiros
SI-23							1	1	
SI-24						1	1		
SI-25					1	1			
SI-26						1	1		C (iv) Fiscalização e auditoria externa

O **desempenho por áreas** em 2015 apresenta (i) fraca credibilidade do orçamento, (ii) limitada abrangência e transparência do orçamento, (iii) pouca evidência de formulação do orçamento, baseado em políticas, (iv) razoável e com progressos, a previsibilidade e controlo da execução do orçamento, (v) meio-baixa contabilidade, registos e relatórios financeiros, e (vi) relativamente fraca, mas com progressos, eficiência na fiscalização e auditoria externa.

i.iii. Credibilidade do Orçamento

Em 2015, a credibilidade do orçamento foi **reforçada pela melhoria introduzida nos processos de preparação e de acompanhamento da execução do orçamento**, incluindo a utilização do e-SISTAFE para a preparação do orçamento. No entanto, existe uma correlação negativa entre a evolução dos indicadores SI-1 e SI-2: nos anos com a menor variação entre o orçamento previsto e executado, a variação entre as categorias de despesas aumentou, pelas realocações dos recursos.

Apesar de existir um mecanismo para a previsão de receitas internas (próprias e consignadas), as **estimativas acabam por não serem precisas**.

O volume significativo de financiamentos externos, e as suas variações durante o ano - aproximadamente 30% do orçamento inicial e entre 53% e 75% da despesa realizada - acaba por comprometer a credibilidade do orçamento do sector.

i.iv. Abrangência e Transparência

A avaliação notou com satisfação a **existência de uma classificação orçamental COFOG, e categorias sub-funcionais e programáticas**. No entanto, essas classificações não são utilizadas de maneira sistemática e harmonizada nos vários relatórios do sector. **Não existem dados exactos sobre as operações extra-orçamentais no sector da Saúde**, mas presume-se que sejam relativamente significativas (como em 2009), isso porque as receitas próprias e as contas próprias do sector não são monitoradas. No estudo da Intellica (2013), foram avaliadas em 8% das operações do sector. Além disso, em consequência dos baixos tectos iniciais estabelecidos pelo MEF, **os serviços públicos procuram reter as escassas receitas fiscais que colectam**. Adicionalmente, o acompanhamento dos projectos de investimento financiados com recursos externos não é satisfatório. Os projectos de investimento externo

financiados por créditos não são apresentados separadamente na CGE. Os projectos de investimento externo financiados por donativos, apresentados nos REOs do Sector da Saúde, são uma pequena parte do total destes, sabendo que muitos e mais importantes continuam fora do sistema orçamental.

Por outro lado, houve uma diminuição no desempenho na alocação de recursos entre 2009 e 2015, pelos efeitos da descentralização e a dupla subordinação das DPS e dos SDSMAS ao MISAU e ao Governador da respectiva província. As UGBs não recebem informações confiáveis sobre os tectos alocados, em tempo oportuno e antes do início do processo de formulação do orçamento. Em fim, o acesso público à informação fiscal chave do sector permanece relativamente insatisfatória.

i.v. Orçamentação Baseada em Políticas

De forma geral, em 2015, **o processo de preparação do orçamento do sector, baseou-se numa estratégia do sector, abrangente e custeada**, cobrindo o período de 2014-2019, que descreve detalhadamente as suas acções prioritárias em programas específicos de Saúde, contudo existe uma fraca compatibilidade entre as previsões globais do sector e os orçamentos anuais do sector. Também há ligações frágeis entre as estratégias sectoriais e decisões de investimento, e nem todas as decisões de investimento têm as despesas de funcionamento previstas de forma adequada e abrangente.

Assim, pode-se afirmar que **não existem vínculos confirmados entre a selecção de investimentos e as alocações orçamentais no sector da Saúde**. A orçamentação dos investimentos parece um exercício delicado, porque está baseada principalmente em recursos externos, não totalmente controlados pelos órgãos de planificação do Sector.

i.vi. Previsibilidade e Controlo na Execução Orçamental

Em 2015, foi observada uma **melhoria na clareza e abrangência das obrigações e responsabilidade dos utilizadores dos serviços**. Isto é devido ao **novo quadro jurídico** sobre os procedimentos orçamentais e contabilísticos para a previsão e recolha de receitas, assim como a fixação dos preços dos medicamentos e das taxas cobradas pelos serviços prestados. No entanto, os controlos internos para a arrecadação e o possível uso indevido das receitas não são totalmente satisfatórios, enquanto os aspectos relacionados com a descentralização da arrecadação das receitas não são totalmente claros e abrangentes.

Apesar da **criação de um novo mecanismo de procedimentos de reclamações e sugestões**, este não foi considerado imparcial, transparente e eficaz e o acesso dos utentes à informação, sobre os procedimentos administrativos e os custos dos serviços do sector da Saúde e dos medicamentos, foi considerado limitado.

A **previsibilidade na disponibilidade de recursos foi melhorada** pela elaboração dos PTs e PFs mensais, a utilização do e-SISTAFE e a informação sobre os tectos estabelecidos pelo MEF e, também pela vinculação do e-CAF, e-Folha e e-SISTAFE para o pagamento dos salários. As alterações necessárias ao cadastro dos funcionários e a folha de pagamento são realizados mensalmente e são geralmente satisfatórias. No entanto, existem ainda fraquezas (i) na comunicação ente a DAF e Centros de Custos, no âmbito da monitoria dos valores de execução autorizados pela DNT, (ii) na elaboração dos PTs pelas Províncias e (iii) no processo de planificação dos pagamentos e da utilização correta dos recursos financiados pelo PROSAUDE.

O sistema de controlo, de uma forma geral é robusto, reforçado pelo aperfeiçoamento do e-SISTAFE, o domínio no uso do sistema pelos funcionários e o seguimento do Manual de

Procedimentos de Gestão Financeira. Os controlos de compromissos de despesas são efetuados e se limitam efetivamente aos compromissos de acordo com o plano de tesouraria real e as alocações orçamentais aprovadas no Orçamento. No entanto, o desafio reside no acompanhamento da execução orçamental por Classificador Económico da Despesa (CED) por cada uma das actividades inscritas e aprovadas. A eficácia da auditoria interna no sector da saúde foi melhorada com a revitalização da Inspeção Geral da Saúde (IGS) e com a criação do Departamento de Apoio e Controle (DAC) e de novos procedimentos de auditoria interna, apesar do não encaminhamento dos relatórios de auditoria interna realizados ao MEF e nem ao TA, e da morosidade no processo de acompanhamento das acções correctivas recomendadas.

i.vii. Contabilidade, Registos e Relatórios Financeiros

A avaliação observou **evoluções positivas e negativas**, com algumas melhorias na contabilidade e na emissão de relatórios mensais que possibilitam as reconciliações em níveis agregados, facilitados pela utilização do e-SISTAFE e, também, na realização de reconciliações bancárias mensais.

A **emissão de relatórios financeiros foi melhorada** com as demonstrações financeiras elaboradas mensalmente de maneira uniformizada, seguindo as normas internacionais, por Centro de Custo, dentro de 15 dias findo o respectivo exercício. Os REOs trimestrais apresentam a execução orçamental consolidada para todo o sector da Saúde. As Contas Gerais (CGs) anuais são individuais por centro de custo, incluem informação de receitas, despesas e activos/passivos financeiros.

No entanto, (i) não são produzidas DFs anuais consolidadas do sector, (ii) o e-SISTAFE não responde plenamente as necessidades de monitoramento em termos de cobertura e compatibilidade com as estimativas orçamentais, (iii) a leitura das CGs é difícil devido à sua complexidade, (iv) existem algumas preocupações em relação à precisão dos dados apresentados, (v) não existem informações sobre os bens recebidos pelas Unidades Sanitárias de nível Distrital e Provincial, e (vi) não há evidências sobre o seguimento das normas internacionalmente aceites (IPSAS) no âmbito da elaboração das CGs.

i.viii. Fiscalização e Auditoria Externa

Houve uma melhoria no desempenho entre 2009 e 2015, pelo melhoramento da qualidade das auditorias que aderem às normas internacionais, no caso da auditoria ao PROSAUDE (mas não para todo o sector da Saúde), e pelo seguimento das recomendações da auditoria externa. No entanto, existe pouca evidência de um acompanhamento sistemático, eficaz e oportuno da implementação das recomendações da auditoria externa.

ii. Avaliação do Impacto dos Pontos Fracos na Gestão Financeira Pública

A **disciplina fiscal** foi **reforçada**, tendo variações relativamente limitadas ao nível interno agregado; mas com muitas realocações entre as categorias económicas do Sector.

A alocação estratégica de recursos é relativamente satisfatória, no que diz respeito aos recursos internos; mas é fraca para os financiamentos externos. Em consideração do peso que esses últimos têm no financiamento do sector (ver figura abaixo), acaba por criar **fragilidades na alocação estratégica de recursos**:

Figura 1: Despesa de Investimentos das Instituições do Sector da Saúde, Interno e Externos, 2012-

	2012		2013		2014	
	Orc. inicial	Orc. executado	Orc. inicial	Orc executado	Orc. inicial	Orc executado
Investimentos						
Investimentos com financiamento interno	684,549	577,930	1,291,049	1,174,785	3,298,001	3,028,311
Investimentos com financiamento externo	3,439,597	10,947,454	2,670,365	21,120,873	6,167,095	12,708,447
Total	4,124,146	11,525,384	3,961,414	22,295,658	9,465,096	15,736,758
Inv Fin Ext / Total Investimentos	83%	95%	67%	95%	65%	81%

14 (10³ MZN)

Os investimentos com financiamento externo representam entre 65% e 83% do orçamento inicial do Sector da Saúde, e entre 81% e 95% dos investimentos realizados do Sector, sem considerar os investimentos directos de parceiros, com consideráveis valores envolvidos se compararmos com os valores dos financiamentos externos monitorados e dentro da CUT.

A diferença entre o orçamento inicial e executado demonstra a fraqueza na alocação estratégica de recursos no sector.

A **prestação efectiva dos serviços públicos** é suportada por um lado pelos sistemas de controlo de folha de pagamento, bem como pelos relatórios orçamentais. No entanto, a natureza efectiva desses serviços é afetada pela (i) falta de alocação estratégica de recursos, (ii) falta de previsibilidade de disponibilidade de fundos para compromissos por categoria económica, (iii) dificuldade de acompanhar a execução do orçamento de acordo com o PES fora do e-SISTAFE, e (iv) controle interno e externo não sistemático e realizado sobre a maior parte dos recursos utilizados fora das normas internacionais de auditoria interna e externa.

iii. Perspectivas de Planeamento e Implementação de Reformas

Actualmente as principais reformas do Governo no Sector são (i) a continuação da implementação do e-SISTAFE aos níveis central e provincial, nas áreas de orçamentação, execução orçamental, contabilidade e gestão da tesouraria, (ii) a finalização da implementação do Plano de Acção sobre Transparência Fiscal, com acções a curto e médio prazo (2014/2015), conforme acordado em Fevereiro 2014, na base do relatório do FMI (*Fiscal Transparency Evaluation*) e da “*Avaliação Final dos PAPs ao Governo de Moçambique 2014, de 14 de Março*”, e (iii) outras reformas que poderiam ser iniciadas dentro da “*Visão das Finanças Públicas 2011-2025*”, que foi aprovada pelo Conselho de Ministros. Em fim, outras que possam ser decididas pelo Governo, em consequência da realização da avaliação PEFA Nacional 2015.

O Anexo II apresenta as recomendações para melhorias da GFP no sector da Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O **objectivo** deste exercício é de proceder a uma avaliação externa e independente do sistema de Gestão de Finanças Públicas (GFP) do sector da Saúde em Moçambique (excluindo a área de Aquisição de Bens e Serviços) através de uma aplicação adaptada do Quadro de Avaliação de Desempenho (quadro PEFA) ao Sector de Saúde. A avaliação foi baseada na informação disponível para nível central e provincial, e considerou os relatórios PEFA do Sector (2009) e nacional (em curso, 2015), como termo de comparação. Nos casos em que houve alterações nas pontuações dos indicadores adaptados, o relatório procura explicar as razões dessas alterações.

A **equipa de avaliação** foi constituída por uma equipa conjunta da Macroeconomic Consultants e da MB Consulting composta por Nicolas Drossos na qualidade de Consultor Principal Internacional e Berta Gregório Bunguele, na qualidade de Consultora Nacional GFP, respectivamente. O **controlo de qualidade** e a conformidade com a aplicação da metodologia PEFA adaptada ao Sector de Saúde foi efetuado por Andrew Lawson, Mariam Umarji e Alberto Musatti. As Embaixadas da Flandres, Holanda e Dinamarca co-financiaram a equipa de avaliação e, directa ou indirectamente, do controlo de qualidade.

A **fase preparatória** da avaliação teve início a 14 de Setembro de 2015 e durante o período de 14 a 27 do referido mês, a equipa de avaliação efectuou a preparação do trabalho de campo reunindo toda a documentação e dados necessários para a avaliação incluindo a classificação dos indicadores seleccionados. A 01 de Outubro foi realizado o **seminário de lançamento** da avaliação, incluindo a disseminação da informação sobre a metodologia e processo de avaliação. O **trabalho de campo** e recolha de informações e evidências tiveram lugar a partir do dia 29 de Setembro, com o devido apoio do Ministério da Saúde (MISAU). O Anexo III apresenta a lista completa de entidades e pessoas entrevistadas. No dia 23 de Outubro foi realizada a sessão de apresentação dos resultados preliminares ao MISAU e aos seus Parceiros (**seminário de validação**).

A **metodologia** utilizada para esta avaliação foi desenvolvida em 2009, aquando da realização da primeira avaliação PEFA adaptada ao Sector da Saúde. A única diferença entre a avaliação actual e a anterior deve-se a decisão de excluir, em 2015, a avaliação do indicador relativo a Aquisições de Bens e Serviços (SI-19); cingindo-se a 18 indicadores. Os 2 consultores, sob orientação do chefe de equipa, dividiram entre si os 18 indicadores para poder garantir uma análise mais focalizada.

Os **documentos de referência** para a metodologia PEFA foram: (i) Quadro de Avaliação do Desempenho de Gestão das Finanças Públicas, (ii) Boas Práticas na aplicação da Metodologia PEFA e (iii) Guião para Avaliações PEFA repetidas, todos publicados pelo Secretariado PEFA, Washington DC, Janeiro 2011 (disponíveis em www.pefa.org).

A **despesa no sector da Saúde** é uma parte importante da despesa pública de Moçambique. A maior parte da despesa é realizada pelo MISAU, e os seus órgãos desconcentrados. Não há órgãos autónomos, mas existem entidades descentralizadas. A avaliação está focalizada na despesa do MISAU e seus órgãos, a níveis central, provincial e distrital.

2. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E JURIDICO-LEGAL

2.1 Distribuição de Responsabilidades no Sector da Saúde

1. O **Serviço Nacional de Saúde** (SNS) de Moçambique constitui o principal prestador de serviços de saúde pública a escala nacional, e está organizado em **4 níveis**, nomeadamente: o nível primário, composto pelos Centros de Saúde; o nível secundário, composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais; o nível terciário composto pelos Hospitais Provinciais; e por fim o nível quaternário, composto pelos Hospitais Centrais e Especializados.
2. A estrutura, funções e competências do Ministério da Saúde (MISAU) encontram-se bem definidas do ponto de vista legal; apesar de existirem algumas contradições e adaptações pontuais na prática. O quadro legal de referência é constituído pelos seguintes instrumentos:
 - Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro – Que define os objectivos, atribuições e competências do MISAU;
 - Diploma Ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro – Que aprova o Estatuto do MISAU; e,
 - Lei 8/2003, de 19 de Maio (“LOLE”) – Que estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado na província, distrito, posto administrativo e localidade.
3. O Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro, que define os objectivos, **atribuições e competências do MISAU**, estabelece que o MISAU é o “*órgão Central do Aparelho do Estado que, de acordo com os princípios, objectivos e tarefas definidas pelo Governo é responsável pela aplicação da Política de Saúde nos domínios público, privado e comunitário*”.
4. Este órgão persegue, entre outros, os seguintes objectivos:
 - Promover e dinamizar a resolução dos problemas de Saúde, através da concepção e desenvolvimento de programas de promoção e protecção de Saúde, bem como de combate às doenças;
 - Prestar cuidados de saúde à população através do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
 - Promover, supervisionar e apoiar um sistema comunitário de prestação de cuidados de saúde;
 - Formular a política farmacêutica e dirigir a sua execução de acordo com as orientações gerais traçadas pelo Governo;
 - Promover e orientar a formação técnico-profissional do pessoal de saúde;
 - Promover o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o sistema de saúde.
5. Para a materialização dos objectivos acima mencionados, o artigo nº 3 do Decreto Presidencial define as **funções do MISAU** em vários âmbitos, nomeadamente: (i) da prestação de cuidados de Saúde; (ii) da área farmacêutica; (iii) da investigação e vigilância epidemiológica; (iv) da formação; (v) da higiene do ambiente; (vi) da vigilância e controlo sanitário; (vii) dos cuidados de Saúde primários; (viii) dos laboratórios e (ix) da cooperação internacional. Constituem competências do MISAU:
 - Gerir um sistema de informação de Saúde e fornecer ao Ministério da Economia e Finanças (MEF) dados necessários ao Sistema Nacional de Informação Estatística;

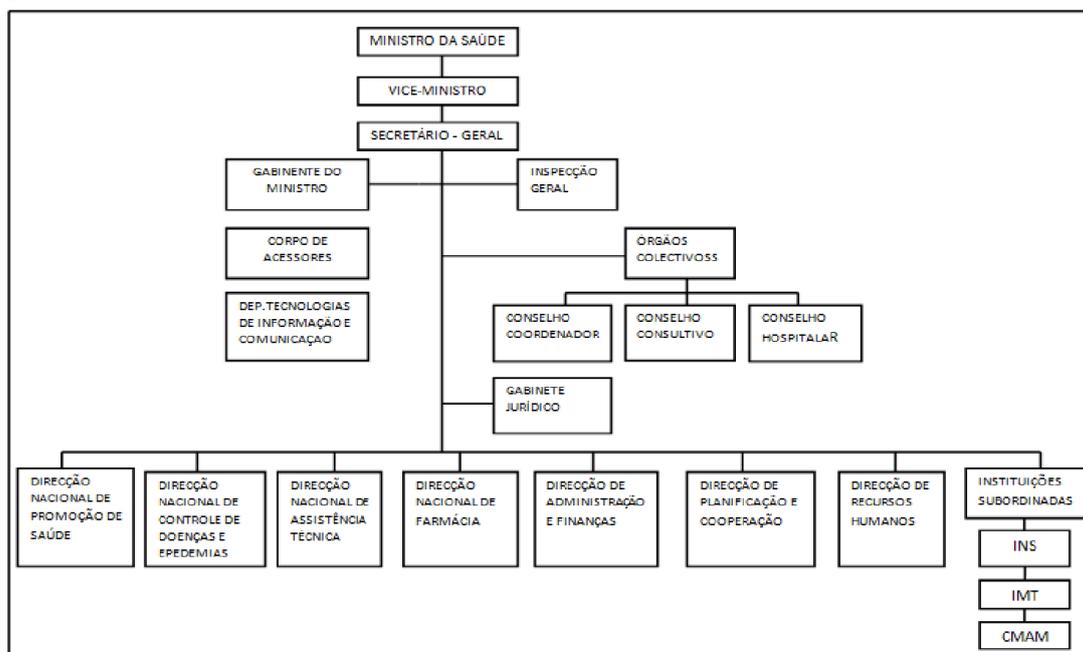
- Planificar o desenvolvimento equilibrado da rede do Serviço Nacional de Saúde e o desenvolvimento de recursos humanos, de acordo com as necessidades daquele;
 - Administrar e gerir os recursos humanos do sector público de Saúde;
 - Administrar os fundos recebidos do Orçamento Geral do Estado (OGE), as receitas consignadas e os fundos recebidos da comunidade internacional;
 - Garantir o aprovisionamento do Serviço Nacional de Saúde; e
 - Garantir a manutenção das infraestruturas, equipamento e material.
6. O Diploma Ministerial 94/97, de 22 de Outubro, aprova o **Estatuto do MISAU**, na perspectiva de torná-lo mais operativo, e poder responder ao processo de descentralização. O mesmo refere, no seu artigo nº 1, que o Ministério está organizado de acordo com as seguintes áreas de actividades: (i) Área da promoção e preservação da Saúde; (ii) Área de prevenção e tratamento de doenças; (iii) Área farmacêutica; (iv) Área de investigação; (v) Área de organização e administração; (vi) Área de formação; e, (vii) Área de inspecção.
7. O MISAU é constituído por órgãos e instituições subordinadas, cujas estruturas são definidas no Diploma Ministerial nº 94/97, de 22 de Outubro. As principais são:
- a. Os **Órgãos centrais**, nomeadamente as Direcção Nacional de Saúde (DNS), Direcção de Planificação e Cooperação (DPC), Direcção de Recursos Humanos (DRH), Direcção de Administração e Finanças (DAF), Inspecção Geral de Saúde (IGS), Gabinete do Ministro;
 - b. As **Direcções Provinciais de Saúde** (DPSs) incluindo a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo;
 - c. Os **Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social** (SDSMASs), e
 - d. As **Direcções das Cidades** (DCs).
8. O MISAU funciona com os seguintes **órgãos colectivos**¹:
- O **Conselho Consultivo** – composto pela Ministra da Saúde, Vice-Ministro, Secretário-Permanente, Inspetor-gerais, Directores Nacionais, e por outros quadros ou instituições que a Ministra da Saúde entenda pontualmente convidar. O Conselho Consultivo reúne-se semanalmente.
 - O **Conselho Coordenador** – constituído pelo Ministra da Saúde, Vice-Ministro, Secretário-Permanente, Inspetor-gerais, Directores Nacionais, Chefes de Departamentos Centrais, Directores das Instituições Subordinadas aos Órgãos Centrais, Directores Provinciais de Saúde, Médicos-Chefes Provinciais, Directores dos Hospitais Centrais, e outros quadros que o Ministro da Saúde entenda pontualmente convidar. O Conselho Coordenador reúne-se uma vez por ano, em qualquer ponto do país.
 - O **Conselho Hospitalar** – Coletivo composto pela Ministra da Saúde, Vice-Ministro da Saúde, Secretário-Permanente, Directores Nacionais, Chefe de Departamento de Assistência Médica, Directores Provinciais de Saúde, Médicos-Chefes Provinciais, Directores dos Hospitais Centrais e Provinciais e outros quadros que a Ministra da Saúde ache por bem convidar. Este coletivo reúne-se uma vez por ano em qualquer ponto do país.
9. Poderão ser criadas comissões de natureza permanente ou transitória para fins consultivos ou para o estudo de questões específicas. O MISAU possui ainda **Juntas de Saúde**, que se destinam a ratificar decisões ou propostas de decisões relativas ao estado de saúde dos cidadãos e à sua capacidade laboral. As Juntas de Saúde

¹ Diploma 94/95, Artigos 11 a 17

desenvolvem-se a nível Central, Provincial e Distrital e a sua composição, nomeação, distribuição de competências e funções deverão ser tratados em sede de regulamento próprio aprovado pelo MISAU².

10. Nos termos do Decreto Presidencial nº 11/95, e de acordo com o Diploma Ministerial 94/97, o **organigrama do MISAU** compreende a estrutura abaixo indicada.

Figura 2: Organigrama do MISAU



11. A Lei 8/2003, de 19 de Maio que estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos **órgãos locais do Estado** na província, distrito, posto administrativo e localidade, prevê que os órgãos locais do Estado exerçam competências de decisão, execução e de controlo na sua respectiva área jurisdicional. Estes realizam tarefas e programas económicos, sociais e culturais de interesse local e nacional, respeitando a Constituição da República de Moçambique (CRM), as deliberações da Assembleia da Republica (AR) e as decisões do Conselho de Ministros e dos órgãos de Estado de escalão superior com o objectivo de descongestionar os serviços do nível central e da aproximação dos serviços públicos às populações, contribuindo para a celeridade e adequação das decisões à realidade local.
12. As **relações entre os órgãos centrais e locais do Estado**, desenvolvem se de acordo com os princípios de unidade, hierarquia e coordenação institucional, observando uma estrutura integrada verticalmente hierarquizada³. Tendo em consideração as necessidades, potencialidades e capacidades de desenvolvimento da província ou distrito, o Conselho de Ministros define a estrutura orgânica dos governos provincial e distrital⁴.
13. A autoridade da estrutura central do Estado a nível provincial é representada na figura do **Governador Provincial** e é a este que, entre outros, compete⁵: (i) dirigir o Governo Provincial; (ii) supervisionar os serviços da administração do Estado na província; (iii) dirigir a preparação, execução e o controlo do Programa do Governo, do Plano Económico e

² Diploma 94/97, Arts 18 e 19

³ Idem, Arts 5 e 7

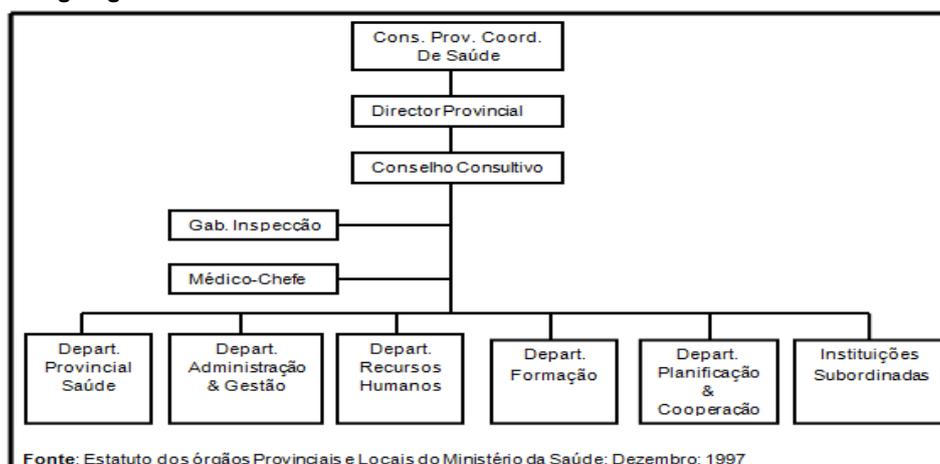
⁴ Idem, Art 8

⁵ Idem, Arts 16 e 17

Social (PES) e do Orçamento do Estado (OE) na província; (iv) decidir sobre questões relacionadas com os recursos humanos na província; (v) criar unidades de prestação de serviços primários; e, (vi) efectuar despachos com os directores provinciais.

14. A execução, a nível provincial, da política governamental centralmente definida é garantida pelo **Governo Provincial**⁶. As direcções provinciais (incluindo as DPSs) fazem parte da estrutura do Governo Provincial e os membros deste (p.e. Directores Provinciais) são nomeados centralmente, carecendo do parecer favorável do Governador Provincial a quem se subordinam, obedecendo ao mesmo tempo às orientações técnicas e metodológicas dos órgãos do aparelho central que superintendem os respectivos sectores e ramos de actividade. No âmbito da realização das suas actividades, nestes termos, os directores provinciais de saúde têm **dupla subordinação** visto que prestam contas ao Governador Provincial e informações ao Ministro da Saúde⁷.
15. O regime financeiro dos órgãos locais do Estado no que concerne à programação, gestão, execução e controlo interno do orçamento do Estado, é constante na Lei 9/2002 de 12 de Fevereiro que estabelece o **Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE)**.
16. Os estatutos-tipo das **Direcções Provinciais** e os de outros escalões são aprovados por via de resolução do Conselho Nacional da Função Publica, nos termos da alínea c) do número 1 do Artigo 3 do Decreto 5/2000, de 5 de Março, sob proposta do respetivo órgão central de escalão superior. Nestes termos, o Ministro da Saúde aprovou por via de Despacho de 16 de Setembro de 1997⁸ o Estatuto dos Órgãos Provinciais e Locais do MISAU, após a aprovação pela Comissão da Administração Estatal. O referido despacho estabelece áreas de actividade, hierarquia (semelhante à do MISAU), seus órgãos, instituições subordinadas, funções entre outros.
17. Em termos de órgãos colectivos o despacho anteriormente referido cria o Conselho Consultivo e o Conselho Provincial Coordenador de Saúde. O Conselho Consultivo apenas funciona nas direcções de escalão provincial e é dirigido pelo Director Provincial apreciando questões de gestão corrente da DPS. Os Conselhos Provinciais Coordenadores de Saúde, por sua vez, incluem a participação dos escalões abaixo do provincial e funciona com vista à coordenação, planificação e controlo das actividades dos níveis provincial e local.

Figura 3: Organigrama Padrão das DPSs



⁶ Idem, Art 18

⁷ Idem, Arts 18, 29 e 30

⁸ Publicado na II Série, BR nº 53, de 31 de Dezembro de 1997.

18. Constatou-se que as DPSs fizeram **ajustes à estrutura** de modo a fazer face à demanda actual das mesmas, a título de exemplo foi acomodada na estrutura orgânica a Unidade Gestora e Executora de Aquisições (UGEA) e subordina-se directamente à Autoridade competente (Director da DPS). O Departamento de Administração e Gestão actualmente é designado de Departamento de Administração e Finanças (DAF), e foi **acrescentada** na sua estrutura a **Repartição de Contabilidade e Prestação de Contas (RCPC)**, criada ao abrigo do Despacho Ministerial de 40/7/2012 com vista a garantir uma maior eficiência e melhoria do controlo financeiro dos fundos (OE e outros fundos). O Departamento de Planificação e Cooperação (DPC) da DPS Gaza apresenta na sua estrutura a área de Monitoria e Avaliação (M&A), para além de Sistema de Informação de Saúde (SIS) e informática⁹.
19. O **Governo Distrital** apresenta na sua estrutura a seguinte constituição: (i) Secretaria Distrital (SD); Serviço Distrital de Planeamento e Infra-estruturas (SDPI); Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia (SDEJT); Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS), Serviço Distrital de Actividades Económicas (SDAE) e Gabinete do Administrador distrital. Contudo, caso haja necessidade o Governo distrital poderá definir outros serviços em estreita coordenação com o Governo provincial e o Ministro que superintende na função pública e administração local do Estado¹⁰.
20. O sector da Saúde a nível distrital é representado pelo **SDSMAS** e compreende a seguinte estrutura orgânica: Repartição de Controlo de Doenças e Promoção da Saúde; Repartição de Assistência Médica; Repartição de Assuntos da Mulher e Acção Social; Repartição de Administração e Finanças; e, Repartição de Recursos Humanos. Fazem parte das funções específicas deste serviço assegurar um bom funcionamento das unidades sanitárias e planificar a gestão de Recursos Humanos (RH), materiais e medicamentos¹¹.

2.2. Enquadramento Jurídico-legal para a Gestão Financeira no Sector

21. Para a avaliação do **quadro legal atinente à Gestão Financeira no sector da Saúde** prestou-se particular atenção aos seguintes instrumentos legais:
- Constituição da República de Moçambique (CRM);
 - A Lei e Regulamento do Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE)¹².
22. De acordo com a CRM de 2004, Moçambique goza de um quadro legal claro que rege o sistema orçamental. A Constituição define as estruturas e a divisão de competências e atributos entre os principais órgãos do Estado em questões gerais relacionadas com o orçamento, sua preparação, execução e verificação, e prevê que órgãos devem ou podem fiscalizar o processo orçamental seguido pelo órgão executivo.
23. A CRM é o instrumento legal que está acima de qualquer Lei ou dispositivo legal na

⁹ MB Consulting, Avaliação da Capacidade Institucional e financeira dos sectores responsáveis pela implementação do PAMRDC, Dezembro, 2013.

¹⁰ Artigos 1 e 2 do Decreto nº6/2006 de 12 de Abri (que aprova a estrutura tipo da orgânica do Governo Distrital e o respectivo estatuto orgânico).

¹¹ Decreto no.6, art.7

¹² Existe um vasto leque de legislação complementar à Lei e Regulamento do SISTAFE que pode ser consultada no relatório PEFA Nacional de Moçambique, e que detalha a implementação do previsto na Lei e Regulamento.

Republica de Moçambique¹³. O mesmo define que o PES serve para orientar o desenvolvimento económico e social no sentido de um crescimento sustentável e deve ter a expressão em termos financeiros, no OE, devendo ser proposto à AR, acompanhado de relatórios sobre as grandes opções globais e sectoriais. Baseado no Programa Quinquenal do Governo (PQG), são elaboradas as propostas do PES ao nível territorial e sectorial e submetidos a AR. Estes devem conter a previsão dos agregados macroeconómicos, as acções a realizar para a prossecução das linhas de desenvolvimento sectorial, e devem ser acompanhadas de relatórios de execução que os fundamentem.

24. No que diz respeito ao OE, a CRM estabelece que o mesmo tem de ser: (i) Unitário e deve especificar todas as receitas e as despesas, devendo seguir os princípios da anualidade e da publicidade, conforme seja estabelecido pela Lei; (ii) O OE pode ser estruturado por programas ou projectos plurianuais, mas apenas se inscrever no mesmo os encargos referentes ao ano a que dizem respeito; (iii) A proposta da Lei do Orçamento do Estado (LOE) é elaborada pelo Governo e deve ser submetida à AR, contendo informação que fundamente as previsões de receitas, os limites das despesas, o financiamento do défice e todos os elementos que fundamentam a política orçamental; (iv) A Lei é o instrumento que deve definir as regras de execução do orçamento e os critérios que devem presidir à sua alteração, período de execução, bem como estabelecer o processo a seguir sempre que não seja possível cumprir os prazos de apresentação ou votação do mesmo¹⁴. Em relação à fiscalização da execução do OE, cabe, em primeira instância, ao Tribunal Administrativo (TA) apreciar e emitir um parecer sobre a Conta Geral do Estado (CGE). Posteriormente a AR aprecia e delibera, não só a CGE, mas também as grandes linhas do PES e do OE, e os seus respectivos relatórios de execução. Compete a AR aprovar o PES e o OE.

25. A **gestão financeira do Estado** é regida pela Lei 09/2002 de 12 de Fevereiro (Lei do Sistema da Administração Financeira do Estado – SISTAFE). Esta Lei estabelece de uma forma global, abrangente e consistente os princípios básicos e normas gerais de um sistema integrado de administração financeira dos órgãos e instituições do Estado. Desta forma, o SISTAFE estabelece e harmoniza regras e procedimentos de programação, gestão, execução e controlo dos fundos públicos, de modo a permitir o seu uso eficaz e eficiente, bem como produzir a informação de forma integrada e atempada concernente à administração financeira dos órgãos e instituições do estado¹⁵.

26. Constituem **objectivos do SISTAFE**¹⁶:

- Estabelecer e harmonizar as regras e procedimentos de programação, gestão, execução, controlo e avaliação dos recursos públicos;
- Desenvolver subsistemas que proporcionem informação oportuna e fiável sobre o comportamento orçamental e patrimonial dos órgãos e instituições do Estado;
- Estabelecer, implementar e manter um sistema contabilístico de controlo da execução orçamental e patrimonial, adequado às necessidades de registo, da organização da informação e da avaliação do desempenho das acções desenvolvidas no domínio da actividade financeira dos órgãos e instituições do Estado;
- Estabelecer, implementar e manter o sistema de controlo interno eficiente e eficaz e procedimentos de auditoria interna internacionalmente aceites;
- Estabelecer, implementar e manter um sistema de procedimentos adequados a uma correcta, eficaz e eficiente condução económica das actividades resultantes dos

¹³ CRM, Arts 2 e 4

¹⁴ CRM, Art 130

¹⁵ Lei 09/2002, Art 1

¹⁶ Lei 9/2002, Art 3

programas, projectos e demais operações no âmbito da planificação programática delineada e dos objectivos pretendidos.

27. A **direcção e coordenação do SISTAFE** competem ao Ministro que superintende a área das Finanças, concretamente, o Ministério da Economia e Finanças (MEF). No âmbito do SISTAFE, o exercício económico coincide com o ano civil.
28. A Lei do SISTAFE estabelece que os órgãos e instituições do Subsistema do OE (SOE) é que possuem a responsabilidade de¹⁷:
- Preparar e propor os elementos necessários para a elaboração do OE;
 - Preparar o projecto de Lei Orçamental e respectiva fundamentação;
 - Avaliar os projectos de orçamentos dos órgãos e instituições do Estado;
 - Propor medidas necessárias para que o OE comece a ser executado no início do exercício económico a que respeita;
 - Preparar, em coordenação com o Subsistema do Tesouro Público, a programação relativa à execução orçamental e financeira, mediante a observância das provisões da Lei do SISTAFE e regulamento;
 - Avaliar as alterações ao OE;
 - Avaliar os processos de execução orçamental e financeira.
29. O OE é um documento no qual estão previstas as receitas (limites mínimos) a arrecadar e fixadas as despesas a realizar num determinado exercício económico, para que possa prosseguir com a política financeira do Estado¹⁸. No âmbito da sua preparação e execução devem ser observados princípios e regras, entre outros anualidade, unidade, universalidade, especificação, não compensação, não consignação, equilíbrio e publicidade, detalhadamente explanadas na presente Lei¹⁹.
30. O OE deve ser elaborado numa base anual pelo Governo. A elaboração do programa e orçamento deve tomar em consideração a sua compatibilização com os orçamentos de investimento plurianuais, considerando toda a planificação delineada na preparação destes²⁰.
31. Os órgãos e instituições do Estado devem apresentar ao MEF, nos prazos legalmente definidos, as suas propostas orçamentais tendo em vista as acções a desenvolver no âmbito das suas funções²¹. As mesmas devem ser elaboradas com base nas directrizes orçamentais fixadas pelo MEF; devem estar de acordo com a política económico-financeira e com o programa anual do Governo e devem ser submetidas até ao dia 30 de Setembro de cada ano à AR. Em termos de formatação deve estar de acordo com a lei orçamental (vide Lei do Orçamento 15/97 de 10 de Julho) e respectivos mapas (cujos conteúdos são também definidos). Para fins de apresentação da proposta do OE do ano seguinte à AR, o Governo deve ainda juntar todos os elementos necessários à justificação da política orçamental, nomeadamente²²:
- O Plano Económico e Social do Governo;
 - O balanço preliminar da execução do Orçamento do Estado do ano em curso;
 - A fundamentação da previsão das receitas fiscais e da fixação dos limites da despesa;

¹⁷ Lei 9/2002, Art 11

¹⁸ Lei 9/2002, Art 12

¹⁹ Lei 9/2002, Art 13

²⁰ Lei 9/2002, Art 21

²¹ Lei 9/2002, Art 22.1/2

²² Idem, Art 24.4

- A demonstração do financiamento global do Orçamento do Estado com discriminação das principais fontes de recursos;
 - A relação de todos os órgãos e instituições do Estado, assim como de todas as instituições autónomas, empresas públicas e autarquias;
 - A proposta de orçamento de todos os organismos com autonomia administrativa e financeira, autarquias e empresas do Estado.
32. Após a recepção da proposta do OE, a AR deve deliberar sobre a proposta de Lei do Orçamento do Estado, até dia 15 de Dezembro de cada ano²³. Porém, caso a AR não aprove o OE, deve ser reconduzido o OE do exercício económico anterior, com os limites definidos, incluindo os ajustes verificados ao longo desse exercício, mantendo-se em vigor até a aprovação de novo Orçamento do Estado. Constituem excepção as receitas e despesas cujos regimes vigorariam apenas até ao final do respetivo exercício. Nestes casos, deve-se observar o princípio da utilização por duodécimos das verbas fixadas no OE que se mantém em vigor²⁴.
33. Relativamente à execução orçamental, a Lei do SISTAFE estabelece que o Governo é que possui a competência para aprovar as disposições legais necessárias para o seu início, sem prejuízo da aplicação imediata da Lei do OE aprovada relativamente às normas directamente executáveis²⁵. As alterações orçamentais podem ser feitas por via de Lei, mediante proposta do Governo devidamente fundamentada, existindo três tipos de alterações²⁶:
- Reforços de verbas no OE com recurso a dotação provisional inscrita no OE;
 - Redistribuição de verbas de acordo com os limites estabelecidos pela AR; e,
 - Transferência de verbas de um órgão ou instituição do Estado para o outro.
- Nestes termos, sempre que se mostre necessário, o Governo pode delegar competências a outros órgãos do Estado para proceder à autorização de alterações orçamentais.
34. De acordo com a Lei 09/2002, compete aos órgãos ou instituições que integram o Subsistema de Contabilidade Pública (SCP)²⁷:
- Elaborar e propor normas, procedimentos técnicos, relatórios e mapas, bem como a respectiva metodologia e periodicidade, tendo em vista a harmonização e uniformização contabilística;
 - Elaborar e manter actualizado o Plano de Contas;
 - Proceder a execução do Orçamento do Estado;
 - Acompanhar e avaliar o registo sistemático e atempado de todas as transacções;
 - Elaborar os relatórios de informação periódica a apresentar pelo Governo à Assembleia da República;
 - Elaborar a Conta Geral do Estado (CGE).
35. A CGE deve ser apresentada à AR e ao TA até ao dia 31 de Maio do ano seguinte àquele a que a conta se refere. O relatório e parecer do TA sobre a conta Geral do Estado devem ser submetidos à AR até ao dia 30 de Novembro ao ano seguinte a que se refere a conta, e, por sua vez, a AR deve apreciar e aprovar a CGE na sessão a seguir à recepção do relatório e parecer do TA.

²³ Idem, Art 26

²⁴ Idem, Art 27

²⁵ Idem, Art 28

²⁶ Idem, Art 34

²⁷ Lei 9/2002, Art 37

36. O **Subsistema do Tesouro Público (STP)**, compreende o conjunto dos órgãos e instituições do Estado que intervêm nos processos de programação, captação de recursos e gestão de meios de pagamento e abrange ainda as respectivas normas e procedimentos²⁸. Compete a estes órgãos e instituições, entre outras tarefas, zelar pelo equilíbrio financeiro, administrar os haveres financeiros e mobiliários, elaborar a programação financeira, elaborar as estatísticas das finanças públicas, gerir a Conta Única de Tesouro (CUT), propor a formulação da política de financiamento da despesa pública e providenciar a sua execução, gerir a dívida pública interna e externa e por fim realizar e gerir as operações de crédito público²⁹.
37. Compete aos órgãos ou instituições do Estado gerir os bens patrimoniais do Estado através das normas e procedimentos do **Subsistema do Património do Estado (SPE)**.
38. O **Subsistema de Controlo Interno (SCI)** compreende os órgãos e entidades que intervêm na inspecção e auditoria dos processos de arrecadação, cobrança e utilização dos recursos públicos e abrange ainda as respectivas normas e procedimentos³⁰.
39. Os órgãos acima referidos devem verificar a aplicação dos procedimentos estabelecidos e o cumprimento da legalidade, regularidade, economicidade, eficiência e eficácia tendo em vista a boa gestão na utilização dos recursos colocados à disposição dos órgãos e instituições do Estado³¹.
40. O regulamento da Lei SISTAFE também dispõe sobre o **e-SISTAFE** relativamente a sua definição; estruturação; segurança e controlo; transacções; base de dados; desenvolvimento, manutenção e produção; rede de comunicação; e implantação.
41. Após a aprovação do OE, os deputados e as comissões da AR não podem adoptar iniciativas de Lei que envolvam o aumento das despesas ou a diminuição das receitas previstas. Em relação às alterações orçamentais, a Lei 15/97 dispõe do mesmo modo que a Lei do SISTAFE.
42. Para efeitos de elaboração do OE para o ano económico seguinte, o MEF deve enviar aos diversos órgãos, instituições, governos provinciais e autarquias as orientações e limites orçamentais preliminares ou definitivos, a metodologia de recolha de informações e demais instruções a serem respeitadas na preparação das suas respectivas propostas de orçamento (vide Decreto Presidencial 06/2015 de 02 de Março e circulares enviadas para efeitos de preparação orçamental). A metodologia a ser enviada deve estabelecer os critérios a serem seguidos para a elaboração do Orçamento Corrente e do Orçamento de Investimento, contendo, obrigatoriamente – para receitas e despesas:
- O balanço da execução referente ao primeiro semestre do exercício em curso;
 - A previsão da execução para o restante período do exercício; e
 - A fundamentação da proposta e respetivos anexos numéricos³².
43. Após aprovação das propostas orçamentais preparadas (ao nível dos órgãos, instituições, província ou autarquia) pelas respectivas entidades competentes, aquelas devem ser enviadas ao MEF até ao dia 31 de Julho.

²⁸ Idem, Art 51

²⁹ Idem, Art 52

³⁰ Idem, Art. 62

³¹ Lei 9/2002, Art 63

³² Decreto 7/98, Art 3

44. As instituições autónomas e as autarquias devem enviar ao MEF, até ao dia 15 de Julho, o balanço dos seus activos e passivos, e de todas as receitas relativas aos exercícios anteriores e em curso. Recebidas as propostas, cabe ao MEF analisar e consolidar as propostas de orçamento de acordo com as orientações, limites orçamentais e instruções fixadas. Quando haja irregularidade ou incumprimento, a Direcção Nacional de Plano e Orçamento (DNPO) deverá conjugar com o proponente e corrigir a proposta para adequá-la aos requisitos estabelecidos. Uma vez elaborada a proposta deverá ser submetida à aprovação do governo.

2.3 Questões sobre Políticas e Financiamento do Sector da Saúde

45. Este capítulo centra-se em questões relativas às políticas e financiamentos do Sector da Saúde em Moçambique. Em primeiro lugar, examina a evolução dos resultados alcançados pelo sector na última década relativamente a alguns indicadores chave do sector (p.e. taxa de mortalidade infantil e materna), como forma de apresentar, de maneira geral, os desafios que se colocam para o médio e longo prazo, que acabam fazendo pressão sobre o sistema de gestão financeira. Em segundo lugar, considera os níveis agregados e detalhados de financiamento que o sector tem estado a receber, tanto do Orçamento de Estado, quanto de fontes externas, e examina as perspectivas de financiamento. Finalmente considera as metas estabelecidas, de acordo com Plano Estratégico do Sector (PESS) 2014-2019.

2.3.1 Resultados do Sector 2010 – 2014

46. A Tabela 1 apresenta a evolução de alguns indicadores-chave do sector da Saúde entre 2010 à 2014, em 6 países da África Subsahariana, incluindo Moçambique. Da análise constatou-se que em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano³³ e as suas componentes, Moçambique apresenta o índice mais baixo em absoluto, mas com a tendência mais pronunciada a melhorar ao longo dos anos. Registou-se melhoria em relação a esperança de vida à nascença; contudo Moçambique apresenta a expectativa de vida mais baixa, devido aos vários desafios na satisfação das necessidades humanas básicas, tais como, uma adequada nutrição, água potável e saneamento, serviços de saúde, entre outros. Embora as taxas de mortalidade prevaleçam elevadas, em comparação com a África do Sul (tida como referência positiva para a região) observa-se a tendência de redução da mesma, permitindo a redução da vulnerabilidade e o alcance da estabilidade na vida populacional.

Tabela 1: Indicadores do Sector da Saúde na Região Sul de África 2010 – 2014

Indicador	Índice de Desenvolvimento Humano		Esperança de vida a nascença (anos)		Taxa de Mortalidade Materna (mortes por 100,000 nados vivos)		Taxa de Mortalidade (mortes por 1,000 nados vivos)			
	2010	2014	2013	2014	2010	2013	Infantil (Bebés)		Abaixo dos 5 anos	
País/Ano	2010	2014	2013	2014	2010	2013	2012	2013	2012	2013
Moçambique	0,40	0,41	50	55	490	480	63	62	90	87
África do Sul	0,64	0,66	57	57	300	140	33	33	45	44
Zimbabwe	0,46	0,50	60	58	570	470	56	55	90	89
Tanzânia	0,50	0,51	62	65	460	410	38	36	54	52

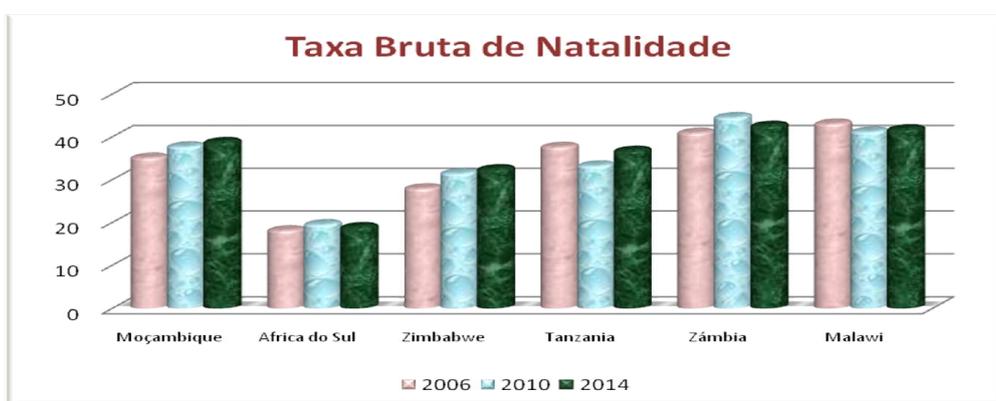
³³ Mede as realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, nomeadamente, uma vida longa e saudável, o conhecimento e um padrão de vida digno.

Zâmbia	0,56	0,58	58	60	440	280	56	56	89	87
Malawi	0,42	0,44	55	63	460	510	46	44	71	68

Fonte: www.who.int (Report Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division) & Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 (PNUD)

47. O número de recém-nascidos é geralmente o factor determinante na evolução da taxa de crescimento da população, dependendo do nível de fertilidade e da estrutura etária da população. Conforme ilustra a figura abaixo, o número de recém-nascidos em Moçambique tende a subir, de 2006 para 2014, o crescimento esteve na ordem dos 4%, colocando-o como terceiro país, entre os 6 seleccionados da região Sul de África, por taxa bruta de natalidade. Contrariamente, a África do Sul apresenta os níveis mais baixos de crescimento populacional.

Figura 4: Número médio anual de nascimentos durante um ano por 1.000 pessoas, na População em meados do ano, Região Sul de África 2006-2014



Fonte: www.indexmundi.com

48. Devido ao sucesso das campanhas de vacinação em massa, regista-se uma grande redução no *spread* para a total eliminação de certas doenças, em muitas regiões. Em Moçambique o número de crianças sobreviventes que não receberam a primeira dose da vacina triplíce (difteria, tétano e tosse convulsa) e vacina contra o sarampo, tende a reduzir, conforme ilustra a figura abaixo. Contrariamente a esta posição, a África do Sul apresenta os níveis mais elevados de crianças com imunização insuficiente com tendências crescentes.

Figura 5: Percentagem de crianças com 1 ano, com imunização insuficiente na População, na Região Sul de África 2012-2013



Fonte: www.who.int (Estimativas usadas no relatório são da OMS, WHO, UNICEF, FNUAP e Banco Mundial), e Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 (PNUD)

49. Os avanços na tecnologia, educação e rendimentos constituem uma promessa sempre crescente de uma vida mais longa, mais saudável e mais segura. Mais do que estes factores, os serviços de saúde básicos, constituem condição essencial para o alcance do desenvolvimento dos indivíduos, das comunidades e do País no geral.
50. O financiamento adequado e a utilização racional dos recursos disponíveis têm influência directa na quantidade e qualidade de serviços que o sistema de saúde pode proporcionar. Em Moçambique, a despesa total do sector da Saúde tem aumentado, sistematicamente, ao longo dos anos.

2.3.2 Despesas Realizadas e Projetadas no Sector 2012-2014

51. As tabelas 2 e 3 apresentam as despesas realizadas pelo sector da Saúde na componente funcionamento e investimento desagregadas por nível de gestão, nomeadamente: MISAU; Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM); Hospital Central de Maputo (HCM); Conselho Nacional do Combate ao HIV/SIDA (nível central e provincial); Hospitais Centrais (Beira e Nampula), Direcções Provinciais de Saúde (DPSs); Hospitais Provinciais; Hospitais Gerais e outros hospitais (Hospital Psiquiátrico e Hospital Distrital de Nacala Porto). Os dados foram extraídos das Contas Gerais do Estado (CGEs) dos anos em análise, especificamente, o Mapa III para a Componente Funcionamento e Mapa IV para o Investimento.

Tabela 2: Despesa no Sector da Saúde por Instituição 2012 – 2014 – Componente Funcionamento

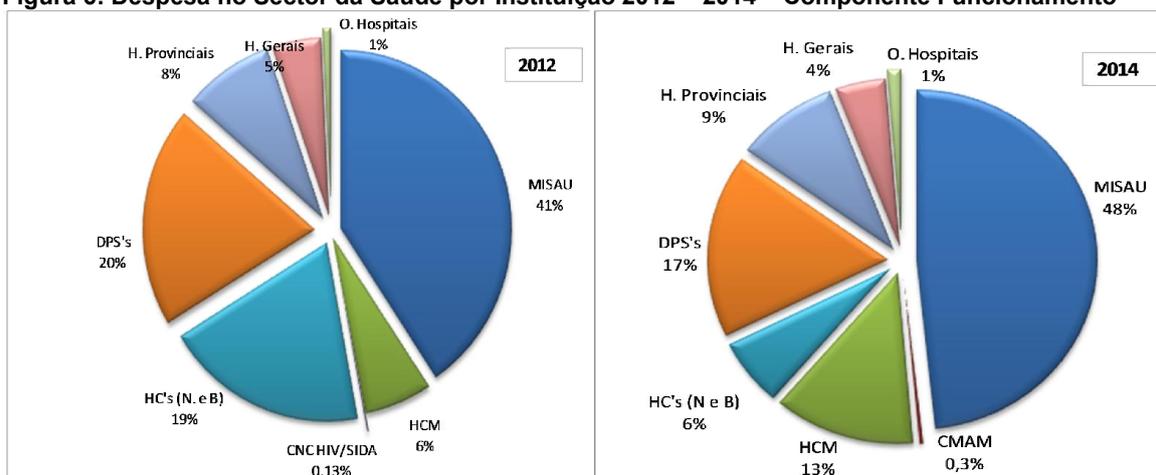
Instituições	2012	2013	2014
	Execução	Execução	Execução
TOTAL DO SECTOR	5.148.411,57	6.229.617,58	8.225.519,82
Despesas de Funcionamento			
MISAU	2.232.898,26	2.531.463,09	3.976.305,92
CMAM	0,00	22.734,93	24.518,53
HOSPITAL Central de Maputo	349.003,90	850.445,48	1.040.030,12
C. Nacional do C. ao HIV Central	6.954,96	9.417,63	0,00
Hospitais Centrais (Nampula e Beira)	704.508,95	455.358,05	525.880,30
Direcções Provinciais de Saúde	1.099.894,16	1.224.316,65	1.423.498,75
Hospitais Provinciais	463.828,56	746.461,08	764.100,58
Hospitais Gerais	252.114,02	301.338,78	367.593,11
Outros Hospitais	39.208,76	88.081,89	103.592,51

Fonte: CGE 2012 - Mapa III-5; 2013 - Mapa III-6; 2014 - Mapa III-5

Mil mts (10³)

52. Analisado o valor de execução da componente funcionamento global é possível concluir que há tendência crescente na gestão dos valores no sector, visto que o mesmo registou um aumento na ordem de 20% de 2012 à 2013 e de 32% de 2013 à 2014.
53. A figura abaixo, mostra a importância relativa da execução em cada uma das instituições em relação ao total executado pelo Sector em 2012 e 2014, na qual é possível verificar que o MISAU e o Hospital Central de Maputo apresentaram acréscimos no nível de execução em 7 p.p, aliado ao incremento orçamental verificado nestas instituições. Contrariamente a esta situação, o nível de execução dos Hospitais Centrais da Beira e Nampula decresceu em 13 p.p, devido à redução orçamental.

Figura 6: Despesa no Sector da Saúde por Instituição 2012 – 2014 – Componente Funcionamento



54. Os dados acima apresentados, demonstram um crescimento das despesas no sector, entre outros factores, esta situação poderá colocar o sector sob pressão uma vez que a taxa de natalidade tende a crescer e a taxa de mortalidade a reduzir.

Tabela 3: Despesa no Sector da Saúde 2012-2014 – Componente Investimento

Instituições	2012		2013		2014	
	Execução		Execução		Execução	
TOTAL DO SECTOR	592.625,46	8.006.843,10	1.339.266,50	11.527.999,93	3.039.337,15	3.519.640,52
Despesas de Investimento						
	Interno	Externo	Interno	Externo	Interno	Externo
MISAU	246.326,48	6.677.543,27	670.687,78	10.145.219,88	2.287.099,45	1.655.589,78
Hospital Central de Maputo	33.281,77	47.727,00	159.454,89	53.489,65	187.008,98	61.644,57
CMAM	0,00	0,00	0,00	13.143,88	0,00	168.939,46
C. Nacional do C. ao HIV Central	0,00	0,00	87.628,80	53.022,35	0,00	0,00
Hospitais Centrais (Nampula e Beira)	38.081,93	20.155,75	46.021,37	45.785,62	57.666,50	70.688,63
Direcções Provinciais de Saúde	224.803,67	1.182.620,55	221.905,10	1.146.546,00	322.074,05	1.473.389,38
Hospitais Provinciais	38.438,43	27.856,83	34.172,14	0,00	184.361,84	0,00
Hospitais Gerais	11.693,18	0,00	3.599,40	65.541,43	801,41	84.181,16
Outros Hospitais	0,00	5.428,70	0,00	5.251,12	324,92	5.207,54
C. Nacional do C. ao HIV Provincial	0,00	45.511,00	115.797,02	0,00	0,00	0,00

Fonte: CGE 2012 - Mapas IV-5 e IV-6; 2013 - Mapas IV-5 e IV-6; 2014 - Mapas XIII e XIV

Mil mts (10³)

55. De forma geral a Componente de Investimento (interno e externo) registou um nível de execução crescente de 2012 à 2013 reduzindo de forma acentuada de 2013 à 2014. O MISAU efectuou a gestão da maior parcela na componente interna e externa em todos anos da avaliação, sendo que em 2012 executou 42% e 83% do total do sector, em 2013 50% e 88% e em 2014 75% e 47% respectivamente.

56. Analisando de forma específica a execução da despesa de investimento interno é possível verificar de um modo geral que o valor executado foi aumentando ao longo dos anos, algumas instituições apresentaram tendências crescentes de 2012 a 2014, nomeadamente, o MISAU, HCM e hospitais centrais de Nampula e Beira. Contudo, a CMAM não efectuou a gestão desta componente ao longo dos anos; o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA efectuou a gestão da componente interna de investimento somente no ano de 2013, os Hospitais Provinciais e DPSs registaram ligeira redução de 2012 para 2013 em 1,3% e 11% respectivamente e por último os valores geridos pelos hospitais gerais foram decrescendo ao longo dos anos.

57. O valor executado pelo MISAU na componente externa de investimento, incluindo todos os Fundos Comuns (Prosáude, HIVSIDA), créditos e outros fundos (*in-CUT* e *out-CUT*) decresceu drasticamente em 84% de 2013 a 2014 enquanto a CMAM registou um acréscimo acima de 100% no valor executado e os Hospitais centrais registaram acréscimos consideráveis ao longo dos anos.

58. Na preparação e elaboração anual da proposta do orçamento, o Governo Distrital considera toda a planificação delineada do âmbito central, provincial e Plano de Desenvolvimento Distrital (PDD) e realiza a programação e gestão do seu orçamento sob supervisão do órgão do Estado que superintende a área do Plano e Finanças a nível local.³⁴ Contudo, não foi possível visualizar na CGE dos anos em análise, os valores executados pelo SDSMAS pelo facto destes estarem agregados na Secretaria Distrital.

59. A tabela e a figura abaixo apresentam uma análise mais detalhada por Classificador Económico da Despesa (CED) de 2012 e 2014, também mostrando as diferentes taxas de execução em relação ao orçamento originalmente aprovado nos diferentes tipos de despesas.

Tabela 4: Despesa Total no Sector da Saúde, por Classificação Económica, 2012 – 2014

Sistema Nacional de Saúde (Ml milhões)	2012				2013				2014			
	Dotação Inicial	Dotação Final	Exec. Orç. (%)	Exec. Fin. (%)	Dotação Inicial	Dotação Final	Exec. Orç. (%)	Exec. Fin. (%)	Dotação Inicial	Dotação Final	Exec. Orç. (%)	Exec. Fin. (%)
Despesas com Pessoal	2.355.796,05	2.334.714,05	85	86	2.588.114,85	3.326.946,02	94	73	2.980.195	2.884.570,40	97	100
Edifícios & Serviços	2.336.662,80	3.331.425,59	139	98	3.119.134,79	3.478.810,86	113	102	5.051.440	5.132.634,66	100	98
Transferência	78.632,32	50.506,31	59	92	82.505,97	196.310,74	219	92	89.284	223.918,55	249	99
Despesas de Capital	55.776,15	121.107,98	216	99	25.385,36	32.958,56	122	94	147.926	13.779,79	9	100
Outras Despesas	12.236,19	48.726,60	392	99	0,00	65.605,48	0	88	1.356.536	154.221,80	4	38
Total de funcionamento	4.889.093,51	5.886.460,53	113	98	5.815.140,97	7.100.631,66	107	88	9.625.461	8.409.125,20	86	98
Despesas Investimento Interno	734.540,18	536.593,56	81	99	1.451.048,85	1.382.924,37	92	97	3.482.001	3.051.545,82	87	100
Total SI-1 Despesa	5.603.642,69	6.483.074,09	109	94	7.266.189,82	8.483.556,03	104	88	13.107.462	11.460.671,02	86	98
Despesa Investimento Externo	3.400.628,38	9.588.460,58	229	84	2.771.325,71	12.982.688,27	416	82	4.136.845	4.880.276,51	85	72
TOTAL	9.004.271,07	16.071.534,67	155	88	10.037.515,53	21.466.244,30	190	88	17.244.308	16.320.947,53	86	91

Fonte: CGE 2012 - Mapas III-5, IV-5eIV-6; 2013 - Mapas II-6, IV-5eIV-6; 2014 - Mapas III-5, XII e XIV

Ml nts (10³)

LOE 2012, 2013 e 2014 Mapas F, G, e J

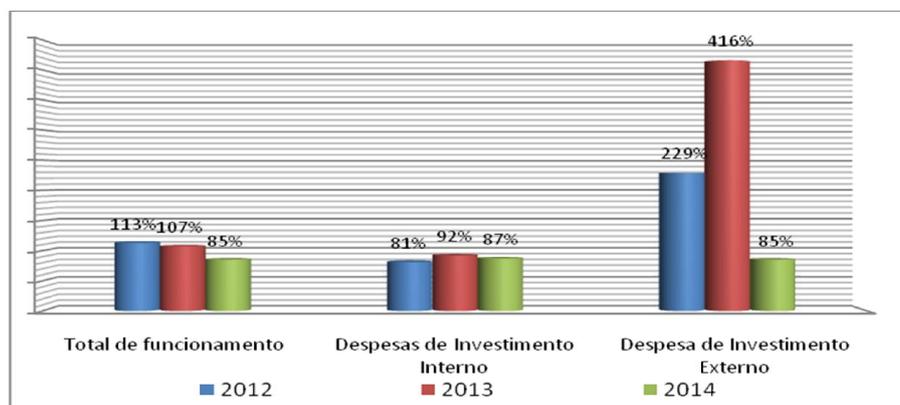
60. Durante o período em análise as alocações orçamentais para as despesas de funcionamento registaram crescimento conforme anteriormente referido, sendo que de 2012 à 2013 o aumento esteve na ordem de 946 milhões de meticais e de 2013 à 2014 em 3.8 biliões de meticais. A execução orçamental acima de 100% em 2012 e 2013 resultou do incremento orçamental verificado nas diferentes rubricas. De referir que este incremento foi possível devido à arrecadação de receitas extraordinárias ou mais-valias durante o exercício bem como da redistribuição das dotações orçamentais de recursos ociosos em outros sectores. Em 2014 a execução orçamental esteve abaixo dos 90% devido a redução do orçamento inicialmente aprovado nas rubricas de Despesas de Capital e Outras despesas.

61. A semelhança das despesas de funcionamento, a componente interna de investimento aumentou ao longo dos anos (2012-2014) tendo crescido de 2012 à 2013, em cerca de 98% e de 2013 à 2014 em 140%. Esta contou com uma execução abaixo de 90% em 2012 e 2014 pela disponibilização orçamental em valor abaixo do definido pela LOE.

³⁴ Lei 8/2003, art.53 (Órgãos Locais do Estado)

62. A alocação orçamental da componente externa oscilou ao longo dos anos, sendo que de 2012 à 2013 registou um crescimento de 21% e de 2013 a 2014 um decréscimo em 49%. As execuções orçamentais acima de 100% resultaram do reforço orçamental (p.e para a aquisição de medicamentos) e as execuções (orçamental e financeira) abaixo de 90% resultaram de cortes (p.e PROSAÚDE) e atrasos nos desembolsos de fundos.

Figura 7: Taxas de execução da despesa no Sector da Saúde, por Classificador Económico, 2012-2014



2.3.3. Fundo Comum PROSAUDE

63. O PROSAUDE II surge em 2008 da fusão dos anteriores fundos comuns, nomeadamente, o Fundo Comum Provincial (FCP) e Fundo Comum de Medicamentos e Suprimentos Médicos (FCMSM) e financia “todas as despesas elegíveis, definidas como: (i) consistentes com o PESS; (ii) consistentes com o PES Anual do sector da Saúde, que tenha sido formalmente apresentado e discutido com os Parceiros de Cooperação (PC) antes de ser enviado ao MEF; e (iii) reflectidas no orçamento aprovado (ou legalmente revisto) pela AR. Os fundos do PROSAUDE II podem ser usados para todas as despesas orçamentadas dentro do sector e não precisam de ser limitados ao financiamento de despesas classificadas como investimentos³⁵”.

64. Da análise efectuada à tabela 4 pode-se concluir que no geral houve um decréscimo significativo da dotação final do PROSAUDE de 2012 à 2014, na ordem de 28%. Analisando o período de 2012 à 2013 verificou-se que o decréscimo esteve na ordem de 34%, contudo, de 2013 à 2014 registou-se uma ligeira subida na ordem de 8,%. Por outro lado, a dotação cabimentada registou uma redução ao longo dos anos em análise na ordem de 25%, sendo 23% para o período de 2012 à 2013 e 3% de 2013 à 2014.

65. A tabela abaixo, ilustra que execução orçamental total apresentou uma redução ligeira de 3 p.p de 2012 à 2013, e uma subida de 16 p.p de 2013 à 2014, resultante dos esforços que o sector tem vindo a envidar no sentido de melhorar o seu desempenho financeiro.

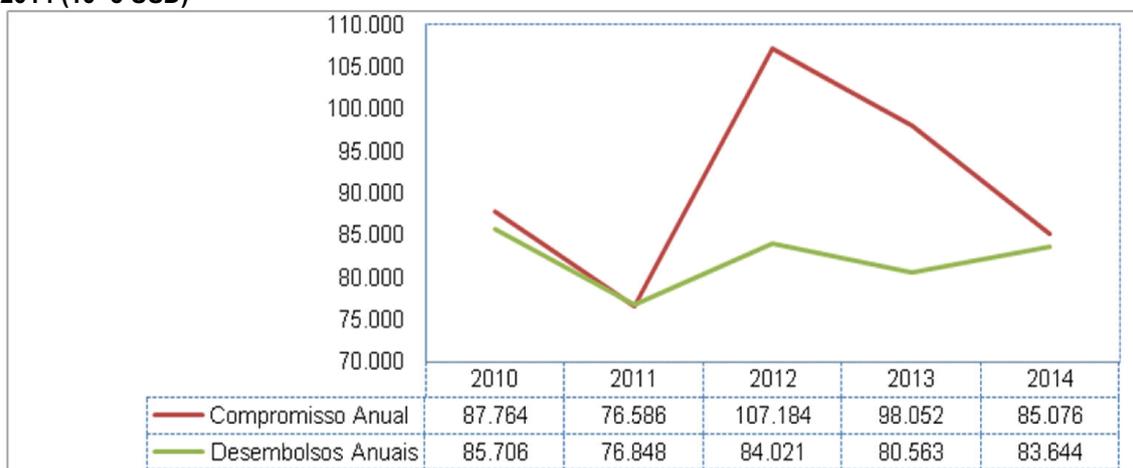
³⁵ Memorando de Entendimento PROSAÚDE II (2008)

Tabela 5: Orçamentos Aprovados e Executados do Fundo Comum PROSAÚDE, 2012 a 2014 (10^{^3} MZN)

	Dotação Inicial	Cabimentado	Exec. Orç (%)	Exec. Fin. (%)
2012				
Prosaúde Central	1.432.876,00	710.810,00	50%	100%
Prosaúde Provincial	977.376,00	1.064.776,00	98%	90%
Fundo de Medicamentos	657.683,00	902.881,00	124%	90%
Total de Fundos Prosaúde	3.067.935,00	2.678.467,00	81%	93%
2013				
Prosaúde Central	1.215.376,00	576.719,00	47%	100%
Prosaúde Provincial	1.020.723,00	1.107.210,00	106%	98%
Fundo de Medicamentos	434.266,00	422.391,00	97%	100%
Total de Fundos Prosaúde	2.670.365,00	2.106.320,00	78%	99%
2014				
Prosaúde Central	1.537.232,00	1.058.396,00	69%	100%
Prosaúde Provincial	993.472,00	1.285.056,00	128%	99%
Fundo de Medicamentos	120.842,00	168.939,00	140%	100%
Total de Fundos Prosaúde	2.651.546,00	2.512.391,00	94%	99%

Fonte: REOs 2012, 2013, 2014 (MISAU)

66. Constatou-se ainda, que inicialmente a maior porção deste fundo foi alocado ao nível central, contudo, a dotação cabimentada ilustra que o maior bolo do fundo comum PROSAUDE foi alocado efectivamente para o nível provincial, para financiar maioritariamente o apoio à gestão dos RHs (financiamento dos salários de quadros contratados que aguardam a nomeação provisória pelo Tribunal Administrativo); e em menor percentagem a diversos projectos ligados às actividades (p.e. programa alargado de vacinação). A execução orçamental a nível central constitui um desafio, visto que nem todos os parceiros honram com os seus compromissos financeiros dentro do período estabelecido, conforme ilustra a figura abaixo.

Figura 8: Comparação dos Compromissos e Desembolsos dos Parceiros para o Prosaúde 2010-2014 (10^{^3} USD)

Fonte: REO 2014, Tabela 2.1, pag.8 (MISAU)

67. Comparado ao total dos compromissos dos parceiros para 2015 (tabela 6), convertidos em moeda nacional ao câmbio referido neste documento, com a dotação inicial de 2012 (ver tabela 5) é possível concluir que os compromissos decresceram de cerca de 3 bilhões de meticais em 2012 para cerca de 2.2 bilhões em 2015, representando uma redução na ordem de 26%. As reduções podem ser explicadas pela fraca adesão de novos Parceiros de Cooperação ao PROSAUDE.

Tabela 6: Compromissos Preliminares dos Parceiros ao PROSAUDE 2015

Parceiros do Apoio Programático	Moeda Original	Compromissos - 2015	USD\$
Canada	CAD	13.000.000,00	12.870.000,00
Irlanda	EUR	12.000.000,00	14.400.000,00
Países Baixos	EUR	8.000.000,00	9.600.000,00
Dinamarca	DKK	30.000.000,00	5.400.000,00
Suíça	CHF	5.400.000,00	5.832.000,00
Governo do Flandres/Bélgica	EUR	2.000.000,00	2.400.000,00
UN/UNICEF	USD	500.000,00	500.000,00
Itália	EUR	500.000,00	600.000,00
UN/FNUAP	USD	300.000,00	300.000,00
Espanha	EUR	1.000.000,00	1.200.000,00
Total			53.102.000,00

Fonte: Prosaúde - Compromissos preliminares para 2015 (carta E.Irlanda - MISAU)

2.4 Principais Desafios do Sector

68. O Memorando de Entendimento do PROSAUDE II estabelece regulamentos de gestão e de prestação de contas, papéis, responsabilidades e deveres de todos os signatários³⁶. Dos 17 (dezassete) parceiros signatários neste momento, apenas 11 (onze) continuam a apoiar na implementação do PESS e da Estratégia de Redução da Pobreza (PARP). Está em curso (2015) a revisão ao PROSAUDE II, de modo a analisarem-se os desafios, lições aprendidas, e por outro lado compreender as razões da diminuição da adesão dos parceiros ao mesmo.

69. O Plano Estratégico do Sector (PESS) 2014-2019, assume que tanto o Governo de Moçambique quanto os Parceiros de Cooperação irão alocar recursos financeiros para a sua implementação. Contudo, a actual conjuntura macroeconómica e as expectativas para os próximos anos terão reflexos no envelope de recursos, o que terá algumas implicações nos níveis de despesas públicas programadas para o período que o plano abrange. Nesta vertente, existe um risco real de os países financiadores reprogramarem, ou mesmo reduzirem, o seu financiamento, devido à necessidade de investirem mais nos mercados domésticos, situação acautelada nos diferentes cenários (pessimista e moderado)

³⁶ Nomeadamente, MISAU, MEF, Canadá, Irlanda, Suíça, Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Catalunha, Espanha, Bélgica/Flandres, UNICEF, UNFPA, Itália, União Europeia, Finlândia, Noruega e Agencia Francesa de Desenvolvimento.

apresentados no PESS. Além disso, não obstante que a economia moçambicana tenha crescido nos últimos anos, a alocação do Governo está longe de atingir a meta de 15% definida pela Declaração de Abuja. Mesmo que as despesas de saúde do Governo de Moçambique cheguem aos 15%, os recursos não serão suficientes para executar integralmente o PESS.

70. Para além dos riscos identificados acima, relativamente ao financiamento do PESS 2014-2019, outros riscos estão associados à percepção que a gestão financeira do sector tenha margens de melhoria. A percepção da existência de risco fiduciário aumenta e prejudica a confiança na relação com os parceiros. A permanência de uma grande parte de fundos *off-budget* e *off-CUT* eleva o risco do comprometimento da eficácia global de desenvolvimento, por haver possibilidades de distorção das prioridades, minando a planificação nacional e o processo de orçamentação no seu todo.
71. A necessidade, expressa no PESS, de reforçar os recursos humanos do sector em diferentes áreas, pressupõe a existência de pessoal qualificado no país.
72. A ocorrência recorrente de desastres naturais e surtos de doenças impõe um ónus pesado aos serviços de saúde, especialmente nas zonas rurais, onde há maior prevalência de pobreza, entre outros riscos, o que constitui um desafio para o sector.

Tabela 7: Síntese de custos do PESS 2014-2019 (US\$)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totais
Programas de Saúde Pública	199.877,37	228.934,89	251.070,76	244.621,35	245.704,56	245.362,33	1.415.571,25
Programas de Assistência Médica	457.116,90	486.664,15	479.185,45	436.206,86	421.463,77	429.643,80	2.710.280,93
Outros Componentes do Sistema de Saúde	592.578,34	578.871,54	569.337,10	617.581,35	645.359,10	682.470,99	3.686.198,41
Custos totais PESS	1.249.572,61	1.294.470,58	1.299.593,30	1.298.409,55	1.312.527,43	1.357.477,12	7.812.050,59

Fonte: PESS 2014-2019, MISAU

73. Os resultados do custeamento do PESS 2014-2019 demonstraram que as necessidades financeiras para a implementação deste plano ascendem a US\$7.81 biliões de dolares, assim distribuídos: Programas de Assistência Médica, com um montante de US\$2.7 biliões de dólares (35% do total), que representa um considerável volume de custos do Plano, devido, em boa parte, ao programa de HIV/SIDA, que atinge uma soma de US\$1.35 biliões de dolares (representando 17% dos custos totais do PESS); Programas de Saúde Pública, que representam 18% dos valores globais; A última rubrica, referente a outros componentes do sistema de saúde (47%), tem as seguintes categorias: i. Despesa com os recursos humanos, que se eleva a um total de US\$2.1 biliões (27% do total); ii. Fortalecimento do sistema de saúde em infraestruturas e equipamento, perfazendo um total de US\$887 milhões (11%). Por seu turno, a logística para os medicamentos e consumíveis (incluindo a taxa de desperdício), acrescidos os custos com os sistemas de governação, totalizam, respetivamente, US\$566 milhões (7.2%) e US\$106 milhões (1.4%). Contudo, a plena execução do plano depende da disponibilização de recursos para o sector.

74. O PESS refere que os cenários (pessimista, ponderada e optimista) dos fundos internos e externos para o período de execução fixado, foi elaborado a partir dos principais documentos de planificação do Ministério, nomeadamente o Orçamento do Estado (OE) e o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), e da informação facultada pelos parceiros através do Inquérito de Fundos Externos (IFE), que apresenta um défice financeiro de US\$1.47 bilião para todo o período de vigência do PESS.
75. Analisada a CGE de 2014 (SI-12), verifica-se que as projecções apresentadas no PESS diferem consideravelmente dos níveis de despesas orçamentadas, disponibilizadas e realizadas. Assim, como forma de mitigar os riscos, o sector deve definir limites para expandir o financiamento *off-budget*, nomeadamente: definir instrumentos legais aplicáveis aos parceiros que utilizam estes mecanismos, solicitando maior transparência no fornecimento de informações; definir estruturas no MISAU com responsabilidade para resolver essa limitação, dentro de um prazo definido; promover o diálogo com os parceiros para explorar os mecanismos e procedimentos alternativos destinados a incorporar a planificação e os relatórios no sistema de governo, mesmo que os fundos ainda permaneçam *off-cut*; manter o diálogo político com os parceiros externos, a nível sectorial, de modo a advogar a atribuição adicional de recursos, promover o uso eficiente dos recursos alocados, desenvolver uma estratégia de financiamento que identifique outras fontes de financiamento e a utilização eficaz de recursos.

3. DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE GESTÃO DE FINANÇAS PÚBLICAS DO SECTOR

3.1. Credibilidade do Orçamento

76. Os indicadores SI-1 a SI-3 analisam aos aspectos de Credibilidade do Orçamento, isto é, se o orçamento aprovado para o Sector é realista e implementado conforme planeado.

Tabela Resumo: Avaliação Credibilidade do Orçamento

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI – 1	A	D	B
SI – 2	D+	A	C
SI – 3	A	C	C

SI-1. Resultado da Despesa Agregada em Comparação com o Orçamento Original Aprovado para o Sector

77. Este indicador avalia a credibilidade da despesa global orçamentada no período 2012-2014, como um factor importante para a capacidade do sector da Saúde de prestar serviços públicos de acordo com a sua estratégia e planos de trabalho anuais.

(i) *A diferença entre a despesa primária real executada e a despesa primária orçamentada no sector (excluindo encargos da dívida e projectos financiados externamente)*

78. Esta dimensão avalia a diferença entre a despesa primária real e a despesa primária orçamentada, ou seja, excluídos os encargos do serviço da dívida e as despesas de projectos com financiamento externo (incluindo valorização das doações em espécie). De acordo com a metodologia, a medição da despesa primária orçamentada é efectuada com os valores da dotação inicial, e não da dotação actualizada que incorpora os reajustes ocorridos ao longo do ano fiscal³⁷.

79. A dotação inicial corresponde aos valores atribuídos às instituições do sector no Orçamento Geral do Estado (OGE), aprovado pela Assembleia da República (AR) final do ano³⁸. Cabe ao governo apresentar a proposta de Plano Economico e Social (PES) e de OGE na AR, harmonizando as planificações realizadas a nível sectorial. No sector da Saúde, o exercício de planificação fundamenta-se nos seguintes documentos:

- Programa Quinquenal do Governo (PQG), que apresenta as prioridades do Governo, incluindo as do sector da Saúde;
- Plano Estratégico do sector da Saúde da Saúde (PESS), que reflecte a estratégia quinquenal do sector;
- Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), que apresenta a planificação das actividades do sector para um período de 3 anos. A planificação é actualizada anualmente, e enviada pelas DPS e SDSMAS às DPPFs (Direcções Provinciais de Plano e Finanças, os órgãos provinciais do MEF), e em seguida submetida ao

³⁷ De acordo com as informações providenciadas pelo MEF, as realocações ocorrem em Abril, para a actualização dos salários e das necessidades em medicamentos; e em Outubro, para a reprogramação das actividades propostas pelo MEF.

³⁸ Na prática, isto tem acontecido regularmente mas com excepção dos anos pós-eleitoriais (p.e. 2015), quando a aprovação dos OGEs têm sido adiada até Abril. Importa realçar que o período abrangido por esta avaliação PEFA – 2010, 2011 e 2012 – não inclui anos pós-eleitoriais.

MEF pelo Governo Provincial para aprovação. O MEF envia anualmente orientações metodológicas para a elaboração do CFMP, e define os tetos orçamentais a serem considerados;

- d) Proposta de Orçamento do Sector (OS). A DAF do MISAU, em colaboração com o Departamento de Planificação e Cooperação (DPC), prepara a proposta orçamental anual ao nível central. A proposta é preparada no Módulo de Elaboração do Orçamento (MEO) do e-SISTAFE. As entidades descentralizadas do sector da Saúde preparam as suas próprias propostas orçamentais, consolidadas posteriormente ao nível das Províncias.

Anteriormente, a Direcção Nacional do Orçamento (DNO³⁹) do Ministério das Finanças (MdF⁴⁰) centralizava a harmonização das propostas orçamentais do Estado, com base nas propostas elaboradas pelos sectores. Quando necessário, a DNO solicitava aos sectores alterações com base nas revisões e os limites das previsões de receitas, para a finalização do exercício de preparação da proposta do orçamento. Em 2015, foi iniciado um processo de reestruturação, com a fusão do MdF com o Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD). Assim, criou-se o Ministério de Economia e Finanças (MEF), e a DNO foi transformada em Direcção Nacional de Planificação e Orçamento (DNPO);

A AR aprova o Orçamento consolidado no mês de Dezembro de cada ano, após a aprovação pelo Conselho de Ministros, no final de Setembro;

- e) Plano Económico e Social (PES), preparado com base no CFMP e na lei orçamental, que representa o plano de actividades do sector para o ano seguinte.

80. A avaliação de 2009 tinha observado que, no período considerado, a despesa real tinha sido constantemente inferior ao orçamento aprovado (2005-07); com desvio superior a 15% em 2 dos 3 anos (-26.2% em 2005, -15.8% em 2006, e -10.6% em 2007). A avaliação de 2015 observou que **a situação da execução orçamental melhorou substancialmente**. A tabela 8 apresenta os valores orçamentados e executados, assim como diferenças e desvios ocorridos.

Tabela 8: Resultado da despesa agregada em comparação com o orçamento original aprovado (2012-14) (10³ MZN e %)

Ano	Dotação Inicial (I)	Despesa Realizada (II)	Diferença (III=II-I)	Desvio (IV=III/I)
2012	5,578,214	5,379,464	-198,750	-3,6%
2013	7,135,604	7,616,734	+75,670	+1.1%
2014	12,463,242	11,508,270	-1,345,582	-10.8%

Fontes: REOs da saúde 2012, 2013 e 2014; Orçamentos aprovados (Em 2009 foi utilizada a CGE)

81. Em 2012 e 2013 o desvio foi menor de 5%, enquanto em 2014 ultrapassou 10%. Nos primeiros dois casos, **o sector conseguiu utilizar de forma quase integral o orçamento atribuído**. No caso de 2014 ao contrário, cerca de 10% dos recursos alocados não foram utilizados.

Uma possível interpretação por este último dado tem a ver com a realização, em 2014, das eleições gerais: o que pode ter acontecido é que os recursos inicialmente alocados tiveram que ser re-allocados, para actividades ligadas as eleições. Naquele ano, registou-se também um elevado aumento da rubrica “medicamentos PRSD + donativos em espécie valorizados” (+349%), que afectaram principalmente a rubrica “Central de Medicamentos

³⁹ Desde 2015, Direcção Nacional do Plano e Orçamento, DNPO

⁴⁰ Desde 2015, Ministério de Economia e Finanças, MEF

e Artigos Médicos” (-62%). Outras rubricas afectadas foram as despesas correntes a nível distrital (-17%) e central (-13%).

82. **O desempenho no indicador SI-1 melhorou entre 2009 e 2015.** Na opinião da equipa de avaliação, isto se deveu ao **aperfeiçoamento dos processos de planificação e acompanhamento da execução orçamental através do PES; e a utilização do e-SISTAFE na inscrição do orçamento.** A sub-execução passou de -26.2% em 2005 para +1.1% em 2013, com um ano 2014 atípico, pelo impacto – provavelmente - das eleições gerais.

Pontuação "B". Durante os três últimos anos, o desvio da despesa realizada em comparação com a despesa prevista no orçamento inicialmente aprovado foi maior de 10% somente em um dos três anos analisados.

Tabela Resumo: Avaliação SI-1

Indicador (M1)	Pontuação PEFAs			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-1	A	D	B		
(i)	A	D	B	Melhoria dos processos de preparação e de acompanhamento da execução orçamental.	

SI-2. Composição da Despesa Executada em Comparação com o Orçamento Original Aprovado do Sector

83. Este indicador exige uma avaliação das variações ocorridas nas rubricas orçamentais, entre orçamento original e despesa executada do sector. Na identificação do volume de fundos do sector, para além de se excluírem o serviço da dívida e as despesas dos projectos financiados externamente (como no SI-1), são também excluídos os itens de contingências.

84. O orçamento do sector é construído e apresentado com diferentes classificações, entre as quais a classificação programática. Para avaliação das variações ocorridas, a equipa de consultores efectuou a medição com as seguintes rubricas:

- Despesas correntes (central);
- Despesas correntes (provinciais);
- Despesas correntes (distritos) – somente para 2013 e 2014
- Despesas de investimento (CI - central);
- Despesas de Investimento (CI - provinciais); e
- Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM).

A utilização desta classificação económica, relativamente distinta da classificação utilizada em 2009, foi escolhida pelos seguintes critérios: (i) informação disponível nos REOs-Saúde mais abrangente em relação a informação da CGE e do OE; (ii) medição das variações das maiores categorias do sector – despesas correntes, investimentos e medicamentos; (iii) identificação das variações ao nível central e provincial para uma melhor imagem dos efeitos da descentralização.

- (ii) *Volume da variação na composição das despesas durante os últimos três anos (excluindo os itens de contingência).*

85. Esta dimensão avalia em que medida as realocações entre essas rubricas, durante a execução, contribuíram na alteração da composição das despesas. Importa realçar que os consultores efectuaram aqui uma escolha diferente daquela feita na avaliação de 2009, utilizando as rubricas económicas em lugar das rubricas administrativas (p.e. MISAU, Hospitais...)

Tabela 9: Variação na Composição da Despesa Realizada (2012-14, %)

	Para SI-1	Para SI-2 (i)
Ano	Desvio na execução	Variação na composição
2012	-3.6%	17.4%
2013	+1.1%	14.1%
2014	-10.8%	5.5%

86. Durante o período 2012-2013, o desvio da execução total, em relação ao orçamento inicial, é relativamente baixo (ver SI-1). No entanto, a variação na composição das despesas realizadas é significativa. A variação na composição da despesa parece ter uma evolução positiva nos três anos, tendo o ponto mais baixo em 2014. Todavia, a variação na composição da despesa ultrapassou 15% durante um dos últimos três anos, penalizando esta dimensão.

87. A melhoria observada na variação da composição das despesas durante o último ano do período pode ter sido devida às seguintes razões:

1. A melhoria na planificação e orçamentação pela utilização do Programa Quinquenal do Governo (PQG), do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), do Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP); e do e-SISTAFE;
2. A apresentação separada no REO da saúde, desde 2013, da despesa corrente de nível distrital;
3. Ao desvio na execução em 2014, que teve um impacto positivo, diminuindo a necessidade de realocação entre rubricas orçamentais.

Pontuação "C". Durante um dos últimos três anos a variação na composição das despesas correntes, de investimento e medicamentos e outros artigos médicos, aos níveis central e descentralizado ultrapassou o 15% em relação aos valores originalmente orçamentados.

Tabela Resumo: Avaliação SI-2

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-2	D+	A	C	A menor variação entre o orçamento inicial e o executado (SI-1), impactou a variação entre as categorias de despesas pelas realocações dos recursos entre elas, que ultrapassou o 15% em relação aos valores originalmente orçamentados, durante um dos últimos três anos.	

(i)	D	A	C		
(ii)	A	N/A	N/A		

SI-3. Resultado das Receitas Agregadas em Comparação com o Orçamento Original Aprovado para o Sector

88. Este indicador avalia em que medida a arrecadação real de receita própria do sector está em linha com os respectivos valores orçamentados.

(iii) *Receitas internas reais comparadas com a receita interna no orçamento originalmente aprovado.*

89. Esta dimensão avalia a qualidade das **previsões de receitas internas**, como um elemento chave para a preparação de um orçamento credível. No sector da Saúde, as projecções das receitas são preparadas pelos respectivos Centros de Custos (CC) e Unidades Gestoras Executoras/Beneficiárias (UGE/UGB), e enviadas: (i) à MISAU-DPC para informação e para garantir que as projecções estejam coerentes com os planos dos anos anteriores; e (ii) para a Direcção Nacional de Planeamento e Orçamento (DNPO) para análise, avaliação, consolidação e integração na proposta orçamental do MEF para o ano seguinte.

90. Os limites anunciados e/ou comunicados pelo MEF são inscritos pelas UGEs/UGBs no Módulo da Elaboração Orçamental (MEO) do e-SISTAFE. A fase da digitação no sistema ocorre no mês de Julho de cada ano. Os valores definitivos são os aprovados pela AR, no âmbito da aprovação do OGE. Como para as despesas (SI-1), **as entidades descentralizadas do sector da Saúde preparam as suas próprias estimativas de receitas**, consolidadas posteriormente ao nível das 11 províncias. São 6 as instituições subordinadas ao MISAU com receitas próprias ao nível central, que enviam relatórios com as projecções de receitas:

- Laboratório Nacional de Higiene - Aguas e Alimentos;
- Central de Medicamentos e Artigos Médicos -CMAM;
- Departamento Farmacêutico;
- Inspeção Geral da Saúde;
- Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário;
- Hospital Central do Maputo;

91. No âmbito da descentralização, os diferentes níveis (central, provincial e distrital) elaboram a previsão da receita no momento da elaboração do CFMP, e executam ao nível descentralizado. Contudo a DPC, para além de manter planilhas de previsão e execução de receita de nível central, mantém planilhas de previsão das receitas provinciais. Para medição deste indicador, a equipa de consultores contou com o apoio da DAF e do Chefe do Departamento de Planificação e Economia Sanitária da DPC, para extrair os dados relevantes através do e-SISTAFE. Todavia, essa operação não teve sucesso.

92. De maneira a ultrapassar esse constrangimento, o Grupo de Apoio recomendou que se utilizassem os dados apresentados na CGE – Mapa II-4, sobre as receitas próprias previstas; o que permitiria, pelo menos, comparação com a avaliação de 2009. A equipa de consultores, acolhendo a sugestão, mantém os seguintes comentários:

- Esta comparação entre previsão de receitas e receitas efectivamente cobradas considera somente o nível Central (os valores das receitas nas administrações

- Privincial e Distrital não discriminam os vários sectores da administração pública);
- As receitas são apresentadas na alocação actualizada, e não no valor do orçamento original.

93. A figura 9 apresenta as receitas estimadas e realizadas:

Figura 9: Previsão e Execução de Receitas Internas - Nível central (Previsão: Orçamento Actualizado)

	2014			2013			2012		
	Previsão	Realizado	%	Previsão	Realizado	%	Previsão	Realizado	%
Ministério da Saúde	330.443	370.985	112%	354,197	275,490	78%	275,035	315,081	115%
Hospital Central de Maputo	266.435	370.985	139%	354,197	263,461	74%	275,035	263,918	96%
Serviços da Clínica Especial	243.189	254.851	105%	295,000	129,826	44%	234,464	219,415	94%
Serviços de Atendimento Especial	0	218	NS	0	132,068	NS	-	43,415	NS
Receita de Medicamento	0	115.799	NS	935	708	76%	571	950	166%
Receita Própria do HCM	22.577	117	518%	58,262	859	1%	40,000	138	0%
Venda de Medicamento	669	-	0%	0	0	NS	-	-	NS
Central de Medicamento e Artigos Médicos	64.007	-	0%	0	12,028	NS	-	51,163	NS
Receita Própria do MISAUCM	62.149	-	0%	0	12,028	NS	-	51,163	NS
Centro regional de Desenvolvimento sanitário	1.858	-	0%	0	0	NS	-	-	NS

Fontes: CGE 2012 a 2014

94. O Governo tomou acções para impulsionar os órgãos e instituições do Estado a melhorar a previsibilidade da receita, de modo a assegurar que toda a receita seja recolhida aos cofres do Estado. Nos termos do n.º 3 do artigo 14 da Lei do SISTAFE, os montantes de receita inscritos no Orçamento do Estado constituem os limites mínimos a serem cobrados no correspondente exercício. No entanto, não há evidências que estes esforços tenham produzido resultados visíveis a nível do sector.

95. Um estudo sobre as “fontes e o potencial de receitas próprias no sector da Saúde em Moçambique”, implementado pela “Intellica” e financiado pelo DFID, constatou o seguinte:

- As consultas externas e os internamentos são cobrados de forma padronizada pelas diversas unidades sanitárias;
- Não há padronização dos outros serviços prestados, tanto na forma de prestação, bem como nos preços aplicados. Na sua generalidade são classificados como receitas próprias e não são declaradas nas Direcções das Áreas Fiscais;
- Existem casos de receitas cujo custo de cobrança é superior que a própria receita. Apesar desta situação, recomenda-se a não eliminação destas fontes de receitas devido a falta de recursos financeiros.

Pontuação "C". Enquanto as receitas provinciais e distritais do sector da Saúde não são discriminadas na CGE (e não consideradas para este indicador), a realização de receitas próprias do sector se manteve entre 92 % e 116% das previsões em 2 dos últimos 3 anos.

Tabela Resumo: Avaliação SI-3

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-3	A	C	C		
(i)	A	C	C	Não se registou evolução no desempenho.	

3.2. Abrangência e Transparência

96. Os indicadores, SI-5 a SI-10 avaliam se, o orçamento do Sector e a supervisão do risco fiscal pelo MISAU são abrangentes, e verificam ainda se as informações fiscais do orçamento do sector são acessíveis ao público.

Tabela Resumo: Avaliação Abrangência e Transparência

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI-5	B	C	B
SI-7	B+	C	D+
SI-8	B	B+	C+
SI-10	B	B	C

SI – 5. Classificação do Orçamento no Sector da Saúde

97. Este indicador avalia até que medida a classificação orçamental em uso permite o acompanhamento de todos os gastos do sector e, pelo menos, nas seguintes dimensões: administrativa, económica, funcional e programática.

- (i) *Sistema de classificação utilizado para a formulação, execução e reporte do orçamento do Sector de Saúde.*

98. Esta dimensão avalia a qualidade da classificação utilizada para a preparação do orçamento do sector da Saúde e subsequentemente para a contabilização das despesas e a preparação das contas do sector (prestação de contas).

99. A formulação do orçamento do sector da Saúde, assim como do OGE, está apresentada na Lei Orçamental com base nas várias classificações orçamentais, determinadas pela Lei do SISTAFE, incluindo a classificação Administrativa, Económica, Funcional (GFS/COFOG), Programática, Orgânica e ainda por sector prioritário, como é o caso da Saúde (esta última classificação, ao contrário das demais, é elaborada manualmente), a saber:

- Administrativa
 - Nível Central: Laboratório Nacional de Higiene, Água e Alimentos; Centro de Desenvolvimento Regional de Saúde; Instituto de Ciências de Saúde de Maputo; e Instituto Nacional de Saúde.
 - Nível Descentralizado: 12 Hospitais Distritais e 14 Hospitais Rurais;
- Económica: despesas com o pessoal; bens, serviços e outros; despesas de capital, etc;
- Funcional (GFS/COFOG): Saúde N.E.; Segurança e Acção Social; Serviços Hospitalares Especializados;
- Programática: Boa Governação e Género; Saúde da Mulher e da Criança; Nutrição; Epidemiologia; Doenças Transmissíveis etc;
- Orgânica: Saúde Nível Central, Saúde Nível Descentralizado, Hospitais.

100. Adicionalmente, o orçamento considera outras classificações também definidas na Lei do SISTAFE, nos seguintes âmbitos:

- Gestão: relacionada com o orçamento Central/Local, Autarquias e Empresas Públicas;

- Territorial: Central, Provincial, Distrital e Autárquico;
- Fonte de Recursos: Internos ou Externos.

101. O OGE apresenta as receitas próprias das instituições para o nível central, provincial e distrital, mas não apresenta as receitas por sector. Apenas nos REOs e CGEs existe a apresentação das receitas próprias e consignadas por sector. O sector não apresenta as suas receitas próprias e consignadas nos seus relatórios sectoriais.
102. Os valores são apresentados tanto nos documentos do OGE, quanto no relatório de execução do sector da Saúde, mas é difícil poder cruzar a informação vindo das duas fontes.
103. A execução do orçamento do sector da Saúde é apresentada em vários documentos: Conta Geral do Estado (CGE), Relatório de Execução do Orçamento (REO) e Contas de Gerência (CG) do sector da Saúde, auditadas pelo TA, estes relatórios são abrangentes, no entanto, a informação é apresentada com diversas classificações, e não permite a comparação directa. Em fim, a execução das receitas não está apresentada no REO do sector.
104. Finalmente, as classificações em uso são, de um modo geral, consistentes com os padrões internacionais, mas não são utilizadas de maneira harmonizada e sistemática, tanto nos relatórios do orçamento do Estado quanto o do sector.

Pontuação "B". A formulação e execução do orçamento são, de um modo geral, consistentes com os padrões internacionais GFS/COFOG, e as categorias sub-funcionais da classificação COFOG e programáticas são utilizadas, mas a apresentação das despesas segundo as várias classificações não se encontra harmonizada e sistematizada nos vários relatórios financeiros do Estado e do sector.

Tabela Resumo: Avaliação SI-5

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-5	B	C	B	Melhoria pela utilização das categorias sub-funcionais e programáticas.	
(i)	B	C	B	A utilização das classificações COFOG e programáticas foi um grande progresso, mas não são utilizadas de maneira sistemática e harmonizada nos vários relatórios do sector.	

SI -7. Grau de Operações Governamentais Não Reportadas

105. Este indicador avalia a existência e a proporção de receitas e despesas que não estão reportadas nos relatórios do sector, excluindo os projectos financiados externamente. Os relatórios de execução do sector devem ser os mais abrangentes possíveis, e deveriam reportar também sobre execuções extraorçamentais.

- (i) *Nível de despesas extraorçamentais (para além dos projectos financiados externamente) não reportadas, ou seja, não incluídas nos relatórios de execução orçamentais*

106. Esta dimensão avalia o nível de despesas relacionadas com operações extraorçamentais, ou seja, despesas que não são incluídas na lei do orçamento anual e não reportadas nos relatórios financeiros do sector da Saúde, excluindo os projectos financiados por recursos externos.

107. Um estudo sobre as pontenciais fontes de receitas para o sector da Saúde, realizado pela Intellica em 2013 e financiado pelo DFID, menciona a existência de receitas extraorçamentais no valor de 61,58 milhões de meticais, representando 8% das receitas totais do sector em 2012. A informação para os anos seguintes não foi disponibilizada. No mesmo ano, as despesas totais do sector (Execução do Orçamento) foram de 16.326,92 milhões de meticais. Assumindo que 100% das receitas extra-orçamentais foram utilizadas para pagamentos de despesas extra-orçamentais, o valor delas representa somente 0.4% das despesas totais do Sector.

Figura 10: Receitas e Despesas Extra-Orçamentais (10³ MZN)

Receitas & Despesas Extra-orçamentais			
Rubrica	2012	2013	2014
1 Receitas Totais do Sector	765,587		
2 Receitas extra-orçamentais	61,577		
3 Percentual (3=2/1)	8%		
1 Despesas Totais do Sector	16,326,927		
2 Despesas extra-orçamentais	61,577		
3 Percentual (3=2/1)	0.4%		

Fonte: Estudo Intellica 2013 e REO Saúde 2012

108. A DAF do MISAU confirmou que, desde o ano de 2014, não existem receitas e actividades financiadas com fundos extraorçamentais, além de projectos financiados com recursos externos. Este é o resultado da implementação de um instrumento de planificação, orçamentação e monitoramento da execução na DPC, integrando a informação do PES. Montado numa plataforma Excel, este instrumento inclui todo o Plano Económico e Social (PES) aprovado por rubricas orçamentais e valores correspondentes. Este instrumento é usado por todos os Centros de Custo e não permite realizar despesas extraorçamentais não registradas no PES.

109. A DAF verificou uma certa fragilidade no controle e na autorização de pagamento de despesas fora do PES, pela forte rotatividade dos quadros formados nos departamentos das DAFs do sector. A DAF confirmou que o valor de despesas extraorçamentais que poderiam ser executadas fora do controle de regularidade é insignificante. Assim, só deveriam ser pagas despesas aprovadas no PES, mas devido à grande complexidade de funcionamento do sector da Saúde, ocorrem situações não previstas, embora sem grande expressão em relação à despesa global. Quanto às despesas extra-orçamentais e na ausência de dados concretos, foi mantido o percentual das receitas extra-orçamentais de 8% apresentado no estudo realizado pela Intellica em 2013, também como despesas extra-orçamentais, ou que representam 0.4% das despesas totais do sector para o ano 2012.

Pontuação "A". Não existe evidência sobre o nível das despesas extraorçamentais não relatadas, mas considerando o valor do estudo da Intellica de 2013 e as praticas da DAF, o nível das despesas extra-orçamentais é insignificante (0.4%).

(ii) *Informações de receitas/despesas relativas a projectos financiados externamente e que são incluídas nos relatórios orçamentais do sector*

110. Esta segunda dimensão avalia o controlo que o sector da Saúde exerce sobre os projectos financiados com recursos externos, assim como as contribuições em espécie, que estão incluídas nos REOs da saúde. A informação sobre as actividades e os valores que são financiados por fundos externos é importantíssima para planificação estratégica, o cenário fiscal e a orçamentação anual.

111. A Direção de Planificação e Cooperação (DPC) é responsável pela coordenação da implementação dos projectos verticais, financiados por recursos externos, sendo que alguns destes projectos estão sedeados na própria DPC. Outros projetos do sector estão sedeados em outras direcções do MISAU, implementados por entidades executoras ou por instituições descentralizadas.

112. A DPC é responsável pelo acompanhamento de todos os projectos com financiamento externo, através de dois departamentos:

- O **Departamento de Planificação e Economia Sanitária (DPES)**; e
- O **Departamento de Projectos (DI)** - criado em 2012 para assegurar o acompanhamento dos projectos de investimento externo, dentro ou fora do orçamento. Este departamento efectuou o mapeamento dos projectos ao nível central e provincial, e actualmente está em fase de confirmação dos dados, junto às unidades orgânicas do MISAU. Após a finalização do exercício, o número total dos projectos e os seus valores serão verificados com os parceiros. Até decorrer esta avaliação, foram mapeados 89 (oitenta e nove) projectos ao nível central, e 88 (oitenta e oito) projectos em 7 províncias do país, para o período 2014-2015. As outras províncias confirmaram que não existem projectos com financiamento externo, contudo esta informação está em análise. No entanto, as actividades programadas e realizadas pelos projectos verticais, assim como os valores correspondentes, não foram disponibilizados para esta avaliação, visto que a gestão é feita pelos parceiros de cooperação

113. Todos os projectos financiados por créditos/empréstimos e inscritos na contabilidade pública estão incluídos nos REOs da saúde e na CGE, com a identificação dos valores correspondentes ao nível da dotação e da execução. Existem ainda projectos que não estão inscritos na contabilidade pública (caso de alguns projectos financiados pela USAID), e que poderão ter um peso muito significativo em comparação com as despesas realizadas no sector:

Figura 11: Peso do Investimento Externo em Proporção ao Total do Financiamento Global da Saúde, na Execução (excluído PROSAUDE, em %)

Projectos com financiamento externo	2012	2013	2014
Percentual dos Investimentos com financiamento externo	34%	72%	4%

Fonte: REOs IV da saúde 2012, 2013 e 2014, tabela 3.1

114. De acordo com as considerações feitas no PEFA Global 2015, o peso das doações extraorçamentais do Governo Norte-Americano é significativamente superior aos valores dos projectos dentro do orçamento. Assim, as percentagens apresentadas na tabela acima, acabam por ser marginais – em comparação aos extra-orçamentais - para o sector da Saúde. Por dedução, os valores dos projectos financiados pelos parceiros que não apresentam informação completa sobre disponibilidade de fundos e despesas, são significativamente superiores ao 50% do valor total das doações.

Os projectos do sector da Saúde financiados com empréstimos externos estão incluídos na CGE; mas as informações completas não estão incluídas de forma separada na CGE (p.e. deveria se apresentar informação sobre o estado do empréstimo para construção do Hospital Central de Quelimane).

115. A equipa de avaliação não teve evidências que o sector tenha estabelecido regras para a “criação” de novos projectos, ou o acompanhamento de projectos em curso, implementados por quaisquer instituição pública ou privada.

Pontuação "D". Os valores das despesas dos projectos de investimento externo do sector da Saúde financiados por créditos externos não são apresentados separadamente na CGE, enquanto os valores dos projectos de investimento financiados por donativos apresentados nos REOs da saúde correspondem a uma percentagem muito baixo do valor total destes projectos, sabendo que recursos externos mais importantes são os financiamentos Norte-americanos.

Tabela Resumo: Avaliação SI-7

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-7	B+	C	D+	A pontuação do indicador deteriorou-se entre 2009 e 2015, devido a percepção de aumento de fundos externos extra-orçamentais (ii)	
(i)	A	C	A	Melhoria na pontuação pelas boas práticas da DAF para o controle das despesas extra-orçamentais.	
(ii)	B	C	D	Percepção de aumento de fundos externos extra-orçamentais (ii)	

SI-8. Transparência das Relações Orçamentais Intergovernamentais

116. Este indicador mede o grau de transparência das regras e procedimentos existentes no sector para a determinação das alocações orçamentais dos níveis provincial e distrital. Considerando que a maioria da prestação de serviços primários de saúde são geridos ao nível provincial e distrital, a capacidade das províncias e distritos de terem uma visão geral e completa da alocação das despesas (de acordo com regras predefinidas) é importante para consolidação do sistema de-concentrado de gestão dos recursos do Estado, e a subsequente disponibilização de recursos para a prestação de serviços de saúde e prestação de contas ao nível central.

(i) *Sistemas transparentes e baseados em regras para a alocação e execução orçamental entre o Nível Central e os Níveis Provincial e Distrital existem.*

117. Esta dimensão avalia se o sector tem um sistema formal em uso para a determinação das alocações orçamentais e consequentemente a execução, entre o MISAU e as DPS e SDSMAS. E, se o sistema assenta no uso de regras transparentes e conhecidas pelos diversos níveis.

118. Em Moçambique o único nível descentralizado de Governo são as Autarquias ou Municípios. Apenas em 2015, e de uma forma ainda muito lenta, estão estas Autarquias a assumir funções que se encontravam sob responsabilidade ministerial, como é o caso da

Saúde.

119. As regras para as alocações de recursos estão fundadas num quadro legal transparente, mas múltiplo, definido na legislação vigente, no Manual da Administração financeira do Estado – MAFE e outros documentos:

- Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE) Lei n.º 9/2002, de 12 de Fevereiro
- Regulamento do SISTAFE Decreto n.º 23/2004 de 20 de Agosto
- MAF Diploma Ministerial n.º 169/2007, que aprova o Manual da Administração Financeira e Procedimentos Contabilísticos – MAF
- Transferências Lei n.º 1/2008 sobre a transferência de competências (e recursos), do Governo Central para as autarquias, no caso do Fundo de Compensação Autárquica – FCA
- Circular de Padronização dos Procedimentos Circular n.º /GAB-MF/2010, que regula os procedimentos de colecta e gestão das receitas do Sector da Saúde
- Manual de Procedimentos Manual de Procedimentos sobre a Colecta e Gestão das Receitas do Sector da Saúde - Ministério da Saúde - Intelica de 2013
- Classificador Económico Diploma Ministerial n.º 221/2013, sobre a Desagregação do Classificador Economico da Despesa – CED, para a viabilização da implementação dos Módulos de Gestão do Património do Estado (MPE)
- Manual de Procedimentos Provincial Manual de Procedimentos de Gestão Financeira – nível Provincial da DAF-MISAU e USAid – Setembro de 2014
- CFMP 2016-2018 Metodologia de Elaboração do CFMP 2016-2018, MEF – Maio de 2015
- Afectação de Recursos Critérios de Afectação de Recursos para 2016, MEF – Maio de 2015
- Guião de Planificação - Cabo Delgado Guião de Planificação e Gestão para os Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social, usado por todas as províncias para a elaboração do PESOD – PES e o Orçamento Distrital.
- Manual de Afetação dos Recursos Manual para afetação geográfica de recursos baseada nas necessidades no Sector Publica de Saúde em Moçambique (em fase de atualização para a aprovação do Ministro)

120. O ciclo anual de planificação inicia-se com a elaboração do Cenário Fiscal de Médio Prazo, cujo objectivo é sistematizar as opções e estratégias apropriadas para concretizar as prioridades e pilares do Programa Quinquenal do Governo (PQG) para os três anos seguintes, contribuindo desta forma para a fase seguinte, que é a preparação do orçamento.

121. Cada UGB do sector prepara o seu CFMP e o submete à DPC para avaliação e proposição de alterações, se for necessário. Após a consolidação dos CFMPs, esta o envia ao MEF. Para a preparação do orçamento dos anos seguintes, o MEF emite em Maio os Critérios de Afectação de Recursos. Neste processo, para além de se obedecer os

princípios de programação financeira do Estado patentes na Lei nº9/2002, de 12 de Fevereiro (Lei do SISTAFE), considera-se um conjunto de indicadores económicos e sociais que visam um maior alcance dos objectivos de desenvolvimento, reduzindo as assimetrias regionais, promovendo a equidade e bem-estar social e salvaguardando a descentralização. Os limites globais são definidos para os níveis central, provincial, distrital e autárquico, sendo pelo menos os níveis de descentralização da Lei Orçamento do Estado.

122. São coordenadores deste processo:

- MEF - Coordenador Nacional (DNP e DNO);
- Direcções Nacionais de Planificação ou órgãos similares - Coordenadores Sectoriais;
- Direcções Provinciais de Plano e Finanças ou órgãos similares – Coordenadores Provinciais;
- Conselho de Ministros, Governo Provincial e outros órgãos de decisão sectorial - Órgão de decisão.

123. Após aprovação do CFMP, cada UGB elabora e a sua proposta de orçamento para o ano seguinte no módulo de orçamento (MEO) do e-SISTAFE.

124. A adequação dos tectos autorizados pelo MEF, com o PQG, o PESS, o CFMP, do Plano Económico e Social (PES) e o Orçamento do Sector (OE-Sector da Saúde), são analisados no indicador SI-12.

125. As DPS e os SDSMAS têm orçamentos de funcionamento e uma pequena parte de investimento interno e externo desconcentrados do MISAU. No entanto, a maior parte do financiamento externo, mesmo que beneficie as DPS e os SDSMAS, está registado ao nível do MISAU e gasto/executado por este. Assim, em geral, as DPS e SDSMAS actuam como unidades desconcentradas do MISAU com dupla subordinação ao MISAU e ao Governador da respectiva província.

126. Este último aspecto de dupla subordinação, sectorial vs territorial, afecta a qualidade dos orçamentos das instituições e a sua execução ao longo do ano.

127. Existe clareza sobre o calendário e processo orçamental a ser seguido aos vários níveis e conforme às directrizes do MEF, e são conhecidos os **critérios de fixação dos limites globais por província e distritos**. Em termos de alocação do orçamento à província, em geral, o governo central (DNO), considera a fórmula que conjuga a densidade populacional que tem um peso de 70% e o Índice Multidimensional da Pobreza, com 30% de peso.⁴¹

Informações colhidas junto a DPC indicam que os critérios de alocação de fundos (Componente Funcionamento) entre províncias em vigor desde 1990 conjuga a população, o número de camas, unidades de atendimento, índice de pobreza e densidade populacional com um peso de 25%, 20%, 40%, 5% e 10% respectivamente. Não há clareza em relação à componente investimento.

128. Excepção é feita para a rubrica de salários, embora persista o problema de alocação de quadros após os orçamentos terem sido propostos e aprovados, e sem estar em linha com os quadros de facto recebidos pela província e distrito.

Pontuação "B". A pesar de ter regras transparentes para a totalidade das alocações de recursos, os

⁴¹ As dimensões usadas nesta metodologia são: Consumo: 30% ; Água potável: 15%; Saneamento: 15%; Saúde: 20% e Educação: 20%.

efeitos da descentralização e a dupla subordinação das DPS e dos SDSMAS ao MISAU e ao Governador da respectiva província cria disfuncionamentos na alocação e transferência do recursos.

- (iv) *Prontidão na disponibilização de informação fiável pelo MISAU às DPS e SDSMAS sobre as suas alocações orçamentais para o ano seguinte.*

129. Esta segunda dimensão avalia a prontidão na disponibilização de informação sobre os tetos orçamentais de facto alocados pelo MISAU às DPS e SDSMAS para o ano seguinte.

130. Ao contrário das regras, acima mencionadas, informação fiável sobre os limites orçamentais para o Sistema Nacional de Saúde é comunicada com atrasos ao nível central pela Direcção Nacional do Plano e Orçamento (DNPO) e aos níveis provincial e distrital pela Direcção Provincial de Plano e Finanças (DPPF). Isto é também confirmado no PEFA Global 2015 (par. 140). Esta informação é teoricamente comunicada até o dia 31 de Maio de cada ano, ou seja 3 meses antes da submissão do Orçamento do Estado (OE) para o Governo e mais de 5 meses antes da submissão para a AR, mas não acontece na prática. Assim, as Unidades Gestoras Beneficiárias (UGBs) do sector da Saúde, não tem informação fiável sobre os tetos orçamentais alocados, para a preparação e registo do orçamento detalhado no módulo de orçamento do e-SISTAFE em tempo oportuno.

Pontuação "C". *As UGBs do sector da Saúde não recebem informações confiáveis sobre os tetos alocados, em tempo oportuno e antes do início do processo de formulação do orçamento.*

Tabela Resumo: Avaliação SI-8

Indicador (M2)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-8	B	B+	C+	Houve uma diminuição no desempenho na alocação de recursos entre 2009 e 2015, pelos efeitos da descentralização e a dupla subordinação das DPS e dos SDSMAS ao MISAU e ao Governador da respectiva província.	
(i)	A	B	B	As regras para a totalidade das alocações de recursos estão fundadas num quadro legal transparente, mas a descentralização criou alguns disfuncionamentos na alocação e transferência de recursos.	
(ii)	C	A	C	Houve uma diminuição no desempenho desta dimensão: As UGBs do sector da Saúde não recebem informações confiáveis sobre os tetos alocados, em tempo oportuno e antes do início do processo de formulação do orçamento	

SI-10. Acesso Público a Informações Fiscais Chave do Sector

131. Este indicador avalia o grau de transparência e a facilidade de acesso do público a informações sobre orçamentos, execução, aquisições e auditoria do sector da Saúde.

- (v) *Tipologia da informação fiscal que é publicamente disponibilizada pelo sector da Saúde – disponibilidade de 6 elementos padrão de informação.*

132. Esta dimensão verifica se os 6 tipos de informação fiscal chave do sector são disponibilizados ao público.

133. O meio de comunicação do sector com o público em geral é o *website* do MISAU. No *website*, as informações acima mencionadas não se encontram disponíveis, e nem são de fácil acesso.

134. Uma parte da informação do sector é encontrada juntamente com a informação dos demais sectores do Estado nos sites do Estado e do MEF, nomeadamente:

Tabela 10: Acesso à Informação sobre o Sector pelo Público em Geral

Informação Essencial do Sector da Saúde Disponibilizada ao público	Disponível	Onde se encontra- se / facilidade de acesso
Documentação sobre a proposta do orçamento do executivo para o sector, disponível a nível nacional antes da sua aprovação pela Assembleia da Republica.	Sim	A DNPO do MEF disponibiliza a informação on-line. em www.dno.gov.mz O PES Nacional para o ano 2016 é on-line. desde o dia 30 de setembro 2015 em www.dno.gov.mz O MISAU disponibiliza a informação financeira e operativa do sector (incluindo as entidades descentralizadas no site do Ministério); contudo, houve dificuldades em aceder ao site.
Relatórios de Execução Orçamental Trimestral do exercício relativos ao sector, disponíveis a nível nacional.	Não	Os REOs nacionais trimestrais incluindo informação do sector da Saúde são disponíveis on-line. No entanto, os REOs preparados trimestralmente pelo MISAU são para uso interno a nível central e provincial, e para ser compartilhados com os parceiros de cooperação. O público geral não tem acesso. Esta situação falta ser definida a um nível hierárquico mais elevado, porque depende de uma análise mais profunda por parte das hierarquias do MISAU se toda a informação que consta no mesmo poderá ser facultada de forma sistematizada no site do MISAU.
Informação sobre as propostas do orçamento do executivo para os SDSMAS disponível a nível distrital, antes da sua aprovação pela Assembleia da Republica.	Sim	Como para o Nível Central a Direção Nacional do Orçamento do MEF disponibiliza a informação a nível distrital on-line. em www.dno.gov.mz
Os Relatórios de Execução Orçamental Trimestral referentes às despesas do distrito, disponível a nível provincial ou distrital.	Não	Como para o Nível Central, os REOs do nível Regional (distrito) são preparados pela DAF-MISAU trimestralmente para uso interno do MISAU a nível central e provincial e parceiros de cooperação. O público geral não tem acesso.

Informação Essencial do Sector da Saúde Disponibilizada ao público	Disponível	Onde se encontra- se / facilidade de acesso
Informação sobre os orçamentos das unidades sanitárias disponível a nível provincial ou distrital.	Não	Como em 2009, os orçamentos distritais não são sistematicamente elaborados de acordo com a unidade sanitária: as necessidades do pessoal são agregadas e os medicamentos centralmente fornecidos. Os fundos para bens & serviços disponíveis são alocados numa base ad hoc.
Quadros de informação ao público sobre os recursos de facto recebidos e utilizados a nível da unidade sanitária, disponível na maioria das unidades	Não	Não existe informação sistemática sobre como os recursos são recebidos e utilizados. A chegada de medicamentos é avisada verbalmente.

Pontuação "C". O sector da Saúde disponibiliza 2 das 6 informações essenciais para o público, mas não directamente pela iniciativa do MISAU.

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-10	B	B	C		
(i)	B	B	C	O Governo disponibiliza para o público 2 dos 6 tipos de informação listados. O PEFA 2009 tinha considerado os REOs trimestrais como disponíveis, mesmo que o público geral não tem acesso, por isso o indicador teve melhor pontuação em 2009, sendo que a situação continua a mesma.	

3.3. Orçamentação Baseada em Políticas Públicas

135. O indicador SI-12 procura medir se o sector adota ou não uma perspectiva plurianual na preparação das suas estratégias de financiamento e de orçamentação. Procura, em particular, verificar se são devidamente custeadas as decisões de investimento que o sector toma e decide ao nível político.

Tabela Resumo: Avaliação Orçamentação Baseada em Políticas Publicas

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI-12	C+	C	C

SI-12. Perspetiva Plurianual na Planificação e Orçamentação no Sector da Saúde

(vi) *Existência de uma estratégia do sector abrangente com custeio plurianual de despesas de funcionamento e de investimento*

136. O sector da Saúde reflecte as intenções do sector nas estratégias nacionais do governo, e recentemente adotou uma estratégia específica do sector (PESS), que cobre o

período de 2014 a 2019. O PQG inclui aspectos sobre a política de saúde para 5 anos, e onde materializa as prioridades do Governo. O PESS reflecte uma estratégia sectorial, quinquenal e mais abrangente, cobrindo todas as instituições do sector. Após a elaboração da própria estratégia, o sector realizou um estudo sobre o custeamento da mesma, que propôs cenários de financiamentos ligados a projecção das despesas, baseada na metodologia *OneHealth*. O Sector também elabora o CFMP, instrumento de planificação de médio prazo (3 anos), actualizado anualmente, no qual no processo da sua elaboração são analisadas e ajustadas as opções estratégicas definidas no PQG e no PESS e as despesas correspondentes.

137. A actualização anual do CFMP permite reflectir sobre as mudanças conjunturais e estruturais que posteriormente são consideradas na elaboração do PES e o OE do Sector e do Estado. Da análise efectuada, constatou-se que o PESS 2007-2012⁴² tem em certo alinhamento com as estratégias vinculadas no PQG 2010-2014, contudo, não inclui o custeio da mesma.

138. Todavia, o PESS 2014-2019 estabelece os objectivos estratégicos, políticas e programas do sector incluindo um quadro de monitoria robusto capaz de avaliar anualmente o grau de execução dos principais programas. Incorpora ainda pressupostos para a elaboração dos CFMPs, contudo, recomendações deixadas no âmbito da avaliação conjunta (JANS) ao documento, indicam que existe necessidade de incluir uma descrição das estruturas de coordenação existentes a nível central e provincial, inter e intra sectoriais, entre outros. Importa referir que o PESS actual descreve detalhadamente suas acções prioritárias em programas específicos de Saúde, estando estas materializadas nas acções prioritárias do PQG.

139. Observado de forma específica os vínculos entre os dados orçamentais globais (funcionamento e investimento) do sector constantes da Lei do Orçamento Estado (LOE) originalmente aprovado e a proposta do CFMP de 2012 à 2014 do sector da Saúde, constatou-se haver fraca compatibilidade ao longo dos anos, contudo há proximidade dos valores constantes da CGE de 2012 e 2014 em relação CFMP dos mesmos anos. As diferenças entre as estimativas plurianuais e anuais foram explicadas pelo MEF pela fraqueza na arrecadação de receitas internas, realocações orçamentais caso existam recursos ociosos nas instituições públicas e incrementos orçamentais caso haja receitas extraordinárias.

Tabela 11: Comparação dos Principais Agregados do CFMP (Proposta do Sector), LOE e CGE – 2012 a 2014 e PESS 2014-2019 (10³ MZN)

10 ³ MZN	2012	2013	2014	2015	2016
LOE	16.342.432,36	20.883.006,47	16.131.118,63	17.369.030,51	
CGE	13.747.880,14	19.096.883,96	14.784.497,49		
CFMP 2012 - 2014	13.748.149,86	14.798.273,33	15.599.503,82		
CFMP 2013 - 2015		12.491.953,54	14.216.507,07	16.280.928,61	
CFMP 2014 - 2016			14.402.935,96	15.218.830,35	16.694.847,42
PESS 2014-2019			55.049.856,37	55.225.047,65	55.174.745,26

Fonte: CGE 2012, 2013 e 2014; LOE 2012,2013,2014 e 2015; CFMP 2012-2014, 2013-2015 e 2014-2016

⁴² PESS 2007-2012 (Rascunho final para Aprovação, Março 2008)

(Propostas do Sector)

Pontuação: "C" O sector tem um plano estratégico cobrindo o período de 2014-2019, que descreve detalhadamente suas ações prioritárias em programas específicos de Saúde, estando estas materializadas nas ações prioritárias do PQG. Contudo, existe uma fraca compatibilidade entre as previsões globais do sector e os orçamentos anuais do sector.

(vii) *Relação entre os orçamentos de investimento e estimativas de despesa para o sector*

140. A segunda dimensão deste indicador avalia a qualidade da ligação entre os orçamentos de investimento e as estimativas de despesa de funcionamento orçamentadas em consequência das decisões de investimento.

141. As tabelas 11, 12 e 13 procuram mostrar se as decisões de investimento são devidamente materializadas em previsões e estimativas (orçamentação) e com os consequentes custos e despesas de funcionamento devidamente considerados para o sector. Com base nestas tabelas é possível verificar que os custos previstos no PESS 2014-2019 para a implementação dos diferentes programas do sector no ano de 2014 e 2015, não são compatíveis com os valores alocados pela LOE ao longo dos anos em análise. Para os anos de 2012, 2013 e 2014 as previsões na componente investimento representaram cerca de 46%, 23% e 56% respectivamente dos valores atribuídos pela LOE, ou seja foram atribuídos pela LOE valores acima do que foi previsto pelos CFMPs (proposta do sector) dos respetivos anos. Desta forma, conclui-se que há ligações frágeis entre as estratégias sectoriais e as decisões de investimento.

Tabela 12: Comparação dos Agregados do CFMP, LOE e CGE – 2012 a 2014 (Componente Investimento)

10 ³ MZN	2012	2013	2014	2015	2016
LOE	10.134.141,70	14.141.731,09	7.842.905,10	8.313.717,11	
CGE	8.599.468,56	12.867.266,43	6.558.977,67		
CFMP 2012 - 2014	4.669.511,86	5.100.833,33	5.084.109,82		
CFMP 2013 - 2015		3.238.444,54	2.927.024,07	2.618.517,61	
CFMP 2014 - 2016			4.411.048,10	4.252.951,51	3.932.551,49

Fonte: CGE 2012, 2013 e 2014; LOE 2012,2013,2014 e 2015; CFMP 2012-2014 e 2013-2015 (Proposta do Sector)

142. Situação contrária verifica-se ao analisar a componente de funcionamento, apesar das ligações entre as estratégias sectoriais e as despesas de funcionamento permanecerem frágeis, neste caso foram atribuídos pelo LOE valores abaixo do previamente definido nos CFMPs propostos pelo sector, sendo que para os anos de 2012, 2013 e 2014 foram alocados 68%, 73% e 83% respectivamente, das estimativas do sector para esta componente.

Tabela 13: Comparação dos números do CFMP, LOE e CGE – 2012 a 2014 (C.Funcionamento)

10 ³ MZN	2012	2013	2014	2015	2016
LOE	6.208.290,66	6.741.275,38	8.288.213,53	9.055.313,40	

CGE	5.148.411,58	6.229.617,53	8.225.519,82		
CFMP 2012 - 2014	9.078.638,00	9.697.440,00	10.515.394,00		
CFMP 2013 - 2015		9.253.509,00	11.289.483,00	13.662.411,00	
CFMP 2014 - 2016			9.991.887,86	10.965.878,84	12.762.295,93

Fonte: CGE 2012, 2013 e 2014; LOE 2012,2013,2014 e 2015; CFMP 2012-2014, 2013-2015 e 2014-2016 (Propostas do Sector)

143. Como forma de limitar as estimativas orçamentais dos diferentes sectores o MEF define limites sectoriais, fixados tomando em conta a responsabilidade sectorial no quadro dos programas estratégicos, cuja priorização foi definida nos PARPAs/PARP e PQGs, e nas medidas de políticas definidas pelo Governo nos respectivos PESS e OEs. Contudo, ainda persistem desafios em garantir plena coerência entre o PESS, o CFMP, o PES e o OE.
144. Da análise efectuada aos limites atribuídos aos diversos centros de custo do sector, constatou-se que não são atribuídos limites para a rubrica de salários, o que dificulta a comparação da mesma com o OE atribuído ao sector.
145. Com base nas informações acima é possível concluir que nem todas as decisões de investimento têm despesas de funcionamento previstas de forma adequada e abrangente

Pontuação: "C" Há ligações frágeis entre as estratégias sectoriais e decisões de investimento, por outro lado nem todas as decisões de investimento têm as despesas de funcionamento previstas de forma adequada e abrangente.

Tabela Resumo: Avaliação SI-1

Indicador (M2)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-12	C+	C	C	Não houve evolução	
(i)	C	C	C		
(ii)	D	C	C		

3.4. Previsibilidade e Controlo da Execução Orçamental

146. Os indicadores SI-13 a SI-21 revisam se o orçamento é implementado de forma organizada, previsível e controlada.

Tabela Resumo: Avaliação Previsibilidade e Controlo da Execução Orçamental

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI-13	A	D+ (B+)	C
SI-16	C+	C+	C
SI-18	B	B	B+
SI-20	C+	D+	C+
SI-21	B+	D	C+

SI-13. Transparência das obrigações e responsabilidades dos utentes do sector

147. Este indicador avalia a capacidade das instituições do sector poderem prever, planificar e orçamentar as suas receitas próprias e consignadas. Este é composto por três dimensões, nomeadamente, (i) existência de legislação e procedimentos abrangentes para a planificação e recolha de receitas próprias e consignadas, relevantes no sector; (ii) acesso dos utentes a informação sobre obrigações e procedimentos administrativos; e (iii) a existência e funcionamento de um mecanismo de reclamação.

(viii) *Existência de legislação e procedimentos abrangentes para a planificação e recolha de receitas relevantes no sector*

148. As receitas do sector da Saúde são previstas no âmbito da elaboração do Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) pelas instituições do sector ao nível central e de-concentrado (províncias e distritos), e as previsões constam do OGE aprovado pela AR, sendo que os dados ficam disponíveis no Módulo de Execução Orçamental (MEX).

149. A Circular nº1/GAB-MF/2010 é a que regula os procedimentos relativos a inscrição no OGE, cobrança e contabilização de receitas consignadas e próprias e descreve as fases do fluxo de previsão e recolha de receitas de forma geral (não especificando os sectores).

150. De referir que os diferentes órgãos/instituições do sector da Saúde que arrecadam e contabilizam a receita aos diferentes níveis (central, provincial e distrital), devem encaminhar as mesmas à área fiscal correspondente, através do preenchimento do modelo B e modelo 51.

151. Apesar de as instituições terem conhecimento das normas que regulam as receitas do Estado, de acordo com o estudo sobre as *“fontes e o potencial de receitas no sector de saúde em Moçambique”*, em 2013⁴³, persistem lacunas na gestão da receita, associadas a:

- Dificuldades dos técnicos na classificação da receita consignadas e próprias, e, por vezes, fraca capacidade das Direcções Provinciais em orientá-los de forma correcta;
- Não canalização da receita para a direcção da área fiscal, sendo o valor da receita usado directamente pela instituição que a cobrou sem observar o preceituado na circular nº1/GAB-MF/2010; e,
- Insuficiência de mecanismos de controlo interno das receitas para evitar o uso indevido das mesmas.

152. As normas e critérios de fixação de preços de medicamentos, vacinas e produtos biológicos sujeitos ao controlo e revisão são definidos pelo Diploma Ministerial nº 56 de 23 de Março de 2010. Os montantes a fixar para os preços máximos de comercialização de medicamentos são previamente aprovados e revistos pelo Departamento Farmacêutico.

153. Foi constatado que a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM)⁴⁴ possui um manual de procedimentos para a distribuição e cobrança⁴⁵ de medicamentos no Serviço Nacional de Saúde (farmácias do ambulatório).

⁴³ Intellica (2013)

⁴⁴ Entidade oficial responsável pelo aprovisionamento dos medicamentos e suprimentos médicos.

⁴⁵ Sistema que permite exigir aos utentes o pagamento dos medicamentos prescritos na Receita Médica e aviados nas farmácias do ambulatório. Os valores cobrados são encaminhados para a CMAM de modo a permitir a recuperação de custos. Esta situação poderá criar constrangimentos no âmbito da descentralização da arrecadação da receita entre os sectores e os governos.

154. No sector, as taxas cobradas pelos serviços prestados são publicadas sob a forma de um Decreto-Lei (as taxas cobradas variam de 1 MZN a 10 MZN/dia para pagamento de serviços como consultas e internamentos). Os valores a pagar são informados por via de cartazes colocados em locais visíveis pelos utentes. A taxa de cobrança de medicamentos (5 MZN) também é definida por diploma legal. O pagamento é efetuado no local da prestação do serviço (farmácia, enfermaria, triagem, entre outros). As cobranças de receitas às Unidades Sanitárias (US) pela CMAM são feitas durante o mês (do primeiro ao último dia do mês). Esses depósitos são efetuados em qualquer agência da rede do Banco escolhido e na conta indicada pela CMAM, gestora exclusiva das receitas da venda de medicamentos. Caso não seja possível depositar diariamente os valores cobrados devido a distância entre as US's e os bancos comerciais, o depósito é feito no fim de cada mês (na altura da deslocação à sede distrital), para a entrega dos resumos mensais ou em qualquer outra ocasião.
155. Nos distritos onde não há bancos, os valores cobrados são entregues ao responsável distrital de farmácia até dia 5 do mês seguinte a que se refere, e assina o triplicado do livro do Mapa Resumo Mensal de Caixa, confirmando a recepção do valor. A seguir, efectua-se na sede provincial um depósito mensal correspondente à cobrança das USs do seu distrito⁴⁶. Mensalmente o valor recolhido é remetido por via de cheque para a Repartição Fiscal responsável. O valor pode então ser solicitado junto ao Ministério da Economia e Finanças para cobertura de despesas correntes da instituição.
156. Apesar de existir regras e legislação no sector, o grau de conformidade com as mesmas é ainda reduzido, conforme mostra o Estudo realizado pela Intellica (2013). As avaliações institucionais e financeira ao nível provincial e distrital constataram que as receitas próprias e/ou consignadas, nem sempre são canalizadas às respectivas Direcções de Áreas Fiscais ou às Unidades dos Grandes Contribuintes⁴⁷ por um lado, e por outro após a declaração da mesma as instituições têm dificuldades em reaver, o que significa existir poder discrecionário por parte das instituições envolvidas, bem com fraquezas na classificação das receitas por parte das instituições.

Pontuação: "C" Existe legislação e procedimentos que regulam a planificação e recolha de receitas relevantes nas instituições governamentais e para o sector, contudo, o grau de conformidade com as mesmas ainda são reduzidos. Aspetos relacionados à descentralização da arrecadação das receitas do sector não são claros, as entidades cobram receitas e não reportam o que significa existir poder discrecionário por parte das instituições envolvidas.

(ix) *Acesso dos utentes à informação sobre obrigações e procedimentos administrativos*

157. Foi constatado durante a recolha de dados para a composição deste relatório que somente alguns dos hospitais gerais e farmácias (p.e. José Macamo e Mavalane) fixam nas suas vitrinas o custo de medicamentos por receita (no valor de 5 MZN), fundo social de medicamentos e a respetiva tabela de descontos, custos das consultas externas, exames médicos. Os utentes têm acesso limitado sobre procedimentos administrativos quer de

⁴⁶ Manual de Procedimentos CMAM, Capítulo 5

⁴⁷ MB Consulting (2014), Avaliação da Capacidade Institucional e de Gestão Financeira aos sectores responsáveis pela implementação do PAMRDC, Distrito de Angónia e Mágoè; MB Consulting (2013), Avaliação da Capacidade Institucional e de Gestão Financeira aos sectores responsáveis pela implementação do PAMRDC, Gaza.

determinação dos preços quer em relação á cobrança ou reclamação.

158. De referir que a Circular nº1/GAB-MF/2010 está disponível nos portais governamentais (p.e. <http://www.dno.gov.mz>), porém grande parte dos utentes (principalmente os mais carenciados) não tem acesso aos serviços de Internet.

Pontuação: “C”. Os contribuintes possuem acesso limitado das informações sobre os procedimentos administrativos e os preços praticados nos serviços do sector da Saúde, assim como dos medicamentos.

(x) *Existência e funcionamento de um mecanismo de reclamação*

159. Existe um mecanismo de reclamação e bem assim para sugestões e as regras são claras, contudo não está claro qual é o procedimento dado pela administração quer para as reclamações, assim como para as sugestões recebidas. Alguns hospitais (p.e. José Macamo) e centros de saúde (p.e. Centro de Saúde de Zimpeto) apresentam mecanismos para as reclamações e sugestões, concretamente, a instalação de linha verde e/ou a colocação de uma caixa onde os utentes podem depositar as suas preocupações. No entanto, não é uma prática generalizada a descrita neste exemplo nem fica claro que passos são dados como seguimento pelo sector uma vez recebida uma reclamação ou ma sugestão.

Pontuação: “C”. Foi criado um mecanismo de procedimentos de reclamações e sugestões mas necessita de reformulação considerável para que seja imparcial, transparente e eficaz.

Tabela Resumo: Avaliação SI-13

Indicador (M2)	Pontuações PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-13	A	D+	C	Melhoria, pela nova legislação e a criação de um mecanismo de procedimentos de reclamações e sugestões.	A revisão da pontuação de 2009 evidenciou que devia ser D+, e não B+
(i)	A	D	C	Melhoria pela existência de legislação.	
(ii)	A	C	C	Não houve mudança	Acesso limitado as informações sobre os procedimentos administrativos
(iii)	B	D	C	Melhoria pela existência de mecanismos de reclamações, apesar de não ser robusto	

SI-16. Previsibilidade da Disponibilidade de Fundos para Compromissos (Cabimentação) de Despesas

160. Este indicador avalia até que ponto o Ministério de Economia e Finanças (MEF) fornece informações confiáveis e previsíveis sobre a disponibilidade de fundos para a execução do orçamento do sector de acordo com os orçamentos das instituições do sector

aprovados pelo Governo.

161. O indicador apresenta três dimensões nomeadamente, (i) grau sobre o qual os fluxos de caixa são programados e monitorados; (ii) fiabilidade e horizonte de informações periódicas do exercício fiscal em curso para o sector sobre os tetos orçamentais para a cabimentação e execução da despesa; (iii) frequência e transparência dos ajustes nas dotações orçamentais que são decididos acima do nível de gestão do sector (MISAU, DPS, SDSMAS e demais instituições do sector).

(i) *Grau sobre o qual os fluxos de caixa são programados e monitorados pelo sector da Saúde (MISAU, DPS, Instituições subordinadas)*

162. A programação financeira, actividade que tem por fim planificar as entradas e os desembolsos de recursos financeiros ajustando o ritmo da execução do orçamento ao provável fluxo financeiro, depende da disponibilidade de fundos provenientes do Orçamento do Estado (OE) ou desembolsos dos Parceiros de Cooperação (financiamentos directos para o sector).

163. Relativamente aos fundos do OE, o processo de programação financeira desencadeia-se da seguinte forma:

- (i) Os funcionários dos Centros de Custos⁴⁸, a nível do MISAU (direcções, departamentos, centros, gabinetes, instituições subordinadas) e a nível provincial (departamentos internos e instituições subordinadas) elaboram os seus Planos de Tesouraria (PTs) mensalmente. Contudo, estes não derivam do PT anual preparado pela DAF para os parceiros de cooperação no âmbito dos desembolsos de fundos;
- (ii) Os PT's são aprovados pelo respectivo dirigente (p.e. directores, chefes de departamentos);
- (iii) Aprovados, os PTs são encaminhados para a Direcção de Administração e Finanças (DAF), Departamento Provincial de Administração e Finanças (DPAF), especificamente, a Repartição de Finanças/Tesouraria, até o dia 20 de cada mês, para a sua apreciação e agregação (PT consolidado);
- (iv) Consolidados os PTs, cabe à Repartição de Execução do Orçamento Corrente (REO) do Departamento Financeiro efectuar a Programação Financeira (PF) no e-SISTAFE por Classificador Económico da Despesa (CED) agregado;
- (v) O processo (PTs e PFs) é devolvido à Tesouraria de modo que este elabore uma proposta interna dirigida ao director da DAF ou chefe de DPAF (anexando as PFs) para apreciação e autorização dos registos das necessidades na componente funcionamento;
- (vi) Após a autorização da proposta é feita uma nota de transferência de fundos da Conta Única de Tesouro (CUT) para a Unidade Gestora Executora (UGE) dirigida ao MEF (DNT/DPT) para aprovação e libertação do valor que pode ser feita na totalidade ou parcialmente, dependendo da disponibilidade de fundos. A monitoria do PT e da PF é feita pela DAF através dos relatórios de execução e os cadernos de prestação de contas.

164. Persistem algumas dificuldades na elaboração dos Planos de Tesouraria pelos Centros de Custos ao nível central, e fraqueza na comunicação entre os responsáveis no processo, associados aos seguintes factores:

⁴⁸ Centros de Custos - diversas unidades físicas com estrutura funcional que são responsáveis por determinadas actividades no Plano Económico e Social (PES) e que têm a iniciativa de execução orçamental relativamente às suas actividades, a luz do SISTAFE designadas por UGB's (MPGF)

- Erros de soma;
- Falta de alinhamento entre as actividades e os respectivos valores de custeio;
- Não consideração dos tectos orçamentais, entre outros. Cabendo à DAF efectuar reajustes e correcções;
- Lacunas na comunicação entre a DAF e CCs no âmbito das alterações feitas aos PTs, PFs registados e libertação dos fundos no sistema;
- Fraqueza no acompanhamento pelos CC da execução das suas despesas, relativamente aos tectos orçamentais aprovados (às vezes usam tectos indicativos e não aprovados);
- Ao nível provincial a utilização dos PT's como um instrumento de gestão financeira encontram-se numa fase embrionária, daí que os constrangimentos sejam vários.

165. De referir que os constrangimentos mencionados causam a ociosidade de recursos no sistema bem como a requisição de valores estimados acima ou abaixo das necessidades reais.

166. Os financiamentos directos ao sector, provenientes da contribuição dos Parceiros (externos), que transitam pela Conta Única de Tesouro, são rotulados como Fundos para o sector da Saúde no momento da sua recepção pela Direcção Nacional do Tesouro (DNT). Assim, uma vez comunicado o limite de despesas, qualquer situação de indisponibilidade ou alteração financeira deverá ser comunicada formalmente ao órgão beneficiário, tanto para o OE como para os financiamentos directos ao sector, para permitir a reprogramação das actividades. Este é o caso do PROSAÚDE.

167. Durante a fase de preparação do Orçamento os Parceiros de Cooperação (PCs) comprometem-se a apoiar o PES, desembolsando os fundos para uma conta FOREX de acordo com os compromissos assumidos, confirmada a recepção dos fundos pela DNT, este comunica ao MISAU que por sua vez insta as províncias para efectuarem o registo das necessidades com base nos limites previamente aprovados.

168. Referenciar que no acto do compromisso, os parceiros verificam o cumprimento das obrigações inscritas no MdE, tais como a recepção de relatórios de auditorias, resultados de avaliação da Gestão Financeira Pública (GFP), Plano de Acção baseado nas recomendações chave levantadas nas auditorias e outros documentos relevantes numa base anual, com vista a acompanhar o processo em relação as melhorias na gestão financeira e transparência na alocação de fundos.

169. A DAF central envia O PT aos parceiros, para o preenchimento de um plano de desembolso em termos de datas, assumindo os compromissos previamente acordados, sobre o qual é feita monitoria mensal com vista a acompanhar o processo de desembolsos. Assim, um plano de tesouraria é preparado no início de cada ano fiscal e é actualizado mensalmente no sistema e-SISTAFE através da PF.

Pontuação: "C". Os Planos de Tesouraria (PTs) e as Programações Financeiras (PFs) são elaborados e actualizados mensalmente. Contudo, não derivam do PT anual preparada pela DAF para os parceiros de cooperação, no âmbito dos desembolsos de fundos do PROSAUDE. A DAF monitora os valores disponibilizados pelo OE e Parceiros, porém há fraqueza na comunicação entre a DAF e CC's no âmbito da monitoria dos valores desembolsados pela DNT e ajustes aos PTs pela DAF. Ao nível provincial a elaboração dos PTs não constitui prática, porém efectua a PF.

(ii) *Fiabilidade e horizonte de informações periódicas do exercício fiscal em curso fornecidas pelo MEF ao MISAU e DPS sobre os tetos para os compromissos de despesa*

170. O MEF envia para o sector, no início do ano, notas comunicando os limites estabelecidos pelo OE anualmente, por outro lado, o e-SISTAFE contem informações relativas às dotações orçamentais iniciais e actualizadas para os compromissos de despesas que podem ser visualizados diariamente pelos diferentes agentes que operam o e-SISTAFE ao nível do sector.

171. Os Centros de Custos solicitam a cabimentação das despesas à DAF até 6 meses de antecedência, visto que o processo de aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas poderá levar mais de 3 meses e caso necessite visto do Tribunal Administrativo (TA).

Pontuação: “A” O sector da Saúde recebe do MEF um comunicado no início do ano informando sobre os limites estabelecidos no OE e por outro lado tem acesso a dotação (inicial e atualizada) via e-SISTAFE. Os centros de custos solicitam a cabimentação das despesas à DAF até 6 meses de antecedência visto que o processo de aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas poderá levar mais de 3 meses, caso necessite visto do Tribunal Administrativo.

(iii) *Frequência e transparência dos ajustes nas dotações orçamentais que são decididos acima do nível de gestão do MISAU e DPS.*

172. O MEF (DNPO) e/ou DPPF efectuem reajustes das alocações orçamentais em determinados exercícios fiscais quando: (i) verifica-se a arrecadação de receitas extraordinárias ou mais-valias ocorridas no exercício, (ii) há redistribuição das dotações orçamentais em caso de ociosidade de recursos pelos sectores, (iii) valores disponibilizados pelos parceiros por *tranches*, entre outros. Normalmente o MISAU e as DPSs solicitam os reajustes e/ou redistribuição entre as linhas orçamentais dentro da mesma rubrica agregada em termos do Orçamento do Estado, sendo flexível ao nível do PROSAUDE ou Investimento Externo.

173. Considerando que a Saúde é um sector prioritário, o MEF (DNPO) e/ou DPPF têm feito consideráveis re-ajustes das dotações orçamentais ao longo do ano. Isto realizou-se de forma transparente, com base nas regras estabelecidas na Lei do SISTAFE no.9/2002 (artigo 34), e com o envolvimento do sector, de maneira a salvaguardar o grau de realização da despesa. Os ajustes das linhas orçamentais dentro da mesma rubrica agregada ao nível do sector ocorrem em média quatro vezes ao ano. Estes ajustes são feitos com base no envio de uma nota do Centro de Custo (pedido de realocação) dirigido à DPC com o conhecimento da DAF. Sendo que a DPC com a devida autorização superior envia a referida nota à DNO. A rubrica dos salários (paga via PROSAUDE) é a que mais sofre reajustes ao longo do ano com incidência nas províncias de Nampula, Zambézia, Gaza e Cabo Delgado.

Pontuação: “C” Os ajustes das dotações orçamentais são frequentes, particularmente na rubrica salário o que enfraquece o processo de planificação dos pagamentos e a utilização correta dos recursos financiados pelo PROSAUDE.

Tabela Resumo: Avaliação SI-16

Indicador (M1)	Pontuações PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI -16	C+	C+	C+	<p>Melhorias pela elaboração dos PTs e PFs mensais, e pela disponibilização de informação confiável via e-SISTAFE.</p> <p>Contudo, ainda há fraquezas relacionadas com elaboração anual dos PTs, ajustes significativos na rubrica de salários e na comunicação entre a DAF e os Centros de Custos.</p>	Apesar das melhorias verificadas na primeira dimensão, a pontuação do indicador é feita com recurso ao método M1 ⁴⁹ , prevalecendo a pontuação mais baixa do indicador.
(i)	A	C	C	Melhorias pela elaboração dos PT e PFs mensais. Contudo, não derivam do PT anual.	
(ii)	B	B	A	Melhoria pela disponibilização de informação fiavel via e-SISTAFE.	
(iii)	C	C	C	Manteve-se	Ajustes significativos na rubrica salários

SI-18. Eficácia do Controlo das Folhas de Salário

174. Este indicador avalia a eficácia do controlo das folhas de salários dos funcionários públicos afectos ao sector da Saúde. O mesmo é composto por quatro dimensões, nomeadamente, (i) grau de integração e reconciliação entre registos do pessoal e dados da folha de salários; (ii) tempo das alterações nos registos pessoais e na folha de salários; (iii) controlos internos de alterações nos registos pessoais e na folha de salário; (iv) existência de auditorias às folhas de salário para identificar os pontos fracos do controlo e/ou funcionários fantasmas.

(i) *Grau de integração e reconciliação entre registos do pessoal e dados da folha de salários*

175. Conforme está explicado no relatório do PEFA Nacional do país divulgado em 2015, o Regulamento do Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE), aprovado pelo Decreto nº 23/2004, de 20 de Agosto, prevê que o pagamento de salários e pensões seja processado pelo sistema informático e-SISTAFE através do Módulo de Gestão de Salários e Pensões (MSP). Este se encontra em funcionamento desde Outubro de 2010, sendo designado por e-FOLHA. A alínea e), nº2 do artigo 99 do Decreto nº 23/2004 que aprova o Regulamento do SISTAFE prevê o desenvolvimento do MSP módulo, o qual deverá ser suportado pelo Sistema de Gestão de Recursos Humanos (SGRH).

⁴⁹ Segundo a Metodologia PEFA, o mau desempenho de uma dimensão prejudica o impacto de bom desempenho em outras dimensões do indicador. Este método também é designado de elo mais fraco das dimensões conectadas do indicador.

176. Com a introdução do e-Folha estão em processo de extinção as folhas paralelas alternativas ao e-FOLHA, geridas pela Direcção Nacional da Contabilidade Pública (DNCP), para os órgãos centrais e Direcção Provincial de Plano e Finanças (DPPF) para os órgãos descentralizados (provincia e distritos), nomeadamente, o Sistema Nacional de Vencimentos (SNV)⁵⁰, Sistema de Pagamento de Vencimentos (SPAV), Sistemas de Processamento de Salário (SPS)⁵¹ e o Sistema de Pagamento de Vencimento (SPV)⁵². Estes sistemas interagem com o e-SISTAFE
177. Informações colhidas no CEDSIF⁵³ revelam que todos funcionários contratados que aguardam a nomeação provisória (não vinculados à projectos específicos) são pagos pelo Fundo Comum (p.e PROSAUDE), este fundo está associado ao Orçamento de Investimento. Ou seja, os funcionários contractados são pagos nos mesmos moldes que os credores/fornecedores do Estado. Entretanto, assim que os contractos passam a estar vinculados ao Estado, o registo do agente/funcionário em causa no e-CAF ocorre imediatamente e consequentemente o processamento e pagamento do respectivo salário passa a ser através do e-Folha.
178. Ao nível do MISAU constatou-se que o pagamento de salários através do PROSAUDE é feito aos funcionários contratados que aguardam a nomeação provisória que é emitida pelo Tribunal Administrativo, não havendo lugar para o pagamento de salários a funcionários contratados vinculados a outros projectos dentro do MISAU. Foi observado na DAF que o departamento paga salários via PROSAUDE aos médicos estagiários formados pela Faculdade de Medicina num período máximo de um ano e a um pequeno número de técnicos, cujos préstimos são necessários para o MISAU, enquanto aguardam a nomeação pelo TA. Constatou-se que um funcionário é pago pela Cooperação Italiana, sendo que a transferência do salário é feita via SISTAFE pelo facto do projecto “Apoio ao Desenvolvimento dos Recursos Humanos (RH) na Saúde” estar inscrito na Contabilidade Pública. Um total de 10 (dez) funcionários afectos ao CMAM é pago através do SNV, enquanto aguarda-se pela descentralização da componente salarial.
179. Como forma de possibilitar o pagamento de salários por via directa aos Agentes de Estado (contratados) em situação irregular (isto é, quando contrato carece de aprovação do TA), foi criado em 2013 o Cadastro Provisório de Agentes do Estado (e-CAPAE), que através do SPS, SPAV e SNV permite o pagamento de salários directamente para a conta bancária do agente. Este processo iniciou em Maputo Cidade no mês de Agosto de 2013 e expandiu-se a partir de Janeiro de 2014.
180. Entretanto, desde Abril de 2015 os funcionários contratados (pagos via PROSAUDE) com o visto Tribunais Administrativos (TA) são cadastrados no e-CAF e o pagamento de salário feito com base no e-FOLHA, o que demonstra um grau de integração e conciliação em cerca de 98% entre os registos dos funcionários (pagos via OE e PROSAUDE) e dados das folhas de pagamento de salário ao nível do sector da Saúde.
181. Os sistemas utilizados para o cadastro, processamento e pagamento dos salários dos

⁵⁰ Sistema de processamento de salários dos funcionários e agentes das instituições e órgãos do Estado de nível central, cidade e provincia de Maputo, que ainda não foram integrados no e-Folha por diversas razões (p.e não existência de um ponto do e-SISTAFE na localidade, ausência de requisitos legais, a titulo de exemplo a omissão na carreira de médicos dentista na lei, situação que será regularizada a partir de Novembro do corrente ano (2015) para o pagamento de subsídios aos médicos.

⁵¹ que processa salários dos funcionarios e agentes das instituições e órgãos do Estado nas provincias de Sofala, Manica e Zambézia que ainda não foram igualmente integrados no e-Folha

⁵² que processa salários dos funcionários e agentes do Estado das provincias de Gaza, Inhambane, Tete, Cabo Delgado, Niassa, Nampula, não integrados no e-Folha

⁵³ CEDSIF - Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Finanças

funcionários de carreira são os seguintes:

- e-CAF, Sistema electrónico para o Cadastro de Funcionários Públicos e Agentes do Estado;
- e-CAPAE- Sistema electrónico para o Cadastro provisório dos Agentes do Estado;
- e-FOLHA, Sistema electrónico para o processamento da folha de pagamento de salários dos agentes e funcionários públicos.
- e-SISTAFE, Plataforma electrónica que suporta o Sistema de Administração Financeira do Estado, neste âmbito, integra o cadastro o e-folha e efectua o pagamento do salário através do Modulo de Execução Orçamental (MEX);
- SNV- Sistema Nacional de Vencimentos;
- SPS – Sistema de Processamento de Salários; e,
- SPAV – Sistema de Pagamento de Salários.

182. De referir que o cadastro no e-CAF de todos os funcionários que entram pela primeira vez no aparelho do Estado é feito pelo Ministério da Administração Estatal e Função Pública (MAEFP) com base no título de provimento. Após o cadastro no MAEFP o Agente Recenseador Sectorial, afeto à DRH (MISAU), inicia a preparação do exercício, ou seja, provê o funcionário no sistema e-CAF para efeito de pagamento de salário, mediante o termo de início de funções, tornando o funcionário efectivo no e-FOLHA, o que significa que existe consistência e reconciliação de dados entre o e-CAF e o e-Folha.

183. O processamento e a aprovação dos salários estão claramente definidos pelo Manual de Procedimentos de Gestão Financeira da DAF, e envolve duas Direcções, nomeadamente, Direcção de Recursos Humanos (DRH) e Direcção de Administração e Finanças (DAF), conforme detalha a tabela abaixo. O processo a nível provincial é semelhante envolvendo o Departamento Provincial de Recursos Humanos (DPRH), Ordenador de Despesa (OD), Agente de Controlo Interno (ACI) e o chefe do Departamento de Provincial de Administração e Finanças (DPAF).

Tabela 14: Procedimento para Aprovação e Processamento de Salários no Sector

Direcção de Recursos Humanos	Direcção de Administração e Finanças
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolhe a efectividade de todos os funcionários; ▪ Prepara o mapa de efectividade global (por fonte de pagamento) de todos os funcionários e envia mensalmente (de 21 a 30) à DAF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secção de Vencimentos - responsável pelo processamento dos salários, impressão e assinatura das mesmas (pelo chefe da Secção); ▪ Chefe da DAF - verifica a conformidade da folha (salário <i>versus</i> contrato, pagamentos adicionais em conformidade com a lei, efectividade e descontos); ▪ Director da DAF - assina a folha de salário e encaminha para a Repartição de Conformidade Processual e Legal (RCPL); ▪ RCPL – Verifica a conformidade do processo e envia para a Repartição Execução Orçamental (REOC); ▪ REOC – Cumpre com as fases da execução da despesa

Pontuação: “A” O e-CAF e o e-folha são directamente vinculados e garantem a consistência dos dados e facilitam a reconciliação mensal.

(ii) *Tempo das alterações nos registos pessoais e na folha de salários*

184. No mês de Março de 2015 houve a descentralização no âmbito do novo roteiro automatizado para a execução da despesa de salário, antes gerido pela Direcção Nacional da Contabilidade Pública (DNCP-MEF) de forma manual, permitindo: o pagamento regular (mensalmente) do salário; pagamento colectivo no lugar de adiantamento de fundos; registo das necessidades de recursos financeiros para salários de forma automática e por cada folha de salários; melhor acompanhamento através do reforço nos relatórios existentes. Abaixo ilustra-se o novo roteiro de procedimentos e pagamento de salários:

Tabela 15: Roteiro de Procedimento e Pagamento de Salários no Sector

Direcção de Recursos Humanos	Direcção de Administração e Finanças
Efectividade e Fixação	
<ul style="list-style-type: none"> • Actualização do cadastro • Lançamento da efectividade • Fixação de abonos e descontos que não são tratados de forma automática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculo de folhas de salários; • Independentemente da não finalização dos processos (esquecimento, não observância das datas limite, falta de conformidade), na data determinada proceder-se o cálculo de salário e geração das folhas. O sistema ignora tudo o que não tiver conformidade, passando para cálculo de salário com base na informação com conformidade sectorial do responsável sector
Validação da Folha pelo Ordenador da Despesa	
<ul style="list-style-type: none"> • Caso a folha supere as variações inicialmente definidas pela DNCP, esta carecerá de conformidade do sector num nível superior de gestão. Se não tiver esta conformidade no período estipulado, o sistema irá ignorar esta folha, gerando uma com base nos atributos e-CAF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carregamento e sincronização das folhas para o pagamento MEX. <p>Assim que a folha for gerada, automaticamente ela será carregada para o e-CAF e posteriormente sincronizada para ser paga automaticamente no MEX, com base no agendamento automático previamente indicado.</p>

Fonte: MEF-Direcção Nacional de Contabilidade Pública, Fevereiro, 2015

185. As alterações no e-CAF surgem no âmbito do aditamento de registo nominal dos funcionários, actualização do número de dependentes para o caso do pagamento do IRPS, o que é feito sempre que solicitado pelos funcionários por via de requerimento dirigido à DRH, que os encaminha para o MAEFP, responsável pelo cadastro dos funcionários no e-CAF, este processo é feito de forma célere.

186. As alterações na folha de salários surgem no âmbito da realização dos actos administrativos (promoções, progressões, mudança de carreira, entre outros) que ocorrem mensalmente, mediante visto do Tribunal Administrativo (TA). Estes são realizados pelo agente recenseador sectorial com a permissão do agente do controlo interno (DAF), que verifica a conformidade da folha e monitora a documentação de todos actos administrativos realizados durante o mês, disponibilidade financeira, entre outros, com base na pasta que contem a lista nominal. De referir que devido a demora na atribuição do visto pelo TA, ajustamentos e pagamentos retroativos ocorrem sobretudo com novas contratações, mudanças de carreira e deslocações para os níveis descentralizados (províncias e distritos).

187. O e-CAF não efectua a gestão do ciclo de vida do funcionário, contudo acções estão a ser desenvolvidas pelo sector da Saúde e o CEDSIF de modo a incluir este aspecto no

sistema com o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos (SNGRH).

Pontuação: “B” As alterações necessárias ao cadastro dos funcionários e a folha de pagamento são realizados mensalmente após visto do TA, geralmente em tempo para os pagamentos do mês seguinte. Os ajustes e retroactivos não são uma prática, contudo ocorrem devido a demora na atribuição do visto pelo TA aos actos administrativos do sector entre outros devidamente justificados pela DRH.

(iii) *Controlos internos de alterações nos registos pessoais (e-CAF) e na folha de salario (e-folha)*

188. No e-CAF as alterações são feitas pelo MAEFP/Secretaria provincial e distrital mediante o pedido do funcionário. No e-SISTAFE (e-folha) são realizadas pelo Agente Recenciador Sectorial (ARS) afecto à DRH após a autorização do Agente de Controlo Interno (ACI) afecto à DAF, responsável pela atribuição da conformidade processual. De referir que no âmbito do pagamento de salários para além destes agentes são responsáveis por operar nos sistemas, um Agente do Mapa de Efectividade (AME) que é responsável pelo preenchimento do mapa de efectividade, um Agente Sectorial da DAF que é responsável em registar os benefícios dos funcionários com bom desempenho e elaborar o mapa das diferenças salariais. Cada um destes agentes possui senhas pessoais e intransmissíveis para operar no e-SISTAFE permitindo a sua identificação em casos de alterações.

Tabela 16: Detalhe de Procedimentos de Controlo Interno das Alterações no e-CAF e e-FOLHA

	Accão	Responsável	Data-limite	Observação
1	Recenciamento e cadastro de funcionários e agentes do Estado no e-CAF/e-CAPAE	MAEFP/secretaria provincial e distrital	Actividade permanente	Permanente, sempre que houver novas admissões ou regularizações
2	Actualizacao do cadastro	ARS e ACI	Sempre que for necessário	
3	Lancamento da efectividade e fixação de abonos e descontos	Agente de mapa de efectividade – AME e Agente Sectorial do DAF – ASD	De 21 a 30/31 do período anterior	
4	Elaboração de mapa das diferenças salariais de acordo com os dados fornecidos pela DRH	Agente sectorial do DAF	Mensalmente	
5	Cálculo da folha de salário-e-Folha	Automatizado	Dia 1 e 2 de cada mês	
6	Verificação e correção das folhas	Agente Supervisor da Folha	Dia 3 e 4 de cada mês	
7	Recálculo do salário		Dia 3 e 4 de cada mês	
8	Conformidade da Folha	Agente de Controlo Interno	Dia 5 e 6 de cada mês	
9	Atribuição do visto	Chefe do Departamento		

		Financeiro		
--	--	------------	--	--

Pontuação: "B" A autorização e a base para as alterações em registos pessoais e na folha de salário são claras, e os agentes que alteram as informações são identificadas automaticamente pelo sistema.

(iv) *Existência de auditorias as folhas de salário para identificar os pontos fracos do controlo e/ou funcionários fantasmas*

189. Com base na tabela abaixo é possível concluir que foram realizadas auditoria as folhas de salário pelo TA no ano de 2013 e IGF no ano de 2014 para identificar os pontos fracos do controlo e/ou funcionários fantasmas, contudo as mesmas não foram abrangentes, cobrindo somente a DPS Maputo, HCM, Hospital José Geral Macamo, DPS Gaza e MISAU. As contatações e recomendações são conforme apresentados pela tabela 17.

Tabela 17: Constatações e recomendações das auditorias (TA e IGF)

Ano	Instituição/ auditoria	Instituição auditada	Constatações	Recomendações
2013	TA	DPS Maputo	Pagamento de salários a indivíduos sem nenhum vínculo formal com o Estado	Cumprimento do previsto no Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE)
			Duplicação de pagamento de salário do Mês de Abril a uma funcionária, conforme Ordem de Pagamento	Maior controlo no processamento, verificação bem como no pagamento de salários de modo a evitar duplicações e falhas que podem resultar em prejuízo para o Estado
		HCM	Oscilações nos pagamentos de salários de alguns funcionários	
		H. Geral José Macamo	Duplicação de salários a favor de alguns funcionários, tendo sido pagos através das folhas do Hospital Geral José Macamo e Hospital Geral do Chamanculo, respectivamente	
		DPS Gaza	O modelo 19 - Relação de salários e remunerações, referente ao Orçamento de Funcionamento, apresenta como Despesa Paga (Valor Bruto) a importância de 38.955.360,43 MZN, o que contraria a informação constante no Modelo 17 - Mapa de Execução Orçamental da Despesa, da mesma fonte de financiamento, que apresenta na coluna Total das Despesas Pagas, na rubrica salários e remunerações, o valor de 35.929.447,00 MZN, sendo a diferença de 3.025.913,43 MZN.	Maior rigor na elaboração dos modelos da Conta de Gerência, de forma a apresentar informação consistente e coerente de acordo com o previsto nas Instruções de Execução Obrigatória do Tribunal Administrativo, aprovadas pelo Despacho n.º 6/GP/TA/2008, publicadas no BR n.º 3, I Série, de 29 de Setembro de 2008
2014	IGF	MISAU	Mapas de efectividade feitos com datas posterior à produção de efeitos (pagamento de salários)	Abandonar a prática de elaboração de mapas de efectividade após o pagamento de vencimentos
			Oitenta e um funcionários existentes a nível da instituição vinculados em regime de contrato	Todos os contratos celebrados pela entidade, relativos ao pessoal sejam previamente

			encontram-se sem o visto do TA, ou seja, sem vínculo legal para manutenção no activo, o que torna o pagamento dos respectivos salários sem legitimidade.	fiscalizados pelo TA, devendo ser remetidos logo que são firmados, excepto nas situações previstas nos artigos 72 e 73 da Lei nº 14/2014 de 14 de Agosto.
--	--	--	--	---

Fonte: TA (2014) Relatório de Auditoria Financeira ao Ministério da Saúde; IGF (2014) Relatório de Auditoria Realizada ao Ministério de Saúde.

Pontuação: "B" Foi realizada pelo IGF em 2014 uma auditoria as folhas de pagamento de salários do MISAU, de modo a identificar os pontos fracos do controlo e /ou funcionários fantasmas. Adicionalmente o TA efectuou auditorias parciais as folhas em 2013.

Tabela Resumo. Avaliação SI-18

Indicador (M1)	Pontuacao PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-18	B	B	B+	Houve melhoria no desempenho no período acima referido pela existência de sistemas para o cadastro e de pagamento de salário diretamente vinculados. As alterações necessárias aos registos pessoais e folha de pagamento são actualizadas mensalmente e geralmente em tempo para os pagamentos do mês seguinte e realização de inspecções as folhas de salário.	
(i)	B	B	A	Houve melhoria no desempenho no período acima referido pela existência de sistemas para o cadastro e de pagamento de salario diretamente vinculados.	
(ii)	B	B	B	Manteve-se	
(iii)	B	B	B	Manteve-se	
(iv)	B	B	B	Manteve-se	

SI-20. Eficácia do Controlo Interno para Despesas Não Salariais

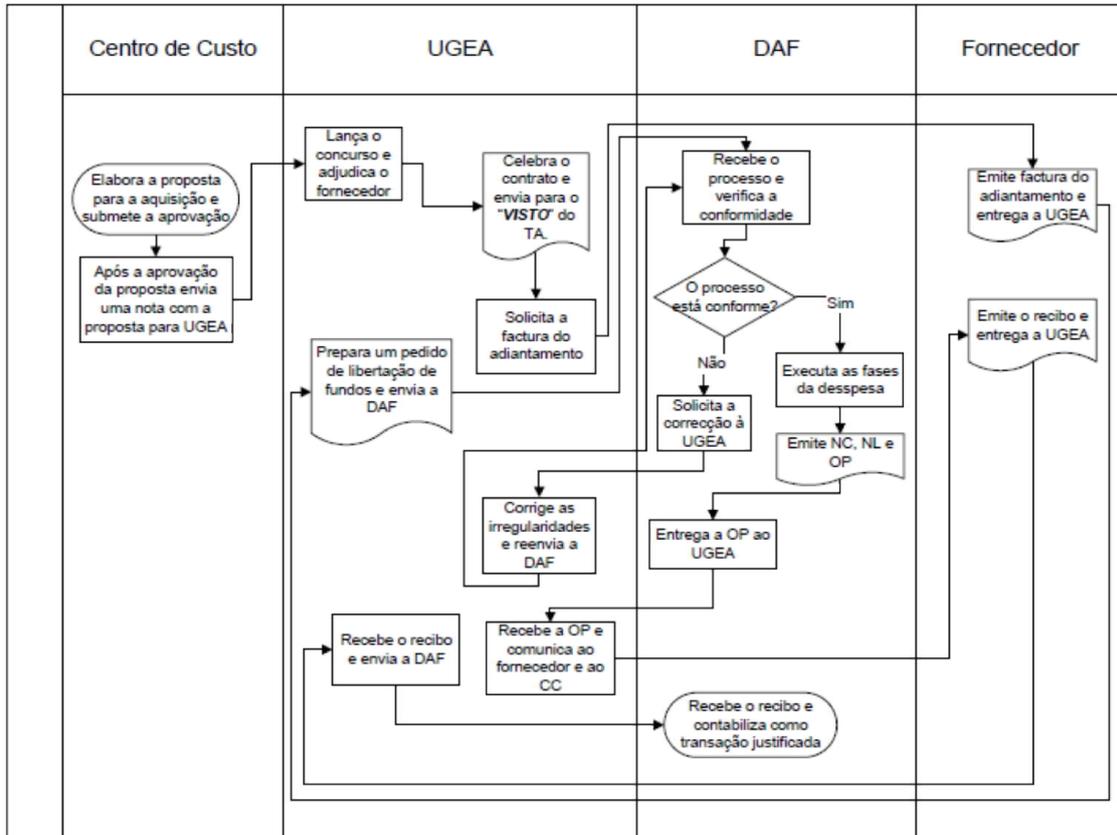
190. Este indicador permite avaliar a eficácia do controlo internos, isto é, dos riscos associados aos compromissos das despesas e pagamentos de bens, obras e serviços, salários, assim como da prevenção da fraude, da protecção de informações e activos, da contabilidade e da prestação de contas. O mesmo é composto por três dimensões nomeadamente; (i) eficácia de controlo de compromissos de despesas; (ii) abrangência, relevância e compreensão de outras normas/procedimentos de controlo interno; e, (iii) grau de cumprimento das normas para processamento e registo de transacções.

(i) Eficácia do controlo dos compromissos (cabimentação) de despesa

191. Com a introdução do e-SISTAFE os controlos dos compromissos de despesa sofreram melhorias substanciais, primeiro como uma ferramenta contábil e como uma ferramenta para a execução directa. No e-SISTAFE, todos os pagamentos necessitam de um compromisso prévio e esses compromissos apenas podem ser efetuados quando existe dotação orçamental e disponibilidade financeira (conforme determinado pelos tetos estabelecidos pela DNT e DNO durante o ano e introduzidos no e-SISTAFE).

192. O sector da Saúde elaborou Manuais de Procedimentos de Gestão Financeira e Administrativa (MPGF's) de nível Central e Provincial em 2013, com base nas disposições legais vigentes no País sobre a gestão de fundos públicos, com especial enfoque às regras do SISTAFE. Estes ilustram regras padronizadas para a realização de uma despesa assegurando a segregação de funções dentro e fora do e-SISTAFE. Para a realização da despesa é necessário passar por três fases, nomeadamente: **cabimentação** (compromisso), **liquidação** e **pagamento**, sendo necessário quatro agentes (com perfis distintos), nomeadamente:
- (i) **Ordenador da Despesa (OD)**, responsável pelo registo da conformidade dos actos de gestão;
 - (ii) **Agente de Execução Orçamental (AEO)**, responsável pela: abertura do processo administrativo, cabimento da despesa, registo de documento externo, liquidação da despesa e encerramento do processo administrativo;
 - (iii) **Agente de Controlo Interno (ACI)**, responsável pelo registo da conformidade processual da liquidação da despesa;
 - (iv) **Agente de Execução Financeira (AEF)**, responsável pelo pagamento da despesa
193. Os MPGF's foram divulgados em 2014/5 e os quadros do sector afectos em área administrativa e financeiros de nível central e provincial foram capacitados durante o período de Março de 2014 e Março/Abril de 2015 respetivamente. No entanto, pela rotatividade dos funcionários existe necessidade de prover formações regularmente em matérias de Gestão de Finanças Públicas (GFP), por forma a garantir um bom nível de desempenho dos quadros.
194. Até 2014, os Processos Administrativos (PAs) eram lançados numa base fora do e-SISTAFE, em Excel para o controle pela Repartição Conformidade Processual e Legal (RCPL) da disponibilidade orçamental, baseado no Plano Económico e Social (PES) electrónico e detalhado por rúbricas orçamentais, disponibilizado para efeitos de melhor controle. A monitoria das actividades do PES é efectuada por rubricas orçamentais aprovadas no OE, contudo, o desafio reside no acompanhamento da execução orçamental por Classificador Económico da Despesa (CED) por cada uma das actividades inscritas e aprovadas, uma vez que via e-SISTAFE ainda não é viável e pelo facto da DAF não possuir um *software* de gestão que permita atender este objectivo.
195. Para 2015, o processo acima referido não está sendo seguido pelo facto de o País ter estado a funcionar nos primeiros meses do ano com o orçamento reconduzido de 2014, por duodécimos (ano atípico); o que dificultou o acompanhamento da execução orçamental. Por outro lado, o PES foi disponibilizado pelo MEF, em Maio de 2015, em versão física (não electrónica) e em formato diferente (PES globalizado e não detalhado por rúbricas), que é considerado complexo pelos técnicos da DAF.
196. A situação acima descrita, poderá colocar em causa a eficácia no controle e monitoria do orçamento no que concerne a existência de disponibilidade de fundos sobre as rubricas orçamentais no presente ano 2015. Aliado à eficácia do controlo dos compromissos de despesas constatou-se que os MPGF's (nível central e provincial) estabelecem normas e procedimentos à serem seguidos no âmbito de pagamento de bens, incluindo equipamentos, serviços e construções bem como no controlo e execução de contratos mediante as cláusulas contratuais através das quais esse relacionamento é regido. Assim, o sector da Saúde espera ver reduzidas as situações em que o fornecedor emite a factura mediante a percentagem a ser paga e não mediante o valor total da factura, conforme indica à anterior avaliação PEFA ao sector.

Figura 12: Circuito de Execução da Despesa a Nível Central com Bens Serviços e Construções - Adiantamento por Conta do Contrato



Fonte: MPMF – Nivel Central
 NC- Nota de Cabimentação
 NL-Nota de Liquidação
 OP-Ordem de Pagamento

CC-Centros de Custos
 UGEA – Unidade Gestora e Executora das Aquisições

197. Todos os contratos devem ter uma numeração única e sequencial que permita através do seu número fazer a identificação do contrato. Esta numeração inclui informação do gestor do contrato, p.e UGEA, para bens e/ou serviços e CMAM, para medicamentos e/ou produtos de saúde. A UGEA tramita o processo de libertação dos fundos, tendo em conta que o adiantamento de fundos não deve exceder os limites fixados por lei. Daí que as dívidas (compromissos assumidos com fornecedores/contractos) principalmente em relação a construções/reabilitações podem transitar para períodos seguintes e o seu acompanhamento ainda não é satisfatório ao nível do sector. De referir que no âmbito do PROSAÚDE as despesas comprometidas em determinado ano e não realizadas são pagas no ano seguinte de modo a completar as respectivas actividades iniciadas.

Pontuação: “C” Controlos de compromissos de despesas são efetuados e limitam efectivamente os compromissos de acordo com o plano de tesouraria real e as alocações orçamentais aprovadas no Orçamento para a maior parte dos tipos de despesas. Contudo, o desafio reside no acompanhamento da execução orçamental por Classificador Económico da Despesa (CED) por cada uma das actividades inscritas e aprovadas, uma vez que via e-SISTAFE ainda não é viável e pelo facto da DAF não possuir um software de gestão que permita atender este objectivo.

(ii) *Abrangência, relevância e entendimento de outros procedimentos/regras de controlo interno*

198. Os procedimentos básicos e regras de controlo interno são descritos nos **MPGF's de nível central e provincial aprovado em Fevereiro e Outubro de 2014** respectivamente.
199. Em Fevereiro de 2013 por despacho do Ministro da Saúde foi **homologada a estrutura orgânica da DAF** que incorpora a **Repartição de Conformidade Processual e Legal (RCPL)** e o **Departamento de Apoio e Controlo (DAC)**, entre outros.
200. A RCPL foi criada com vista a analisar os processos de pagamento recebidos pela DAF para confirmar se os mesmos estão em conformidade com a legislação e procedimentos aplicáveis e que se encontram previstos no Orçamento do Estado, PROSAÚDE e no PES e ainda garantir que os procedimentos adotados pelo Departamento Financeiro no exercício das suas funções não ferem a legislação aplicável para a gestão dos fundos do erário público⁵⁴. Com a introdução da RCPL e as intervenções do Departamento de Apoio e Controlo (DAC), em funcionamento desde finais de 2013, o sistema de controlo tornou-se mais robusto, aliado a melhoria e aperfeiçoamento do e-SISTAFE.
201. O domínio no uso dos sistemas pelos funcionários e seguimento dos procedimentos estabelecidos nos MPGF's aprovados e divulgados ao nível central e provincial recentemente é considerado aceitável. No entanto, a auditoria externa do Tribunal Administrativo (TA) releva algumas fragilidades relacionadas a realização de despesas sem apresentar os respectivos documentos justificativos, pagamento de ajudas de custo sem anexar aos processos os respectivos justificativos, execução de despesas do Orçamento de Investimento sem respeitar a classificação e objectivos de cada programa, apresentação da Conta de Gerência fora do prazo estipulado por lei, a falta de bilhetes de passagem e talões de embarque na aquisição de passagens para deslocações dentro e fora do País, a execução de contrato depois de devolvido pelo TA por falta de documento confirmativo da inscrição no Cadastro Único, entre outros⁵⁵. O MISAU espera eliminar estas situações com o esforço desenvolvido pelos funcionários afectos a RCPL.
202. A equipa de avaliação teve acesso aos relatórios de inspecção realizados pelo IGS e constatou que, foram identificadas fragilidades nas instituições/unidades inspeccionadas no âmbito das inspecções realizadas, contudo o IGS não permitiu, que a equipa fizesse o reporte das mesmas.
203. As obrigações de pagamentos do sector da Saúde são realizadas dentro dos tetos da disponibilidade financeira fixada pelo plano de tesouraria e não existe obrigatoriedade dos pagamentos serem realizados em determinado prazo após o recebimento das facturas. Analisado o modelo 8 OC/TA (Balanço Patrimonial) da Conta de Gerência de 2014 do MISAU, verificou-se que a instituição transitou para o período seguinte com uma dívida a pagar a fornecedores no montante total de **271.098.401,76 MZN** (duzentos e setenta e um milhões, noventa e oito mil, quatrocentos e um meticais e setenta e seis centavos) conforme ilustrado na figura abaixo, não tendo sido registada nenhuma dívida no mesmo modelo em relação ao exercício económico de 2013. Frisar ainda que o mesmo modelo

⁵⁴ Definição da Estrutura Organizacional e Funções da Direcção de Administração e Finanças do Ministério da Saúde, 2011

⁵⁵ Relatório do TA realizado ao MISAU, exercício de 2013

para 2013 não foi preenchido.

Figura 13: Balanço Patrimonial da Conta de Gerência 2014



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde

Conta de Gerência 2014
NUT: 500005149

Classificação Orgânica: 58A000141
Classificação Funcional: 7611

BALANÇO PATRIMONIAL					
Modelo 8 OC/TA					
Código	Descrição	Início da Gerência	Aumentos	Diminuições	Final da gerência
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = (3) + (4) - (5)
<i>Bens e direitos</i>					
A	Disponibilidades				
A1	Caixa				0,00
A2	Bancos				0,00
B	Dividas a receber				
B1	Clientes, utentes e contribuintes	4.806.598,16			4.806.598,16
B2	Outros devedoras				0,00
C	Existencias	18.971.070,11			18.971.070,11
D	Imobilizado				
D1	Domínio público		446.901.325,90	345.075,00	446.556.250,90
D2	Comoros e incorposos	3.018.760.561,59			3.018.760.561,59
D3	Financeiros				0,00
	(2.1) Subtotal	3.042.538.229,86	446.901.325,90	345.075,00	3.489.094.480,76
<i>Obrigações</i>					
E	Dividas a pagar				
E1	Fornecedores	271.098.401,76			271.098.401,76
E2	Empréstimos				0,00
E3	Outros credores				0,00
	(2.2) Subtotal	271.098.401,76	0,00	0,00	271.098.401,76
	(2.3) = (2.1) + (2.2)	3.313.636.631,62	446.901.325,90	345.075,00	3.760.192.882,52
	Património Bruto				

Pontuação: “B” Existe um sistema de controlo robusto, reforçado pelo aperfeiçoamento do e-SISTAFE e o domínio no uso do sistema pelos funcionários e o seguimento do Manual de Procedimentos de Gestão Financeira é satisfatório. A instituição elabora REOs e Contas de Gerência com base neste foi constatado que em 2014 a instituição transitou para o período seguinte com uma dívida a pagar a fornecedores, não tendo sido registado nenhuma dívida no mesmo modelo em relação ao exercício económico de 2013. Frisar ainda que o mesmo modelo para 2013 não foi preenchido.

(iii) *Grau de cumprimento das regras para o processamento e registo de transacções*

204. Com vista a garantir a conformidade processual e legal no âmbito da realização da despesa, foi criada uma **Repartição de Conformidade Processual e Legal (RCPL)**, a qual opera também com o apoio do Departamento de Apoio e Controlo (DAC) no âmbito das suas atribuições. Estes intervenientes procuram garantir que os Processos Administrativos (PAs) referentes as despesas são enviados para cabimentação apenas quando estejam completos e em conformidade.

205. Referir que antes do compromisso (processo de cabimentação) da despesa, os PAs oriundos da DAF ou Centros de Custos entram na Direcção, através da secretaria, e são enviados para o Director da DAF. Este, por sua vez, canaliza para o Chefe de Departamento Financeiro, e este para a secretaria para efeitos de controlo. De seguida, envia para a RCPL, que tem por função verificar a legalidade processual e legal, e

posteriormente à Repartição de Execução Orçamental.

206. Todo o circuito documental segue o estabelecido no Manual de Procedimentos de Gestão Financeira, caso o processo não esteja em conformidade, é devolvido ao Centro de Custo (CC) para devidas correcções.
207. Embora ao nível dos compromissos, a cabimentação orçamental para o lançamento dos concursos seja efectuada antecipadamente (visando a verificação da existência de fundos e a confirmação dos comprovativos para com os fornecedores), **a gestão das dívidas/compromissos** - em termos acumulados existentes, p.e. contractos, fornecedores... - **ainda não é satisfatória**. De facto, existem compromissos assumidos, principalmente em relação a construções e/ou reabilitações, em que poderá ocorrer dificuldade em relação à efectiva disponibilidade orçamental existente.
208. **A gestão dos processos de pagamentos associados a situações de emergência/urgência foram melhorados, através de reuniões do Coletivo da DAF** (director, chefes de departamentos, assessores e alguns técnicos), no sentido de garantir transparência no seguimento do processo, maior rigidez no cumprimento das normas e procedimentos definidos no MPGF. Actualmente, quando ocorre uma emergência, as decisões que visam a sua solução são tomadas entre Director da DAF e a RCPL.

Pontuação: "C". As normas são cumpridas na maioria das transações, e espera-se melhorias contínuas com a criação da RCPL e DAC. As situações de emergência/urgência são ocasionais e as decisões tomadas entre o Director da DAF e a RCPL, o que poderá garantir maior transparência no processo e rigidez no cumprimento das normas e procedimentos definidos no MPGF. A gestão das dívidas (contractos, fornecedores) ainda não é satisfatória, uma vez que existem alguns compromissos assumidos, principalmente em relação a construções/reabilitações, sem orçamento disponível no corrente ano e sem um acompanhamento adequado.

Tabela Resumo: Avaliação SI-20

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-20	C+	D+	C+	Melhorias introduzidas no e-SISTAFE; reforço e divulgação de um conjunto básico de normas e procedimentos de controlo interno, compreendidas pelos técnicos da DAF; criação das RCPLs, tendo como resultado uma adesão alta nas normas de procedimentos de gestão financeira.	
(i)	B	D	C	Melhorias introduzidas no e-SISTAFE.	
(ii)	B	C	B	Melhorias com a elaboração do REO, CG, funcionamento da DAC e da RCPL.	
(iii)	C	C	C	Manteve-se	

SI-21. Eficácia da Auditoria Interna no Sector da Saúde

209. Este indicador avalia a conformidade da função de auditoria interna do sector da Saúde. Esta função deve atender as normas internacionais e focalizar-se na produção de

relatórios sobre questões sistémicas significativas relacionadas à: confiabilidade e integridade de informações financeiras e operacionais; eficácia e eficiência de operações; protecção de activos; e cumprimentos de leis, regulamentos e contratos. O indicador é composto por três dimensões nomeadamente, (i) cobertura e qualidade da função da auditoria interna; (ii) frequência e distribuição de relatórios e, (iii) grau de resposta da gestão as averiguações da auditoria interna.

(i) *Cobertura e qualidade da função de auditoria/inspecção interna*

210. A nível do MISAU, da Direcção Provincial de Saúde (DPS) e dos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS) são realizadas auditorias internas *ex-post* pela Inspeção Geral da Saúde (IGS), pela Inspeção Geral das Finanças (IGF) e pelas Inspeções Provinciais de Saúde (IPS). A IGS foi criada pelo Diploma Ministerial nº 94/97 de 22 de Outubro e o seu Regulamento Interno aprovado pelo Diploma Ministerial nº 297/2011 de 30 de Dezembro. A IGS submeteu a proposta do instrumento legal de criação das IPS para a discussão ao nível do Consultivo da Sua Excia. Ministra da Saúde, contudo, no âmbito das suas actividades as IPS baseam-se no regulamento da IGS.
211. De acordo com o Diploma Ministerial nº 297/2011, no seu artigo nº2 a IGS é parte integrante da estrutura orgânica e funcional do Ministério da Saúde, na directa dependência da Ministra da Saúde e exerce as suas atribuições com autonomia orçamental e administrativa. A Inspeção Geral de Saúde é um órgão fiscalizador da ética e deontologia profissional, da legalidade e de controlo interno dos actos praticados em todos os órgãos e instituições do MISAU, do Serviço Nacional de Saúde, na área farmacêutica e no sector privado, vocacionado para a prestação de cuidados de saúde nos termos do previsto pela Lei nº 26/91 de 31 de Dezembro. A IGS exerce, no âmbito da legalidade, uma acção de natureza educativa e orientadora, guiando-se pelo princípio da insenção, transparência, igualdade e não discriminação, tendo como base a aplicação correcta da legislação geral em vigor, legislação específica do sector da Saúde e do regulamento anteriormente citado. Ainda neste âmbito, a IGS, para além de exercer a acção primordialmente de natureza didáctica, deverá, inevitavelmente, propor e executar medidas disciplinares e administrativas às infrações cuja prática seja reiterada e intencional, comprometendo seriamente e prejudicando os interesses do Estado e das instituições lesadas. A IGS poderá efectuar visitas de trabalho sem necessidade de aviso prévio a estabelecimentos privados, a instituições do MISAU, do Serviço Nacional de Saúde e as da área farmacêutica. A fiscalização pela IGS é exercida em articulação com as IPSs.
212. A IGS possui actualmente 39 (trinta e nove) funcionários dos quais 28 (vinte e oito) são inspectores e os restantes fazem parte do pessoal de apoio. Estes estão distribuídos pelos departamentos que compõem a inspecção, nomeadamente, Departamento de Inspeção de Cuidados de Saúde e Formação, Departamento de Inspeção Farmacêutica, Departamento de Inspeção Administrativa e Auditoria Interna, Gabinete Jurídico, Gabinete de Planificação Monitoria e Avaliação e Secretaria. De referir que as IPSs são réplicas da IGS e são compostas por cinco inspetores por província, contudo, a Repartição de Inspeção de Formação a este nível não funciona em pleno.
213. Apesar da necessidade de contratação de mais inspectores, treinamento⁵⁶ e espaço para acomodá-los, estes desempenham com zelo suas actividades. De referir que o parceiro Canadá prontificou-se em apoiar a IGS, onde já foi efectuada uma avaliação interna, assim a inspecção ambiciona elaborar um plano estratégico de modo identificar

⁵⁶ Em Moçambique não há sistema de acreditação, mas a inspecção central tem dado formação as IPSs;

possíveis áreas para o referido apoio.

214. De referir que a IGS realiza inspeções ao nível das capitais provincial (DPS, Hospitais Provinciais, Hospitais Centrais, Depósitos de Medicamentos, Repartições Provinciais de Abastecimentos, Institutos de Ciências de Saúde, Centros de Formação, Centros de Exames Médicos e Centros de Higiene Ambiental) e as IPSs ao nível distrital (SDSMAS e Hospitais distritais). Informações colhidas na IGS indicam que é feita a monitoria com base em indicadores propostos, nomeadamente, clínicos, de formação, farmacêuticos, contabilísticos, patrimonial, entre outros.
215. A IGS realizou auditorias internas ao MISAU, nomeadamente, as seguintes direcções nacionais e instituições subordinadas:
- **DAF** - realizada em parceria com a IGF, concretamente aos fundos do Orçamento do Estado (OE) e PROSAÚDE referente ao exercício económico de 2012, com objectivo geral de verificar o cumprimento das Leis, Regulamentos e Instruções para administração financeira no tocante às despesas realizadas com recurso ao orçamento de Funcionamento e Investimento e avaliar o sistema de controlo interno instituído para aquisição de bens e prestação de serviços, empreitadas, assim como, o controlo patrimonial, tendo sido anexado ao Relatório de auditoria, uma matriz de recomendações relativamente a algumas constatações levantadas relacionadas ao preenchimento adequado e completo da informação orçamental, no que concerne a valores disponibilizados, cabimento, saldos existentes, requisições, entre outros, evitando desvios entre rubricas, facilitar análise e melhor controlo orçamental, segundo impõe o MAF;
 - **UGEA** – Iniciada em finais de 2014, avaliou o exercício de 2013 e 2014, com o objectivo de aferir o grau de cumprimento do regulamento das contratações públicas aprovados pelo Decreto 15/2010, de 24 de Maio; verificar planos anuais de requisições; avaliar a legalidade jurídica dos processos administrativos e contratação de bens e serviços; avaliar a conformidade dos processos adjudicados, o grau de cumprimento da legalidade na execução orçamental dos contratos e a cadeia de aquisição, recepção e distribuição dos bens e serviços. O mesmo, após a sua homologação foi enviado em Dezembro de 2015 ao Secretário Permanente, UGEA, Gabinete Jurídico e DAF;
 - **Outras** – Conforme a tabela abaixo:

Tabela 18: Outras Auditorias Realizadas pela IGS ao MISAU

Ano	Exercício avaliado	Instituição Auditada	Objectivos da Auditoria
2015	2014	Centro de Abastecimento do MISAU	Verificar o cumprimento da legislação sobre gestão do património; avaliar o processo de gestão de bem/artigo; analisar a cadeia de entrada, registo e distribuição dos bens; aferir o nível de desperdício em material e equipamento médico-cirúrgico.
2014	2013 e 2014 (Jan/Setembro)	CRDS ⁵⁷	Aferir a veracidade dos factos constantes de uma carta denúncia submetida ao IGS.
	2013	HCM Hospital Central de Maputo	Verificar o cumprimento das Leis, Regulamentos e instruções para a administração financeira no tocante a realização das despesas realizadas com o OE (investimento); avaliar o sistema de controlo interno instituído para aquisição de bens e prestação de serviços, empreitadas, bem como o controle

⁵⁷ CRDS – Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário

			patrimonial; avaliar e concluir sobre a forma como o HCM executou no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2013 os fundos das receitas próprias e OE (investimento), tendo em conta a legislação básica em vigor para o sector público em geral e para a instituição em particular; avaliar os procedimentos administrativos sobre a gestão dos RH, bem como os actos e procedimentos administrativos praticados no HCM; Identificar eventuais irregularidades e as respectivas causas e propor recomendações.
2013	2011 e 2012	DAF da DPS de Inhambane e Centro Provincial de Abastecimento	Aferir o grau de cumprimento da legislação administrativa, financeira e patrimonial e outras normas e procedimentos

Fonte: Relatórios de auditoria da IGS, 2013,2014 e 2015

216. De referir que, em 2014 **três inspectores da IGS, beneficiaram de capacitação** sobre a “Implementação do Marco de Controle Interno – COSO⁵⁸ 2013”, dada pelo Instituto de Auditores Internos de Moçambique. Esta capacitação está a facilitar adesão da IGS às normas internacionais ISPPA (International Standards for the Professional Practice in Internal Audit), ou outras normas internacionais.

217. O **Departamento de Apoio e Controlo (DAC)** criado em finais de 2013, faz parte da estrutura orgânica da Direcção de Administração e Finanças (DAF) e tem como objectivo garantir o cumprimento das normas estabelecidas no MAF, garantir que haja transparência nos processos financeiros e patrimoniais no uso dos fundos, em conformidade com os acordos assinados com os parceiros de cooperação, garantir que os processos de pagamento de despesa estejam suportados por documentação válida e legal, garantir o cumprimento das recomendações das auditorias, inspecções e monitorias. Este departamento é composto actualmente por seis funcionários, dos quais cinco do quadro e um da assistência técnica, financiado pela Embaixada da Dinamarca. No âmbito da realização das suas competências o departamento produz relatórios de acompanhamento que são enviados as instituições e ao Director da DAF;

218. A IGS e DAC não coordenam as suas actividades, contudo, existe preocupação no âmbito da planificação das actividades das mesmas, onde encontros foram realizados de forma a encontrar mecanismos de partilha de planos de modo que não haja colisões e/ou sobreposições de actividades junto às instituições de Saúde, por estes visitados.

Pontuação: “B”. São realizadas inspecções internas pela IGS, IPS com base na legislação básica em vigor para o sector público em geral e para a instituição em particular. Quadros da IGS foram capacitados em 2014 pelo Instituto de Auditores Internos de Moçambique em relação as normas internacionais, facilitando a aderência a estas normas. O DAC apoia os CCs inspecionados e faz o acompanhamento das recomendações de auditorias deixadas pelos inspetores.

(ii) *Frequência e distribuição dos relatórios*

219. A IGS realiza inspecções regulares, ordinárias, extraordinárias a nível central e

⁵⁸ Iniciativa conjunta de 5 organizações do sector privado (American Accounting Association, American Institute of CPAs, Financial Executives International, Institute of Management Accounts, The Institute of Internal Auditors), com o objectivo de promover liderança de pensamento através da elaboração de marcos e guias para a gestão de riscos empresariais, controle interno e desestímulo às fraudes, desenhado para melhorar o desempenho e governança organizacional e para combater a ocorrência de fraudes nas organizações.

provincial, seguindo um plano anual previamente definido. Os relatórios produzidos são homologados pela Ministra da Saúde, e posteriormente enviados as instituições inspecionadas⁵⁹, cumprindo um programa fixo (até 45 dias após a inspecção). Contudo, nem sempre é cumprido devido a vários factores, dentre os quais, a demora da chegada do relatório para o contraditório ao auditado e a demora na entrega da resposta ao contraditório à inspecção. De referir que os relatórios não são canalizados nem ao MEF (IGF), nem ao TA.

220. De referir que os relatórios de inspecção apreciados pela equipa de avaliação durante a entrevista na IGS comportam as constatações, conclusões, recomendações, grau de cumprimento das recomendações das inspecções, denúncias, processos disciplinares (incluindo infrações cometidas e penas aplicadas).

221. Para além das instituições anteriormente referidas, a IGS realizou inspecções ao CMAM, Empresa Estatal de Farmacias, Hospitais Centrais de Nampula e Beira, Hospital Geral de Mavalane, clinicas e farmacias privadas. O IGS prevê a realização de 8 visitas anuais as províncias, contudo, dependendo dos recursos humanos e financeiros disponíveis este número poderá variar, podendo atingir 10 visitas por ano.

Pontuação: "C". *As inspecções dos órgãos de auditoria interna são realizadas com uma certa regularidade seguindo planos pré-definidos, resultando na produção de relatórios encaminhados à Ministra do Sector para Homologação e posteriormente enviados às instituições avaliadas. Contudo, os relatórios não são encaminhados ao MEF nem ao TA.*

(iii) *Grau da resposta e acompanhamento às constatações da auditoria/inspecção interna*

222. A IGS tem como atribuição efectuar o acompanhamento e seguimento das recomendações deixadas pela própria IGS e pelos auditores externos (p.e TA, IGF, KPMG entre outros), conforme previsto na alínea e), do número 2, do Artigo 13 do Regulamento aprovado pelo Diploma Ministerial nº.297/2011 de 30 de Dezembro. Informações colhidas na IGS e DAC indicam que o grau de resposta e acompanhamento às constatações da inspecção é satisfatório, embora exista morosidade no processo.

223. Analisados diferentes relatórios de monitoria e inqueritos da IGS referentes a **matriz de recomendações das inspecções e auditorias internas e externas** (p.e, do Risco Fiduciário associado a Gestão de Finanças Públicas, em 2012 e 2013; Fundo Global, em Setembro de 2011 e 2015, entre outros), verificou-se que o grau de cumprimento das recomendações estava acima de 60% de sua implementação, prevendo-se que a esta altura tenha sido alcançado a meta, atendendo que grande parte das recomendações remanescentes à sua implementação estava em curso.

224. A DAC tem auxiliado às DPSs na elaboração de uma **matriz de seguimento das recomendações** deixada e apoia às mesmas na **elaboração de planos de acção** (p.e., Nampula e Sofala, 2011). Esta matriz engloba: as constatações, recomendações, descrição da reacção em contraditório, acções tomadas e ponto de situação actual.

⁵⁹ Em casos de específicos de denúncias (ex.de desvios de verbas), são enviados para a assessora jurídica da Ministra para análise e reencaminhados para o Gabinete Anticorrupção e/ou Ministério Público dependendo dos casos.

225. Para uma adequada monitoria das recomendações emitidas nas auditorias, **a IGF implementou uma plataforma que permite sistematizar o processo de gestão das recomendações** emitidas pelos diferentes órgãos de controlo interno (incluindo IGS) e pelo TA. Este sistema permite criar processos; inserir recomendações por acção; inserir datas de despacho e de envio do relatório ao auditado; inserir avaliações de recomendações; gerar relatórios sobre o grau de cumprimento de implementação das recomendações. O que torna-se possível obter em tempo útil, o ponto de situação da avaliação do nível de implementação dessas recomendações. Ao nível da IGS quadros foram formados em 2014 e cadastrados no referido sistema de gestão de recomendações em 2015.

Pontuação: "C". Verificou-se existir um grau aceitável de providências tomadas por vários gestores sobre as principais questões, embora exista morosidade no processo.

Tabela Resumo: Avaliação SI-21

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI - 21	B+	D	C+	<p>Melhorias devido à realização das inspeções e auditorias pela IGS e IPS, com base na legislação básica em vigor para o sector público em geral, e para a instituição em particular.</p> <p>Quadros da IGS estão a beneficiar de capacitação em normas internacionais e a aderir as mesmas.</p> <p>Envio dos relatórios das auditorias e inspeções as instituições inspecionadas para o contraditório e seguimento das recomendações emanadas, e são tomadas providências por vários gestores sobre as principais questões levantadas no âmbito das inspeções ou auditorias., embora exista morosidade.</p>	
(i)	A	D	B	Melhoria devido à realização das inspeções e auditorias pela IGS e IPS, com base na legislação básica em vigor para o sector público em geral, e para a instituição em particular. E pelo facto de quadros da IGS estarem a beneficiar de capacitação em normas internacionais e a aderir as mesmas.	
(ii)	B	D	C	Melhorias devido ao envio dos relatórios as instituições inspecionadas para o contraditório e seguimento das recomendações emanadas.	
(iii)	A	D	C	Melhorias devido as providências tomadas por vários gestores sobre as principais questões, embora exista morosidade no processo.	

3.5. Contabilidade, Registo e Reporte

226. Os indicadores SI-22 a SI-25 procuram verificar se a contabilidade e os registos são adequados e se os relatórios financeiros são adequadamente produzidos e divulgados.

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI-22	B	B	B+
SI-23	D	D	D
SI-24	B	D+	C+
SI-25	B+	C+	C+

SI-22. Prontidão e Regularidade de Reconciliação de Contas no Sector da Saúde

227. Este indicador avalia a confiabilidade das informações financeiras do sector da Saúde, através da conciliação oportuna e frequente de dados de diferentes fontes. Estas reconciliações bancárias consistem numa confrontação de dados de extractos bancários com os dados financeiros da instituição. Este indicador é constituído por duas dimensões, nomeadamente, (i) a regularidade das reconciliações bancárias, e (ii) regularidade da reconciliação e liquidação de contas suspensas e adiantamentos.

(i) Regularidade das reconciliações bancárias

228. Os fundos de financiamento externo pelos parceiros (Prosaúde ou Projectos externos) podem ocorrer dentro da Conta Única do Tesouro (on-CUT) ou fora da mesma (off-CUT). Ao nível do sector da Saúde, uma porção considerável de despesa é realizada com recurso aos fundos que transitam fora da CUT e os dados financeiros são encaminhados à Direcção Nacional da Contabilidade Pública (DNCP) do MEF, para incorporação de balancetes.

229. Informação disponibilizada a nível central do sector da Saúde indica que as reconciliações bancárias dos fundos canalizados para o sector fora da CUT⁶⁰ são (i) elaboradas mensalmente pelos técnicos da Repartição de Contabilidade e Prestação de Contas (RCPC) e com devido apoio de Assistência Técnica, (ii) verificadas pelo chefe da DAF e posteriormente (iii) aprovadas pelo Director da DAF, até dia 15 do mês seguinte a que se refere a reconciliação bancária.

230. O Manual de Procedimentos de Gestão Financeira (MPGF) do sector preconiza que a reconciliação bancária destes fundos deverá ser aprovada até o dia 10 do mês seguinte a que se refere. Após o fecho das contas do mês (dia 5), este processo decorre dentro de 15 dias no máximo. A instituição produz relatórios mensais que permitem a reconciliação das contas bancárias em níveis agregados e detalhados.

231. O documento acima mencionado, refere ainda que não é possível efectuar reconciliações bancárias relativamente aos fundos que transitam pela CUT, uma vez que as contas FOREX estão sediadas no Banco de Moçambique e o MISAU não tem acesso às mesmas, no entanto a DAF elabora mensalmente Mapas de Origem e Aplicação de Fundos (MOAFs) das contas FOREX de cada moeda em relação as contas bancárias abertas, para os financiamentos e projectos externos (p.e MOAF-FOREX-PRSD_Prosaúde, em USD, EUR e MZN), com vista a acompanhar o processo de desembolsos e execução dos fundos. Os relatórios de execução financeiras são produzidos trimestralmente o que demonstra melhorias em relação à avaliação anterior.

⁶⁰ O parceiro se acorda directamente com a instituição/órgão beneficiária efectuar as transferências dos fundos para uma conta bancária aberta sob gestão e controle directo desta.

Pontuação: “B” As reconciliações bancárias dos fundos off-CUT são elaboradas regularmente (mensalmente) e em tempo oportuno (dentro de 15 dias, após o fim do mês precedente), em níveis agregados e detalhados. Contudo, não é possível efectuar reconciliações bancárias relativamente aos fundos que transitam pela Conta Única do Tesouro (CUT), no entanto a DAF elabora mensalmente Mapas de Origem e Aplicação de Fundos (MOAF's) das contas FOREX de cada moeda em relação as contas bancárias abertas para os financiamentos e projectos externos.

(ii) *Regularidade da reconciliação e liquidação de contas suspensas e adiantamentos*

232. Os Adiantamentos de Fundos (AFUs) são realizados para os fundos do OE e todos os fundos externos que transitam pela CUT (p.e PROSAÚDE, Banco Mundial, Fundo Global). A nível central são feitos no ambiente e-SISTAFE, para compra de medicamentos através de abertura de crédito (fundos do PROSAÚDE e do Banco Mundial), aquisição de combustíveis para deslocações nas províncias (fundos do Fundo Global), para Assistência Médica e Medicamentosa no Exterior e fundo de maneio (fundos do OE). Estes AFU's devem ser regularizados num prazo máximo de 45 dias após a realização do adiantamento, caso contrário o sistema da instituição que efectuou o AFU bloqueia, não permitindo fazer outro adiantamento até que se faça a regularização do anterior.

233. Situações de regularização de AFUs dependem da apresentação do processo de prestação de contas. Caso o AFU ocorra por hipótese no final de um exercício económico (p.e. adiantamento feito no dia 20 de Dezembro de 2013 para uma actividade que dure 15 dias), este Processo Administrativo (PA) pode transitar para o exercício seguinte (2014, altura em que serão apresentados os documentos justificativos), desde que a sua justificação seja apresentada antes do tempo máximo previsto pelo sistema (45 dias). Informações recolhidas no Sector sobre reconciliações destas contas indicam que são elaboradas de forma detalhada e regularizadas mensalmente pelos técnicos da RCPC. Sendo assim verifica-se melhorias em relação à avaliação anterior que indicava que para os fundos externos muitas vezes existem algumas contas cujos saldos por reconciliar transitam de um ano para o outro. De referir que não é prática do sector efectuar compensações de contas.

Pontuação: “A”. Apesar de existirem alguns Adiantamentos de Fundos (AFU's) que transitem para períodos seguintes, existe um mecanismo de bloqueio instituído no e-SISTAFE que garante que no prazo máximo de 45 dias deve ser feita a regularização do adiantamento e estes são monitorados mensalmente.

Tabela Resumo: Avaliação SI-22

Indicador (M2)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-22	B	B	B+	Melhoria, pelo facto de existir um mecanismo de bloqueio instituído no e-SISTAFE que garante a regularização dos AFU's (Prazo máximo 45 dias)	
(i)	B	B	B	Manteve-se.	

Indicador (M2)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
(ii)	B	B	A	Melhoria pelo facto de existir um mecanismo de bloqueio instituído no e-SISTAFE que garante a regularização dos AFU's (Prazo máximo 45 dias)	

SI-23. Disponibilidade de Informação dos Recursos Recebidos pelas Unidades Sanitárias de Nível Distrital

234. Este indicador procura verificar se as unidades prestadoras de serviços do sector – as unidades sanitárias – e que se encontram onde os serviços são de facto prestados, recebem informação sobre os recursos que lhes são alocados (em dinheiro e em espécie), independentemente do nível da instituição do sector que tem a responsabilidade de informar.

- (i) *Recolha e processamento de informação para verificar os recursos que foram de facto recebidos (em dinheiro ou espécie) por muitas unidades de prestação de serviços no terreno (com enfoque nos centros de saúde primária) em relação aos recursos gerais disponibilizados ao (s) sector (es), independentemente do nível do governo responsável pela gestão e financiamento dessas unidades.*

235. O facto das unidades de prestação de serviços (incluindo os centros de saúde) não serem gestoras em relação ao Orçamento do Estado, e pelo facto de não constituírem centros de custos no sentido contabilístico, faz com que a informação disponibilizada sobre os recursos recebidos pelas unidades de prestação de serviços de primeira linha seja bastante limitada no SISTAFE. Contudo, informações obtidas junto ao DAF (MISAU) e CEDSIF⁶¹ indicam que **estão sendo envidados esforços no sentido de instalar a infraestrutura do e-SISTAFE ao nível das unidades sanitárias (hospitais provinciais e distritais, centros de saúde).**

236. Considerando que o Modulo de Gestão do Património do Estado (e-património) já está em funcionamento desde 2014, espera-se melhorias ao longo dos anos no registo e controle dos bens em espécie ao nível das unidades sanitárias.

237. Constatou-se que em algumas situações, nem os Parceiros de Cooperação, nem as Unidades Beneficiárias, comunicam a relação dos bens em espécie doados e recebidos pelo sector da Saúde, relação essa que deveria ser sempre canalizada para a Repartição de Património ou outro sector, conforme o caso. A Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) realizou um estudo sobre os fundos disponibilizados pelos parceiros ao nível das províncias.

238. O PETS (Public Expenditure Tracking Survey) é uma ferramenta que permite rastrear o fluxo de recursos da origem até ao destino. A DPC elaborou Termos de Referência (TdR) para a aplicação desta ferramenta, contudo a mesma não foi aplicada, devido a constrangimentos externos ao sector.

⁶¹ CEDSIF (Centro de Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Finanças)

Pontuação: “D”. Não foram disponibilizadas informações do estudo realizado e nem sobre os recursos e bens recebidos pelas Unidades Sanitárias de nível distrital e provincial.

Tabela Resumo: Avaliação SI-23

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-23	D	D	D	Não houve evolução nesse indicador.	

SI-24. Qualidade e Prontidão dos Relatórios De Execução Orçamental do Sector da Saúde durante o ano

239. Este indicador avalia a capacidade do sector em monitorar a execução do seu orçamento aprovado e em tempo oportuno e tomar acções correctivas para melhorar o desempenho da sua execução financeira. Este é realizado pela qualidade e prontidão dos relatórios financeiros internos. O indicador acima é composto por três dimensões, concretamente, (i) objectivos do relatório em termos de cobertura e compatibilidade com as estimativas orçamentais; (ii) oportunidade de emissão de relatórios; (iii) qualidade da informação.

i. Objectivo dos relatórios em termos de cobertura e compatibilidade com estimativas orçamentais

240. Os relatórios financeiros produzidos ao nível do sector apresentam uma qualidade aceitável e uma vez que permitem a comparação directa entre os valores alocados pela LOE e a execução real, estes devem incluir informação relativa à despesa de funcionamento (incluindo as suas rubricas), despesas de investimento (interno e externo), receita, activos e passivos, entre outros, e que os relatórios sejam preparados de forma periódica.

241. De acordo com o Manual de Procedimentos de Gestão Financeira (MPGF) os técnicos afectos a Repartição de Contabilidade e Prestação de Contas (RCPC) elaboram as Demonstrações Financeiras (DF's) com base na extração do Demonstrativo Consolidado (DC) do e-SISTAFE, que incorpora Mapa de Origem e Aplicação de Fundos (MOAF), Disponibilidade por Fonte de Recurso (DFR), Quota Financeira Liberta (QFL), Mapa de Adiantamentos, e Balancete de Execução Orçamental e Financeira. O Balancete engloba as dotações iniciais, actualizada, cabimentação do mês e acumulada, disponível, fundos recebidos pela CUT, despesa realizada, permitindo fazer um acompanhamento da execução orçamental e financeira.

242. De salientar que as DFs elaboradas pela RCPC ao nível central reportam projectos que transitam *on-CUT* e *off-CUT*, sendo os dos *off-CUT*, alguns são relatados pelos beneficiários dos projectos à DAF (MISAU), e posteriormente encaminhados á Direcção Nacional da Contabilidade Pública (DNCP) do MEF, para incorporação de balancetes.

243. O Relatório de Execução Orçamental (REO) da Saúde, apresenta informação comparativa do orçamento inicial e actualizado, com a despesa realizada. O REO abrange informação relevante do sector tal como a execução de fundos (ao nível dos pagamentos),

disponibilidades orçamentais, financeiras, despesas realizadas, fora e dentro da CUT. Contudo, o processo actual de extracção de dados do sistema dificulta a sua elaboração. Pelo facto do sistema e-SISTAFE atender a todos os Ministérios, não se encontra *customizado* para atender às particularidades da saúde, pelo que não será fácil a curto prazo extrair a informação do e-SISTAFE no formato pretendido e de acordo com o formato das tabelas constantes no REO. Por outro lado, por questões de segurança, o e-SISTAFE não pode estar conectado ou interagir com outros sistemas paralelos. O acompanhamento da execução ao nível dos compromissos é realizado por balancetes mensais preparados pela DAF, separadamente.

244. O REO é preparado em plataforma Excel com os dados extraídos do e-SISTAFE, acrescentando a execução extra-orçamental que passa pelo Centro de Medicamentos e Artigos Medicos (CMAM). A informação que consta no REO reflecte o que consta no e-SISTAFE, para além das contribuições externas em espécie (medicamentos) valorizados, e a execução financeira de projectos cuja execução não passa pela CUT, uma vez que nem toda a execução é informada à DNPO do MEF para incorporação de balancetes.
245. Uma aproximação do e-SISTAFE às necessidades de informação do sector da Saúde é desejável de modo a melhorar a produtividade na recolha de informação proveniente do e-SISTAFE e tendo em vista atender as necessidades do Sector em termos de reporte orçamental e financeiro. O MISAU tem estabelecido contacto com o Ministério de Economia e Finanças (MEF) no sentido de ultrapassar este desafio.

Pontuação: "B". São elaboradas Demonstrações Financeiras (DF's) e Relatórios de Execução Orçamental (REO's) com informações abrangentes, capazes de comparar e fazer acompanhamento da dotação inicialmente aprovada e realizada, ao nível do compromisso e dos pagamentos realizados, sendo esta informação extraída do sistema e-SISTAFE e reflectindo a informação contida no mesmo. Por outro lado, o e-SISTAFE continua um desafio, estando em fase de aperfeiçoamento, não conseguindo ainda responder na plenitude às necessidades efectivas do MISAU.

(ii) *Pontualidade na emissão dos relatórios*

246. As Demonstrações Financeiras (DFs) são elaboradas mensalmente dentro de 15 dias findo o exercício referente, e os REOs com a informação do sector da Saúde a nível nacional são produzidos trimestralmente, no prazo máximo de 45 dias após o final do trimestre. A título de iniciativa-piloto, a DAF acaba de elaborar REOs do nível central, produzidos mensalmente e distribuídos no prazo máximo de 20 dias, mas não ainda de forma sistemática por necessidade de reforço da equipa técnica.

Pontuação: "B". As DF's são elaboradas mensalmente dentro de 15 dias findo o exercício referente, os REO's Nacionais são produzidos trimestralmente e entregues no prazo máximo de 45 dias. Há o desafio dos REO's do nível Central serem elaborados mensalmente no prazo de 20 dias após o término do mês.

(xi) *Qualidade da informação*

247. Ambos relatórios, DFs e REOs, abrangem informação relevante do sector aliados a disponibilidades orçamentais, financeiras, execução de fundos fora (na medida do possível)

e dentro da CUT, permitindo fazer um acompanhamento da execução orçamental e financeira. Os desafios estão relacionados com as execuções de projectos que ocorrem *off-CUT*, e que podem em algum momento não serem devidamente relatadas e incorporadas na contabilidade pública (DNCP).

248. Como mencionado acima, o REO é preparado em plataforma Excel com dados extraídos do e-SISTAFE e acrescentada a execução extraorçamental. A informação que consta no REO é igual à do sistema e-SISTAFE, incluindo os projectos inscritos que não passam pela CUT. No entanto, foram observadas algumas diferenças entre os valores apresentados no REO e na CGE, e também entre valores apresentados na CGE, e no relatório do auditor a CGE. Estas diferenças são explicadas pelas despesas realizadas fora da CUT; gestão autónoma do Conselho Nacional do Combate ao HIV/SIDA; incorporação no REO da Saúde dos Donativos em Espécie valorizados de Medicamentos, os quais não são incorporados na CGE; A DAF incorpora no seu REO os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, relativamente às funções “Serviços Hospitalares Gerais”, “Serviços Hospitalares Especializados”, “Serviços de Saúde Pública” e “Saúde Não Especificado”, pelo facto destas serem directamente inerentes ao sector da Saúde, situação que não ocorre na CGE que engloba também funções relacionadas à Mulher e Acção Social fora da função Saúde; a informação que consta do REO anual é retirada do e-SISTAFE no mês de Março do ano seguinte de modo a permitir a finalização e encaminhamento do REO e canalizar-se o REO para o MISAU e parceiros até 15 de Abril e a Contabilidade Pública, embora já possa ter efectuado os principais ajustes encerra definitivamente as contas no mês de Maio, o que poderá resultar na incorporação de dados p.e relativos à Componente Externa de Investimento (Fundos Verticais) podendo incorporar na contabilidade entre outros.

Pontuação: “C”. Os relatórios, DF’s e REO’s, abrangem informação relevante do sector fora e dentro da CUT, no entanto, existem algumas preocupações com relação à execução dos fundos fora da CUTe aos projectos verticais que não são inscritos na contabilidade pública, bem como às diferenças entre os REOs e a CGE (auditada e não auditada) que contudo não comprometem necessariamente a consistência geral dos dados.

Tabela Resumo: Avaliação SI-24

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-24	B	D+	C+	Melhorias, porque são elaboradas DFs e REOs com informações abrangentes. Este último é emitido até 45 dias após o término do trimestre. Os dados que alimentam o REO são extraídos através do e-SISTAFE. O REO do sector da Saúde tem particularidades específicas que não permitirão uma comparação directa com à CGE em algumas vertentes.	
(i)	B	C	B	São elaboradas DF’s e REO’s com informações abrangentes do sector, capazes de comparar e fazer acompanhamento da dotação inicialmente aprovada e realizada, ao nível do compromisso e dos pagamentos realizados.	
(ii)	B	D	B	São preparados REOs da saúde, que são emitidos até 45 dias após o término do trimestre	

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
(iii)	B	C	C	Os dados que alimentam o REO são extraídos através do e-SISTAFE. O REO do sector da Saúde tem particularidades específicas que não permitirão a curto prazo uma comparação direta com à CGE em algumas vertentes.	

SI-25. Qualidade e Prontidão dos Relatórios Anuais de Contas do Sector da Saúde

249. Este indicador avalia a capacidade do sector da Saúde em preparar Demonstrações Financeiras consolidadas no final do ano. Estas são fundamentais para comprovar o bom funcionamento do sistema contabilístico, a qualidade dos registos e obter transparência no sistema de GFP. Estas devem se basear em detalhes de todo o sector da Saúde, incluindo do nível central e de-concentrados. O indicador é composto por três dimensões, nomeadamente, (i) grau de cobertura dos relatórios financeiros; (ii) pontualidade na submissão dos relatórios financeiros; (iii) padrões de contabilidade utilizados.

(i) Grau de cobertura dos relatórios financeiros

250. As Contas de Gerências (CGs) são elaboradas pelos diversos órgãos e instituições do Estado com ou sem autonomia financeira, administrativa e patrimonial (DPs, órgãos e autarquias locais), com a obrigatoriedade de submetê-las ao Tribunal Administrativo (TA). A posterior, são elaboradas Contas Gerais do Estado (CGE) pela Contabilidade Pública. É um relatório considerado complexo, na medida em que comporta cerca de 31 modelos, com outros elementos adicionais, aplicados de acordo com o âmbito de actividades do Organismo.

251. Os órgãos e instituições do Governo, incluindo o sector da Saúde, elaboram as CGs numa plataforma Excel, com base na extracção dos dados (Demonstrativo Consolidado) do e-SISTAFE, fazendo com que o processo seja moroso e não garanta uniformidade no preenchimento dos modelos. Contudo foi aprovado, em Julho de 2008, por despacho no.6/GP/TA/2008 do TA e circulado o “Guião de instruções Gerais de Execução obrigatória do TA” sobre o preenchimento das CGs, incluindo novos modelos.

252. Os relatórios são abrangentes, em termos de informação disponibilizada, na medida em que reflectem um resumo sobre: actividades desenvolvidas no PES, desafios, pontos fortes e fracos e perspectivas futuras (parte introdutória, Conta de Gerência consolidada e seus anexo,s contendo a execução das receitas e despesas dentro e fora da CUT, balanço patrimonial, controle patrimonial, bancário, das contratações, entre outros.

Classificação: “B”. Os órgãos e instituições aos níveis central e provincial elaboram CGs individuais, abrangentes, disponibilizando informação relevante sobre as receitas, despesas e activos/passivos financeiros, embora sejam de difícil leitura devido a complexidade. A consolidação das CGs não é feita ao nível do sector, mais ao nível do Estado na CGE.

(ii) Pontualidade na submissão dos relatórios financeiros

253. As CGs elaboradas anualmente devem ser submetidas até 5 de Março às unidades de

auditoria interna ou ordenador de despesa, e submetidos até 31 de Março ao TA. Informações colhidas no âmbito das entrevistas indicam que a CG de 2012 do MISAU foi submetida 23 dias após o término do prazo, por outro lado o relatório de auditoria do Tribunal Administrativo (TA) constata que a CG de 2013, foi enviada ao TA com 2 dias de atraso, tendo o MISAU concordado com a constatação feita no relatório⁶². A razão do atraso foi justificada pelas alterações em alguns dos modelos que compõem o relatório. A CG referente ao exercício económico de 2014, foi apresentado ao TA dentro do prazo estipulado por lei, concretamente no dia 26 de Março de 2015.

Pontuação: “B”. As CGs individuais e a CGE são elaboradas anualmente e submetidas até 31 de Março ao TA, contudo registaram-se dificuldades na submissão atempada de CGs dos anos de 2012 e 2013, devido a algumas alterações verificadas nos modelos que compõem o relatório.

(iii) Padrões de contabilidade utilizados

254. Analisadas as CGs de nível provincial (CGs da DPS Gaza de 2011 e 2012) e central (CGs do MISAU 2013 e 2014), verificou-se que as mesmas foram apresentadas de maneira uniformizada, mencionando as normas e procedimentos de execução de fundos públicos seguidos (Despacho no.6/GP/TA/2008). Assim, a execução orçamental e financeira está apresentada com exactidão, garantindo-se a consistência entre a informação registada na entidade e a dos mapas Demonstrativos Consolidados por UGB do e-SISTAFE, em observância do estipulado no n.º 1 do artigo 46 da Lei n.º 9/2002, de 12 de Fevereiro.

255. Não são aplicadas normas internacionalmente aceites (IPSAS) no âmbito da elaboração das CGs.

256. Apenas foram disponibilizadas as CGs de 2013 e 2014 para o nível central (MISAU), não tendo sido possível analisar a uniformidade na apresentação dos modelos em relação ao exercício económico de 2012.

Pontuação : “C”. Durante os dois últimos anos do exercício em análise as CGs foram apresentadas de maneira uniformizada, elaboradas com base nas instruções aprovadas pelo TA para elaboração das CGs e instrumentos legais vigentes no país (MAF, Lei da execução orçamental, circulares produzidas pelo MEF sobre a orientação de orçamentação, execução, e controle orçamental). Contudo não há evidências que seguem as normas internacionalmente aceites (IPSAS).

Tabela Resumo: Avaliação SI-25

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-25	B+	C+	C+	Melhorias, devido à preparação anual das Conta de Gerência, submetidas até 31 de Março ao TA. Registaram-se dificuldades na submissão atempada de CGs dos anos de 2012 e 2013, devido a algumas alterações verificadas nos modelos que compõem o relatório.	

⁶² Relatório de auditoria do TA ao sector da saúde, 2013, constatação A.2.1

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
(i)	B	C	B	Melhoria devido à preparação de CGs anualmente, que incluem informação de receitas, despesas e ativos/passivos financeiros, embora sejam de difícil leitura devido a complexidade.	
(ii)	A	B	B	Manteve-se	
(iii)	B	C	C	Manteve-se	

3.6. Fiscalização e Auditoria Externa

257. O indicador SI-26 verifica se as disposições para a fiscalização da execução dos recursos públicos pelo sector da Saúde estão a ser aplicadas e verifica se um acompanhamento das falhas é efetuado pelo executivo e pelo mesmo Tribunal Administrativo (TA).

Tabela Resumo: Avaliação Fiscalização e Auditoria Externa

Indicador	Avaliação Nacional 2015	Avaliação Sector 2009	Avaliação Sector 2015
SI-26	C+	D+	C+

SI-26 Âmbito, natureza e acompanhamento da auditoria externa no sector da Saúde

258. Este indicador avalia a qualidade da auditoria externa de sector da Saúde como um requisito essencial para criar transparência no uso de fundos públicos, necessários para o alcance dos objectivos do Governo no sector.

(i) *Objectivos/natureza da auditoria efectuada (incluindo aderência a padrões de auditoria)*

259. Esta dimensão avalia o grau de adesão das auditorias externas do sector da Saúde, realizadas pelo TA, aos principais elementos duma auditoria externa de qualidade, que compreendem o escopo/cobertura, a sua adesão aos padrões internacionais, incluindo a independência da instituição de auditoria externa.

260. Para avaliar esta dimensão, foi revista a última auditoria realizada, examinando as contas de 2013 do sector da Saúde e a auditoria da CGE 2013. No momento da avaliação, estava em curso a auditoria do ano 2014.

261. A auditoria realizada ao sector da Saúde em 2013 examina as contas de todo o sector. Não examina órgãos autónomos - porque não existem no sector da Saúde - nem fundos extraorçamentais, apesar de ser uma componente significativa do financiamento da despesa de saúde. Os órgãos do sector da Saúde auditados apresentam pelo menos 50% do total de despesas auditadas anualmente, compreendem testes de regularidade ao nível de transacções, e identificam questões significativas.

262. O relatório indica que a auditoria incluiu o exame baseado em testes, verificação das evidências que suportam os valores e informações constantes dos relatórios financeiros do Ministério da Saúde. No relatório 2013 estão anexados somente dados financeiros (Mapa

de Origem e Aplicação de fundos-MOAF) do programa PROSAUDE, apresentando despesas no valor de 2.097 bilhões de meticais, representando entre 6% e 10% da execução do sector (dependendo dos valores encontrados nos dois relatórios financeiros existentes – REO e CGE). Outras entidades do sector da Saúde foram auditadas pelo TA em 2013, mas o valor total e os nomes dos projetos não foram disponibilizados. Assim, não foi possível avaliar os padrões utilizados pelo TA.

263. As entidades e funções mais importantes do sector da Saúde, ou as mais propensas a risco são abrangidas pelas auditorias anualmente, enquanto as outras entidades e funções são auditadas com menos frequência.
264. A qualidade da auditoria do Programa PROSAUDE é satisfatória e adere aos padrões internacionais ISSAI 4200 da INTOSAI, apesar das variações existentes entre as despesas executadas e apresentadas nos vários relatórios financeiros oficiais, preparados pelos executores, como a CGE 2013 (MEF), o REO 2013 (MISAU) e o Relatório Sobre a Conta Geral do Estado de 2013 (TA). Ao contrário, a auditoria geral do sector, no âmbito da revisão da CGE 2013, é realizada com aderência aos padrões internacionais para auditoria de regularidade, de acordo à ISSAI 400, emitida pela INTOSAI, mas não com às normas de auditoria ISSAI 4200, que focalizam em questões significativas e sistémicas de Gestão de Finanças Públicas (GFP), sobre as auditorias de regularidade em relação aos demonstrativos financeiros do sector da Saúde.
265. O Tribunal Administrativo (TA) tem a capacidade técnica para realizar auditorias externas de qualidade, no entanto, o número limitado de contadores-inspetores nas equipas do TA não permite a realização de todas auditorias externas dos órgãos do Governo com altos padrões internacionais.

Pontuação "C". Apesar de mencionar o sector, a auditoria apresentada focaliza ao PROSAUDE. A qualidade da auditoria do Programa PROSAUDE adere às normas internacionais de auditoria, com foco nas questões significativas e sistémicas. No entanto, os valores executados por esta combinados com os valores executados por outras entidades auditadas, utilizando os mesmos padrões, não alcançam o 75% do total das despesas do sector. As outras auditorias do sector da Saúde auditados com testes do nível de transações, apresentam pelo menos 50% do total de despesas auditadas anualmente e compreendem também testes de regularidade e identificam questões significativas.

(ii) *Provas de acompanhamento (follow-up) das recomendações da auditoria*

266. Esta dimensão avalia a eficácia do acompanhamento da implementação das recomendações da auditoria externa pelas entidades que receberam recomendações pelos auditores externos, por meio do relatório de auditoria.
267. **O acompanhamento da implementação das recomendações do TA é múltiplo:**
- (i) Pelo contencioso do TA. Com a Lei 14/2014 todos os casos julgados são acompanhados pelas formações jurisdicionais do TA, até mandar submeter à efetivação da responsabilidade financeira por eventuais infracções financeiras;
 - (ii) Pelas auditorias externas do TA do ano seguinte, que acompanham a implementação, ao resumir até que ponto as entidades auditadas esclareceram as constatações da auditoria e implementaram suas recomendações. No entanto, este acompanhamento não é sistemático nem com regularidade anual para todas as instituições auditadas;
 - (iii) Pela Inspeção Geral das Finanças (IGF). No entanto, não foi apresentado um relatório de acompanhamento das recomendações do TA, nem das recomendações da mesma

- IGF;
- (iv) Pela Inspeção Geral da Saúde (IGS), O acompanhamento realizado é sistemático e satisfatório, embora exista morosidade no processo ;
 - (v) Pelo Departamento de Apoio e Controle da DAF-MISAU. O acompanhamento realizado é sistemático e satisfatório. No entanto, é directamente relativo às recomendações direccionadas à DAF-MISAU; e indirectamente ligado a coordenação das respostas das entidades de nível provincial (que por sua vez são responsáveis pela coordenação das respostas das entidades supervisionadas).

268. Existe a obrigação para o envio de uma resposta formal e por escrito pelo executivo ou pela entidade auditada, indicando (i) o estado da implementação das recomendações da auditoria externa e (ii) como serão abordados os casos que ainda não foram solucionados. Verificou-se melhorias significativas no acompanhamento da implementação das recomendações de auditoria, mas não existem comprovativos da sua eficácia.

***Pontuação "B".** Existe evidência sobre o envio de uma resposta formal por escrito pelo executivo ou pela entidade auditada, indicando a estado da implementação das recomendações da auditoria externa, mas há pouca evidência de um acompanhamento sistemático, eficaz e oportuno.*

Tabela Resumo: Avaliação SI-26

Indicador (M1)	Pontuação PEFA			Desempenho Saúde 2009-2015	Outros factores
	Global 2015	Saúde 2009	Saúde 2015		
SI-26	C+ <small>(pela dim ii)</small>	D+	C+	Melhorias, pelo aperfeiçoamento da qualidade das auditorias do PROSAUDE, e pelo seguimento das recomendações da auditoria externa.	
(i)	C	C	C	Melhoria, na qualidade das auditorias do PROSAUDE, mas não da totalidade do sector.	
(ii)	C	D	B	Melhoria, no acompanhamento da implementação das recomendações da auditoria externa.	

Anexo I - Visão Geral do Conjunto de Indicadores do Sector da Saúde (2009-2015)

No.	Ref.	Descrição	Pontuação Global 2015	Pontuação Sectorial 2009	Pontuação Sectorial 2015	Avaliação Sectorial 2015/2009
A. RESULTADOS DO SISTEMA DE GFP: Credibilidade do orçamento						
1	SI-1 M1	Resultado da despesa agregada comparada com o orçamento original aprovado na saúde	(PI-1) A	D	B	2015: Houve uma melhoria no desempenho entre 2009 e 2015, pelo melhoramento dos processos de preparação e de acompanhamento da execução do orçamento. A utilização do e-SISTAF para a preparação do orçamento teve um impacto positivo na fiabilidade do Orçamento.
	(i)	A diferença entre a despesa primária real e a despesa primária orçada (ou seja, excluídos os encargos do serviço da dívida, mas excluídas também as despesas de projectos financiados externamente)	A	D	B	2015: Durante todos os três últimos anos, o desvio da despesa realizada sobre a despesa prevista no orçamento inicial foi maior de 10% somente em um ano. 2009: As despesas reais do sector desviaram-se do orçamento aprovado em mais de 15% em dois dos últimos três anos.
2	SI-2 M1	Composição do resultado da despesa comparada com o orçamento original aprovado	(PI-2) D+	A	C	2015: O menor desvio na execução total do orçamento (SI-1) impactou negativamente a variação na composição das despesas
	(i)	Volume da variação na composição das despesas em comparação com o orçamento original, durante os últimos três anos, excluindo os itens de contingência	D	A	C	2015: Durante um dos últimos três anos a variação na composição das despesas ultrapassou o 15%. 2009: A variação na composição das despesas do sector da Saúde excederam o desvio agregado das despesas do sector em menos de 5 % em cada um dos últimos três anos.
	(ii)	O montante médio de despesas realmente debitado à verba para contingências ao longo dos últimos três anos.	A	N/A	N/A	2015: Não avaliada pela ausência de dotações orçamentais para contingências. 2009: Dimensão não avaliada
3	SI-3 M1	Resultado da receita (oriunda de cobranças de taxas) agregada comparada com o orçamento original aprovado (no sector da Saúde)	(PI-3) A	C	C	2015: Não se registou evolução no desempenho
	(i)	Receitas internas reais comparadas com a receita interna no orçamento originalmente aprovado.	A	C	C	2015: Enquanto as receitas Provinciais e Distritais do sector da Saúde não são discriminadas na CGE (e não consideradas para este indicador), as receitas ao nível central realizadas representavam 112% e 115% das receitas estimadas durante dois dos 3 últimos anos.

						2009: As colectas foram de 96.8 % das colectas orçamentadas em 2005, quase 260 % das colectas orçamentadas em 2006 e 85.6 % das receitas colectas em 2007 (A pontuação deveria ser D)
B. PRINCIPAIS QUESTÕES TRANSVERSAIS: Abrangência e transparência						
4	SI-5 M1	Classificação do orçamento do sector da Saúde	(PI-5) B	C	B	2015: Houve uma melhoria no desempenho entre 2009 e 2015, pela utilização das categorias sub-funcionais e programáticas
	(i)	O sistema de classificação utilizado para a formulação, execução e relatórios do orçamento central do governo	B	C	B	2015: A utilização das classificações COFOG e programáticas foi um grande progresso. A formulação e execução do orçamento são, de um modo geral, consistentes com os padrões internacionais GFS/COFOG, e as categorias sub-funcionais da classificação COFOG e programáticas são utilizadas, mas a apresentação das despesas segundo as várias classificações não encontrasse harmonizada e sistemática nos vários relatórios financeiros do sector. 2009: As classificações em uso são, de um modo geral, consistentes com os padrões internacionais conforme definido nas Estatísticas Financeiras do Governo adoptadas pelo FMI. As categorias subfuncionais da classificação COFOG ainda não são aplicadas em Moçambique e, por isso, os requisitos para a atribuição de uma pontuação “B” também não foram preenchidos. Todavia, os 14 classificadores funcionais de alto nível são aplicados em acréscimo a uma classificação administrativa e económica da despesa, merecendo uma pontuação “C”
5	SI-7 M1	Dimensão de operações Governamentais não reportadas no sector da Saúde	(PI-7) B+	C	D+	2015: Apesar da melhoria no desempenho da 1ª dimensão entre 2009 e 2015, a pontuação do indicador deteriorou pelo impacto da segunda dimensão.
	(i)	O nível de despesas extra-orçamentais (para além dos projectos financiados por dadores) que não são relatadas, ou seja, não são incluídas nos relatórios fiscais.	A	C	A	2015: Não existe evidência sobre o nível das despesas extraorçamentais não relatadas, mas considerando o valor do estudo da Intellica de 2013 e as práticas da DAF, o nível das despesas extra-orçamentais é insignificante (0.4%) 2009: Dados os elevados níveis de volatilidade demonstrados nas colectas registadas de receitas próprias a nossa avaliação preliminar é que os níveis de colectas não registadas (e correspondentes despesas) se situam entre 5 – 10 % das despesas do sector, atribuindo uma pontuação “C”
	(ii)	Informações de receita/despesa relativas a projectos financiados por dadores que estão incluídas nos relatórios	B	C	D	2015: Os valores das despesas dos projectos de investimento externo do sector da Saúde financiados por créditos externos

		fiscais.				<p>não são apresentados separadamente na CGE, enquanto os valores dos projectos de investimento financiados por donativos apresentados nos REOs da saúde correspondem a uma percentagem muito baixo do valor total destes projectos, sabendo que recursos externos mais importantes são os financiamentos Norte-americanos.</p> <p>2009: Existe um reporte abrangente apenas para os projectos financiados por subvenções, nos quais os desembolsos são registados nos sistemas de dívida junto do CS-DRMS DNT70, o qual foi instalado com o apoio do Secretariado da Commonwealth. Deste modo, é atribuída uma pontuação "C" (deveria ser D)</p>
6	SI-8 M2	Transparência das relações fiscais intergovernamentais (Transparência das regras e procedimentos existentes no Sector para a orçamentação no nível Provincial & Distrital)	(PI-8) B	B+	C+	<p>2015: Houve uma melhoria no desempenho entre 2009 e 2015, pelo melhoramento na transparência das regras sobre a alocação dos recursos.</p>
	(i)	Sistemas transparentes e baseados em regras para a alocação ao nível Central e às Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e às Direcções Distritais de Saúde (DDS) dos orçamentos do sector pelo governo central. (alterada / 2009)	A	B	B	<p>2015: Apesar de ter regras transparentes para a totalidade das alocações de recursos, os efeitos da descentralização e a dupla subordinação das DPS e dos SDSMAS ao MISSAU e ao Governador da respectiva provincia cria disfuncionamentos na alocação e transferência dos recursos.</p> <p>2009: Devido a essas deficiências na transparência das regras e práticas que regulam as alocações do orçamento de investimento, a esta dimensão do indicador foi atribuída uma pontuação 'B'</p>
	(ii)	Prontidão de informação fiável ao nível Central e às Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e às Direcções Distritais de Saúde (DDS) sobre as suas alocações a partir do governo central, para o ano seguinte.	C	A	C	<p>2015: As UGBs do sector da Saúde não recebem informações confiáveis sobre os tetos alocados, em tempo oportuno e antes do início do processo de formulação do orçamento.</p> <p>2009: As direcções provinciais e distritais de saúde são directamente responsáveis pela preparação das suas próprias previsões orçamentais e se mantém activamente envolvidas na harmonização de alterações subsequentes com a DNO e com o MPD. Adicionalmente, eles recebem informação sobre a proposta do Orçamento do Executivo cerca de dois meses e meio antes da sua aprovação pela Assembleia da Republica e três meses antes do início do ano fiscal.</p>
7	SI-10	Acesso público à informação fiscal chave do sector da Saúde	(PI-10) B	B	C	<p>2015: Não se registou evolução no desempenho.</p>

	M1					
	(i)	Tipologia da informação fiscal que é publicamente disponibilizada para o sector da Saúde – disponibilidade de 6 elementos padrão de informação.	B	B	C	<p>2015: O sector da Saúde disponibiliza 2 das 6 informações essenciais para o público, mas não directamente pela iniciativa do MISAU. O PEFA 2009 tinha considerado os REOs trimestrais como disponíveis, mesmo que o público geral não tem acesso, por isso o indicador teve melhor pontuação em 2009, sendo que a situação continua a mesma</p> <p>2009: Três dos seis elementos necessários encontram-se geralmente disponíveis ao público, merecendo uma pontuação “B” para este indicador. É notável, todavia, que os três elementos de informação em falta têm a ver com informação de nível distrital, onde a cultura de transparência, que gradualmente se vai desenvolvendo a nível nacional ainda nau se enraizou.</p>
C. CICLO ORÇAMENTAL						
C(i) Orçamentação com base em políticas						
8	SI-12 M2	Perspectiva plurianual na planificação e orçamentação no sector da Saúde	(PI-12) C+ (thanks to the dim. (ii))	C	C	<p>2015: 2015: Não houve evolução.</p> <p>2009:</p>
	(i)	Existência de uma estratégia do sector abrangente com custeio plurianual de despesas de funcionamento e de investimento	(iii) C	C	C	<p>2015: O sector tem um plano estratégico cobrindo o período de 2014-2019, que descreve detalhadamente suas acções prioritárias em programas específicos de Saúde, estando estas materializadas nas acções prioritárias do PQG, contudo, existe uma fraca compatibilidade entre as previsões globais do sector e os orçamentos anuais do sector.</p> <p>2009: A estratégica do sector, conforme apresentada no CFMP do sector reflecte uma estratégia trianual abrangente, cobrindo todas as instituições do sector de saúde pública e incluindo tanto as despesas de funcionamento e, bem assim, como as despesas de investimento. Mas, não existissem claras ligações entre as previsões plurianuais e os limites anuais subsequentes, com quaisquer diferenças claramente justificadas.</p>
	(ii)	Relação entre os orçamentos de investimento e previsões de despesa para o sector	(iv) D	C	C	<p>2015: Há ligações frágeis entre as estratégias sectoriais e decisões de investimento, por outro lado nem todas as decisões de investimento têm as despesas de funcionamento previstas de forma adequada e abrangente.</p> <p>2009: Um maior nível de integração da planificação de projectos de investimento e de orçamentação no geral vai sendo alcançado, mas, ainda existe um caminho longo a percorrer. Existem vários projectos que possuem conexões fracas com o PESS e com o CFMP e muito poucos projectos, para os quais existem previsões explícitas e razoavelmente precisas dos seus custos de funcionamento são</p>

						incluídos no CFMP.
C(ii) Previsibilidade e Controlo da Execução Orçamental						
9	SI-13 M2	Transparência das obrigações e responsabilidade dos contribuintes (dos utilizadores dos serviços do sector da Saúde)	(PI-13) A	D+ B+	C	<p>2009 Erro na pontuação de 2009 - B+ ao invés de D+</p> <p>2015: Melhoria na pontuação pela nova legislação e a criação de um mecanismo de procedimentos de reclamações e sugestões.</p> <p>2009: descrição e pontuação erradas (com a excepção do paragrafo 105)</p>
	(i)	Clareza e abrangência das obrigações		D	C	<p>2015: Existe legislação e procedimentos que regulam a planificação e recolha de receitas relevantes nas instituições governamentais e para o sector, contudo, o grau de conformidade com as mesmas ainda são reduzidos. Aspetos relacionados à descentralização da arrecadação das receitas do sector não são claros, as entidades cobram receitas e não reportam o que significa existir poder discricionário por parte das instituições envolvidas.</p> <p>2009: não existem nem legislação nem procedimentos abrangentes para a planificação e recolha desta fonte de receitas relevante no sector nem estão claros os critérios administrativos relacionados com a responsabilidade de planear e cobrar tais receitas (par105)</p>
	(ii)	Acesso dos utentes à informação sobre obrigações e procedimentos administrativos		C	C	<p>2015: Os contribuintes possuem acesso limitado das informações sobre os procedimentos administrativos e os custos dos serviços do sector da Saúde e dos medicamentos.</p> <p>2009: os utentes dos serviços onde a cobrança deste tipo de receita ocorre têm acesso limitado às informações relacionadas com o custo dos serviços e frequentemente a informação não é abrangente ou encontra-se desactualizada</p>
	(iii)	Existência e funcionamento de um mecanismo de recurso		D	C	<p>2015: Foi criado um mecanismo de procedimentos de reclamações e sugestões mas necessita de reformulação considerável para que seja imparcial, transparente e eficaz</p> <p>2009: mais informações são necessárias para avaliar esta dimensão mas tanto quanto foi possível apurar não existe um mecanismo formal existente para recurso e reclamação em relação a esta matéria</p>
10	SI-16 M1	Previsibilidade da disponibilidade de fundos para compromissos (cabimentação) de despesas	(PI-16) C+	C+	C	<p>2015: Houve melhoria no desempenho no período acima referido pela elaboração dos PT e PFs mensais e pela disponibilização de informação confiável via e-SISTAFE, contudo ainda há fraquezas relacionadas com elaboração anual dos PT, ajustes significativos na rubrica de salários e na comunicação entre a DAF e os Centros de Custos</p>

	(i)	Grau sobre o qual os fluxos de caixa são programados e monitorados pelo sector da Saúde (MISAU, DPS, Instituições subordinadas)		C	C	<p>2015: Os Planos de Tesouraria (PTs) e as Programações Financeiras (PFs) são elaborados mensalmente pelo nível central. A DAF monitora os valores disponibilizados pelo OE e Parceiros, porém há fraqueza na comunicação entre a DAF e CC's no âmbito da monitoria dos valores desembolsados pela DNT e ajustes aos PTs pela DAF. Ao nível provincial a elaboração dos PTs não constitui prática, porém efectua a PF.</p> <p>2009: uma previsão anual do fluxo de caixa não é utilizada como uma verdadeira ferramenta de trabalho regular e não existem actualizações periódicas.</p>
	(ii)	Fiabilidade e horizonte da informação intra- anual e periódica para ministérios, departamentos e instituições sobre os tectos para os compromissos de despesa		B	A	<p>2015: O sector da Saúde recebe do MEF um comunicado no início do ano informando sobre os limites estabelecidos no OE e por outro lado tem acesso a dotação (inicial e actualizada) via e-SISTAFE. Os centros de custos solicitam a cabimentação das despesas à DAF até 6 meses de antecedência visto que o processo de aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas poderá levar mais de 3 meses, caso necessite visto do Tribunal Administrativo.</p> <p>2009: com a introdução do e-SISTAFE no sector ao nível central e provincial a capacidade das instituições do sector para planear despesas com um mínimo de antecedência de 6 meses aumentou consideravelmente pois o sistema contém em si as dotações orçamentais anuais disponíveis para cada instituição e aplica limites trimestrais sobre as cabimentações</p>
	(iii)	Frequência e transparência dos ajustes nas dotações orçamentais que são decididos acima do nível de gestão dos ministérios, departamentos e agências		C	C	<p>2015: Os ajustes das dotações orçamentais são frequentes na rubrica salário o que enfraquece o processo de planificação dos pagamentos e a utilização correta dos recursos financiados pelo PROSAUDE.</p> <p>2009: ocorrem importantes ajustes orçamentais durante o decurso do ano e que esses ajustes são frequentemente decididos ao nível do MISAU ou DPS e realizados sem a total transparência, justificação e envolvimento das instituições beneficiárias daqueles orçamentos</p>
11	SI-18 M1	Eficácia no pagamento de salários no sector da Saúde (no controlo da folha de pagamento de salários do sector da Saúde)	(PI-18) B↑	B	B+	<p>2015: Houve melhoria no desempenho no período acima referido pela existência de sistemas para o cadastro e de pagamento de salário diretamente vinculados. As alterações necessárias aos registos pessoais e folha de pagamento são actualizadas mensalmente e geralmente em tempo para os pagamentos do mês seguinte e realização de inspecções as folhas de salário.</p>

	(i)	Grau de integração e reconciliação entre os registos do pessoal e dados da folha de salários		B	A	<p>2015: O e-CAF e o e-folha são diretamente vinculados e garantem a consistência dos dados e facilitam a reconciliação mensal.</p> <p>2009: a base de dados de pessoal e folha de salários não são integrados num único sistema a folha de salários é devidamente suportada por documentação da DRH e da DAF para justificação das alterações necessárias efectuar em cada mês e a folha de salários de cada mês é sempre comparada com a do mês anterior quer pela DAF quer pela DNCP</p>
	(ii)	Tempo das alterações nos registos do pessoal e na folha de salários		B	B	<p>2015: As alterações necessárias ao cadastro dos funcionários e a folha de pagamento são realizados mensalmente após visto do TA, geralmente em tempo para os pagamentos do mês seguinte. Os ajustes retroactivos não são uma prática e também acontecem pontualmente e com a devida justificação da DRH.</p> <p>2009: A integração e reconciliação de dados entre os registos de pessoal (SIP – Sistema de Informação de Pessoal) e os dados da folha de salários (DAF e DNCP) é elevada merecendo uma pontuação de B pois, ocorrem dois tipos de actualizações: as regulares entre os registos de pessoal e folha de pagamentos que acontecem numa base mensal e dentro dos prazos estabelecidos pela DNCP para esse efeito e as actualizações pontuais decorrentes de contratações de novos funcionários ou integração no quadro de funcionários que devido á necessidade de interacção com outras instituições (por exemplo, o Tribunal Administrativo) podem demorar mais do que um mês. Os ajustes retroactivos não são uma prática e também acontecem pontualmente e com a devida justificação da DRH</p>
	(iii)	Controlos internos das alterações aos registos do pessoal e folha de salários		B	B	<p>2015: A autorização e a base para as alterações em registos pessoais e na folha de salário são claras, e os agentes que alteram as informações são identificadas automaticamente pelo sistema.</p> <p>2009: Os controlos internos existentes na DRH e na DAF para a efectivação de alterações quer á base de dados de pessoal quer á folha de salários são elevados, todas as alterações são documentadas por recursos a formulários e impressos próprios e submetidos a diferentes níveis de aprovação e as regras são claras e do conhecimento dos funcionários da DRH e DAF envolvidos</p>
	(iv)	Existência de auditorias das folhas de salários para identificar fraquezas no controlo e/ou trabalhadores fantasmas		B	B	<p>2015: Foi realizada pelo IGF em 2014 uma auditoria as folhas de pagamento de salários do MISAU, de modo a identificar os pontos fracos do controlo e /ou funcionários fantasmas. Adicionalmente o TA efectuou auditorias parciais as folhas em</p>

						2013. 2009: não foi possível recolher muita informação a respeito de auditorias e fiscalizações sobre a folha de salários mas a equipa de consultores triangulou informação das entrevistas efectuadas e verificou que tanto a IGF como a Inspeção do MISAU (no nível provincial) efectuou no âmbito das suas fiscalizações regulares no sector uma verificação da folha de salários. A DAF e A DRH enviam também informação regular ao TA no âmbito da emissão do relatório e parecer sobre a CGE de cada ano. Durante a fase de realização do trabalho de campo deste estudo estava também em curso uma auditoria compreensiva do Tribunal Administrativo e que segundo a DAF e DRH iria também verificar a folha de salários.
13	SI-20 M1	Eficácia dos controlos internos de despesas não salariais	(PI-20) C+	D+	C+	2015: Em 2015, houve melhoria no desempenho no período acima referido devido: as melhorias introduzidas no e-SISTAFE; ao reforço e divulgação de um conjunto básico de normas e procedimentos de controlo interno compreendidas pelos técnicos da DAF; e à criação das RCPLs tendo como resultado uma adesão alta nas normas de procedimentos de gestão financeira.
	(i)	Eficácia do controlo dos compromissos (cabimentação) de despesa	B	D	C	2015: Controlos de compromissos de despesas são efetuados e limitam efetivamente os compromissos de acordo com o plano de tesouraria real e as alocações orçamentais aprovadas no Orçamento para a maior parte dos tipos de despesas. Contudo, o desafio reside no acompanhamento da execução orçamental por Classificador Económico da Despesa (CED) por cada uma das actividades inscritas e aprovadas, uma vez que via e-SISTAFE ainda não é viável e pelo facto da DAF não possuir um software de gestão que permita atender este objectivo. 2009: Existe um sistema manual de controlo de pagamentos a efectuar mas que não contempla os compromissos financeiros totais do MISAU não reflectindo a extensão total dos contratos celebrados pelo MISAU. Não existe um registo consolidado de toda a dívida do MISAU ou DPS têm com terceiros nem tão pouco os detalhes de valor e antiguidade.
	(ii)	Abrangência, relevância e entendimento de outros procedimentos/regras de controlo interno	B	C	B	2015: Existe um sistema de controlo robusto, reforçado pelo aperfeiçoamento do e-SISTAFE e o domínio no uso do sistema pelos funcionários e o seguimento do Manual de Procedimentos de Gestão Financeira é satisfatório. A instituição elabora REOs e Contas de Gerencia com base neste foi constatado que em 2014 a instituição transitou para o período seguinte com uma dívida a pagar a fornecedores, não tendo sido registado nenhuma dívida

						<p>no mesmo modelo em relação ao exercício económico de 2013. Frisar ainda que o mesmo modelo para 2013 não foi preenchido.</p> <p>2009: A DAF do MISAU e DPS têm três manuais de funcionamento distintos (um para a planificação, outro para a execução e um último para a prestação de contas). Existem várias e diversas normas de controlo interno (entre os manuais de funcionamento do MISAU e manual do SISTAFE), excessivas para algumas situações e outras insuficientes, mas as mesmas são apenas entendidas e aplicadas pelos agentes</p>
	(iii)	Grau de cumprimento das regras para o processamento e registo de transacções	C	C	C	<p>2015: As normas são cumpridas na maioria das transacções, e espera-se melhorias contínuas com a criação da RCPL e DAC. As situações de emergência/urgência são ocasionais e as decisões tomadas entre o Director da DAF e a RCPL, o que poderá garantir maior transparência no processo e rigidez no cumprimento das normas e procedimentos definidos no MPGF. A gestão das dívidas (contractos, fornecedores) ainda não é satisfatória, uma vez que existem alguns compromissos assumidos, principalmente em relação a construções/reabilitações, sem orçamento disponível no corrente ano e sem um acompanhamento adequado.</p> <p>2009: O cumprimento das normas de registo e realização das transacções por parte dos funcionários envolvidos é elevado sobretudo com a introdução do e-SISTAFE mas o sistema apenas cobre uma parte dos fundos geridos. Os relatórios de auditoria externa confirmam também um bom nível de cumprimento das normas de controlo interno na gestão dos fundos externos. Mas, as "situações de emergência" que obrigam ao contorno dessas normas ainda ocorrem com frequência</p>
14	SI-21 M1	Eficácia da auditoria interna no sector da Saúde	(PI-21) B+	D	C+	<p>2015: Houve melhoria no desempenho no período acima referido devido à realização das inspecções e auditorias pela IGS, IPS com base na legislação básica em vigor para o sector público em geral e para a instituição em particular. Quadros da IGS estão a beneficiar de capacitação em normas internacionais e a aderir as mesmas. Envio dos relatórios das auditorias e inspecções as instituições inspecionadas para o contraditório e seguimento das recomendações emanadas, e são tomadas providências por vários gestores sobre as principais questões levantadas no âmbito das inspecções ou auditorias., embora exista morosidade.</p>
	(i)	Cobertura e qualidade da função de auditoria interna	A	D	B	<p>2015: São realizadas inspecções internas pela IGS, IPS com base na legislação básica em vigor para o sector público em geral e para a instituição em particular. Quadros da IGS foram</p>

					<p>capacitados em 2014 pelo Instituto de Auditores Internos de Moçambique em relação as normas internacionais, facilitando a aderência a estas normas. O DAC apoia os CCs inspecionados e faz o acompanhamento das recomendações de auditorias deixadas pelos inspetores.</p> <p>2009: Não existe auditoria interna efectiva. Em curso o projecto (financiado pela Embaixada da Dinamarca) para a criação do Gabinete de Controlo Interno na DAF do MISAU</p>	
	(ii)	Frequência e distribuição dos relatórios	B	D	C	<p>2015: As inspecções dos órgãos de auditoria interna são realizadas com uma certa regularidade seguindo planos pré-definidos, resultando na produção de relatórios encaminhados à Ministra do Sector para Homologação e posteriormente enviados às instituições avaliadas. Contudo, os relatórios não são encaminhados ao MEF nem ao TA.</p> <p>2009: Não existem relatórios que reflectam a acção de auditoria interna. Uma outra inspecção foi conduzida em 2008 mas o relatório não está disponível.</p>
	(iii)	Grau da resposta e acompanhamento às constatações da auditoria interna	A	D	C	<p>2015: Verificou-se existir um grau aceitável de providências tomadas por vários gestores sobre as principais questões, embora exista morosidade no processo.</p> <p>2009: Não existem evidências de recomendações oriundas de acções de auditoria interna e acompanhamentos por parte da gestão dessas recomendações</p>
C(iii) Contabilidade, Registo e Reporte						
15	SI-22 M2	Prontidão e regularidade de reconciliação de contas no sector da Saúde	(PI-22) B	B	B+	<p>2015: Houve melhoria no desempenho no período acima referido devido a emissão de relatórios mensais que permitem a reconciliação em níveis agregados e detalhados e pelo facto de existir um mecanismo de bloqueio instituído no e-SISTAFE que garante a regularização dos AFU's (Prazo máximo 45 dias)</p>
	(i)	Regularidade das reconciliações bancárias	B	B	B	<p>2015: As reconciliações bancárias dos fundos off-CUT são elaboradas regularmente (mensalmente) e em tempo oportuno (dentro de 15 dias, apos o fim do mês precedente), em níveis agregados e detalhados. Contudo, não é possível efectuar reconciliações bancárias relativamente aos fundos que transitam pela Conta Única do Tesouro (CUT), no entanto a DAF elabora mensalmente Mapas de Origem e Aplicação de Fundos (MOAF's) das contas FOREX de cada moeda em relação as contas bancárias abertas para os financiamentos e projectos externos.</p>

						2009: as reconciliações são efectuadas mensalmente embora alguns movimentos fiquem por reconciliar nas semanas seguintes devido a falta de informação (o volume destes movimentos não é julgado significativo). As reconciliações são efectuadas pelos técnicos, verificadas pelo chefe de secção e chefe de departamento e posteriormente aprovados pelo Director da DAF
	(ii)	Regularidade da reconciliação e liquidação de contas suspensas e adiantamentos	B	B	A	2015: Apesar de existirem alguns AFU's que transitam para períodos seguintes, existe um mecanismo de bloqueio instituído no e-SISTAFE que garante que no prazo máximo de 45 dias deve ser feita a regularização do adiantamento e estes são monitorados mensalmente. 2009: no ambiente e-SISTAFE não é possível manter contas suspensas ou adiantamentos de fundos por regularizar por mais de 45 dias. No entanto, para os fundos externos acontece que muitas vezes existem algumas contas sujeitos saldos por reconciliar transitam de um ano para o outro.
16	SI-23 M1	Disponibilidade de informação dos recursos recebidos pelas unidades sanitárias de nível distrital	(PI-23) D	D	D	2015: Não houve evolução nesse indicador.
	(i)	Recolha e processamento de informação para verificar os recursos que foram de facto recebidos (em dinheiro ou espécie) por muitas unidades de prestação de serviços no terreno (com enfoque nas escolas primárias e centros de saúde primária) em relação aos recursos gerais disponibilizados ao (s) sector (es), independentemente do nível do governo responsável pela gestão e financiamento dessas unidades.	D	D	D	2015: Não foram disponibilizadas informações do estudo realizado sobre os recursos e bens recebidos pelas Unidades Sanitárias de nível distrital e provincial. 2009: De acordo com informações recolhidas junto tanto do MISAU como do MdF não foi realizado nos últimos 3 anos nenhum outro estudo específico para recolha de dados sobre o nível de recursos disponibilizados às unidades de prestação de serviços
17	SI-24 M1	Qualidade e prontidão dos relatórios orçamentais do Sector durante o ano	(PI-24) B	D+	C+	2015: Em 2015, houve melhoria porque são elaboradas DF's e REO's com informações abrangentes. Este último é emitido até 45 dias após o término do trimestre. Os dados que alimentam o REO são extraídos através do e-SISTAFE. O REO do sector da Saúde tem particularidades específicas que não permitirão uma comparação direta com à CGE em algumas vertentes. o sector.
	(i)	Objectivo dos relatórios em termos de cobertura e compatibilidade com estimativas orçamentais	B	C	B	2015: São elaboradas Demonstrações Financeiras (DF's) e Relatórios de Execução Orçamental (REO's) com informações abrangentes, capazes de comparar e fazer acompanhamento da dotação inicialmente aprovada e realizada, ao nível do compromisso e dos pagamentos realizados, sendo esta informação extraída do Sistema e-SISTAFE e estando balanceada com o mesmo. Por outro lado o e-SISTAFE continua um desafio, estando em fase de aperfeiçoamento, não conseguindo ainda

						responder na plenitude às necessidades efectivas do MISAU.
	(ii)	Pontualidade na emissão dos relatórios	B	D	B	<p>2009: o relatório do sector permite a comparação com o OE para as principais rubricas de receitas e despesas e incluir informação de despesas comprometidas e não pagas e as liquidadas \ pagas.</p> <p>2015: As DF's são elaboradas mensalmente dentro de 15 dias findo o exercício referente, os REO's Nacionais são produzidos trimestralmente e entregues no prazo máximo de 45 dias. Há o desafio dos REO's do nível Central serem elaborados também mensalmente no prazo de 20 dias após o término do mês.</p> <p>2009: os relatórios são emitidos para 6, 9 e 12 meses logo não existindo nenhum relatório para os primeiros 3 meses do ano e são necessárias mais de 8 semanas até que os mesmos sejam disponibilizados.</p>
	(iii)	Qualidade da informação	B	C	C	<p>2015: Os relatórios, DF's e REO's, abrangem informação relevante do sector fora e dentro da CUT, no entanto, existem algumas preocupações com relação à execução dos fundos fora da CUTe aos projectos verticais que não são inscritos na contabilidade pública, bem como às diferenças entre os REOs e a CGE (auditada e não auditada), que contudo não comprometem necessariamente a consistência geral dos dados.</p> <p>2009: apesar de existirem algumas preocupações sobre a qualidade e precisão dos dados (que não são destacados nos relatórios) isso não prejudica a utilidade dos mesmos.</p>
18	SI-25 M1	Qualidade e prontidão/ pontualidade dos relatórios anuais de contas do sector da Saúde	(PI-25) B+	C+	C+	<p>2015: Registaram-se melhorias significativas neste indicador, devido à preparação das CGs anualmente, e submetidas até 31 de Março ao TA, contudo registaram-se dificuldades na submissão atempada de CGs dos anos de 2012 e 2013, devido a algumas alterações verificadas nos modelos que compõem o relatório.</p>
	(i)	Grau de cobertura dos relatórios financeiros	B	C	B	<p>2015: Os órgãos e instituições aos níveis Central e Provincial elaboram CG's individuais abrangentes disponibilizando informação relevante sobre as receitas, despesas e activos/passivos financeiros, embora sejam de difícil leitura devido a complexidade. A consolidação das CGs não e feita ao nível do sector, mais ao nível do Estado na CGE.</p> <p>2009: Nesta data o relatório anual de 2008 não se encontrava disponível. existe no sector um relatório anual mesmo que as informações nele contidas nem sempre estejam completas (ou pelo menos não contêm omissões significativas)</p>

	(ii)	Pontualidade na submissão dos relatórios financeiros	A	B	B	<p>2015: As CG's individuais e a CGE são elaboradas anualmente e submetidas até 31 de Março ao TA, contudo registaram-se dificuldades na submissão atempada de CGs dos anos de 2012 e 2013, devido a algumas alterações verificadas nos modelos que compõem o relatório.</p> <p>2009: para os anos de 2005, 2006 e 2007 o tempo de disponibilização do relatório anual não ultrapassou os 10 meses.</p>
	(iii)	Padrões de contabilidade utilizados	B	C	C	<p>2015: Durante os dois últimos anos do exercício em análise as CGs foram apresentadas de maneira uniformizada, elaboradas com base nas instruções aprovadas pelo TA para elaboração das CGs e instrumentos legais vigentes no país (MAF, Lei da execução orçamental, circulares produzidas pelo MEF sobre a orientação de orçamentação, execução, e controle orçamental). Contudo não há evidências que seguem as normas internacionalmente aceites (IPSAS).</p> <p>2009: , apesar de o relatório não mencionar os padrões contabilísticos em uso, no reporte da execução dos fundos do OE sabemos que as regras são as do SISTAFE e as mesmas estão alinhadas com os padrões internacionais e que para os fundos externos (auditados externamente) os padrões são também aceitáveis.</p>
C(iv) Escrutínio e Auditoria Externa						
19	SI-26 M1	Âmbito, natureza e acompanhamento da auditoria externa no sector da Saúde	(PI-26) C+ (pela dim (ii))	D+	C+	<p>2015: Houve uma melhoria no desempenho entre 2009 e 2015, pelo aperfeiçoamento da qualidade das auditorias do PROSAUDE e pelo seguimento das recomendações da auditoria externa.</p> <p>2009:</p>
	(i)	Objectivos/natureza da auditoria efectuada (incluindo aderência a padrões de auditoria)	C	C	C	<p>2015: Apesar de mencionar o sector, a auditoria apresentada focaliza ao PROSAUDE. A qualidade da auditoria do Programa PROSAUDE adere às normas internacionais de auditoria, com foco nas questões significativas e sistémicas. No entanto, os valores executados por esta combinados com os valores executados por outras entidades auditadas, utilizando os mesmos padrões, não alcançam o 75% do total das despesas do sector. As outras auditorias do sector da Saúde auditadas com testes do nível de transações, apresentam pelo menos 50% do total de despesas auditadas anualmente e compreendem também testes de regularidade e identificam questões significativas.</p> <p>2009: Aos serem auditados os fundos externos e o PROSAUDE (com excepção de 2007) mais de 50% da despesa do sector foi coberta pelas auditorias realizadas em cada ano pelo TA. As auditorias foram ao detalhe das transações e foram abrangentes ao ponto de</p>

					olhar ao cumprimento das leis nacionais aplicáveis (como por exemplo de aquisições) e conformidade processual. Os relatórios identificam questões de relevo que devem ser endereçadas pelo sector e sublinha aspectos de negligência e má prática. Os padrões de auditoria utilizados não são referidos mas sabemos pelo PEFA de nível nacional que são padrões reconhecidos como melhor prática e de nível internacional.	
	(ii)	Provas de acompanhamento (follow-up) das recomendações da auditoria.	C	D	B	<p>2015: Existe evidência sobre o envio de uma resposta formal por escrito pelo executivo ou pela entidade auditada, indicando o estado da implementação das recomendações da auditoria externa, mas há pouca evidência de um acompanhamento sistemático, eficaz e oportuno</p> <p>2009: Apesar de os Relatórios de Execução Orçamental e Financeira do sector incluírem uma secção sobre o acompanhamento de recomendações de auditoria os mesmos cingem-se às auditorias externas por empresas privadas e fiscalizações internas do sector não existindo evidência de que foram enviadas respostas ao TA e efectuado o acompanhamento das recomendações.</p>

Anexo II – Recomendações para possíveis melhorias na GFP no Sector da Saúde

1. Estrutura Orgânica

- **Avaliar** adequação dos arranjos organizacionais estabelecidos pela estrutura matricial criada com a Decentralização no País;
- **Avaliar** a adequação das Direcções e Departamentos do sector da Saúde e do Governo ao nível Central e Provincial às necessidades e às responsabilidades do sector, e revisão do organograma e os procedimentos se for necessário, considerando a organização matricial do sector;
- **Revisar/preparar** os TdRs para todas as posições do Sector e avaliar a adequação delas com as necessidades reais e as qualificações dos funcionários;
- **Simplificar e flexibilizar** os procedimentos de funcionamento, criar canais de comunicação e sinergias entre as direcções e departamentos, a nível central, provincial, e entre eles;
- **Divulgar** em todas as Unidades Sanitárias os mecanismos e procedimentos de reclamações e sugestões, e gestão dos mesmos;
- **Responsabilizar** os funcionários para a execução das suas tarefas de acordo com os seus TdRs.

2. Instrumentos de Trabalho

a) Regras e Procedimentos

- Avaliar a necessidade de:
 - Racionalização das regras e manuais;
 - Acessibilidade das regras e manuais no espaço de trabalho;
 - Treinamento do pessoal na utilização dos manuais e regras.

b) Sistemas de Informação Financeira

- **e-SISTAFE**: Avaliar os seguintes:
 - a. Acessibilidade dos funcionários ao sistema;
 - b. Preparação das matrizes para módulos orçamentais específicos para o sector da Saúde, incluindo o REO consolidado do sector da Saúde (p.e. consolidação automática do orçamento e da execução orçamentaria do Sector pelo CEDSIF-MEF);

- c. Criação do módulo b. acima, pelo CEDSIF do MEF;
- d. Integração do PES no e-SISTAFE, pelo CEDSIF do MEF
- e. Celeridade no processo de transformação das unidades de prestação de serviços em centros de custo, atribuindo competências para que estas possam alimentar o e-SISTAFE com dados dos recursos recebidos (espécie ou dinheiro).
- f. Funcionamento pleno do e-património a nível central e descentralizado.

➤ **Página Web do MISAU.** Avaliar os seguintes:

- g. Acessibilidade da página *Web* pelo público.
- h. Actualização da página *Web* com informação requerida no SI-10.

3. Planificação e Orçamento

- **Preparar** um modelo com os detalhes do orçamento, por classificador económico, funcional e programático e entrar em contacto com CEDSIF-MEF para a actualização do MEO para a elaboração do orçamento do sector da Saúde;
- **Analisar** os benefícios da possível criação de reservas para contingências, de um valor que protege contra acontecimentos imprevistos, mas que não mina a credibilidade do orçamento do sector da Saúde;
- **Institucionalizar** a monitoria das receitas estimadas, em comparação com as receitas realizadas;
- **Considerar** as receitas/despesas extraorçamentais na elaboração do orçamento, eventualmente desenvolvendo um instrumento *ad hoc*;
- **Considerar** as receitas/despesas dos projectos com financiamento externo na elaboração do orçamento;
- **Criar** um mecanismo de arquivo, tipo base de dados, para os documentos produzidos pela DPC, para facilitar o acesso a informação, necessária para o acompanhamento da execução orçamentária;
- **Utilizar** os relatórios produzidos para o apoio a gestão - para a tomada de decisões - e não somente para satisfazer as exigências dos parceiros.

4. Contabilidade

- **Diminuir** a rotatividade do pessoal;
- **Capacitar** os técnicos (sobretudo a nível provincial) em matérias de receitas (classificação, processo de arrecadação, canalização, retorno, legislação relevante, entre outros);
- **Disponibilizar** o classificador completo (incluindo o classificador dos programas) aos funcionários da DAF;
- **Treinar** o pessoal para assegurar que o registro das transações seja realizado de acordo com o plano de contas (classificador);

- **Estabelecer** regras e procedimentos claros sobre a classificação da receita e processo de arrecadação dos recursos internos e a monitoria trimestral da arrecadação realizada, em comparação com a orçamentada (orçamento inicial);
- **Treinar** os técnicos, a nível central e descentralizado, afectos aos CCs, sobre o processo de elaboração dos PTs;
- **Expandir** o e-SISTAFE para todas as UGBs descentralizadas;
- **Estabelecer** mecanismos de comunicação entre a DAF e os CCs, no âmbito da monitoria dos valores desembolsados pela DNT e ajustes aos PTs.

5. Folha de Pagamento

- **Evitar** ajustes frequentes das dotações orçamentais na rubrica salário ao nível descentralizado.

6. Prestação de Contas e Demonstrativos Financeiros

- **Uniformizar** os vários documentos orçamentais;
- **Uniformizar e harmonizar** os vários demonstrativos financeiros;
- **Preparar** um modelo (também mencionado acima no ponto 2.b) de relatórios financeiros trimestrais e anuais (com todos os detalhes necessários para o sector), para a elaboração automática da Conta do sector da Saúde e dos REOs, baseados no modelo do orçamento (classificador económico, funcional e programático), e entrar em contacto com CEDSIF-MEF para a actualização;
- **Utilizar** o e-SISTAFE para a preparação dos demonstrativos financeiros, contas trimestrais e anuais consolidadas para todo o sector da Saúde;
- **Controlar** a qualidade dos demonstrativos financeiros, para ter informação homogénea entre os relatórios do MISAU e da CGE;
- **Explicar** as variações entre os vários relatórios, quanto necessário na forma de Notas aos Demonstrativos Financeiros do sector.

7. Auditoria Interna e Externa

- **Fortalecer** as equipas do TA com novos contadores públicos/auditores certificados, para criar as condições de utilização das normas internacionais em todas as auditorias do sector da Saúde e a Conta Geral do Estado;
- **Assegurar** o envio dos demonstrativos financeiros em tempo oportuno para o TA;
- **Criar** uma rotina para o envio dos relatórios das auditorias internas realizadas pela IGF e IGS para o MEF e TA;
- **Institucionalizar** o envio dos relatórios de auditoria e das recomendações para todas as direcções e departamentos do sector da Saúde;
- **Institucionalizar** o acompanhamento da implementação das recomendações dos auditores externos.

Anexo III – Pessoas Entrevistadas

NOME	FUNÇÃO	INSTITUIÇÃO
Zacarias Zindoga	Secretário Permanente	MISAU
Antonio Manuel Mulhovo	Director Nacional da DAF	MISAU - DAF
Moises Ernesto Mazivila	Director Nacional da RH	MISAU - DRH
Heide Vanessa F. António	Gestora Programática	MISAU - Direcção de Assistência Médica
Gabriel Domingos	Tec.de Seguros de Saúde	
Arlindo Gerente	Técnico de Monitoria e Avaliação	
Martinho do Carmo Dgedge	Inspector-Geral	Inspeção-Geral de Saúde
Sandra Mucavele	Inspectora Geral Adjunta	
Luciano Munguambe	Assessor Jurídico	
Virgília Guibunda	Chefe da Repartição	MISAU - DPC
Daniel Simone Nhachengo	Chefe do Departamento de Economia Sanitária	
Caetano Nhanice	Técnico de Planificação e Economia Sanitária	
Hafiza Ismael	Assessora da DPC	
Zeferino Jossias Siteo	Chefe do Departamento Financeiro	MISAU - DAF
Timóteo Jeremias	Assessor da DAF	
Celeste Sousa João	Chefe da REOC	
Maria Pureza Dumangane	Chefe da RCPC	
Jorge Perrolas	Assessor da DAF	
Anabela Campira	Chefe do Departamento de Apoio e Controlo	
Inácio Simbine	Chefe de Repartição de Vencimentos	
Dário Sacuro Chahabudine	Chefe de Repartição de Finanças	
Percina Sambo	Chefe da RCPL	
Rebeca Lúgia Vilanculos	Tec.Superior N1 (Orçamentos)	
Lurdes Taela	Técnica da DNPO	
Nadia Hassamo	Técnica da DNPO	
Paula Bila	Técnica da DNPO	
Odeisse Daniel	Técnica da DNPO	
Ilda Martins Canuma	Chefe da DAF e RH	CMAM
Helmuth Júnior	Técnico de Farmácia	
Emílio Cossa	Chefe da Repartição	DRH
Dionísio Zaqueu	Chefe de Departamento de Projectos	MISAU - DPC -

Isufo Júnior	Assistente técnico	Departamento de Projetos
Tricamo Tajú	Director Geral Adjunto	MEF CEDSIF
Ivan Mamade	Gestor de Projectos	
Célio Makuile	Técnico no Serviço de Organização e Modernização	
José Chalufó	Técnico no Serviço de Organização e Modernização	
Jeremias Francisco Zuande	Contador Geral	Tribunal Administrativo
Celeste Castilho	Contadora verificadora Chefe	
Nilza Pascoal	Contadora verificadora Superior	

Anexo IV – Planilhas para o cálculo do SI-1 e SI-2

Step 1: Enter the three fiscal years used for assessment in table 1.

Step 2: Enter budget and actual expenditure data for each of the three years in tables 2, 3, and 4 respectively.

Step 3: Enter contingency data for each of the three years in tables 2, 3, and 4 respectively.

Step 4: Read the results for each of the three years for each indicator in table 5.

Step 5: Refer to the scoring tables for indicators PI-1 and PI-2 respectively in the Performance Measurement Framework in order to decide the score for each indicator.

Table 1 - Fiscal years for assessment

Year 1 =	2012
Year 2 =	2013
Year 3 =	2014

Table 2

Administrative or functional head	Data for year = 2012		Adjusted budget	Deviation	Absolute deviation	Percent
	Budget	Actual				
Despesas Correntes (Central)	1.819.250	1.383.245	1.754.430,7	-371.185,7	371.185,7	21,2%
Despesas Correntes (Prov.)	2.294.415	2.198.365	2.212.665,7	-14.300,7	14.300,7	0,6%
Desp. de Investimento (CI - Central)	329.497	277.776	317.757,1	-39.981,1	39.981,1	12,6%
Desp. de Investimento (CI - Prov.)	355.052	300.154	342.401,6	-42.247,6	42.247,6	12,3%
Central de Medicamentos e Artigos Médicos	780.000	1.219.924	752.208,8	467.715,2	467.715,2	62,2%
			0,0	0,0	0,0	0,0%
			0,0	0,0	0,0	0,0%
8			0,0	0,0	0,0	0,0%
9			0,0	0,0	0,0	0,0%
10			0,0	0,0	0,0	0,0%
11			0,0	0,0	0,0	0,0%
12			0,0	0,0	0,0	0,0%
13			0,0	0,0	0,0	0,0%
14			0,0	0,0	0,0	0,0%

	15			0,0	0,0	0,0	0,0%
	16			0,0	0,0	0,0	0,0%
	17			0,0	0,0	0,0	0,0%
	18			0,0	0,0	0,0	0,0%
	19			0,0	0,0	0,0	0,0%
	20			0,0	0,0	0,0	0,0%
	21 (= sum of rest)			0,0	0,0	0,0	0,0%
Allocated expenditure		5.578.214	5.379.464	5.379.464,0	0,0	935.430,3	
Contingency							
Total expenditure		5.578.214	5.379.464				
Overall (PI-1) variance							3,6%
Composition (PI-2) variance							17,4%
Contingency share of budget							0,0%

Table 3: Data for year =2013

Administrative or functional head	Budget	Actual	Adjusted budget	Deviation	Absolute deviation	Percent
Despesas Correntes (Central)	2.039.396	1.759.178	2.061.022,9	301.844,9	301.844,9	0,146454
Despesas Correntes (Prov.)	2.680.159	2.631.921	2.708.580,9	-76.659,9	76.659,9	0,028303
Desp. de Investimento (CI - Central)	880.000	830.143	889.332,0	-59.189,0	59.189,0	0,066554
Desp. de Investimento (CI - Prov.)	411.049	344.642	415.408,0	-70.766,0	70.766,0	0,170353
Central de Medicamentos e Artigos Médicos	1.125.000	1.645.390	1.136.930,1	508.459,9	508.459,9	0,447222
6			0,0	0,0	0,0	0
7			0,0	0,0	0,0	0
8			0,0	0,0	0,0	0
9			0,0	0,0	0,0	0
10			0,0	0,0	0,0	0
11			0,0	0,0	0,0	0
12			0,0	0,0	0,0	0
13			0,0	0,0	0,0	0
14			0,0	0,0	0,0	0

15			0,0	0,0	0,0	0
16			0,0	0,0	0,0	0
17			0,0	0,0	0,0	0
18			0,0	0,0	0,0	0
19			0,0	0,0	0,0	0
20			0,0	0,0	0,0	0
21 (= sum of rest)			0,0	0,0	0,0	0
Allocated expenditure	7.135.604	7.211.274	7.211.274,0	0,0	1.016.919,7	
Contingency						
Total expenditure	7.135.604	7.211.274				
Overall (PI-1) variance						1,1%
Composition (PI-2) variance						14,1%
Contingency share of budget						0,0%

Table 4: Data for year =2014

Data for year =		2014				
Administrative or functional head	Budget	Actual	Adjusted budget	Deviation	Absolute deviation	Percent
Despesas Correntes (Central)	2.972.529	2.580.322	2.651.602,8	-71.280,8	71.280,8	0,026882
Despesas Correntes (Prov.)	3.235.527	3.084.293	2.886.206,4	198.086,6	198.086,6	0,068632
Despesas Correntes (Distr.)	2.893.152	2.400.215	2.580.795,6	-180.580,6	180.580,6	0,069971
Desp. de Investimento (CI - Central)	2.792.000	2.471.173	2.490.564,4	-19.391,4	19.391,4	0,007786
Desp. de Investimento (CI - Prov.)	506.001	557.138	451.371,1	105.766,9	105.766,9	0,234324
Central de Medicamentos e Artigos Médicos	64.033	24.519	57.119,7	-32.600,7	32.600,7	0,570744
7			0,0	0,0	0,0	0,0
8			0,0	0,0	0,0	0,0
9			0,0	0,0	0,0	0,0
10			0,0	0,0	0,0	0,0
11			0,0	0,0	0,0	0,0
12			0,0	0,0	0,0	0,0
13			0,0	0,0	0,0	0,0
14			0,0	0,0	0,0	0,0

	15			0,0	0,0	0,0	0,0
	16			0,0	0,0	0	0,0
	17			0,0	0,0	0	0,0
	18			0,0	0,0	0	0,0
	19			0,0	0,0	0	0,0
	20			0,0	0,0	0,0	0,0
	21 (= sum of rest)			0,0	0,0	0,0	0,0
Allocated expenditure		12.463.242	11.117.660	11.117.660,0	0,0	607.707,0	
Contingency							
Total expenditure		12.463.242	11.117.660				
Overall (PI-1) variance							10,8%
Composition (PI-2) variance							5,5%
Contingency share of budget							0,0%

Table 5 - Results Matrix

Ano	Para PI-1 Desvio da execução	Para PI-2 (i) Variação na composição	Para PI-2 (ii) Contribuição das contingências
2012	3,6%	17,4%	
2013	1,1%	14,1%	0,0%
2014	10,8%	5,5%	

Score for indicator PI-1:

Score for indicator PI-2 (i)

Score for indicator PI-2 (ii)

Overall Score for indicator PI-2

Ano	Para PI-2 (i) Variação na composição	Para PI-2 (ii) Contribuição das contingências
2012	17,4%	
2013	14,1%	0,0%
2014	5,5%	

