



**Ministério da Saúde
Governo de Moçambique**

Documento orientador estratégico
Financiamento do Sector Saúde
2020-30

Maputo
Moçambique
2019

· *Sumário executivo* ·

O presente documento tem como objetivo estabelecer diretrizes políticas para assegurar um sistema de financiamento equitativo, eficiente e sustentável do sector saúde, que possibilite a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos cidadãos.

Moçambique está a desenvolver esforços importantes para alcançar a Cobertura Universal em Saúde para a população, tal como compromisso assumido a nível internacional, de forma a garantir que os cuidados de saúde preventivos e curativos são acessíveis a todos cidadãos, com qualidade adequada e com elevada proteção financeira.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique é a expressão mais completa do esforço do país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora os indicadores de saúde dependam de um conjunto de políticas económicas e sociais mais amplas, é inquestionável a importância de uma política de saúde que garanta a universalidade, equidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Este documento reflete sobre o papel chave que o SNS tem como principal política pública de saúde e fornecedor de serviços de saúde à população, com todos os efeitos sobre bem-estar, produtividade da economia, coesão social e igualdade de oportunidades que esta política pública pode promover. O sector privado tem um papel cada vez mais relevante na sociedade e na economia moçambicana, restrito à aquela parte da população com capacidade de pagamento monetário. A EFSS está centrada, neste contexto, em assegurar um desempenho melhorado e um financiamento suficiente no quadro do Serviço Nacional de Saúde.

O documento mantém a aposta no acesso universal e igualdade do atendimento aos serviços do SNS, de forma a limitar as crescentes inequidades sociais.

No quadro da abertura do espaço fiscal para o sector da Saúde, uma maior eficácia (qualidade) e eficiência na prestação de serviços são imprescindíveis. Os volumes de recursos públicos utilizados actualmente devem fornecer os máximos resultados de saúde. Uma reflexão institucional de meio e longo prazo sobre alocação de recursos e medidas concretas de mudança deverão ser acordadas e implementadas.

Os recursos internos são o principal foco deste documento, já que se trata da fonte mais estável e de longo prazo que Moçambique tem para planificar a crucial política pública de saúde. Para isso, será crucial a priorização da Saúde no Orçamento nacional, bem como alinhar os fundos externos na provisão de serviços no SNS.

A perspectiva macrofiscal para as próximas décadas prevê que se possa manter ou incrementar o ritmo de crescimento anual do investimento em Saúde, de forma a permitir investimentos chave no sector. O crescimento populacional e a emergência das Doenças Não Transmissíveis (DNT) pressupõem desafios significativos para a organização dos serviços do SNS. Um enfoque na prevenção pode aligeirar a carga epidemiológica das DNT, os relevantes efeitos sociais e económicos, e a previsão de despesas futuras no SNS.

A tributação geral diversificada e progressiva continuará a ser a fonte de financiamento principal do SNS. O Ministério da Saúde, trabalhará conjuntamente com o Ministério da Economia e Finanças, para assegurar orçamento crescente para o sector, de forma que possa ser absorvido e gerido com máxima garantia, e transformado em resultados de saúde. Outras formas complementares de financiamento serão estudadas, especialmente a simplificação e padronização das taxas de usuário no SNS.

Contexto geral

1.1 · Contexto internacional

Os esforços que Moçambique realiza para a consecução da Cobertura Universal em Saúde estão enquadrados na agenda internacional:

❖ **A Saúde como Direito Humano**

O Direito à Saúde é reconhecido como Direito Humano na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 (art. 25), e na Convenção dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (DESC) de 1966. Desde esse momento, outros tratados têm reconhecido ou referido o direito à Saúde ou algumas partes dele, como o Direito à assistência sanitária¹.

❖ **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030**

O ODS 3 compromete aos países a *Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades*. Em concreto o Resultado 3.8 tem como meta: *Alcançar a Cobertura Universal em Saúde, incluindo proteção financeira, acesso a serviços de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas de qualidade para todos*.

❖ **Cobertura Universal em Saúde**

O conceito de Cobertura Universal em Saúde propõe que todos os cidadãos tenham acesso aos cuidados preventivos e curativos de saúde que precisem, com qualidade, com proteção financeira, e com equidade na distribuição dos recursos do sector da saúde.

1.2 · Contexto local: Compromissos na área da Saúde

❖ **Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2015 – 19**

O PQG é o principal instrumento de planificação de política pública. O seu segundo objetivo é desenvolver o Capital Humano e Social, incluindo a Saúde, em concreto: Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de Saúde. Está em preparação o documento 2020-24.

❖ **Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 – 19, prolongado para 2020-24**

O PESS têm como objetivo alcançar a Cobertura Universal em Saúde com *mais e melhores serviços*, e estrutura as suas intervenções em torno de dois pilares: 1) manter e continuar a melhorar os serviços de saúde atuais, e 2) introduzir uma série de reformas dentro do sector da saúde com vista a melhorar a eficácia e a eficiência na prestação de serviços a todos os níveis.

1.3 · Quadro legal

A Constituição da República de Moçambique confere o Direito à saúde a todos os cidadãos (art. ° 89) e obriga o Estado a garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos os seus cidadãos (art. °116).

1.4 · Contexto macroeconómico e fiscal

❖ **Crescimento económico:**

O PIB de Moçambique alcançou um volume de 876 mil milhares de Meticais em 2018², e cresceu um **3,3%** real entre 2017 e 2018. O crescimento real projetado, já descontada inflação, está estimado em 3% entre 2018 e 2019. A expectativa é de observar elevadas taxas de crescimento económico a partir de 2023, tomando em consideração o início da exploração do gás no norte do país.

❖ **Arrecadação**

O rácio de impostos sobre a riqueza nacional (*Tax/GDP ratio*) mede a capacidade do sistema tributário para transformar a riqueza gerada em arrecadação tributária: Foi de **24,2%** em 2018, e projeta-se 24% para 2019.

❖ **Despesa pública:**

A despesa pública representou **31,2% do PIB em 2018**. Como parte da despesa pública, o financiamento externo não reembolsável (*grants*) representou 1,8% do PIB em 2018.

❖ **Défice**

Défice fiscal foi de **5,25% do PIB em 2018**. Espera-se um aumento do défice até 6,5% do PIB em 2019 devido à despesa associada com os ciclones Iday e Kenneth, e às Eleições.

❖ **Dívida pública**

A dívida pública total cresceu rapidamente desde 2015 e alcançou **110% do PIB em 2018**. Os encargos da dívida representaram **11%** do orçamento total executado em 2018, um peso maior que aquele que têm o financiamento público da Saúde.

1.5 · Bem-estar e desigualdades

❖ **Níveis de pobreza e bem-estar**

A 4ª Avaliação Nacional de Pobreza e Bem-estar estima uma taxa de pobreza monetária de **45,5%** para 2015, sendo 50% em zonas rurais e 37% em zonas urbanas, a partir dos dados de consumo do Inquérito aos Agregados Familiares (IOF).

Estima-se uma redução da **pobreza multidimensional**, que mede, além do consumo, a disponibilidade de serviços básicos como água e saneamento, habitação ou educação.

❖ **Desigualdades**

A 4ª Avaliação Nacional de Pobreza e Bem-estar mostra um **aumento da desigualdade económica, especialmente em zonas urbanas e no Sul**. O índice de Gini que mede a dispersão na distribuição do consumo passa de **0,42 a 0,47** de 2009 a 2015, sendo **0,55** em zonas urbanas e **0,54** no Sul do país. A desigualdade de oportunidades também afeta a Moçambique em forma de menor acesso à serviços básicos nos grupos de baixo rendimento³.

A evidência indica que a desigualdade é um dos determinantes sociais da Saúde⁴, e sua redução é um dos objetivos claros da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Análise da situação

2.1 · Estado de Saúde

Moçambique obteve avanços muito significativos no estado de saúde da população na última década. Atualmente, o país apresenta um padrão de prevalência das doenças transmissíveis, com emergência das não-transmissíveis (DNT).

Entre 2007 e 2017, a mortalidade infantil (<5 anos de idade) reduziu de 93 para 67 por 1.000 nados vivos. O rácio de mortalidade materna reduziu de 500 para 452 por cada 100.000 nados vivos, e a taxa bruta de mortalidade reduziu de 13,8 para 11,8 por cada 1.000 habitantes. A esperança de vida aumentou de 50,9 para 53,7 anos, sendo de 51 para homens e de 56,5 para mulheres.

De acordo com o INCAM 2007, as primeiras causas de morte em Moçambique são a malária (29%), SIDA (27%). Doenças do período perinatal (6%), doenças diarreicas (4%), pneumonia (4%), acidentes/causas externas (4%).

Observa-se também um crescimento muito relevante das condições que predispõem para sofrer DNT, tais como elevado índice de massa corporal (sobrepeso e obesidade), açúcar em sangue e hipertensão.

2.2 · Análise da provisão de serviços de saúde

A prestação de serviços no sector saúde em Moçambique é composta basicamente pelo sector público de saúde (Serviço Nacional de Saúde – SNS) e por um sector privado com crescente relevância.

2.2.1 Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde têm forma universal, está baseado na cidadania. Teóricamente não está condicionado pela capacidade de pagamento nem pela posição socio-económica.

O acesso universal materializa-se em uma entrada teórica ao SNS sem pagamentos no ponto de uso. No funcionamento do SNS, existe uma estrutura de co-pagamentos baseada no Decreto 4/87: 1 mt por consulta médica, 5 mt por receita farmacéutica, 10 mt por internamento.

Adicionalmente, existem cobranças não regulamentadas, tanto no nível primário (por diagnóstico, por redução de tempos de espera), como especialmente no nível hospitalar (por entrada “Taxa moderadora”, e individualmente por cada serviço: análises, imagiologia, parto, etc.)

Existem isenções para determinados coletivos (crianças 0-5, grávidas, idosos) e serviços essenciais (imunização, saúde materna-infantil, etc.). Calcula-se que aproximadamente o 70% da população recebe isenções no nível primário⁴.

O acesso universal ao SNS tem algumas limitações na sua implementação prática:

- A rede sanitária não cobre à toda a população: Estima-se que o acesso à serviços de saúde é de 67,4% (calculado pelo Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) como *percentagem da população que têm uma unidade sanitária a menos de 30 minutos a pé*). Esta medição inclui medicina tradicional e farmácia.
- Existem pagamentos no ponto do uso que podem representar barreiras de entrada aos serviços
- A qualidade encontrada em determinados serviços no SNS está por em baixo do padrão, especialmente em tempos de espera, seguimento de guioes clínicos e precisao diagnóstica.

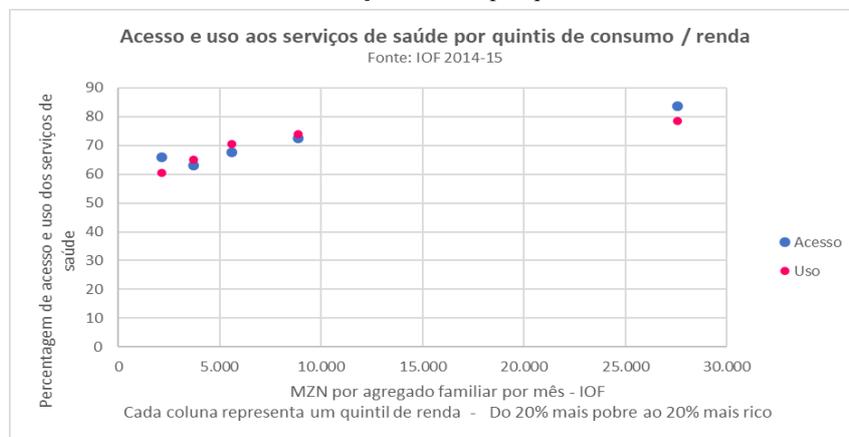
- **Racionamento implícito na quantidade e abrangência de serviços oferecidos:** Os utentes não podem receber todos os serviços que precisam no momento que precisam, devido à diferença entre necessidades e recursos disponíveis (listas de espera de especialistas, serviços complexos tipo diálise, diagnóstico, cirurgia, medicamentos, etc.)

2.2.2 Utilização dos serviços de saúde

A utilização dos serviços de saúde é medida como o *uso dos serviços quando uma pessoa do agregado familiar precisa*. A média do uso é 67,4% da população (80% em zona urbana e 64% em zona rural).

O Gráfico 1 mostra a intensa capacidade de redistribuição que têm o Serviço Nacional de Saúde: **As diferenças de acesso e uso entre quintis de renda são significativamente menores que disparidades em capacidade de consumo** entre quintis. Contudo, o uso entre o Q1 (mais pobre) e o Q5 (mais rico) difere em 20 pontos percentuais, o que revela desigualdades significativas no acesso e uso aos serviços. Estes dados são compatíveis com a evidência internacional, que amostra que os sistemas com forma universal têm uma relevante capacidade redistributiva⁶⁻⁷ e de limitação da despesa catastrófica⁸.

Gráfico 1. Acesso e uso dos serviços de saúde por quintis de consumo/rendimento



A pesar de esta significativa capacidade redistributiva do sistema, e da correspondência entre necessidade e uso do sistema⁹, a equidade no uso dos recursos públicos destinados à Saúde têm algumas limitações: A existência de um triple via de entrada aos serviços públicos de saúde (paciente normal, Serviço de Atendimento Personalizado -com pagamento-, e Clínicas Especiais -com pagamento elevado-) faz com que os recursos públicos são mais utilizados por aqueles que podem realizar um co-pagamento.

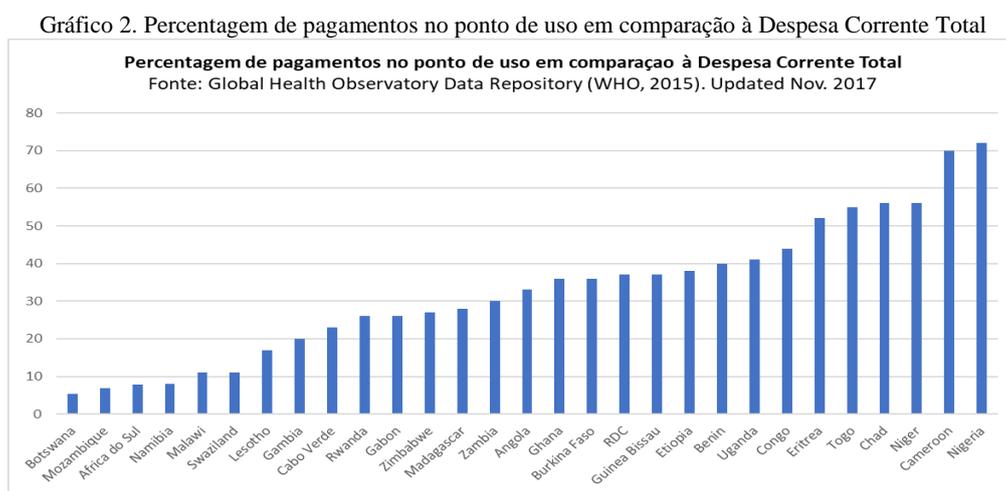
O Serviço Nacional de Saúde concentra 90% da utilização da assistência sanitária do país, segundo os dados do IOF. O resto corresponde à medicina tradicional (5%), e médicos e clínicas privadas.

Todos os grupos de renda que utilizam serviços de saúde, optaram pelo SNS em similares proporções. A utilização do SNS por parte do quintil 5 reflete a legitimidade do SNS e a sua presença territorial. Também pode estar relacionado com as diferenças entre capacidade de consumo de este grupo e os preços do sector privado de saúde.

2.2.3 Proteção financeira e níveis de despesa catastrófica por quintis de renda/consumo

As Contas Nacionais de Saúde estimam um aumento dos pagamentos no ponto de uso (OOP) de 6% em 2012, para 12% do total da despesa em saúde em 2015. Esta medição está centrada nas taxas de usuário, inclui medicina tradicional e privada, e não desagrega os pagamentos realizados no SNS respeito à aqueles realizados no sector privado.

Internacionalmente comparado, Moçambique faz parte do grupo de países africanos e do mundo com menores pagamentos no ponto de uso (OOP).



Uma das razões dos baixos OOP é que as taxas de usuário no Serviço Nacional de Saúde (SNS) mantiveram-se nos níveis estabelecidos em 1987. Não foram aumentados até alcançar um 15% dos custos de operação, tal como proposto na Declaração de Bamako e na agenda de reformas relacionada¹⁰. A elevada presença do sector público na provisão de serviços também é uma razão que explica os menores pagamentos no ponto de uso¹¹.

A qualidade da prestação de serviços no SNS é um factor determinante na incidência dos pagamentos no ponto de uso: Quanto maior é a qualidade nas opções acessíveis e pré-pagas), menor é a necessidade de buscar outros prestadores que requeram pagamentos no ponto de uso.

Análise do potencial catastrófico da despesa em Saúde

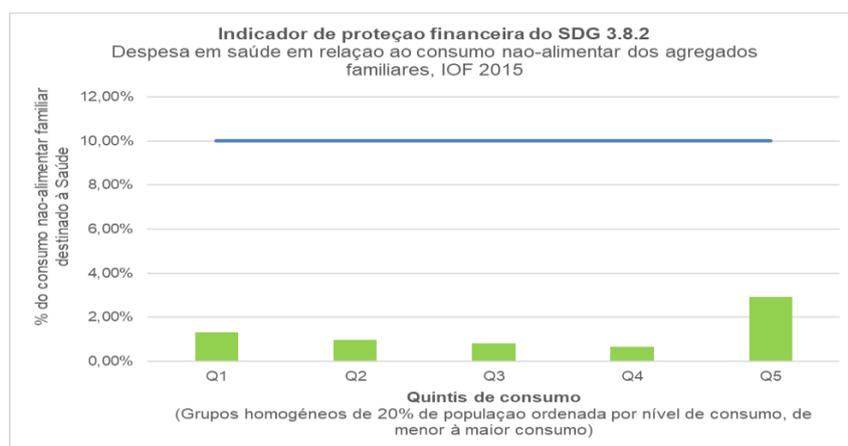
Consideram-se catastróficos os níveis de despesa em saúde sobre o consumo do agregado familiar (não-alimentar ou total) na ordem de 10 até o 40%¹². Dependendo da análise, fixam-se diferentes tectos para saber se a despesa em saúde foi catastrófica e levou (ou não) à família abaixo do nível da pobreza¹³.

A medida que crescem os pagamentos no ponto de uso (OOP), cresce também o risco de despesa catastrófica. A evidência internacional recomenda transitar para mecanismos de pré-pagamento e evitar os pagamentos diretos para diminuir o risco de despesa catastrófica¹⁴.

Em Moçambique, os agregados familiares destinaram **1,3% do consumo não-alimentar à Saúde** em 2015. Medido sobre o consumo total, seria 0,8%. Por tanto, a despesa dos agregados familiares em Saúde em Moçambique **não é catastrófica**, tomando como referência o nível de 10% do consumo familiar destinado à Saúde (linha azul, Gráfico 3).

No entanto, será relevante monitorar o crescimento dos pagamentos ao nível dos hospitais e taxas moderadoras, bem como a sua incidência sobre o uso dos serviços (e as possíveis barreiras de entrada), e sobre o potencial impacto catastrófico nas economias dos agregados familiares.

Gráfico 3. Indicador de proteção financeira do ODS 3.8.2



2.2.4 Eficiência na alocação e uso dos recursos

O caminho para à Cobertura Universal de Saúde não inclui só a mobilização de recursos, mas também o fortalecimento da capacidade do sistema para conseguir melhores resultados com os recursos existentes.

A OMS estima que as perdas nos sistemas de Saúde representam até 20-40% dos fundos investidos¹⁵. O FMI recomenda melhoras na eficiência, como primeiro passo para abrir o **espaço fiscal para o investimento público na Saúde**¹⁶.

Evidência sobre eficiência na despesa de saúde em Moçambique

Em Moçambique, alguns estudos evidenciam um nível aceitável de eficiência no uso dos recursos, comparando os resultados de saúde obtidos com os recursos utilizados¹⁷.

Outra evidência com medições diferentes sugere uma menor eficiência do sistema, tomando em conta as variáveis geralmente utilizadas de Esperança de Vida, mortalidades por diferentes causas, e despesa per capita. Moçambique tem resultados abaixo de outros países com níveis de investimento semelhantes,

Alguns estudos específicos para Moçambique, realizados com metodologias quantitativas, apontam para uma **provisão de serviço inferior à aquela possível com os recursos disponíveis**¹⁸.

Os estudos sobre Prestação de Serviços indicam também **ineficiências na gestão dos serviços**, especialmente nas áreas de Recursos Humanos, disponibilidade de equipamentos e consumíveis, e seguimento de guiões de prática clínica¹⁹.

No quadro do Serviço Nacional de Saúde (SNS), as áreas que concentram os **desafios de eficiência** são identificadas como:

- **Alocação dos recursos:**
 - A parte de fundos que é alocada aos **Cuidados de Saúde Primários** (1.º Nível de Atenção da Saúde onde se desenvolvem actividades de promoção, prevenção e associadas ao Custo-Eficácia) é baixa comparativamente à sua relevância e escala. O primeiro nível de atendimento tem um grande potencial de melhora da qualidade de atendimento, bem como de contribuir na redução da elevada taxa de internamentos em Moçambique.

No contexto actual, de crescente relevância das Doenças Não Transmissíveis, a **prevenção** é a uma aposta necessária para os sistemas de saúde, de forma que o atendimento primário ganha ainda mais relevância.

- Limitada capacidade de planificação na óptica de **escolha de intervenções custo-efectivas**, incluindo custeamento a todos os níveis, análise de efectividade das intervenções, e mudanças organizacionais viradas à qualidade e custo-eficiência.

Iniquidades territoriais persistentes nas alocações de despesa pública para Saúde, também nos Recursos Humanos de Saúde.

- **Uso dos recursos:**

- A **qualidade** oferecida está abaixo dos padrões esperados. Os tempos de espera, a imprecisão diagnóstica e a limitada utilização dos guiões clínicos¹⁹ indicam uma significativa margem de melhoria com o nível de investimento realizado.
- As unidades sanitárias operam abaixo do seu potencial¹⁸
Sistema de continuidade assistencial (Referência, contra referência) com limitada efectividade.
- Desafios de **produtividade dos RHS**: Elevado absentismo laboral²⁰, especialmente nas zonas do país com mais medicina privada. O número médio de consultas por médico varia muito entre províncias, e especialmente no nível hospitalar (6 consultas diárias em média no HCM, 17 em no Hospital Provincial de Lichinga)²¹
- **Custos administrativos elevados** (29% da despesa²²), incluindo rácio de pessoal administrativo (48%).
- **Elevado nível de perdas**, especialmente na área de Medicamentos (Estimadas em 15%²³)

2.2.6 Medidas chave sobre financiamento de Saúde

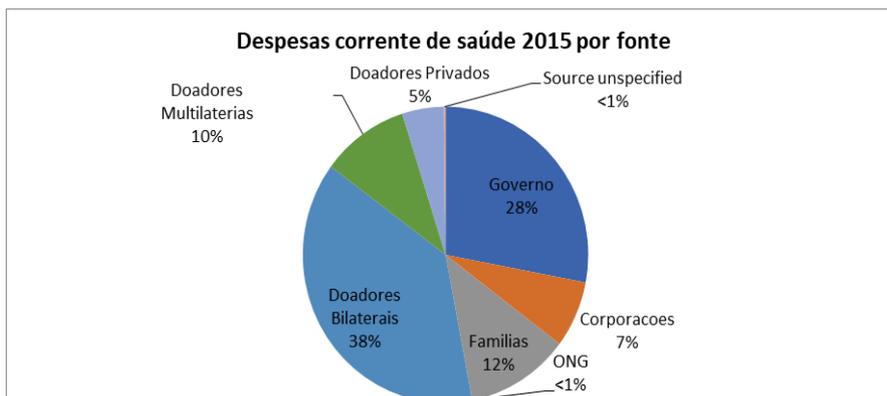
Sigla	Significado	Medida	Ano	Fonte
THE/GDP	Despesa Total em Saúde sobre PIB	9%	2015	CNS
GHE/GDP	Despesa do Governo em Saúde sobre PIB	2,9%	2018	REO
GHE/GE	Despesa do Governo em Saúde sobre Despesa do Governo	10,77%	2018	REO
THE pc	Despesa total em saúde per cápita	60	2015	CNS, INE
OOP/THE	Pagamentos no ponto de uso sobre Despesa Total em Saúde	12%	2015	CNS
GHE/THE	Despesa do Governo em Saúde sobre Despesa Total do país em Saúde	28%	2015	CNS
Ext / THE	Financiamento externo sobre Despesa Total em Saúde	53%	2015	CNS

2.3 · Situação do financiamento de Saúde

2.3.1 Despesa total de Saúde (THE) e Fontes de financiamento

As Contas Nacionais de Saúde de 2015 indicam uma despesa total do sector, de **45.500 milhões Mzn em 2015** (1.430M\$). O sector da Saúde está maioritariamente financiado pelos fundos externos (50%), o financiamento do Estado representa um 28%, e as famílias pagam um 12%. O peso dos pagamentos no ponto de uso (12%) duplicou comparado às Contas Nacionais de Saúde anteriores (6%).

Gráfico 4. Financiamento global do sector Saúde em Moçambique, 2015 (Contas Nacionais de Saúde)

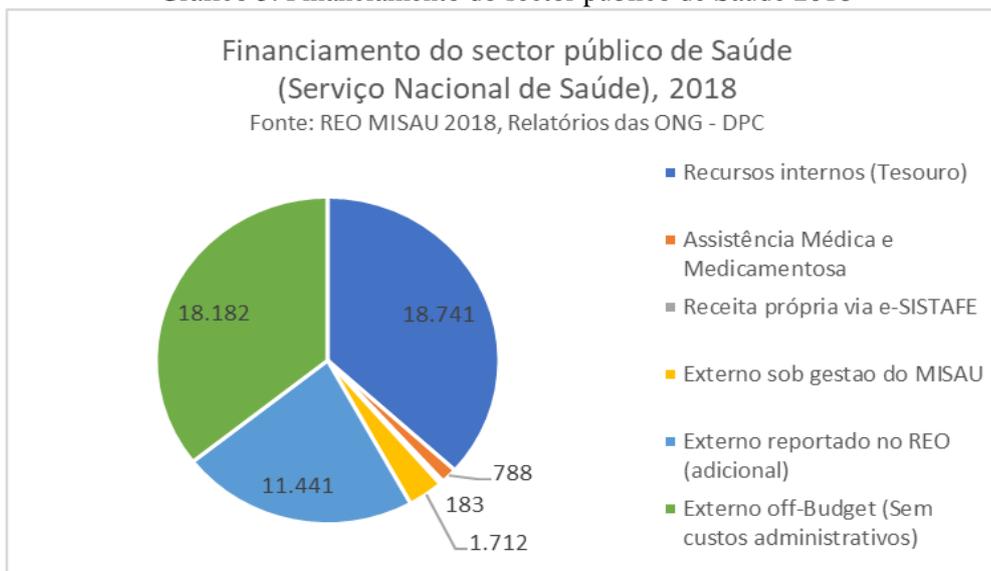


2.3.2 Financiamento do sector público de Saúde em Moçambique

❖ *Visao global do financiamento do sector público de Saúde*

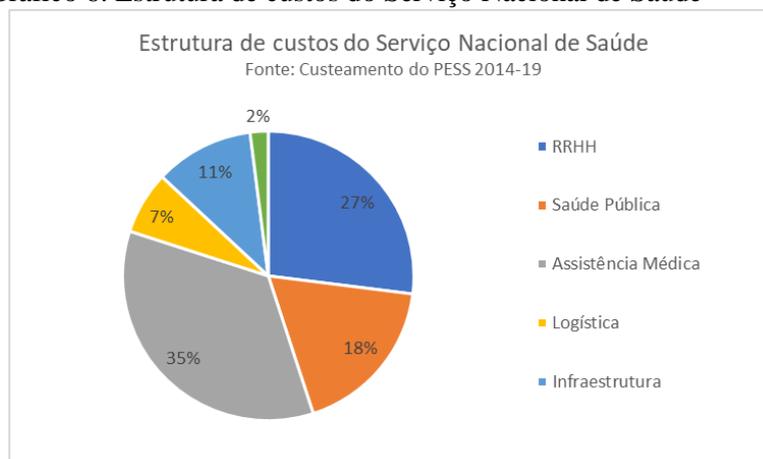
O sector público de Saúde foi financiado em 2018 com um total de 51.047 M Mzn (850 M\$), quantidade que inclui Recursos internos (do Tesouro), contribuições de tipo assegurado que contribuem para o SNS (Assistência Médica e Medicamentosa), receita própria executada via e-SISTAFE, fundos externos geridos pelo MISAU, fundos externos reportados no REO, e fundos externos off-CUT.

Gráfico 5. Financiamento do sector público de Saúde 2018



A estrutura de custos do sector público de saúde têm uma especial relevância para os Recursos Humanos, a Saúde Pública e a Assistência Médica, segundo o Custeamento realizado em 2015³⁴.

Gráfico 6. Estrutura de custos do Serviço Nacional de Saúde



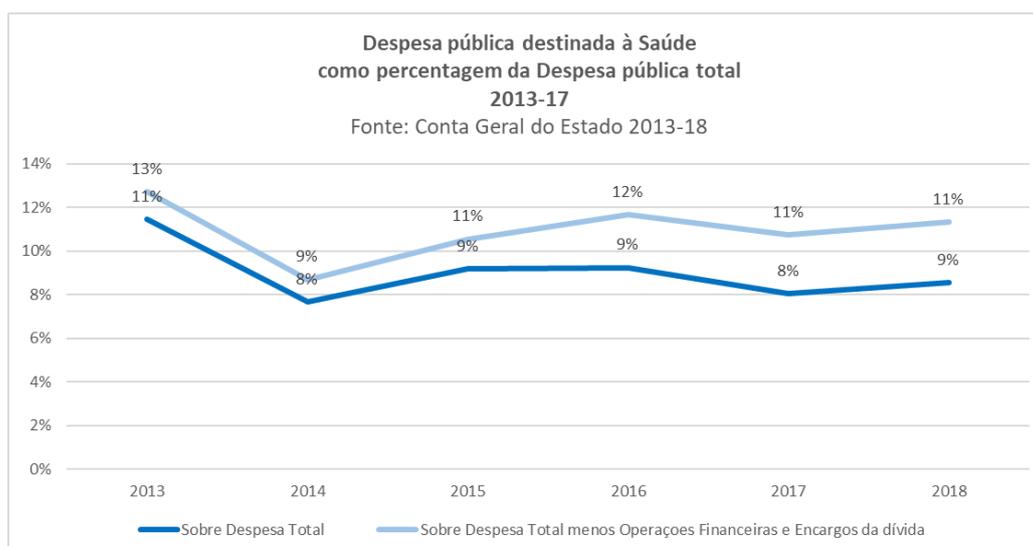
❖ **Financiamento público do sector público de Saúde (TGHE)**

Considera-se financiamento público aquele que é gerido publicamente, bem como aquele que, mesmo não transitando pelos canais financeiros públicos, segue os mecanismos nacionais de planificação, orçamentação e reporte.

A despesa pública em Saúde em 2018 foi de 24.119 M Mzn (395 M\$), e representou 11,3% da execução da Despesa pública excluindo operações financeiras.

O seguinte gráfico reflete o peso da despesa pública do sector da Saúde sobre a Despesa pública total. Pode-se observar a descida no peso da Saúde na Despesa pública em 2014, a causa das Eleições de outubro de 2014, bem como a relevância crescente das operações financeiras e encargos da dívida a partir de 2015.

Gráfico 6. Evolução da despesa pública dedicada à Saúde



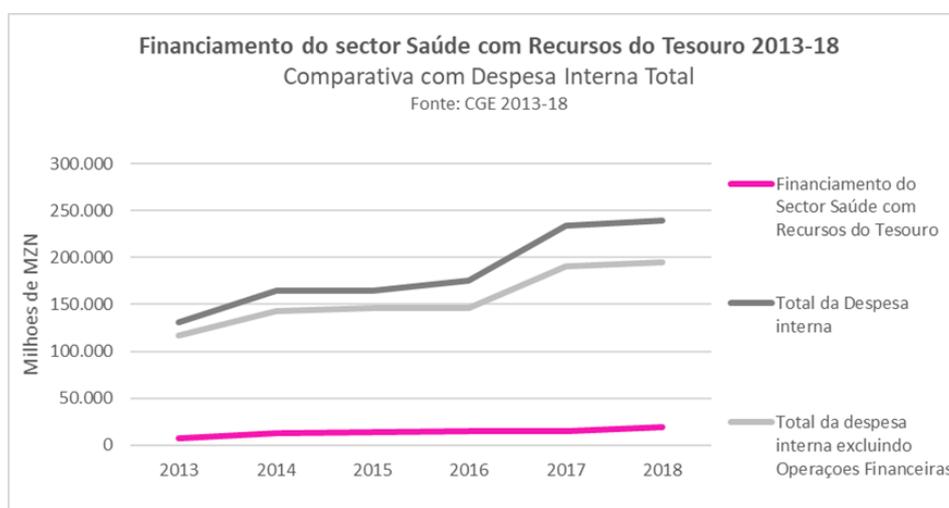
A medida relativa frequentemente utilizada para medir o compromisso dos Estados para com a Saúde é o Compromisso de Abuja (2001), que preconiza que estes deveriam alocar 15% do Orçamento Nacional para Saúde. Em Moçambique o rácio foi de 11,06% em 2018.

❖ *Recursos internos (do Tesouro)*

Os fundos do Tesouro experimentaram um aumento significativo desde 2008 (4.020 MMzn) até 2018 (18.741 M Mzn) em termos nominais. Este aumento implicou uma acrescentada capacidade aquisitiva para o SNS, exceptuando o período 2015-16, com elevada inflação (25% interanual).

No entanto, a priorização da Saúde no Orçamento de Estado com recursos internos foi limitada no período 2013-18. Segundo dados da Conta Geral do Estado, deu-se prioridade a outros sectores (governança, paz, infra-estruturas) e aumentou-se de forma relevante o peso das operações financeiras, tal como pode ser observado no Gráfico 7.

Gráfico 7. Evolução do financiamento do sector público de Saúde com Recursos Internos (do Tesouro)



❖ *Fundos externos*

Moçambique recebe um significativo volume de recursos externos através de diversos mecanismos. O peso total dos **fundos externos** no orçamento **executado pelo Ministério da Saúde** foi de 41% em 2018²⁵. Esta cifra inclui os fundos sob gestão do MISAU, e aqueles cuja gestão não está baixo à responsabilidade do MISAU, inscritos e reportados como beneficiando directamente o SNS (doações em espécie, essencialmente medicamentos).

❖ *Contribuições de tipo assecurativo*

Em Moçambique está activo o Seguro de Saúde dos Funcionários e Agentes do Estado (FAE), explicado no apartado seguinte, 3.2.2. Também existem seguros de saúde privados, que, segundo as Contas Nacionais de Saúde, representaram um 7% da despesa total de saúde no país em 2015.

2.3.3 Mecanismos de partilha de riscos

O Sector público de saúde em Moçambique, é composto por um grande espaço de redistribuição de custos e riscos (*pool*), materializado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SNS é financiado com tributação geral que é arrecadada pela Autoridade Tributária. Funciona como um pré-pagamento que os

cidadãos pagam via impostos gerais, com partilha de risco e custo (subsídio cruzado entre grupos da sociedade), e separação entre pagamento e uso.

A evidência sugere que o SNS moçambicano é utilizado por todos os grupos socioeconómicos, mas beneficia de forma especial aos grupos de rendimento mais baixo, que foi o que mais reduziu a mortalidade infantil num período estudado²⁶. A rede sanitária do SNS é maioritariamente composta por atendimento primário, que é aquele que mais utilizam os grupos populacionais de baixo segmento socioeconómico²⁷, e portanto, aquele que, se oferecer qualidade, apresenta maior potencial redistributivo.

A partilha de riscos não é completa, já que o sistema não consegue fornecer todos os cuidados de saúde necessários à toda à população. Existe um racionamento implícito em forma de acesso difícil em zonas rurais, tipos de serviços não disponíveis, qualidade abaixo dos padrões, ou pagamentos no ponto de uso -especialmente no nível hospitalar- que reduzem o acesso.

Os mecanismos complementares, tais como o uso dos provedores privados via pagamento direto ou via seguro voluntário privado de saúde, cobrem uma pequena parte da população, e, porém, têm uma capacidade limitada de partilha de riscos e custos (só entre os contribuintes).

O caso específico da contribuição dos Funcionários e Agentes do Estado para o SNS

O Decreto 11/96 define uma contribuição obrigatória do 1,5% do salário dos Funcionários e Agentes do Estado (FAE) para a *Assistência Médica e Medicamentosa* (AsMed).

A *AsMed* abrange aproximadamente 353.000 funcionários públicos e os seus dependentes (2018), e inclui algumas coberturas extra no Serviço Nacional de Saúde, como por exemplo internamento em quartos com menos pessoas, dependendo do nível de chefia ocupado, ou ter descontos entre 5 e 50% nas consultas médicas e nas farmácias dos hospitais públicos. A arrecadação entra diretamente no SNS, e representa aproximadamente 3,1% do Orçamento executado (2018).

Dado que os FAE são o grupo da sociedade a fazer uma contribuição adicional para à saúde, a redistribuição é muito visível. A qualidade encontrada não sempre é a desejada. Este desequilíbrio gera petições de atendimento diferenciado ou de igualação de contribuições.

2.3.4 Mecanismos de compra de serviços

No sector público de Saúde, o Ministério das Finanças arrecada fundos de diversos impostos através da Autoridade Tributária. Depois, o Tesouro disponibiliza o Orçamento do Estado ao Ministério da Saúde, que provê o serviço através do Serviço Nacional de Saúde.

Para o sector público existe um único provedor de serviços de saúde, o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Orçamento de Estado é dividido entre sectores, e a alocação no Ministério é realizada tendo em conta aspectos populacionais e epidemiológicos, com especial ênfase no orçamento histórico. Os mecanismos de pagamento ao sector são feitos via linhas orçamentais, destinadas aos programas e à rede sanitária.

2.3.5 Gestão das finanças públicas

- **Planificação e Orçamentação**

A planificação é feita anualmente através do Plano Económico e Social (PES), desde o nível distrital, ao nível provincial e central. O Orçamento do Estado (OE) materializa o PES.

- **Autonomia administrativa e financeira – Descentralização**

As Direções Provinciais, Serviços Distritais, Hospitais Centrais, Provinciais e Gerais têm autonomia administrativa e financeira, e são Unidades Gestoras Executoras de fundos. As Unidades Sanitárias e Hospitais Rurais e Distritais são Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB). O processo de descentralização administrativa e financeira implicará modificações na forma como os fundos são arrecadados, alocados e utilizados nos níveis subnacionais.

- **Fundos externos e gestão – Custos de transação, planificação integrada**

Os fundos externos representam uma parte relevante do financiamento do sector saúde em Moçambique. São utilizados para financiar parcialmente a provisão de serviços direta ou indiretamente no quadro do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Estão divididos entre aqueles que transitam pela Conta Única do Tesouro, aqueles que não transitam pela CUT, mas são inscritos e reportados (*On-Budget*), e aqueles que são investidos no sector, mas não transitam pela CUT nem são inscritos nem reportados (*Off-Budget*).

- **Arrecadação de taxas de usuário complexa**

As taxas de usuário são definidas como receitas fiscais, e portanto, sujeitas à declaração na respetiva Área Fiscal e transferidos à Autoridade Tributária. Em 2018 foram executados 135 M Mzn (2,2 M\$) em receitas via procedimento nacional, um 0,6% do total dos fundos executados pelo SNS sob gestão do MISAU, segundo o REO 2018.

A cobrança e uso de receitas, apresenta uma elevada complexidade administrativa. Uma parte dos fundos arrecadados são geridos fora do Sistema de Administração Financeira do Estado (SISTAFE), o qual representa um desafio na gestão de finanças públicas.

O Relatório de Despesa Pública e Responsabilização Financeira (PEFA) de 2015²⁸ conclui que existe uma evolução melhorada na planificação financeira e na emissão de relatórios financeiros. Como desafios, o relatório assinala que não existem vínculos fortes entre a planificação dos investimentos e a orçamentação, especialmente na alocação dos recursos externos, bem como a dificuldade de acompanhar a execução de fundos que co-financiam o PES fora do sistema de gestão financeira (e-SISTAFE).

2.4 · Análise de pontos fortes e debilidades

Pontos fortes

- **Rede sanitária pública** com acesso universal, com presença em todo o território nacional, e com significativa capacidade para diminuir as inequidades sociais.
- **Financiamento através de fontes diversificadas** (impostos gerais)
- **Estrutura única de agregação de fundos** (*pool*) em funcionamento, incluindo à totalidade da população
- **Baixos pagamentos no ponto de uso**

Debilidades

- **Qualidade dos serviços limitada** no Serviço Nacional de Saúde, especialmente no nível primário, abaixo dos padrões internacionais e das necessidades e expectativas da população
- **Acesso limitado** à determinados serviços e em determinadas zonas geográficas.

- **Elevada dependência externa no financiamento da saúde**, especialmente para medicamentos
- **Existência de pagamentos informais**, que podem representar barreiras de entrada
- **Ineficiências no sistema de saúde**, especialmente produtividade do pessoal e aquisições
- **Dados insuficientes** sobre áreas como Custos dos serviços, eficiência, qualidade.

Ameaças

- Elevado **crescimento populacional** estimado.
- **Transição epidemiológica e dupla carga de doença**: As Doenças Não Transmissíveis podem aumentar os custos do SNS e do Sector em geral, de forma muito relevante. Crescente preocupação também por doenças relacionadas com o meio ambiente e mudanças climáticas.
- **Pagamentos no ponto de uso** estão a aumentar e poderiam significar barreiras de entrada, despesa catastrófica e empobrecimento.

Oportunidades

- A situação económica pode trazer uma **arrecadação fiscal acrescentada** que pode permitir financiar o sector no longo prazo, se for assegurada a sua priorização no Orçamento de Estado.
- As intervenções efectivas de escala populacional na área da **prevenção** podem ser uma forma eficaz de limitar a sobrecarga financeira que pode significar a emergência das DNT em Moçambique

Quadro estratégico do financiamento de Saúde

3.1 · Visão do sistema de saúde

O presente documento orientador propõe manter o sistema de provisão pública de serviços de saúde em Moçambique, com as seguintes características:

- **Acesso universal aos serviços de Saúde**, segundo o critério da necessidade no uso dos serviços. Esta forma universalista do sistema é considerada como uma ferramenta para redistribuir níveis de bem-estar, reduzir a pobreza e as desigualdades, e minimizar a despesa catastrófica em saúde.

Para lograr um acesso universal real, será relevante trabalhar na extensão da rede, no volume de intervenções oferecidas à população, e em assegurar que os pagamentos no ponto de uso não supõem uma barreira de entrada ao sistema.

- **Atendimento igual a todos os cidadãos:** Sendo a equidade um dos princípios básicos da Cobertura Universal em Saúde, propõe-se atendimento igual para todos os cidadãos, sem diferenciação por categoria laboral, contribuições prévias ou por capacidade de pagamento.

Este tipo de sistema pode continuar a ter um papel chave na redução das desigualdades sociais, ponto chave da Agenda 2030, considerando que o país experimentou um significativo aumento das desigualdades de consumo e oportunidades na última década.

- **A máxima qualidade do atendimento** deverá ser o objetivo central do funcionamento do SNS na próxima década. Seroa priorizadas, entre outras grandes áreas:
 - Prevenção primária e secundária em escala populacional
 - Prontidão na provisão dos serviços: Disponibilidade de tratamentos curativos, reabilitativos e paliativos disponíveis.
 - Precisão diagnóstica

A melhoria da qualidade foi recentemente assinalada como um dos requisitos imperativos para o alcance da Cobertura universal^{29,30}. O objetivo é prestar um nível de qualidade dos serviços públicos que responda às expectativas e necessidades de todos os grupos da sociedade, de forma que o sistema tenha legitimidade social e fiscal.

3.2 Objetivos estratégicos para o período 2020-30

Os objetivos para o período estratégico são:

1. Assegurar financiamento público **suficiente** para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique
2. Impulsionar a **eficiência** na alocação e uso de recursos no SNS
3. Assegurar o **acesso universal com qualidade** aos serviços públicos de saúde

Cada um destes objetivos está relacionado com uma função de financiamento definida pela OMS³¹:

- Arrecadação (*Objetivo 1 de financiamento público suficiente*)
- Agregação (*Objetivo 2 de eficiência na alocação e uso*)
- Alocação (*Objetivo 2 de eficiência na alocação e uso*)
- Desenho do pacote de serviços (*Objetivo 3 de acesso universal com qualidade*)

3.3 · Quadro conceitual do Financiamento à Saúde

O financiamento da Saúde deve garantir suficiência financeira para prover serviços de qualidade à população moçambicana, de forma a contribuir decisivamente na melhoria do seu estado de saúde. O mecanismo de financiamento deve estar baseado em capacidade financeira e não no nível de utilização dos serviços de saúde, bem como promover uma distribuição justa dos recursos de saúde.

Com esta visão, o mecanismo de financiamento irá arrecadar e gerir fundos:

- **Obrigatórios:** Todos os grupos da sociedade contribuem para o financiamento do SNS. Estes pagamentos são independentes do uso do sistema.
- **Pré-pagos:** Os pagamentos são realizados de forma não vinculada à episódios de doença.
- **Diversificados:** Os fundos provêm dos diferentes sectores da economia e segmentos da população
- **Progressivos:** São maiores quanto maior é o rendimento da pessoa ou agregado familiar
- **Financiamento Justo:** As contribuições são realizadas em relação à capacidade financeira, e não em relação à nível de utilização ou custos relacionados com a doença.
- **Simplicidade administrativa:** O mecanismo de financiamento deverá ser o mais simples possível e deverá levar consigo a mínima carga financeira possível associada à administração

3.4. Princípios e valores

Foram acordados seis princípios orientadores, os quais foram usados para a análise das potenciais intervenções. Os princípios orientadores são igualmente atributos que os intervenientes consideram importantes para o sistema de financiamento da saúde.

- **Universalidade:** Garantir acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção
- **Qualidade:** O sistema oferecerá a máxima qualidade possível com os recursos disponíveis, e serão tomadas as medidas organizacionais necessárias para melhorar a qualidade de atendimento em todos os níveis.
- **Suficiência:** Promover a disponibilidade de recursos adequados (humanos, financeiros e infraestrutura) para a provisão de serviços de saúde com qualidade ao longo do tempo;
- **Eficiência:** Promover o uso eficiente dos recursos alocados ao sector de saúde através da realização das suas atribuições com rapidez, perfeição, rendimento e respeito às regras legais e institucionais;
- **Equidade:** Assegurar atendimento igualitário sem privilégios ou barreiras à população no uso, na provisão de serviços de saúde e na distribuição do financiamento.
- **Transparência e prestação de contas:** Garantir publicidade e o direito de acesso a informação, como um importante meio de controle exercido pelo cidadão para fiscalizar a actividade pública, na perspectiva de melhorar a transparência e prestação de contas na colecta, afectação e uso dos recursos

Intervenções estratégicas em financiamento de Saúde

4.1 Directrizes estratégicas e agenda para o Aumento de Fundos

4.1.1 Priorização da Saúde no Orçamento do Estado

A priorização da Saúde no Orçamento de Estado será a principal directriz estratégica para dotar ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) dos recursos necessários para o seu funcionamento.

A saúde é um determinante da produtividade da economia, portanto, investir orçamento público na saúde é investir no crescimento económico futuro³². A saúde pode ser analisada como uma forma de capital humano, com uma relação directa com a produtividade da economia, o emprego e o rendimento. A Comissão da OMS sobre Macroeconomia e Saúde conclui que os efeitos agregados da melhoria em saúde individuais eram visíveis ao nível agregado, afectando a produtividade da economia³³.

Será realizado um trabalho permanente entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças para:

- *Analisar a relevância do financiamento do sector saúde*, bem como os resultados de saúde
- *Monitorar as alocações e despesas do sector*, incluindo aquelas áreas em que existem mais desafios, tais como capacidade de absorção, alinhamento e reporte dos fundos externos, gestão da receita e eficiência na alocação e uso dos recursos
- *Apresentar dos planos de desenvolvimento dentro do Serviço Nacional de Saúde*: Planificação estratégica (PESS 2020-24), grandes áreas como Recursos Humanos, Infraestrutura, etc.
- *Apresentar e discutir das propostas financeiras* relativas aos planos de melhoria no SNS

Proposta técnica - Grandes áreas de desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde 2020-30

A grandes áreas de foco para a melhoria da prestação de serviços no SNS são:

- **Formação, enquadramento, motivação, retenção e incremento da produtividade dos Recursos Humanos.**
Trata-se de um pilar básico para poder avançar na provisão de serviços com qualidade, e para poder garantir um uso efectivo e eficiente dos recursos. A mudança do padrão epidemiológico requererá ajustes na organização de serviços e pessoal formado.
- **Melhoria da gestão de serviços de saúde**, com foco na obtenção de resultados de saúde com a máxima qualidade de atendimento. Enquadramento, formação e monitoria de gestores de serviços de saúde e áreas de apoio.
- **Melhoria nas condições materiais de provisão do serviço**, incluindo disponibilidade dos serviços básicos, equipamento e instrumental necessário nas unidades sanitárias, com foco especial na manutenção das infra-estruturas.
- **Melhoria da gestão de finanças públicas**: Planificação, orçamentação, gestão de recursos económicos, simplificação dos processos de arrecadação e uso da receita

Custeamento da proposta

Foi realizada uma análise aprofundada dos custos de operação do SNS rumo ao cumprimento do PESS 2014-19 (Extendido para 2020-24). Este estudo estimou umas despesas de 1.366 M\$ para 2019³⁴. Esta quantidade foi corrigida com as atuais taxas de câmbio MZN/US\$, com um resultado de 1.030 M\$ (61.960 M MZN).

Contexto macrofiscal para a despesa pública social

Moçambique está a levar a cabo um processo de consolidação fiscal gradual, com o objetivo de diminuir o elevado stock de dívida para níveis mais sustentáveis. Para isto, diferentes medidas fiscais e de despesa serão implementadas.

A previsão de crescimento económico é de 4% para o período 2021-22. A partir de 2023, estimam-se taxas de crescimento de 9-11% real anual à causa dos mega-projetos de gás (15-17% nominal). A capacidade de arrecadar receita tributária mantenderia-se na ordem de 25% do PIB, o qual implicaria dobrar a receita tributária em termos nominais entre 2019 e 2024..

Projeção do cenário de financiamento para 2020-30

No curto prazo (2020-24), as estimações sobre despesa pública em Saúde e referência de custos do sector são as seguintes:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB (Milh MZN ³)	804	876	946	1.084	1.198	1.314	1.515	1.781
Arrecadação s/PIB	26,2%	24,2%	24,0%	25,1%	25,8%	25,9%	26,3%	25,2%
Arrecadação (Milh MZN ³)	211	212	227	272	309	340	398	449
Despesa pública Milh MZN ³	252	273	350	376	390	402	454	480
Despesa pública s/PIB	31,3%	31,2%	37,0%	34,7%	32,6%	30,6%	30,0%	27,0%

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Despesa pública com Rec. Interno	234	238	268,9	298,4	330	348	385	417
Investimento externo	29,7	39,9	81,1	77,6	60	54	69	63
Saúde com Rec. Do Tesouro Milh MZN³	14,8	18,8	21,2	23,6	26,1	27,5	30,4	32,9
%Saúde interno/Desp	6,3%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%
Saúde com Rec. Interno + Externo	36	50	48	50	53	54	57	60

	2020	2021	2022	2023	2024
Estimações de custo futuro - Milh MZN*3	62	63	65	67	69

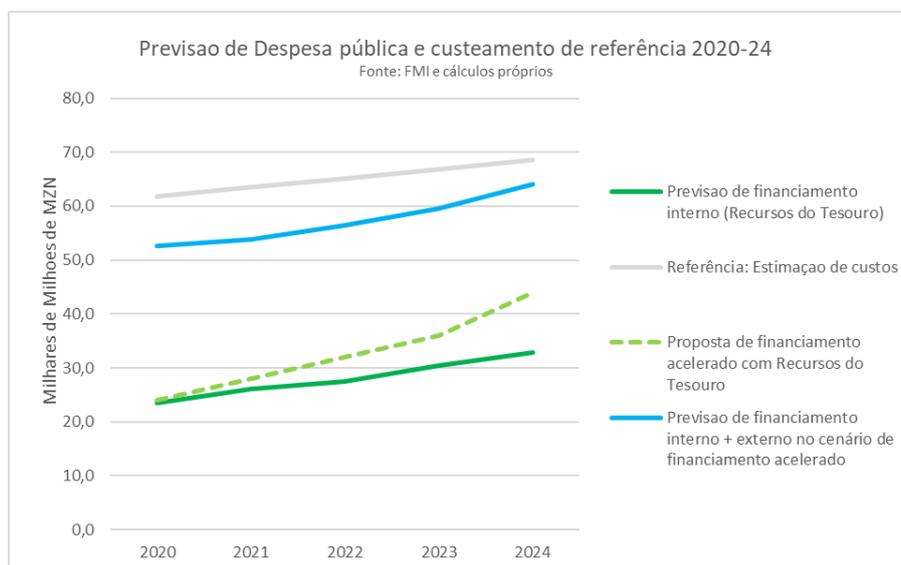
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Abuja	9,4%	9,2%	7,8%	7,9%	8,4%	8,5%	8,1%	8,2%
Saúde com Recursos Internos - s/PIB	1,8%	2,1%	2,2%	2,2%	2,2%	2,1%	2%	1,8%
USD pc com Recursos internos	8,5	10,6	12,0	12,6	13,6	13,9	15,0	15,9

	2020	2021	2022	2023	2024
Despesa pública em Saúde com R. Int.	24	28	32	36	44
Percentagem de necessidade coberta	39%	44%	49%	54%	64%
Sobre Despesa Pública interna	8,0%	8,5%	9,2%	9,4%	10,6%
Sobre PIB	3%	3%	3%	3%	4%
USD pc	12,8	14,6	16,2	17,8	21,2

	2020	2021	2022	2023	2024
Despesa pública total em Saúde - Milh MZ	53	54	56	60	64
USD pc	28	28	29	29	31

No Gráfico 10 pode se observar a tendência de aumento de fundos se fora mantida a prioridade atual da Saúde no Orçamento de Estado e fora cumprido o cenário macrofiscal previsto (linha verde), combinado com o custeamento de referência estimado (cinza). Em pontos pode se observar o “cenário de aceleração” da despesa pública interna em Saúde para os próximos 5 anos, que é combinada com o apoio externo on-CUT e off-CUT na linha azul.

Gráfico 10. Previsão de despesa pública e custeamento de referência



Este compromisso será proposto para ser trasladado aos Cenários Fiscais de Médio Prazo (CFMP) e aos orçamentos anuais correspondentes. O acercamento a níveis de financiamento mais próximos às necessidades reais custeadas deverá ser progressivo e baseado na capacidade de absorção e de transformação dos recursos em resultados de saúde e de gestão, que será monitorada conjuntamente pelo MISAU e MEF no Grupo de Trabalho sobre Financiamento da Saúde.

Projeção de cenário de financiamento para o Médio Prazo 2024-30

A projeção de despesa pública depois de 2024 estará ligada à evolução do quadro macrofiscal do país, relacionado com os desenvolvimentos produtivos, a capacidade de arrecadação e as prioridades da política pública.

Contexto da descentralização administrativa e financeira

Em linha com as leis de descentralização administrativa aprovadas, as leis de descentralização financeira darão as orientações sobre a transferência progressiva de responsabilidades de arrecadação, uso, monitoria e auditoria de fundos aos níveis subnacionais.

4.1.3 Aumento e alinhamento dos fundos externos com a provisão de serviços no SNS

O objetivo é que o financiamento externo continue a representar um apoio significativo para a consecução dos objetivos de desenvolvimento do sector da Saúde em Moçambique. Trabalhará-se para que o financiamento externo esteja plenamente alinhado com a provisão de serviços no SNS e com o procedimento nacional.

4.1.4 Introdução progressiva de um Seguro Social de Saúde

Propõe-se a introdução progressiva de um mecanismo de pré-pagamento de serviços de Saúde, destinado a complementar o financiamento do Serviço Nacional de Saúde, e gerido publicamente. A proposta é que este Seguro Social de Saúde inclua toda a população desde o início.

Prevê-se a criação de um fundo adicional ao Orçamento de Estado, financiado via desconto salarial para a economia formal, bem como outros mecanismos de pré-pagamento para a economia informal, em linha com aqueles que já existem na área da Segurança Social.

Em este período, serão implementadas as seguintes ações:

1. Preparação técnica do Seguro Social de Saúde, essencialmente estudos:
 - *Projeção financeira de cenários de desconto salarial* para o Seguro Social de Saúde para cada nível salarial e nível de desconto, proporcionais ou progressivas.
 - *Análise da viabilidade da carga tributária sobre o fator trabalho* (IRPS + Seguro de Saúde) vs combinação de fatores da economia. Análise de efeitos distributivos.
 - *Desenho do mecanismo para a economia informal*. Cenários de arrecadação.
 - *Organização dos fluxos de financiamento do SNS*: Relação entre o Seguro Social de Saúde e o Orçamento de Estado no financiamento do SNS. Mecanismos de alocação de recursos.
 - *Estrutura organizacional do fundo*: Objetivos, Direção, operações, risco fiduciário.
 - *Provisão de serviços*: Acesso, abrangência, controles, co-pagamentos, qualidade.
 - *Análise da potencialidade do Seguro Social para incrementar substancialmente a quantidade e qualidade dos serviços prestados no SNS* com o financiamento adicional.
 - *Análise da contribuição do fundo para a proteção financeira e equidade no uso dos recursos*
2. Processo de negociação para a implementação do Seguro Social de Saúde, essencialmente na Comissão interministerial (MEF, MISAU, MAEFP, MTESS).

4.2 Directrizes estratégicas e agenda para agregação de fundos

Considera-se que o nível atual de agregação de fundos é correto, sendo que todos os cidadãos contribuem com impostos gerais, e recebem via Serviço Nacional de Saúde (com as limitações já especificadas). Em este componente, as ações prioritárias serão as seguintes:

4.2.1 Directrizes estratégicas e inovações para a partilha de riscos e custos

1. Manter um único espaço de redistribuição de riscos e custos (SNS)

A aposta estratégica é de não criar fundos separados para diferentes grupos sociais.

2. Disminuir o financiamento fragmentado

A pesar de ter um mecanismo de financiamento agregado, persistem espaços com financiamentos fragmentados, que podem representar importantes barreiras para o acesso aos serviços de saúde em igualdade de condições.

Neste período, propõe-se:

- Identificar e reduzir os pagamentos no ponto de uso que sejam de nível catastrófico
- Identificar e reduzir os as cobranças informais (ilícitas).

4.3 Diretrizes estratégicas e agenda para alocação de recursos

A alocação estratégica de recursos permite dirigir os recursos para à obtenção da máxima qualidade possível, monitorando os custos e os benefícios das atividades em termos de resultados de saúde.

4.3.1 Alocações custo-efetivas

A função de alocação/ compra de serviços de saúde dentro do SNS terá em conta as seguintes acções:

- Medição contínua da eficiência na alocação de recursos
- Estabelecimento e aplicação de critérios de alocação por níveis
- Introdução de métodos estratégicos de alocação de recursos / pagamento:
 - o *Capitação para o nível primário*: Alocação por habitante coberto por cada DPS/ SDSMAS/ Centro de Saúde. Estas alocações podem-se ajustar por taxas de pobreza, perfil epidemiológico, e devem estar associadas ao catálogo de serviços obrigatório que o SNS deve fornecer com esses recursos.
 - o *Pagamentos por resultado* quando for possível (iniciando em pequenas quantidades e respetando o procedimento nacional)

4.3.2 Redução do peso das Doenças Não Transmissíveis, a través de Impostos relacionados com a Saúde

Os impostos relacionados com a Saúde podem apoiar nos esforços da prevenção, redução de carga futura de doença e de custo financeiro. Os efeitos negativos do tabaco e álcool estão bem documentados, e a alimentação não saudável já é a uma das primeiras causas de morte e doença no mundo³⁶, junto com a poluição atmosférica. Neste contexto, o MISAU trabalhará com o MEF e a Autoridade Tributária para o estudo e implementação de este tipo de impostos:

- Aumentar a taxação do tabaco e álcool -especialmente de alta graduação-
- Estudo para a introdução de diferentes tipos de taxação:
 - o Ultraprocessados, incluindo substitutos do leite materno.
 - o Combustíveis fósseis e veículos.
 - o Eliminação das isenções fiscais para os agrotóxicos.

Não se prevê consignação ao sector Saúde, devido à rigidez que introduz na planificação do orçamento.

A possível regressividade de estes impostos queda mais que compensada pelos ganhos em saúde pública, que acontecem especialmente nos segmentos de população de baixo nível educativo e económico, segundo a evidência internacional. Estes impostos representam uma parte pequena da arrecadação (1,2%), e por tanto a progressividade global do sistema tributário pode se conseguir via outros impostos.

4.3.3 Maior eficiência no uso dos recursos

- Orientar a gestão de serviços para resultados
 - o Adaptação da estrutura da gestão às necessidades locais, incluindo a promoção de maior autonomia das unidades sanitárias
 - o Reforço das capacidades de gestão para o cumprimento de metas e gestão da qualidade, incluindo sistemas de informação
 - o Implementação de mecanismos de motivação para desempenho

4.4 Diretrizes estratégicas e agenda para desenho de pacote de serviços

4.4.1 Desenho do pacote de serviços

O desenho do pacote de serviços no SNS tomará em conta as seguintes diretrizes estratégicas:

- **Um único pacote de serviços para toda a sociedade, dividido por níveis de atendimento**

Considera-se que o catálogo de serviços no SNS deve ser igual para todos os cidadãos, independentemente das contribuições realizadas a través de qualquer mecanismo.

- **Focado na melhoria dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**

O objetivo principal em este componente é tornar os CSP a base do atendimento sanitário em Moçambique, que possa resolver a maior parte das condições de morbilidade da população.

O atendimento primário tem uma grande potencialidade para contribuir na melhoria do estado de saúde da população, por diferentes razões:

- *Saúde*: A escala populacional permite implementar intervenções custo-eficientes com foco na prevenção primária e secundária (Comunicação, aconselhamento, imunização, crivagem)
- *Equidade*: O reforço dos Cuidados de Saúde Primários, mais utilizados pelos grupos de rendimento mais baixos, é também uma forma de introduzir equidade no sistema³⁷
- *Custos*: Se o atendimento primário tem qualidade, diminui o atendimento nos níveis hospitalar terciário e quaternário, que envolve maiores custos operacionais.

Com estas premissas, as acções prioritárias em este componente serão:

- Extensão da rede sanitária e da disponibilidade de serviços, tendo em conta a correspondência entre recursos físicos e humanos, bem como as opções mais custo-eficazes em termos de saúde pública.
- Ampliação da abrangência dos serviços, com especial foco na capacidade diagnóstica.
- Adaptação contínua do pacote às necessidades da sociedade (padrões epidemiológicos) e às condições socioambientais em diferentes zonas (mineração, migração, prevalência de morbilidade)

4.4.2 Aumento da qualidade na prestação de serviços de saúde

A qualidade na prestação de serviços é um componente crítico e indispensável no caminho para a Cobertura Universal. Para os próximos anos, os linhamentos serão:

- *Assegurar a existência de padrões de qualidade* em todos os serviços do SNS e áreas de apoio
- *Garantir o cumprimento dos padrões de qualidade e a sua monitoria* em todos os serviços e áreas de apoio, em concreto:
 - Monitoria, documentação e publicação do cumprimento do padrões de qualidade nos serviços de saúde (Direção Nacional de Garantia de Qualidade – DNGQ)
 - Fortalecimento da gestão de serviços de saúde: Formação de gestores, ferramentas de gestão, incluindo medidas de controle da produtividade dos Recursos Humanos

4.4.3 Acesso ao pacote de serviços

Os serviços de saúde no SNS continuarão a ser prestados como um direito social de cidadania, num sistema com uma forma universalista. Para combinar este acesso universal com a existência das taxas de usuário, nos próximos anos o objetivo será *garantir que as taxas de usuário não representam uma barreira de acesso aos serviços nem um risco de empobrecimento na população.*

Neste contexto, os esforços estarão concetrados em:

1. Desenho das taxas de usuário:

- *Limitar os pagamentos catastróficos no nível hospitalar, especialmente aqueles que tenham risco de concorrer em despesa catastrófica ou empobrecimento das famílias.*
- *Simplificação das taxas de usuário no SNS: Menos tipos de taxas de usuário, maior clareza na cobrança para os utentes desde antes de aceder ao serviço, para evitar auto-exclusão.*
- *Padronização de taxas no SNS: Unificação dos preços nos centros de saúde da rede pública, com pagamentos baixos e “planos” (entrada no sistema, não por procedimento)*

2. Gestão das taxas do usuário:

- *Simplificação do processo de arrecadação, consignação e uso da receita, incluindo estudo de opções e trabalho conjunto MISAU-MEF para a execução da receita na fonte.*
- *Trânsito da receita via procedimento nacional*

Objetivos da EFSS	Funções de financiamento de sistemas de Saúde	Componentes	Ações prioritárias		Responsable	
1. Assegurar financiamento suficiente e sustentável para o sector da Saúde	Função 1. Arrecadação	1. Priorização da Saúde no Orçamento de Estado	Análise custeado sobre as políticas de saúde e estratégias	Proposta técnica de financiamento de Saúde - Estratégias, componentes	MISAU (DPC)	
			Negociação de cenários orçamentais	Custeamento das políticas de saúde <i>(Com especial foco nos RRHH)</i>	MISAU (DPC)	
			Análise de efeitos da despesa pública em saúde sobre bem-estar	Integração da proposta do sector da Saúde no CFMP	MISAU-MEF	
				Análises de desempenho do sector, proteção financeira, uso do sistema, efeitos distributivos, Contas satélites de Saúde	MISAU (DPC)	
		2. Aumento e alinhamento de fundos externos com a provisão de serviços no Serviço Nacional de Saúde (SNS)	Capitalizar o uso do SPO para alinhar Planificação e Orçamento, incluindo os fundos externos	MISAU (DPC + DAF)		
		3. Implementação progressiva do Seguro Social de Saúde como financiamento complementar do SNS	Realização de estudos necessários para desenho do Seguro de Saúde	Cenários de arrecadação salarial para financiamento do SSS e efeitos distributivos (por quintis)	MISAU (Seguros)	
				Cenário de financiamento com Orçamento de Estado para o SSS		
	Negociação entre Ministérios e actores relevantes	Proposta de organização dos serviços do SNS com SSS				
2. Melhorar a eficiência na afetação e uso dos recursos	Função 3. Alocação (Purchasing / Compra)	1. Aumentar a eficiência das alocações de recursos	Medição continua da eficiência das alocações realizadas	Análise técnica continua da eficiência das alocações realizadas (combinações de recursos alocados)	MISAU - Todas as Direções	
			Estabelecimento e aplicação de critérios e mecanismos de alocação de recursos por níveis	Estabelecimento e aplicação de medidas de racionalização da distribuição / redistribuição de recursos (RH, Med, infr, equip)		
			Introdução de métodos estratégicos de alocação / pagamento	Análise de opções para a implementação de mecanismos de alocação estratégicos, incluindo pagamentos por desempenho		
	2. Prevenção / Redução do peso das Doenças Não Transmissíveis (DNT)	Aumento de impostos relacionados com a Saúde - Hábitos nocivos e exposições a tóxicos	Proposta de Imposto de Consumos Específicos e negociação com actores relevantes	DPC - DNSP - DRH		
	Eficiência no uso dos recursos	Desenvolvimento de medidas de eficiência técnica na prestação de serviços de saúde	Orientar a gestão de serviços de saúde para resultados	Adaptação da estrutura de gestão às necessidades locais, incluindo autonomia das unidades sanitárias		
			Medição continua da eficiência no uso dos recursos	Reforço das capacidades de gestão para o cumprimento de metas e gestão da qualidade, incluindo sistemas de informação		
		Plano de Eficiência de todos os sectores e áreas de apoio do SNS, por níveis de atenção	Implementação de mecanismos de motivação para desempenho			
3. Assegurar o acesso aos serviços de saúde com qualidade	Função 4. Desenho de pacote de benefícios, garantias de qualidade e vias de entrada	Desenho e custeamento do conteúdo do pacote de serviços de saúde	Definição do catálogo de prestações	Definição de recursos necessários para a implementação do pacote	DNSP - DPC	
			Finalização do pacote de serviços por nível de atendimento			Custeamento do pacote de serviços e análise de factibilidade financeira
		Aumento da qualidade na prestação dos serviços de saúde	Garantir a existência de padrões de qualidade em todas as áreas da prestação de serviços de saúde e áreas de apoio	TBD	DPC - DNGQ - DNAM	
			Garantir o cumprimento e monitoria dos padrões de qualidade em prestação de serviços e áreas de apoio	TBD		
		Formas de acesso ao pacote de serviços de saúde	Simplificação e padronização de taxas de usuário	Estudo de opções/proposta de gestão parcial o total das receitas na fonte	MISAU (DPC+ DAF), MEF	
Medidas para assegurar proteção financeira - As taxas de usuário não impedem acesso nem trazem despesa catastrófica	Estudo de opções de padronização das taxas					
		Estudos de proteção financeira, despesa catastrófica e barreiras de entrada ao sistema de Saúde	MISAU (DPC)			

			L.Base	Metas		
	Objetivo	Indicador	2018	2024	2030	Fonte
Proteção financeira	Assegurar que nenhum agregado familiar incurra em despesa catastrófica para financiar serviços de Saúde	% de agregados familiares que destinam mais de um 10% do consumo à Saúde	0%	0%	0%	IOF
	Limitar o crescimento dos pagamentos no ponto de uso em todo o sector da Saúde	Pagamentos no ponto de uso sobre o total da despesa (OOP / THE)	12%	12%	12%	Contas Nacionais de Saúde
Equidade no uso dos recursos	As diferenças de uso dos serviços de entre os diferentes segmentos socioeconómicos da população diminuem	Pontos percentuais de diferença entre o uso dos serviços de saúde entre o Quintil 1 e o Quintil 5	17	14	10	IOF
Uso do sistema segundo necessidade	Os diferentes grupos da sociedade utilizam os serviços de saúde segundo a sua necessidade	Pontos percentuais de diferença entre a necessidade manifestada e o uso dos serviços no Q1	2,5	2	1,5	IOF

Referências

1. UN High Commissioner for Human Rights and World Health Organization: *The Right to Health*. Geneva.
2. IMF (2019): *Staff Report for the 2019 Article IV Consultation*. Washington: International Monetary Fund
3. World Bank (2015): *Public Expenditure Review*. Maputo.
4. World Bank (2016): *Health Public Expenditure Review*. Maputo
5. World Health Organization (2008). *Social Determinants of Health: The solid facts*. Copenhagen
6. UNISDR (2010): *Poverty, social policy and politics*. Geneva: UN Institute for Social Development Research
7. UNDP (2016): *Achieving universalism in developing countries*. Background paper HDR. New York.
8. Wagstaff, A. et al (2018): *Progress on catastrophic health spending in 133 countries*. Lancet
9. INE (2015): *Inquérito aod Orçamentos Familiares (IOF)*. Maputo
10. Akin, J. (1987): *Health financing in developing countries: An agenda for reform*. DC: The World Bank.
11. Bayarsaikhan, D, Musango, L. (2016): *Health financing issues and reforms in Africa*. International Journal of Healthcare. Vol2. No.2
12. Hsu, J. et al. (2018): *Measuring financial protection against catastrophic health expenditures*: International Journal for Equity in Health
13. Wagstaff, A. (2008): *Measuring Financial Protection in Health*. PRWP 4554. Washington: World Bank
14. Xu, Ke et al (2007): *Protecting Households from catastrophic health spending*. Health Affairs, 26 n.4
15. Chisholm, D and Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. Geneva: WHO
16. Heller, P. (2006): *The prospect of creating fiscal space for the health sector*. Oxford University Press
17. Jowett, M. et al. (2016): *Spending targets for health: No magic number*. Geneva: WHO
18. Anselmi, L. Lagarde, M. Hanson, K: *Investigating efficiency in health care production: The roles of health care administrations and providers in Mozambique*.
19. World Bank (2015): *Mozambique Health Service Delivery Indicators*. Maputo: World Bank.
20. Cabral, J. (2018): *Tempos e Movimentos nos Cuidados de Saúde Primários de Moçambique*. ThinkWell
21. Direção Nacional de Assistência Médica (2017): *Indicadores Hospitalares 2018*. Maputo.
22. Ministério da Saúde (2015): *Contas Nacionais de Saúde*. Maputo.
23. Dutta, A. N. Perales, R. Silva L., Criville.L (2013): *Necessidades de recursos estimados e impacto do Plano Estratégico do Sector Saúde de Moçambique 2014-19*. Washington, DC: Futures Group.
24. World Bank (2015): *Health Expenditure Review*. Maputo.
25. MISAU (2018): *Relatório de Execução Orçamental (REO)*. Direção Nacional de Adm e Finanças
26. Rodríguez Pose, R. et a. (2014): *Against the odds: Mozambique's gains in primary health care*. ODI
27. Castro-Leal, F. et al (1999): *Public social spending in Africa: Do the poor benefit?* WB Research
28. Drossos, N. Bunguele, B (2016): *Relatório PEFA do Sector da Saúde*. Maputo.
29. The Lancet Global Health Commission (2018): *High-quality health systems in the SDG era: A time for revolution*. The Lancet
30. WHO, OECD, World Bank (2018): *Delivering quality health services: An imperative to UHC*. Geneva.
31. Kutzin, J. (2013): [Implications for policy](#)
32. Bloom, D (2013): *The economic case for devoting public resources to health*. Harvard School of Public Health.
33. Sachs et al. (2001): *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. WHO
34. Dutta, A. et al (2015): *Necessidades de recursos estimados e impacto do PESS 2014-19*. Futures Group.
35. Instituto Nacional de Estatística (INE): *Estimativas de crescimento populacional 2007-40*. Ine.gov.mz
36. Afshin, A. (2019). *Health effects of dietary risks in 195 countries. A systematic study of the Global Burden of Disease 2017*. The Lancet. Volume 393
37. Anselmi et al. (2015): *Health service availability and health seeking behavior in resource poor settings: evidence from Mozambique*. Health Economics Review 5:26