

## Relatório

Análise dos Efeitos Socioeconómicos das Taxas de Usuário no Sector Público de Saúde

**Referência:**

**83393265 Taxas de Usuário**

Maputo, Dezembro de 2022

## **Ficha Técnica**

**Equipa de Supervisão:** Jorge Matine  
Clélia Pondja Liquele  
Rogério Simango

**Equipe Técnica:** Denzel Adelino dos Santos

**Edição:** Observatório do Cidadão para Saúde

**Director Executivo:** Jorge Matine

## ÍNDICE

LISTA DE GRÁFICOS .....	ii
LISTA DE FIGURAS.....	ii
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	iii
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	iv
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Notas Introdutórias.....	1
1.2. Objectivos do Estudo .....	2
CAPÍTULO II: CONTEXTO MOÇAMBICANO.....	3
2.1. Economia, Pobreza e Desigualdade .....	3
2.2. Saúde.....	4
2.2.1. <i>Fontes de Financiamento</i> .....	5
2.2.2. <i>Alocação Orçamental</i> .....	6
CAPÍTULO III: REVISÃO DOCUMENTAL .....	10
3.1. Breve Revisão Teórica .....	10
3.2. Implicações da adopção das taxas de usuário .....	11
3.3. Impacto da remoção das taxas de usuário .....	12
3.4. Políticas de taxas de usuários e género .....	13
3.5. Taxas de usuário no contexto de Moçambique .....	14
3.5.1. <i>Quem são os maiores contribuintes ao nível central?</i> .....	17
3.5.2. <i>Taxas de usuário versus despesas do sector de saúde</i> .....	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGIA.....	19
4.1. Métodos para Colecta de Dados.....	19
4.1.1. <i>Inquéritos</i> .....	19
4.1.2. <i>Entrevistas semi-estruturadas</i> .....	20
4.2. Amostra .....	21
CAPÍTULO V: ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	22
5.1. Resultados dos Inquéritos.....	22
5.1.1. <i>Constatações-chave das informações dos inquéritos</i> .....	24
5.2. Resultados das Entrevistas Semi-Estruturadas.....	25
5.3. Resultado das Visitas – Tabela De Preços .....	28
5.3.1. <i>Perfil dos Hospitais</i> .....	28
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	37
Conclusões .....	37
Recomendações.....	38

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS .....	42
Anexo A: Inquérito sobre Taxas Do Usuário.....	43
Anexo C: Temas de Discussão com os Médicos.....	47
Anexo D: Hospitais e Centros de Saúde Visitados .....	48

### **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Planificado vs. Realizado (Mil Milhões de MT).....	7
Gráfico 2 - Despesa com o Sector de Saúde (Mil Milhões de MT).....	8
Gráfico 3 - Receitas Próprias (Mil Milhões de MT).....	16
Gráfico 4 - Receitas Internas e Receitas Próprias (Mil Milhões de MT).....	17

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Composição da Despesa no Sector de Saúde em 2021 .....	9
Figura 2 - Fonte das Receitas Próprias - Âmbito Central .....	18

## LISTA DE ACRÓNIMOS

CGE	Conta Geral do Estado
GAVI	Global Alliance for Vaccination
GFF	Global Financing Facility
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOF	Inquérito sobre Orçamento Familiar
REO	Relatório de Execução Orçamental
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MISAU	Ministério da Saúde
MT	Meticais
OE	Orçamento do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PQG	Programa Quinquenal do Governo
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SNS	Serviço Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO EXECUTIVO

As taxas de usuário no sector da saúde referem-se aos pagamentos que os utentes incorrem para o acesso aos serviços básicos nas unidades de prestação de serviços públicos de saúde. Estas taxas podem ser para o atendimento, consulta, medicamentos ou materiais médico-cirúrgicos. Segundo o Banco Mundial<sup>1</sup>, as taxas surgem com a primordial intenção de arrecadar receitas que contribuam na melhoria da qualidade do serviço público de saúde. No entanto, vários estudiosos e pesquisadores consideram que a existência destas taxas coloca em causa a capacidade do acesso da população mais desfavorecida aos serviços públicos de saúde, bem como a de que estas taxas se tornem em gastos catastróficos ou até empobrecedores, fazendo com que as famílias tenham que sacrificar algumas despesas básicas como alimentação, transporte, educação, entre outras.

O contexto moçambicano é descrito por uma população maioritariamente pobre, onde o número supera os 70%. São mais de 22 milhões de pessoas em dificuldade e desses, 63% vivem abaixo da linha de pobreza, com actividades agro-pecuárias como fonte primária de subsistência e com a predominância da agricultura tradicional.<sup>1</sup>

O PIB per capita de Moçambique foi de 360 dólares norte-americanos em média dos últimos 5 anos, colocando-o no grupo dos 5 países com renda per capita mais baixa, no mundo. Em termos reais, o produto per capita apresentou uma tendência decrescente, passando de cerca de 600 para 320 dólares norte-americanos, entre 2015 e 2020, sendo um dos indicadores que coloca o país numa situação não concorrente à diminuição da pobreza. Ademais, a análise do IOF 2019/20 mostrou que, no país, 10% da população mais pobre detém apenas 0.8% da despesa total e 10% da população mais rica detém cerca de 43.1% da despesa total, onde a despesa média mensal da área urbana corresponde ao dobro da área rural. Estes dados suscitam questionamentos em relação à capacidade da população mais desfavorecida em aceder a estes serviços primários de saúde pois, tendo em conta o elevado nível de desigualdade e o facto da elasticidade da procura por serviços públicos de saúde é rígida, quaisquer barreiras (por exemplo, a existência de taxas de usuários) corroem o “bolso” da população, podendo tornar-se em despesas catastróficas.

O sector da saúde é um sector crucial de um país, exige que haja financiamento necessário por forma a suportar a demanda e oferecer serviços de qualidade aos cidadãos, deste modo viu a necessidade de legislar e alterar a fixação das taxas de usuário que antes era uma taxa única,

---

<sup>1</sup> [1,3 bilhão de pessoas vivem na pobreza; grupos étnicos e mulheres são os mais afetados | ONU News](#)

tendo como base especificidades diferentes a nível dos hospitais, neste sentido alterou alguns artigos da lei 2/77 de 27 de Setembro, introduzindo a lei 4/87 de 19 de Janeiro. Na lei 2/77 de 27 de Setembro a taxa do usuário era uniforme, mas a nova lei introduzida traz novas abordagens, e não faz menção do valor das taxas, apenas legislou como as taxas serão fixadas, que será pelo diploma conjunto do ministro das finanças e da Saúde é o que se alcança do artigo 7 ° da lei 4/87 de 19 de Janeiro. Ainda na senda desta lei, não veda a possibilidade de se fixar taxas diferentes a nível dos hospitais ou centros de saúde.

As receitas provenientes das taxas de usuário em Moçambique estão presentes no Relatório de Execução Orçamental do MISAU, designadas por Receitas Próprias. A nível nacional, o sector de saúde arrecadou cerca de 160.3 milhões de meticais, só em 2019. Este valor veio a decrescer em 2020 em cerca de 17% e em 2021, o total das receitas próprias eram de 168 milhões de meticais, um crescimento de 27%, em relação a 2020. Nota-se, com estes dados, que a evolução destas receitas não segue alguma tendência lógica, tornando-a um meio “imprevisível” de arrecadação de receitas e uma modalidade de recursos não segura para o financiamento sustentável ao sector de saúde.

Um ponto crítico relacionado a estas receitas refere-se à execução de apenas 6.1% em 2018 e 7.1% em 2021, face a dotação de cerca de 53.8 milhões e 2.4 mil milhões de meticais, previstas para 2018 e 2021. Não obstante, a incerteza quanto ao grau de realização das receitas próprias no sector de saúde contribui para a inviabilidade da sua adopção como uma fonte segura e sustentável de financiamento ao sector. Ademais, o peso da sua realização tem apresentado um contributo quase insignificante em relação à totalidade das receitas internas que financiam o sector. Em geral, nos últimos 4 anos, a média do peso das receitas próprias em relação ao total das receitas internas foi de somente 0.5%.

Nos últimos dez anos, as despesas com o sector de saúde aumentaram, em média anual, em 2.2 mil milhões de meticais, equivalentes a uma taxa de crescimento média anual de 16%, em termos nominais. No entanto, o peso da receita própria mais alta arrecadada nos últimos anos (em 2021, de cerca de 168 milhões de meticais) em relação ao crescimento médio anual das despesas de saúde foi de somente 8%, isto é, as receitas próprias contribuem em somente 8% na despesa adicional anual, tampouco podemos dizer quando comparamos as despesas totais do sector de saúde, como vimos no gráfico acima. Esta é uma informação que sustenta a ideia da ínfima relevância financeira destas receitas face às necessidades do sector.

Considerando o grande nível de desigualdade e de pobreza entre a população moçambicana, o presente estudo pretende analisar os efeitos sociais e económicos provocados pela existência das taxas de usuário no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique. Este estudo foi feito com recurso a abordagens qualitativas (administração de inquéritos aos grupos sociais mais desfavorecidos, e entrevistas semi-estruturadas aos provedores de saúde, em todas as províncias do país) e quantitativas (consulta aos diferentes documentos oficiais, incluindo as contas orçamentais).

Como principais resultados, foi possível concluir que as receitas provenientes das taxas de usuários contribuíram nos últimos anos com 0.5%, em média, em relação às despesas totais do sector de saúde, além de que a evolução destas receitas não segue alguma tendência lógica, tornando-a um meio “imprevisível” de arrecadação de receitas e uma modalidade de recursos não segura para o financiamento sustentável ao sector de saúde. Por outro lado, tanto os gestores como os utentes mostraram ter pouco conhecimento sobre o processo de arrecadação e utilização destes fundos. Finalmente, os inquéritos permitiram concluir que 56% dos utentes tiveram de sacrificar alguma necessidade básica (alimentação, energia eléctrica, água, transporte, entre outros) para poder pagar pelas taxas, dos quais a alimentação mostrou-se como a necessidade mais sacrificada (respondido por 36% dos inquiridores).

## **CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO**

### **1.1. Notas Introdutórias**

As taxas de usuário no sector da saúde referem-se aos pagamentos que os utentes incorrem para o acesso aos serviços básicos nas unidades de prestação de serviços públicos de saúde. Estas taxas podem ser para o atendimento, consulta, medicamentos ou materiais médico-cirúrgicos. Segundo o Banco Mundial (1987), as taxas surgem com a primordial intenção de arrecadar receitas que contribuam na melhoria da qualidade do serviço público de saúde. No entanto, vários estudiosos e pesquisadores consideram que a existência destas taxas coloca em causa o acesso da população mais desfavorecida aos serviços públicos de saúde.

No país, a saúde é um direito público defendido pela Constituição da República de Moçambique. No entanto, dentre vários outros aspectos, a aplicação das taxas de usuário pode ameaçar o acesso e a cobertura universal dos serviços de saúde, que se tornam um impedimento ao cumprimento do direito a saúde aos moçambicanos. Vários estudiosos, como Paguiwaet al (2021) destacam a necessidade da realização de uma avaliação periódica da implementação das taxas de usuário nos países que a adoptam como política de financiamento, de modo a garantir que a sua implementação prossiga rumo aos objectivos da sua introdução e que o governo desenvolva maiores opções de financiamento alternativas para o sector de saúde, consistentes com os objectivos de cobertura universal.

Como dito acima, o objectivo das taxas de usuário são a manutenção e melhoria dos serviços públicos de saúde, pela arrecadação de receita adicional que é alocada neste sector. O risco destas taxas provocarem a exclusão de algumas famílias, principalmente as mais pobres, aos serviços de saúde é uma hipótese pertinente e que carece de análise.

O contexto moçambicano é descrito por uma população maioritariamente pobre, com actividades agro-pecuárias como fonte primária de subsistência e com a predominância da agricultura tradicional. Não obstante, os dados do IOF 2019/20 demonstram que existe uma maior concentração da população nas zonas rurais, onde o acesso aos serviços de saúde é restrito (longas distâncias entre as comunidades e a unidade sanitária mais próxima) e com condições básicas por vezes deficitária (falta de profissionais de saúde que possam atender à demanda das necessidades de saúde da população). Nestes locais, a pobreza e o fraco acesso aos serviços básicos como saúde, educação e emprego contribuem para baixos níveis de escolaridade e conseqüentemente, à maior propensão aos riscos de saúde da população. É neste sentido que Masiyeet al (2016) recomendam o investimento na qualidade de atendimento e dos

serviços, principalmente nas zonas rurais, reduzindo o risco de que as pessoas incorram às despesas catastróficas pela demanda no sector privado, por serviços que o sector público não tem.

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde em Moçambique depende grandemente do investimento público neste sector. Este investimento é realizado pelas despesas de investimento (interno e externo) que se dedicam à manutenção e construção de infra-estruturas públicas, compra de medicamentos, entre outras acções. No entanto, o Estado necessita de fontes de financiamento que provenham recursos capazes de atender à elevada demanda pelo investimento no sector de saúde. Ademais, estudos como de Araoyinbo e Ataguba (2008) sugerem que sejam criados métodos alternativos e inovadores de financiamento ao sector da saúde tendo em conta a capacidade de pagar dos utentes, mas ao mesmo tempo, garantindo a todos o acesso aos serviços de saúde sempre que estes necessitarem. Neste contexto, o presente estudo cinge-se em analisar os efeitos sociais e económicos provocados pela existência das taxas de usuário no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

## **1.2. Objectivos do Estudo**

O objectivo geral deste estudo é analisar os efeitos socioeconómicos das taxas de usuário no sector público de saúde moçambicano. Os objectivos específicos são:

- Realizar o rastreio das receitas provenientes das taxas de usuário;
- Avaliar o custo de oportunidade das altas taxas de usuário, com principal enfoque para as famílias mais desfavorecidas;
- Medir o contributo destas taxas nas despesas no sector da saúde;
- Analisar a eficácia da aplicação das taxas de usuário como uma política pública;
- Auferir a discriminação do atendimento baseada na capacidade financeira dos utentes;
- Apresentar recomendações de políticas sobre a taxa de usuário como fonte de financiamento ao sector público.

## CAPÍTULO II: CONTEXTO MOÇAMBICANO

### 2.1. Economia, Pobreza e Desigualdade

Segundo os dados do INE<sup>2</sup>, o país tem vindo a apresentar um crescimento económico decrescente desde 2014, o qual era passou de 7.4% para 2.3% em 2019. Ademais, em 2020 o país apresentou um crescimento do PIB negativo em 1.2%. Neste ano, a taxa de inflação média anual foi de 3.1%. Como sinal da recuperação face à crise provocada pela pandemia da COVID-19, depois de, em 2020, a economia moçambicana ter recuado, o crescimento observado em 2021 foi de 2.2%. O ano de 2021 terminou com uma inflação acumulada de 6.74%.

O país conta com uma população estimada em 30.8 milhões de pessoas e a desigualdade territorial é uma das características predominantes em Moçambique, na qual a região sul mostra-se macrocefálica, com maior concentração de infra-estruturas urbanas. Segundo os dados do INE, a estrutura percentual do PIB em Moçambique por regiões mostra-se um indicador que comprova esta afirmação, onde, na média dos últimos dez anos - de 2010 a 2020 - a zona sul concentra 48% da produção nacional, a zona centro com 30% e a zona norte com 22% do PIB nacional. Embora a contribuição das regiões centro e norte sejam menores, estas apresentam a maior concentração populacional do país. A nível nacional, o PIB per capita de Moçambique foi de 360 dólares norte-americanos em média dos últimos 5 anos, colocando-o no grupo dos 5 países com renda per capita mais baixa no mundo. Em termos reais, o produto per capita apresentou uma tendência decrescente, sendo um dos indicadores que coloca o país numa situação não concorrente à diminuição da pobreza.

A análise do IOF 2019/20 mostrou que, no país, 10% da população mais pobre detém apenas 0.8% da despesa total e 10% da população mais rica detém cerca de 43.1% da despesa total, onde a despesa média mensal da área urbana corresponde ao dobro da área rural. A população mais rica tem maior propensão em demandar por serviços de saúde privados, e a demanda por serviços públicos de saúde é maioritariamente feita pelas classes baixa e média. No entanto, os dados apresentados pelo IOF suscitam questionamentos em relação à capacidade da população mais desfavorecida em acessar a estes serviços públicos pois, tendo em conta a elasticidade da procura por serviços de saúde é rígida, quaisquer barreiras (por exemplo, a existência de taxas de usuários) corroem o “bolso” da população, podendo tornar-se em despesas catastróficas.

---

<sup>2</sup><http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-economicas>

## 2.2. Saúde

A Constituição da República de Moçambique, no seu artigo 116, coloca numa posição de carácter obrigatório o dever do Estado em garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde para todos moçambicanos. Neste contexto, a Cobertura Universal de Saúde para a população torna-se um compromisso assumido por Moçambique, reconhecendo a importância dos cuidados de saúde primários de qualidade para todos, com a melhor relação custo-benefício e sem nenhuma barreira de acesso, como as dificuldades financeiras.

Segundo o MISAU<sup>3</sup>, Moçambique conta actualmente com um rácio de densidade dos profissionais de regime especial de saúde nacionais e estrangeiros por 100.000 habitantes de 118.6, num contexto em que o PQG (2020-2024) prevê atingir uma meta de 170.5. Ao redor de todo o território nacional, o sector de saúde conta com 1 680 centros e postos de saúde, onde 81% dos centros de saúde encontram-se localizados nas zonas rurais e com um rácio de 17 659 habitantes por unidade sanitária. Ademais, o país conta com 66 hospitais, entre gerais, distritais, rurais, provinciais, centrais, militares e especializados. Até finais de 2020, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) era composto por 2 652 médicos, dos quais 82.9% nacionais e 8 602 enfermeiros, em todo o país. No mesmo período o SNS contava com 21 782 camas hospitalares, das quais 41.8% eram de maternidade e assim, o rácio camas de maternidade por 1.000 mulheres em idade fértil (MIF) e o rácio do Total de Camas/1.000 Habitantes foram de 1.27 e 0.72, respectivamente.

Os dados do Inquérito sobre Orçamento Familiar (IOF) 2019/20 revelam que 70.2% da população moçambicana tem fácil acesso a uma unidade sanitária, ou seja, caminha por menos de 30 minutos, a pé. Os resultados mostraram que tanto na área urbana (66,9%) assim como na rural (77,4%), o Posto ou Centro de Saúde Público representam unidades sanitárias mais consultadas pelos utentes. Depois do Posto/Centro de Saúde, seguem os Hospitais públicos em segundo lugar com 27,8 e 11,2% para área urbana e rural, respectivamente. Não obstante, menos de metade (40,2%) das pessoas que consultaram um agente/instituição de saúde, manifestaram insatisfação em relação aos serviços prestados e as razões mais relevantes evocadas para a insatisfação foram: muito tempo de espera (28,3%), falta de medicamentos (15,8%) e, tratamento sem êxito (4,3%).

---

<sup>3</sup><https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico?download=1284:boletim-estatistico-mensal-dezembro-2021>

### ***2.2.1. Fontes de Financiamento***

As principais fontes de financiamento do sector da saúde incluem o Orçamento do Estado (OE) atribuído pelo Ministério da Economia e Finanças (MEF), o qual inclui as contribuições directas dos parceiros ao OE, os fundos do PROSAUDE e os fundos dos programas verticais. O peso relativo do Orçamento do Estado sofreu uma redução ao longo do tempo, com cerca de 40% em 2020 em relação aos 56% verificados em 2015, sugerindo uma fragilidade do sector da saúde e uma dependência em relação aos recursos aos fundos externos.

O peso relativo dos fundos externos tem vindo a apresentar uma tendência crescente, num contexto em que o nível de execução das despesas de investimento externo apresentou uma tendência decrescente. Por exemplo, só em 2017, foram apenas realizados 1,2 mil milhões de meticais, contra uma dotação prevista de aproximadamente 4 mil milhões de meticais, equivalentes a uma execução de apenas 32%. Isto deve-se ao facto de, com excepção do OE e PROSAUDE, a maior parte dos fundos estar fora do controlo do Ministério da Saúde, dificultando assim uma planificação adequada e levando a tendências negativas na execução do financiamento total o que não facilita a perseguição da cobertura universal.

Algumas das principais origens para o financiamento do investimento externo em Moçambique, destacadas no REO MISAU, são: PROSAUDE, Fundo Global, GFF e Gavi que, segundo o REO 2021 tiveram pesos de 27%, 13%, 42% e 12%, respectivamente. Como referido acima, os fundos externos têm um papel importante para o financiamento das despesas no sector da saúde. A totalidade dos fundos externos para a componente de investimentos externos em 2021 foi de 3.1 mil milhões de meticais.

No entanto, as doações são também feitas e apresentadas na componente de medicamentos, feitas em espécie e que, no ano em referência, foi de 21,1 mil milhões de meticais, correspondentes a cerca de 87% da totalidade de fundos externos. Não obstante, em 2019 os donativos em espécie corresponderam de 66% do total dos fundos externos, mostrando a tendência crescente destes donativos, grandemente causado pela pandemia da Covid-19 que tem feito com que o financiamento externo aumente.

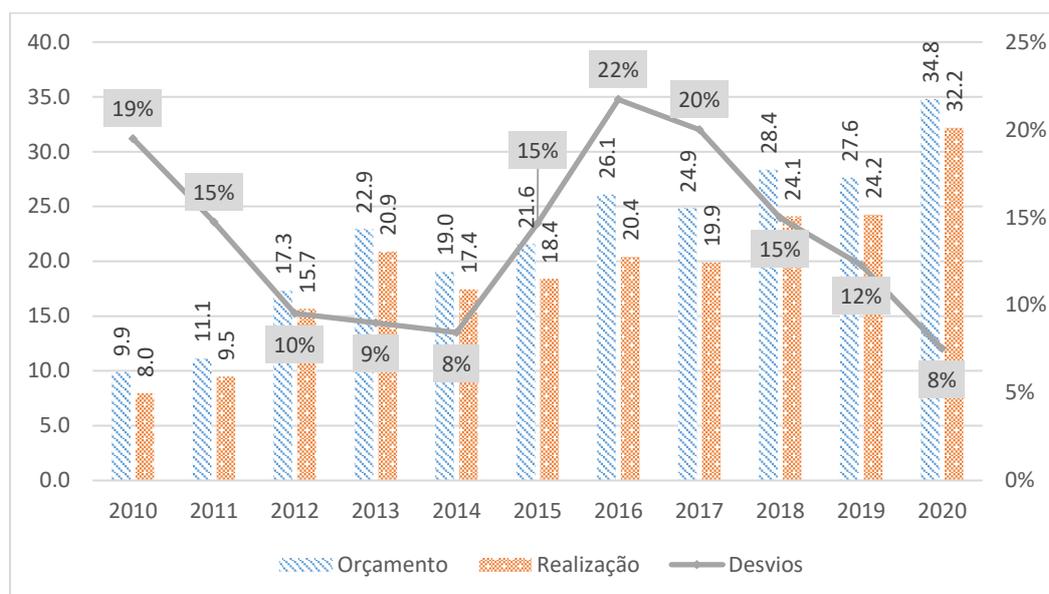
Neste sentido, a ajuda externa representa uma fonte de financiamento pouco segura na medida em que esta, pode se alterar em função de variáveis não controladas no sistema nacional de contas.

### ***2.2.2. Alocação Orçamental***

As despesas de saúde em Moçambique apresentam uma tendência crescente nos últimos dez anos, em termos nominais. De 2010 a 2014, as despesas com o sector de saúde cresceram em 119%, de 7.9 mil milhões para 17.4 mil milhões de meticais. Este crescimento foi acompanhado, contudo, com uma média de grau de execução das despesas de 88%. Em 2010, foi somente realizado 7.9 mil milhões dos 9,8 mil milhões de meticais previstos, correspondentes a um desvio de 19%. O maior grau de execução deste quinquénio observou-se em 2014, com uma realização de 92%. Durante este quinquénio observou-se, no entanto, uma redução na evolução das despesas de 2013 para 2014 em 16%, dos 20.9 mil milhões observados em 2013. O quinquénio seguinte apresentou resultados menos satisfatórios, com uma média de execução da despesa prevista de 83%, 5pp abaixo do observado no quinquénio anterior. No mesmo modo, as despesas com a saúde cresceram em 32%, de 2015 a 2019, quase 4 vezes menor ao observado no quinquénio anterior. O grau de realização de 2020 mostra-se pouco comum a nível do sector da saúde, uma vez que, em média 14% do orçamento planificado não foi realizado no período de 2010-2020.

Em 2016, o nível das despesas com saúde que não se realizaram atingiu os 26%, maior que os anos analisados. O sector da saúde realizou 92% da despesa planificada em 2020. A taxa de realização é relativamente superior quando compara a realização de 2019 em 4% denotando que melhorias estão sendo feitas no cumprimento das metas planificadas. Não obstante a isso, o elevado grau de realização foi impulsionado pela descoberta das dívidas ilegais e pela pressão que o sistema nacional de saúde recebeu por forma a responder de forma rápida e eficiente a eclosão e propagação da pandemia da Covid-19, obrigando o governo a redefinir as suas prioridades a nível dos diferentes programas de gestão pública.

Gráfico 1 - Planificado vs. Realizado (Mil Milhões de MT)

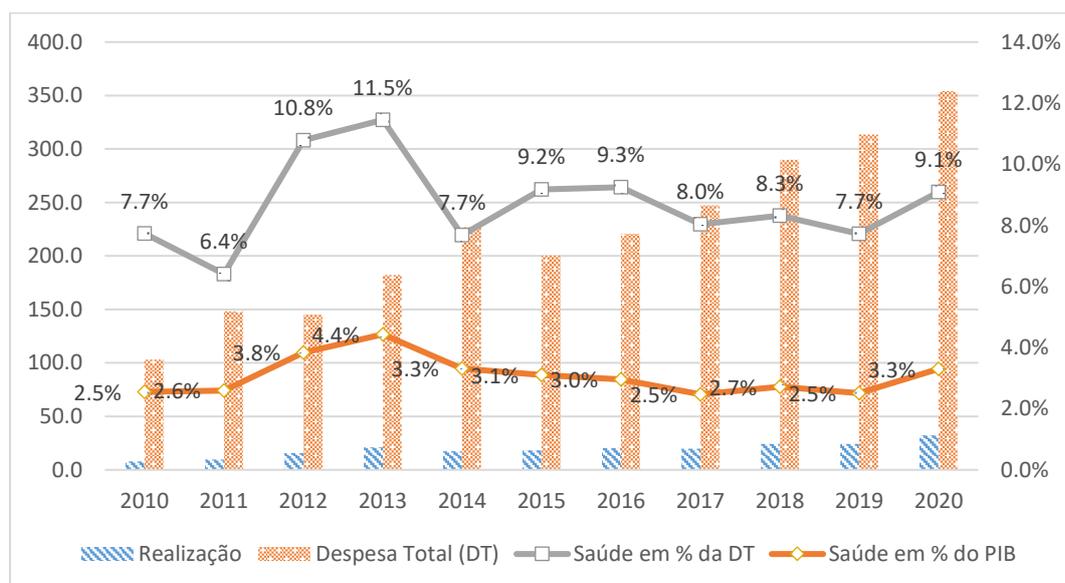


Fonte: OCS com base na CGE 2010-2020

Os dados orçamentais apresentam diferenças consideráveis na dotação (inicial, actualizada, cabimentada) e na realização das despesas. A dotação inicial refere-se à proposta de alocação orçamental apresentada pelo MEF, a qual, é apresentada à apreciação na Assembleia da República e em caso de revisão, é apresentada a dotação actualizada. No entanto, o MEF apresenta nalguns casos um défice de liquidez que pode fazer com que o desembolso seja menor que o previsto, a que corresponde à dotação cabimentada e as despesas realizadas referem-se à aplicação dos fundos recebidos pelo sector. Um dos principais agravantes da não realização total das despesas deve-se ao desembolso tardio de fundos que torna difícil garantir a realização das despesas com prazos curtos.

Nos últimos dez anos 2010 – 2020, o sector de saúde absorveu em média cerca de 19.2 mil milhões de meticaís, o que, em termos da despesa total, representa 8.8%, o equivalente a 3.3% do PIB. Os dados apontam que Moçambique está longe de atingir os mínimos previstos na declaração de Abuja – compromisso por parte dos países africanos no sentido de consagrarem 15% dos seus orçamentos nacionais às despesas com a saúde. No período do escândalo provocado com a descoberta das dívidas ilegais, o governo conseguiu manter os níveis de alocação nos anos anteriores, com uma alocação da despesa total em 12%, equivalente a 3% do PIB, em 2016. O orçamento alocado ao Sector da Saúde em 2020 representa 9.1% da despesa total de 2020 e 4.8% do PIB do mesmo ano.

Gráfico 2 - Despesa com o Sector de Saúde (Mil Milhões de MT)



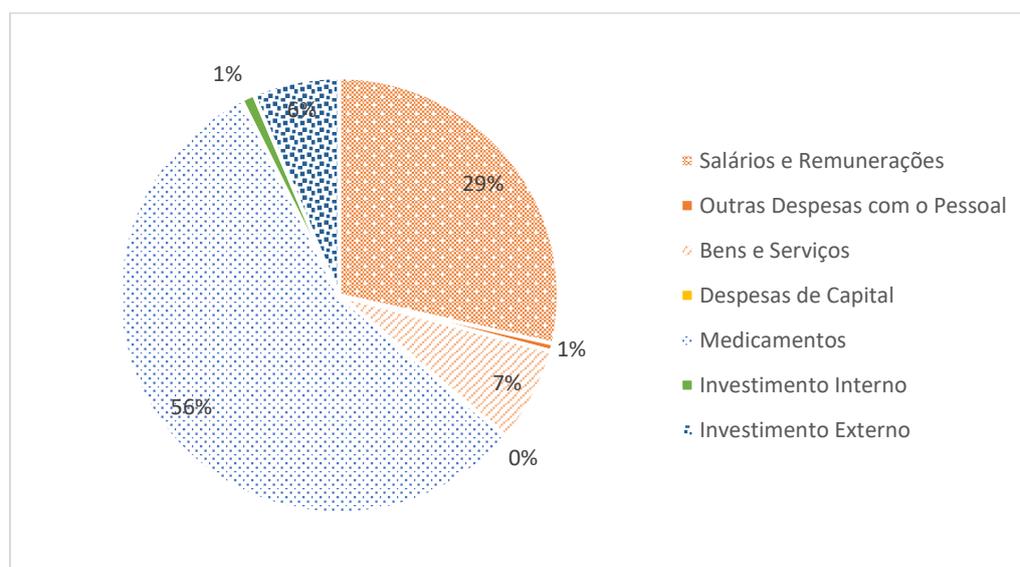
Fonte: OCS com base na CGE 2010-2020

A distribuição das despesas no Sector da Saúde é feita em despesas de funcionamento e de investimento. As despesas de funcionamento são compostas pelas despesas de pessoal (que incluem os salários e remunerações e outras despesas com o pessoal), os bens e serviços e despesas de capital. Ademais, há despesas de medicamentos (com o financiamento do OE e donativos em espécie) e as despesas de investimento interno e externo. As despesas de investimento estão relacionadas com gastos destinados a melhorar a eficiência e o desempenho do sector à médio e longo prazos através, entre outros, da construção de postos de saúde e hospitais, formação de médicos e enfermeiros, aquisição de equipamentos e artigos médicos, entre outras acções. Estas despesas são de investimento interno quando são financiadas através de recursos internos de investimento externo quando são usados recursos externos.

O REO MISAU<sup>4</sup> mostrou que a componente de medicamentos absorve neste sector a maior parte dos recursos onde, só em 2021, 56% dos recursos. Não obstante, as despesas com pessoal são as que absorvem também grande parte destes recursos, cerca de 29% em 2021. Por outro lado, temos as despesas de investimento, que contribuem directamente para a melhoria no acesso e qualidade de serviços. Estas despesas absorveram somente 7% das despesas no ano em referência (vide figura abaixo).

<sup>4</sup><https://www.misau.gov.mz/index.php/relatorios-de-execucao-orcamental?download=1278:misau-daf-reo-nacional-sector-saude-jan-dez-2021-vf>

Figura 1 - Composição da Despesa no Sector de Saúde em 2021



Fonte: OCS com base no REO MISAU 2021

Outro ponto crítico deve-se ao facto de 87% das despesas de investimento dependerem de recursos externos, num contexto em que existem diversos factores exógenos que criam incertezas quanto ao desembolso das doações externas e que tornam preocupante que uma proporção tão grande das despesas que garantem o crescimento e desenvolvimento deste sector estejam maioritariamente fora do controle do Governo. Deste modo, torna-se necessário que se tome maior esforço interno em garantir uma menor dependência de doadores para a realização destas despesas. De referir que, segundo o REO do MISAU de 2021, 49.7% do financiamento ao sector provieram de fundos externos.

O diagnóstico SARA<sup>5</sup> 2018 revelou, depois da recolha de dados para o inventário que cobriu 1,643 unidades sanitárias públicas, que 19% das unidades sanitárias visitadas não dispunham de fonte de energia eléctrica, 12% não dispunham de fonte de água dentro ou no recinto da unidade, somente 69% tinham sanitários para trabalhadores, 79% tinham sanitários para pacientes e cerca de 46% dentre as que deviam dispor, dispõem de casas de espera para mulher grávida, e que somente 5% das unidades sanitárias tinham todos estes requerimentos funcionais (água, electricidade, mobília, instrumental, reactivos, medicamentos, pessoal, etc.)

<sup>5</sup>[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-02/SARA\\_2018\\_Invet%C3%A1rio\\_Nacional.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-02/SARA_2018_Invet%C3%A1rio_Nacional.pdf)

## CAPÍTULO III: REVISÃO DOCUMENTAL

### 3.1. Breve Revisão Teórica

Duff (2004: p. 393) define a taxa de usuário como o valor cobrado pelo consumo de bens e serviços públicos, ou seja, o montante de dinheiro cobrado para o acesso a alguns benefícios especiais. Segundo Nolan e Turbat (1995) estas taxas foram criadas para alargar as fontes de financiamento do Estado e, em última instância, o investimento no sector de modo a melhorar as condições na provisão dos serviços através da maior disponibilidade de medicamentos, melhor qualidade no atendimento e maior cobertura universal de saúde.

Nolan e Turbat (1995) apresentam dois modelos que descrevem a adopção do sistema de taxas de usuário em África, que são:

- Modelo padrão - este modelo toma em consideração a existência de ineficiência e iniquidade no sistema de saúde ao redor do mundo, assumindo que a introdução destas taxas não tem como único objectivo a maior arrecadação de receitas pelo Estado, mas a promoção da eficiência e equidade no sector. Os benefícios em termos de eficiência provêm da introdução de um preço que cria incentivos a um uso apropriado dos serviços de saúde pelos utentes e os benefícios de equidade se referem ao uso desses recursos provenientes da taxa para o benefício dos pobres, com a melhoria dos serviços primários de saúde. A sua implementação deve ser acompanhada de uma descentralização do uso de recursos aos níveis regionais e até mesmo distritais, de modo que a aplicação das taxas de usuário se traduzam em eficiência e equidade.
- Modelo da Iniciativa Bamoko – este modelo enfatiza o envolvimento directa das comunidades no desenho de políticas e na gestão dos recursos para melhoria do sector. Assim sendo, as comunidades são responsáveis pela decisão do mecanismo de financiamento do sector, que podem ser pela adopção das taxas de usuário (na presença ou não de isenções) ou quaisquer outra formas de pagamentos ou taxas locais.

A Save the Children (2005) definiu as taxas de usuário como sendo pagamentos oficiais feitos pelos utentes para a provisão dos serviços sanitários. A razão que justifica a sua existência e possível crescimento é a insuficiência orçamental no sector (falta de receita) e a constante necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Enquanto o Banco Mundial (1987) argumenta que a aplicação das taxas de usuário promove a eficiência e equidade através do aumento das receitas de saúde, melhora a qualidade e a cobertura pela diminuição do excesso de demanda por estes serviços e muda os padrões de atendimento dos pacientes pobres para o

de pacientes ricos, a Save the Children defende que na realidade, isto não é o que acontece. Pelo contrário, em países em desenvolvimento, as receitas provenientes das taxas de usuário são muito baixas, correspondentes a menos de 10% nas despesas do sector e por isso tem pouco impacto sobre o orçamento do sector de saúde, os custos para a colecta são elevados e com baixa transparência.

O Relatório da OMS (2010)<sup>6</sup> afirma que, dentre vários outros factores, a aplicação das taxas de usuário representa um dos principais obstáculos para a cobertura universal da saúde. A OMS considera que países que arrecadam receitas via pagamentos directos incorrem mais a catástrofes financeiras. Dados recentes da OMS<sup>7</sup> afirma que, em 2017, a população total que enfrentava gastos catastróficos ou empobrecedores com saúde estava estimada entre 1,4 bilhões e 1,9 bilhões. Não obstante, revela que estes pagamentos directos impedem o acesso de serviços de saúde a milhões, resultando no empobrecimento de outras milhões de pessoas e que a redução da dependência por estes pagamentos pode acelerar o progresso rumo à cobertura universal da saúde.

Ademais, a introdução destas taxas promove iniquidade no acesso aos serviços sanitários, onde a utilização destes serviços tende a reduzir em cerca de 40% em resposta ao aumento das taxas de usuário, maioritariamente para as famílias menos favorecidas e com isto, no caso de aumentos que envolvam serviços de tratamento de doenças transmissíveis, há tendências de aumento da taxa de transmissibilidade. Aumentos nas taxas de usuário podem também abrir espaços para pagamentos informais e, dependendo do contexto legal, pode negativamente contribuir para uma maior liberdade à criação e aumento de taxas ilegais.

### **3.2. Implicações da adoção das taxas de usuário**

A taxa de usuário é um tema muito discutido internacionalmente, principalmente na área de economia da saúde, onde vários investigadores e governos têm vindo a analisar os impactos da adoção, da implementação e até mesmo da remoção das taxas de usuário nos países e os seus impactos, tanto na utilização dos serviços públicos de saúde pelos utentes, bem como no acesso e qualidade na provisão destes serviços.

Um estudo foi desenvolvido por Laterveer *et al* (2004) com o objectivo de analisar o impacto das taxas de usuário no sector de saúde em relação a equidade, na Tanzânia. Uma constatação importante foi que, com os dados disponíveis, não foi possível achar evidências de que a

---

<sup>6</sup>[https://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)

<sup>7</sup> [Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report \(who.int\)](#)

adoção das taxas de usuários ia de acordo com os seus principais objectivos, que são o de melhorar a qualidade do atendimento, disponibilidade de medicamentos e materiais médico-cirúrgicos, equidade e acesso aos mais pobres, pelo contrário, acharam evidência de escassez de medicamentos e outros materiais essenciais. Outrossim, constataram que as taxas de usuário são regressivas, contribuem substancialmente para a exclusão e corrupção e têm um impacto negativo na utilização dos serviços públicos de saúde pela população pobre das zonas rurais, principalmente pelas mulheres e crianças.

As evidências apresentadas por Dupas (2012) demonstraram que a elasticidade preço da demanda por serviços e produtos de saúde é de grande importância em países em desenvolvimento devido a subutilização que se verifica quando as taxas de usuário são altas. Deste modo, sugeriu que a introdução de taxas de usuário deve ser combinada com a isenção aos mais pobres, de modo a alcançar os objectivos de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, mas garantindo a equidade. A concepção da iniciativa da introdução de isenção das taxas de usuários aos pobres já tinha sido antes analisada por Badasu (2004), usando o contexto empírico do Gana, na qual constatou inúmeras deficiências na adopção destas políticas de isenção pela inexistência de critérios claros que determinem quando uma família pode ou não ser considerada pobre, tornando difícil para os profissionais de saúde identificar em que casos é que estas isenções podem ou não ser concedidas.

Não obstante, os défices orçamentais verificados neste sector e a necessidade de melhorar a qualidade da assistência sanitária fazem com que os responsáveis pelas cobranças destas taxas preocupem-se mais com a arrecadação de receita do que em analisar se os utentes são ou não isentos de taxas. No entanto, Badasu considera que esta política é importante e contributiva, na medida em que reduz os níveis de iniquidade no sector de saúde.

### **3.3. Impacto da remoção das taxas de usuário**

Dentre as várias discussões relacionadas às taxas de usuário, um dos estudos que têm se vindo a desenvolver nos últimos tempos diz respeito à política pública de redução ou remoção destas taxas e o seu impacto na utilização e qualidade dos serviços de saúde. Masiye *et al.* (2008) foi um dos pioneiros desta análise, com base empírica da Zâmbia. Os seus resultados revelaram um aumento significativo na utilização dos serviços públicos de saúde, no qual este aumento foi de cerca de 50% em cinco anos, somente no universo da população rural. Ademais, o aumento da utilização destes serviços mostrou-se maior em distritos com maior proporção de população pobre, e o consumo de medicamentos nas zonas rurais apresentou também um

aumento, em cerca de 40% e, segundo a percepção dos doentes e utentes no geral, não se verificou nenhuma deterioração na qualidade de atendimento. Passados oito (8) anos, foi novamente usada a base de evidências da Zâmbia por Masiye *et al* (2016) para comprovar que com a remoção das taxas de usuário nos serviços primários de saúde, grande parte dos utentes que demandaram por serviços públicos de saúde beneficiaram-se de serviços grátis. Deste modo, defenderam a importância da sua remoção nos serviços primários de saúde, garantindo automaticamente a equidade na oferta da assistência médica às diferentes classes sociais.

Abuya *et al* (2018) também contribuíram nesta temática, onde constataram que esta política de remoção das taxas de usuário não implica na maior utilização do serviço de saúde com o tempo e não aumenta o acesso pelos mais pobres ou nas zonas rurais, visto que em muitos casos não é acompanhada pelo melhoramento de infra-estruturas ou da qualidade destes serviços. A experiência do Quênia revelou que a eliminação das taxas de usuário sem a existência de meios alternativos de arrecadação de receita pelo sector da saúde torna difícil a provisão dos serviços de saúde, visto que vários estudos semelhantes já comprovaram que pagamentos directos ao acesso aos serviços de saúde baseada na demanda e utilização de tais serviços pode convergir para a melhoria da qualidade destes serviços.

### **3.4. Políticas de taxas de usuários e género**

A política das taxas de usuários e a sua relação com a demanda e utilização dos serviços de saúde foi um tema inicialmente por Nanda (2002), baseado em alguns países africanos, num contexto em que várias outras pesquisas centravam-se nos pobres, mas não abordavam com a desagregação do género. Este estudo considera que o custo de oportunidade que as mulheres incorrem de modo a pagar as taxas em estudo são maiores que o dos homens, levando possivelmente a dívidas visto que as mulheres são as que mais demandam por serviços de saúde e apresentam uma elasticidade preço da demanda muito rígida. Levantando-se assim as questões de igualdade de género, constataram que estas taxas de usuário não são aplicadas equitativamente visto que não tomam em conta a sensibilidade ou importância do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (não só pré-natal, como também o planeamento familiar, abortos, tratamento de ITS e de ginecologia).

O posicionamento de Plouffe *et al* (2020) em relação às questões de género e estas políticas públicas são de que a redução ou remoção das taxas de usuário não eram suficientes para incentivar as mulheres nas suas decisões de procura e tratamento sanitário, visto que as questões culturais e normas sociais desempenham um papel crucial nos seus costumes e

hábitos, concluindo que a cobertura universal de saúde, só pode ser alcançada se for tomada em conta a equidade de género no acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, tanto Nanda (2002) assim como Plouffe *et al* (2020) concordaram que os economistas de saúde precisam estar mais contextualizados à realidade financeira nas mulheres na aplicação das taxas de usuário, de modo a captar o seu impacto da utilização dos serviços de saúde por mulheres, incluindo os serviços de saúde reprodutiva.

Um estudo mais profundo foi desenvolvido por Leone *et al* (2015) relacionando a remoção das taxas de usuário e a probabilidade de que os partos institucionalizados aumentem, com a hipótese de que esta remoção traria benefícios aos pobres. Usaram dados de cinco (5) países africanos: dois que experimentaram estas reformas (Gana e Burkina Faso) e três que não experimentaram (Zâmbia, Camarões e Nigéria). Os resultados foram de que as reformas das taxas de usuário estão associadas aos partos em instalações sanitárias (em cerca de 27%). Com isto, a evidência foi de que existe um impacto positivo entre o acesso aos partos institucionais e a remoção das taxas de usuário, ou sejam, mais mulheres das zonas rurais e em condições socioeconómicas baixas optam por partos institucionais.

### **3.5. Taxas de usuário no contexto de Moçambique**

Um dos primeiros estudos empíricos realizados sobre o tema, sobre as taxas de usuários, foi desenvolvido por Yates (2006), onde analisou a implicação da remoção das taxas de usuário nos serviços público de saúde em Moçambique, baseado na experiência internacional. Na sua análise, considerou que uma vez que a contribuição das receitas provenientes desta taxa era quase insignificante em Moçambique, seria muito difícil apresentar quais aspectos negativos a eliminação desta taxa traria, pelo contrário, o crescimento das despesas do sector de saúde nos últimos 4 anos até a análise foi de 68 vezes a suposta receita provenientes das taxas de usuário. Yates defende que, mesmo que esta política tenha benefícios e que os seus custos sejam baixos, grande parte dos países em desenvolvimento não a aplicam de forma eficiente, isto é, um bom planeamento e implementação permitiriam com que Moçambique fosse um dos primeiros países em desenvolvimento a implementarem-na efectivamente, maximizando os benefícios e minimizando os custos. Os principais desafios são:

- Garantir um substancial aumento do orçamento ao sector de saúde;
- Melhorar a eficiência na alocação de modo a aumentar a demanda de serviços gratuitos;
- Aumentar a oferta de profissionais de saúde qualificados, de modo a lidar com o crescimento dos utentes.

Outra análise sobre o tema foi desenvolvida por Cabral (2007) no seu relatório sobre a abolição das taxas de usuário do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, no qual concluiu que a remoção da taxa de consulta aumenta a procura por consultas curativas e a remoção da cobrança de medicamentos aumenta a procura numa proporção ainda maior. No entanto, esta remoção leva a perdas pequenas de receitas consignadas e aumento das consultas que originam um ínfimo crescimento dos gastos correntes do SNS, na ordem dos 6%. Não obstante, defende que a sua remoção beneficia a população, principalmente a mais pobre e residente em zonas menos monetizadas, pois o acesso mais fácil aos serviços de saúde pode contribuir para episódios de doenças de curta duração (menores perdas de rendimentos pelas famílias) e menor sobrecarga de pagamentos para os orçamentos das famílias. Este aumento de consumo destes serviços também impulsiona a melhorias na prestação de serviços pelo aumento das exigências por partes dos utentes.

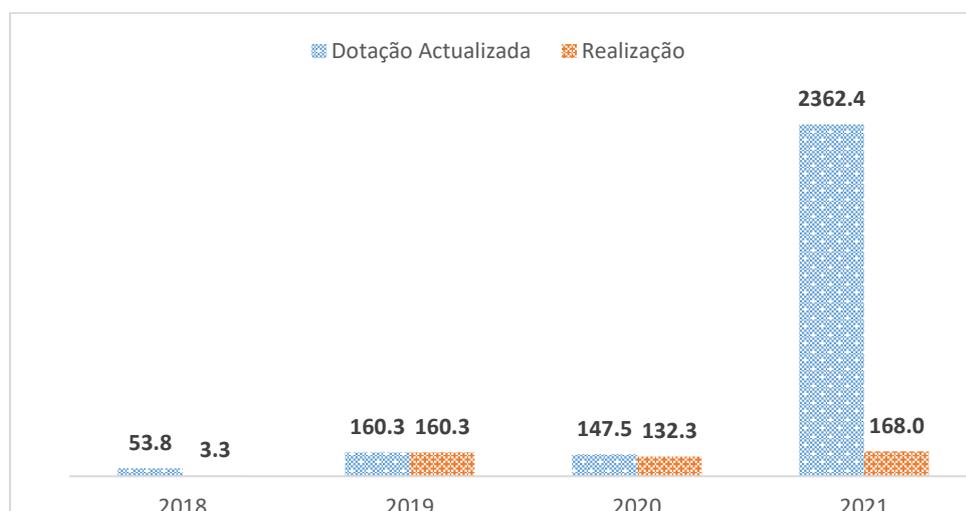
O posicionamento do Ministério da Saúde (2010) é de que as receitas provenientes das taxas de usuário aplicadas em Moçambique são pouco significativas em relação ao total das despesas as quais o sector de saúde do país incorre. No entanto, reconhecendo o impacto que estas taxas podem trazer à população (principalmente aos mais desfavorecidos financeiramente, pela barreira ao acesso aos serviços de saúde), informou sobre a discussão existente sobre a política de remoção das taxas de consulta, num contexto em que alguns grupos de moçambicanos, como é o caso de mulheres grávidas, crianças menores de 5 anos e pacientes com doenças crónicas, já se beneficiavam de serviços primários de saúde isentos de pagamentos. Os efeitos cambiais e da taxa de inflação foram, segundo o MISAU, factores determinantes para o aumento aceitável que se verifica no custo com saúde no país.

Há concordância entre todos os estudos feitos de que a introdução das taxas de usuário tem como objectivo primordial a melhoria da eficiência no sector de saúde, surgindo como uma alternativa de arrecadação de receitas que sejam no final despendidas em investimentos neste sector, melhorando a qualidade e acesso aos serviços de saúde. Outro ponto de encontro entre diversos dos estudos citados cinge-se na necessidade que o sector de saúde tem em buscar por cada vez mais fontes alternativas de financiamento, visto às várias deficiências que o sector apresenta, principalmente nos países mais pobres, onde há insuficiência de medicamentos, material médico-cirúrgico, bem como outros materiais, falta de infra-estruturas, entre outros factores, que concorrem para a incapacidade do sector de saúde em prover serviços de qualidade para a população. No entanto, a sua implementação tem se mostrado como uma

barreira de entrada aos utentes, principalmente aos que pertencem às zonas não monetizadas, pela incapacidade considerável destes de pagar pelo acesso aos serviços primários de saúde.

Várias são as linhas de pensamento que defendem ou não a abolição das taxas de usuários e os seus posicionamentos dependem de factores socioeconómicos e também políticos. O presente estudo pretende contribuir para a literatura, considerando aspectos ligados à desigualdade e pobreza, ilegalidades no processo de cobrança e demais aspectos pouco abordados em estudos anteriores.

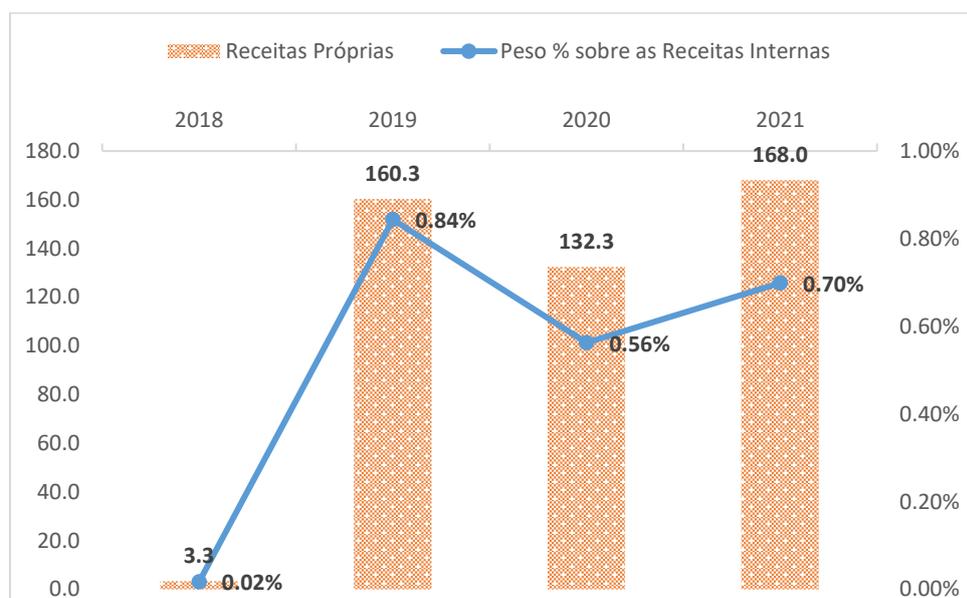
*Gráfico 3 - Receitas Próprias (Mil Milhões de MT)*



*Fonte: OCS com base no REO MISAU 2018-2021*

As receitas provenientes das taxas de usuário em Moçambique estão presentes no Relatório de Execução Orçamental do MISAU, designadas por Receitas Próprias. Em todo o país, o sector de saúde arrecadou cerca de 160.3 milhões de meticais, em 2019. Este valor veio a decrescer em 2020 em cerca de 17% e em 2021, o total das receitas próprias eram de 168 milhões de meticais, um crescimento de 27% em relação ao ano anterior. Nota-se, com estes dados, que a evolução destas receitas não segue alguma tendência lógica, tornando-a um meio “imprevisível” de arrecadação de receitas e uma modalidade de recursos não segura para o financiamento sustentável ao sector de saúde.

Gráfico 4 - Receitas Internas e Receitas Próprias (Mil Milhões de MT)



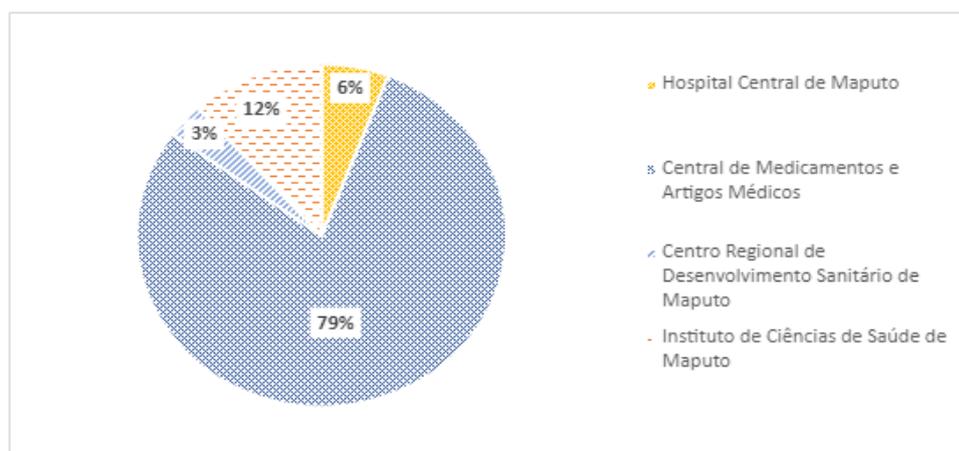
Fonte: OCS com base no REO MISAU 2018-2021

Um ponto crítico relacionado a estas receitas refere-se à execução de apenas 6.1% dos 53.8 milhões de meticais previstos em 2018 e 7.1% em 2021, face a dotação de cerca de 2.4 mil milhões de meticais prevista para 2021. Não obstante, a incerteza quanto ao grau de realização das receitas próprias no sector de saúde contribui para a inviabilidade da sua adopção como uma fonte segura e sustentável de financiamento ao sector. Ademais, o peso da sua realização tem apresentado um contributo quase insignificante em relação à totalidade das receitas internas que financiam o sector. Em geral, nos últimos 4 anos, a média do peso das receitas próprias em relação ao total das receitas internas foi de somente 0.5%.

### 3.5.1. Quem são os maiores contribuintes ao nível central?

Em 2021, no âmbito central, a arrecadação das receitas próprias foi de 11,3 milhões de meticais, feita pelo Hospital Central de Maputo (HCM), Central de Medicamentos e Artigos Médicos, Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Maputo e Instituto de Ciências de Saúde de Maputo. Neste ano, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos foi a maior contribuinte das receitas próprias com uma arrecadação de 8,9 milhões de meticais, equivalentes a 79% destas receitas, a nível central. Ademais, o REO MISAU de 2021 mostra que o HCM arrecadou 663 mil meticais, que correspondem a uma percentagem de 6% (vide figura 2), no entanto, a totalidade das taxas arrecadas pelo HCM não estão reflectidas no REO, mas foram posteriormente adicionadas via incorporação de balancete.

Figura 2 - Fonte das Receitas Próprias - Âmbito Central



Fonte: OCS com base no REO MISAU 2021

### 3.5.2. Taxas de usuário versus despesas do sector de saúde

Nos últimos dez anos, as despesas com o sector de saúde aumentaram, em média anual, em 2.2 mil milhões de meticais, equivalentes a uma taxa de crescimento média anual de 16%, em termos nominais. No entanto, o peso da receita própria mais alta arrecadada nos últimos anos (em 2021, de cerca de 168 milhões de meticais) em relação ao crescimento médio anual das despesas de saúde foi de somente 8%, isto é, as receitas próprias contribuem em somente 8% na despesa adicional anual, tampouco podemos dizer quando comparamos as despesas totais do sector de saúde, como vimos na figura acima. Esta é uma informação que sustenta a ideia da ínfima relevância financeira destas receitas face às necessidades do sector.

Embora as contas públicas indiquem que as receitas provenientes das taxas de usuário são incorporadas nas receitas próprias, estas receitas próprias são compostas também, nalguns casos, por recursos provenientes dos serviços secundários geridos pelos hospitais e US como, por exemplo, o arrendamento de espaços para terceiros (aos bancos para colocação de ATM's, às empresas para comércio de bens alimentares), entre outros. Assim, observamos que pela composição das receitas próprias, estes dados não permitem monitorar, com exactidão, o contributo singular destas taxas como fonte de financiamento às despesas do sector de saúde. Pela autonomia que as unidades hospitalares têm na cobrança destas taxas, abre-se espaço não só para cobranças ilícitas como também a situações de não consignação da totalidade das receitas arrecadadas. Ainda, é importante que esteja clara a consignação destes recursos e que o seu rastreio até aos cofres do Estado esteja clara, o que permitirá, ao governo e aos demais agentes, avaliar a eficácia desta política das taxas de usuário como alternativa ao financiamento do sector de saúde, no contexto moçambicano.

## CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

### 4.1. Métodos para Colecta de Dados

O estudo foi realizado com recurso à análise quantitativa e qualitativa. Segundo Botelho e Cruz (2013: p. 52), “as duas abordagens não se excluem, uma vez que a abordagem quantitativa busca indicadores e tendências observáveis e a qualitativa destaca os valores, crenças e atitudes”. No tange a dados quantitativos, foram usados os dados orçamentais referentes aos pagamentos na utilização de serviços de saúde, receitas arrecadadas pelo Estado no sector da saúde, despesas executadas pelos hospitais, entre outros. Os dados em alusão foram obtidos com recurso a documentos orçamentais oficiais, nomeadamente: Relatório de Execução Orçamental (REO), Conta Geral do Estado (CGE), bem como outros documentos complementares com informações relevantes.

Ademais, foram realizadas, através de entrevistas semi-estruturadas junto de informantes-chave como Directores e Gestores das unidades sanitárias e utentes. Foram obtidas através da administração de inquéritos que trouxeram as informações de campo, dos utentes e administradores de saúde. Os dados foram analisados com recurso aos pacotes estatísticos Excel e Eviews-11, com recurso à estatística t-student a um nível de significância de 5%.

Atendendo ao posicionamento dos entrevistados, a explicação das motivações e importância da existência das taxas de usuário suscitou um conjunto de resultados qualitativos que permitiram uma maior compreensão, de acordo com experiências vividas pelos utentes.

#### 4.1.1. Inquéritos

Foram inqueridos utentes e não-utentes (os que estejam nas proximidades das unidades sanitárias) de Hospitais Centrais, Provinciais, Gerais, Rurais e/ou centros de saúde de todas as províncias do país. Esta decisão esteve relacionada ao facto de cada uma das províncias apresentar características diferentes em relação aos níveis de densidade populacional, desigualdade económica, pobreza, acesso aos serviços de saúde, entre outros factores importantes.

As províncias de Zambézia e Nampula apresentam maiores níveis de densidade populacional, assim sendo, ambas registam maior demanda pelos serviços de saúde. Ademais, Niassa, por exemplo, é considerada uma das províncias com maior concentração de pessoas financeiramente desprovidas no país, o que permite perceber que as despesas para o acesso aos serviços de saúde são empobrecedoras. No entanto, com excepção da Cidade de Maputo, estas apresentam uma predominância de zonas rurais, com a população maioritariamente pobre, o

que torna as taxas de usuário uma barreira acentuada para o acesso aos serviços de saúde, sendo que os pagamentos directos geram consequências negativas para as famílias. Do mesmo modo, a Cidade de Maputo permitiu-nos que captássemos, com maior precisão, o outro grupo social (classe média), denotando até que ponto estas taxas influenciam na demanda por serviços de saúde.

A amostra é constituída por utentes e não-utentes de todas as províncias do país. Os inquéritos foram administrados em todas as capitais provinciais, bem como em centros de saúde de algumas zonas rurais, onde identificou-se predominância de grupos sociais desfavorecidos. A escolha das zonas rurais e urbanas permitiu-nos colher as sensibilidades daqueles que pagam diferentes taxas e com acesso a serviços de saúde diferenciados, tanto em termo de qualidade assim como em termos de quantidade de serviços disponíveis. A selecção dos inquiridos seguiu-se de dois modos: primeiro, pelas informações que os inquiridores locais tinham sobre as condições de saúde dos utentes e, segundo, pela escolha aleatória de indivíduos residentes nas proximidades do hospital ou centro de saúde analisado (no caso dos não-utentes).

Depois de passarem por uma formação sobre o tema da pesquisa e sobre a utilização da plataforma *Google Forms*, os inquiridores foram responsáveis por preencher a plataforma, evitando inconsistência ou invalidez de alguns inquéritos, tendo em conta as facilidades no acesso a internet.

#### ***4.1.2. Entrevistas semi-estruturadas***

Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas a alguns informantes-chave locais, como é o caso de provedores de saúde, administradores, gestores e chefes de serviços de saúde, de modo que trouxessem informações sobre as cobranças, tendo em conta os preços previstos na lei. Ademais, permitiram captar as receitas provenientes destas cobranças, para perceber as despesas deste sector, sob o ponto de vista da sua gestão e custos administrativos associados (os custos do atestado de pobreza, por exemplo). No entanto, observou-se que as taxas fixadas são uniformes aos valores pagos pelos utentes.

Outras informações importantes são relativas à falta de diagnóstico, atendimento ou tratamento associados aos pagamentos das taxas. Adicionalmente, será possível verificar se se cumpre com a recomendação da OMS de que as taxas sejam "*low and flat*", ou seja, que à entrada do paciente no hospital, o pagamento seja feito somente no guiché à entrada e não haja mais nenhuma cobrança.

Estes informantes-chave permitiram auferir, igualmente, o que poderia estar por detrás das taxas altas em certos serviços, como é feita a alocação dos fundos que proveem destas cobranças e que consequências a sua abolição traria na oferta e funcionamento das actividades hospitalares.

#### **4.2. Amostra**

Como forma a captar os principais/reais efeitos que as implementações das taxas de usuários têm tido para a população (os utentes), a amostra foi composta por um grupo de utentes que periodicamente é obrigado a demandar por serviços de saúde. Neste caso, o inquérito esteve focado em utentes que demandam por um atendimento especializado a nível hospitalar (maternidade, raio-X, etc.) e em doentes crónicos (doenças de longa duração ou de lenta progressão que podem causar danos a saúde - estes utentes demandam constantemente por serviços de saúde), entre outros serviços hospitalares. Com esta amostra populacional, esperava-se perceber o impacto que os pagamentos para o acesso aos serviços de saúde têm no custo de vida dos utentes, num contexto em que o pagamento por estes serviços representa um custo de oportunidade elevado, que pode conduzir à reprodução da pobreza.

Os inquéritos realizados estiveram centrados em dados pessoais básicos (grupo etário, género e residência), distância percorrida até ao hospital, qualidade do atendimento (segundo a percepção do utente face à disponibilidade de serviços, tempo de espera para o atendimento, entre outras) e os custos associados, capacidade de pagamento pelas consultas, os efeitos das taxas nos orçamentos familiares, o custo de oportunidade destas taxas de usuário em relação às despesas com educação e outras necessidades básicas, as consequências da aplicação das taxas para o agravamento de doenças (pela barreira de entrada que esta representa) e mais informações complementares.

Os inquéritos e entrevistas estiveram centrados tanto em hospitais centrais, provinciais, distritais e rurais, bem como em centros de saúde urbanos e rurais. Recorreu-se à selecção de diferentes níveis devido a diferenças tanto na oferta de serviços, assim como nas taxas em vigor. No total, foram inqueridas mil e cem pessoas (entre utentes e não-utentes) e entrevistados 2 provedores de saúde por província.

## CAPÍTULO V: ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 5.1. Resultados dos Inquéritos

O inquérito que consubstancia a presente pesquisa foi composto por 21 perguntas e foi respondido exclusivamente via web com recurso à plataforma *Google Forms*, entre 01 de Outubro e 25 de Novembro de 2022, tendo sido recolhidas 1100 inquéritos completamente preenchidos.

Os inquéritos foram administrados em todas as províncias do país, sendo que cada província contou com 100 inquéritos. Do número total dos inqueridos, 53.7% eram mulheres e os restantes 42.3% eram homens. Ademais, maior parte dos inqueridos tinham idades compreendidas entre 36 e 60 anos, cerca de 53.7%. Os inquiridos, com idades entre 18 e 35 anos, foi de 36.9%, e 9.4% tinham idades superiores a 60 anos.

Quando questionados sobre estarem ou não a exercer uma actividade de remuneração fixa, 54% responderam que sim, e 46% responderam que não. Em relação à média da despesa mensal de casa (alimentação, energia eléctrica, água, transporte, entre outros) 33.2% dos inquiridos responderam que tinham uma despesa abaixo de 5 mil meticais, 39.3% com uma despesa mensal entre 5 e 10 mil meticais, 14.3% com uma renda entre 10 e 15 mil meticais, 11.1% com renda entre 15 e 30 mil meticais e somente 2.2% responderam que tinham uma despesa mensal acima de 30 mil meticais. Neste sentido, de modo a concentrar a presente análise sobre o impacto das taxas de usuário para grupos sociais mais desfavorecidas, que enfrentam dificuldades financeiras enormes. Mais de 70% dos inquiridos, entre utentes e não utentes, apresentavam uma despesa mensal abaixo de 10 mil meticais.

Em relação ao agregado familiar dos utentes e não-utentes inquiridos, 48.1% afirmaram ter de 4 a 6 pessoas vivendo em sua casa, 36.1% tiveram de 1 a 3 pessoas e 15.8% responderam que vivem em sua casa mais de 6 pessoas. Destes inquiridos, 48.2% afirmaram que somente uma pessoa é remunerada, 28.5% dos inquiridos afirmaram que em suas casas, duas pessoas encontravam-se a trabalhar e os restantes 23.3% têm três ou mais membros do agregado a trabalhar. Ou seja, quase metade da amostra tinha apenas um membro da família capaz de fazer assistência nas despesas familiares.

Os inquéritos foram administrados tanto em hospitais assim como em centros de saúde urbanos e rurais, correspondentes a 50.4% e 49.6%, respectivamente.

Quando questionados sobre a qualidade dos serviços dos hospitais e centros de saúde aos quais frequentam (no que toca ao atendimento, tempo de espera, disponibilidade de medicamentos e

oferta de serviços), 53.2% dos inquiridos afirmaram que esta é razoável, 12% consideram-na boa, 21.9% consideram-na má e 12.8% consideram-na muito má. Neste contexto, sublinham-se as deficiências que se verificam nas US, concernentes à falta de medicamentos, de infra-estruturas, entre outras.

Do total dos inquiridos, somente 35.3% afirmaram saber o que são e para que servem as taxas de usuários e, quando explicados sobre o seu conceito e objectivo, 49.2% responderam que não concordavam com a existência destas taxas, 22.3% afirmaram que concordam e 28.5% mostraram-se indiferentes face à sua existência.

Quando questionados se já teriam sido cobrados algum valor para ter acesso aos serviços na US, 20.6% afirmaram que nunca foram cobrados, 30.9% já foram cobrados uma vez e a maioria, correspondente a 48.5%, afirmaram que têm sido cobrados frequentemente, para o acesso aos serviços públicos de saúde. Destes, 22.3% efectuaram os pagamentos na secretaria da US, 13.8% pagou directamente ao provedor e 63.9% pagou na sala de consulta. Percebe-se que este é um indicador que sustenta a ideia de que as cobranças ilícitas são praticadas e que, em parte, ocorrem pela falta de informação pelos utentes.

Na maioria dos hospitais e centros de saúde, as tabelas de preços dos serviços prestados não se encontram afixadas, e isto foi comprovado pelas respostas dos inquiridos. Somente 14.2% afirmaram que estas estavam afixadas nas unidades sanitárias que frequentam e a maioria, de 85.8%, afirmou que não. Este fenómeno foi verificado em grande parte dos hospitais e centros de saúde do país, pela não afixação da tabela de preços dos serviços aos quais dispõem, o que abre, como consequência, espaço para que os provedores de saúde possam efectuar algumas cobranças ilícitas, abrindo espaço para prática da corrupção.

Os utentes e não-utentes inqueridos foram questionados sobre quanto tiveram de pagar na última consulta e 14.3% afirmaram não ter feito nenhum pagamento, 67.3% pagaram um valor de 1 a 100 meticais, 12% pagaram de 101 a 500 meticais, 5.1% afirmaram ter pago um valor que variou de 501 a 1000 meticais e 13.3% pagaram mais de mil meticais em sua última consulta (de acordo com as informações que foram colhidas, os utentes e não utentes que incorreram a um pagamento superior a mil meticais demandavam por consultas especializadas de nível hospitalar).

Aos inquiridos que foram cobrados, 57.5% afirmaram que tiveram de efectuar outro(s) pagamento(s) para dar continuidade aos tratamentos aos quais foram submetidos. Destes,

41.6% efectuaram pagamentos que variaram de 1 a 100 meticais, 10.9% efectuaram pagamentos de 101 a 500 meticais e os demais efectuaram pagamentos acima deste valor.

Os inquiridos foram também questionados sobre os meios por eles usados para poder ter condições de pagar pelo atendimento/tratamento, tendo 60.8% respondido que recorre a recursos próprios, 17.4% ao apoio de familiares e terceiros, 5% recorre a empréstimos e cerca de 17% recorre a outras formas de arrecadação de recursos para fazer face às suas despesas com saúde.

Cerca de 56% dos inquiridos afirmaram que tiveram de sacrificar alguma necessidade básica (alimentação, energia eléctrica, água, transporte, entre outros) para poder pagar pelas taxas, dos quais a alimentação mostrou-se a necessidade mais sacrificada (respondido por 36% dos inquiridores), num contexto em que Moçambique chama a atenção da Organização das Nações Unidas, na lista dos países com risco de insegurança alimentar<sup>1</sup> e, de acordo com a UNICEF, o país apresenta extremamente elevados níveis de desnutrição crónica (43 por cento) em Moçambique afectam quase uma em cada duas crianças menores de 5 anos<sup>2</sup>.

Uma das grandes deficiências encontradas no sistema público de saúde, em Moçambique, reside na falta de medicamentos nos hospitais e unidades sanitárias. Assim, os utentes obtêm receitas e são obrigados a recorrer às farmácias privadas para terem acesso aos medicamentos receitados. Este facto é também sustentado no inquérito administrado, onde 72% dos utentes e não-utentes inquiridos afirmaram que, após a consulta, a farmácia do hospital e/ou centro de saúde não dispunha de toda a medicação receitada.

#### ***5.1.1. Constatações-chave das informações dos inquéritos***

Grande parte dos inquiridos mostrou ter pouco conhecimento sobre as taxas de usuário e sobre a finalidade dos fundos arrecadados através destas cobranças legalmente previstas. Ademais, o espaço de corrupção e de cobranças ilícitas existe por não se afixar tabelas dos preços nas unidades sanitárias, o que permite com que os profissionais de saúde tenham uma autonomia para cobrar valores maiores que os previstos para os diferentes serviços que estas unidades sanitárias oferecem.

Outro ponto importante indicou que, embora estas taxas existam com a primordial intenção de servir de financiamento alternativo às despesas no sector de saúde e para melhorias na qualidade dos serviços públicos prestados, grande parte dos utentes e não-utentes inquiridos mostrou-se insatisfeito com a actual qualidade dos serviços, na qual a falta de medicamentos

continua a ser um dos problemas que mais assolam o sector. Neste contexto, com esta amostra, os utentes não concordam com a existência das taxas.

Observou-se igualmente que os utentes têm feito pagamentos fora do compartimento dedicado às cobranças e, em muitos casos, estes utentes não têm um claro conhecimento sobre o procedimento correcto no processo de cobranças. Isto é, por assimetria de informação por parte dos utentes, este acto de corrupção pode suceder-se inconscientemente. Ademais, os utentes têm frequentemente incorrido a recursos próprios de modo a arcar com despesas com saúde e, com isto, sacrificam algumas necessidades básicas para arcar com outras despesas, com principal enfoque para a alimentação. Neste sentido, as despesas com saúde são consideradas catastróficas para as populações desfavorecidas.

Segundo a OMS (2021), o risco de despesas catastróficas com saúde surge quando os cidadãos incorrem a gastos próprios que estejam entre 10 a 25% dos gastos totais de saúde. A estrutura da despesa mensal por agregado familiar, apresentados no relatório do Inquérito sobre o Orçamento Familiar 2019/20, mostrou que, em Moçambique, os gastos totais de saúde representam 1.7% do total das despesas. No entanto, o universo do IOF 2019/2020 corresponde à população residente em território nacional, cuja amostra foi dimensionada de modo independente para cada uma das províncias do país. Tendo em conta os objectivos desta pesquisa, como descrito na metodologia, contou com uma amostra específica de utentes que demandam por um atendimento especializado a nível hospitalar (maternidade, raio-X, etc.) e em doentes crónicos (que demandam por serviço de diálise, por exemplo), entre outros serviços hospitalares. Neste sentido, observa-se que, para a amostra seleccionada, o gasto com os serviços de saúde é maior, o que fundamenta e sustenta as principais conclusões e constatações apuradas.

## **5.2. Resultados das Entrevistas Semi-Estruturadas**

Para efeitos de maior entendimento sobre o processo de cobrança das taxas de usuário, gestão dos recursos arrecadados e questões relacionadas, foram entrevistados 22 funcionários das secretarias, técnicos de saúde e médicos e responsáveis pela gestão financeira nas unidades sanitárias.

As fontes afirmaram que o valor cobrado aos utentes, na recepção para a consulta e obtenção de fármacos, é depois depositado ao cofre das finanças ou no banco para que posteriormente sirva para o uso no funcionamento das unidades sanitárias. Este valor, prosseguiram, serve de fundo próprio das unidades sanitárias para a contratação de bens e serviços, como provisão de

água, energia eléctrica, assim como para suprir outras despesas de combustíveis e lubrificantes para as viaturas que garantem o transporte dos técnicos, kits de medicamentos e de pacientes em estado grave e para todos os distritos da província. Deste modo, os responsáveis hospitalares asseguraram que, mensalmente, é emitido um cheque à Direcção Provincial das Finanças solicitando o valor depositado para o pagamento das despesas do funcionamento hospitalar. Assim, a ideia de que estas taxas melhorariam a qualidade dos serviços do sector é colocada em causa, visto que as informações obtidas deixam claro que as receitas arrecadadas têm servido para fazer face a algumas despesas correntes dos hospitais e centros de saúde.

Os servidores entrevistados, nalguns centros de saúde, consideram que as receitas consignadas têm servido para as despesas não observadas no Orçamento do Estado como, por exemplo, o pagamento de guardas ou para responder a situações de emergência. Entretanto, alguns responsáveis do sector da saúde, nesta província, consideram que a disponibilização gratuita dos medicamentos pode levar ao seu desperdício. Reconheceram também o facto real de desvio de medicamentos protagonizado por alguns funcionários “desonestos” nos armazéns de medicamentos em diversas unidades sanitárias.

Segundo técnicos da enfermagem geral, os valores cobrados pelas unidades sanitárias no país são mínimas ou simbólicas para auxiliar na compra de medicamentos. Referiu que os custos dos fármacos são bastante elevados para a aquisição pelo MISAU, daí que o valor arrecadado pelas taxas de usuários não reflete real valor de aquisição.

Explicaram, adicionalmente, que as taxas constituem uma forma de ajudar os hospitais na arrecadação de receita para pagamento de alguns serviços básicos, tendo em conta que se incorre a elevados e inúmeros custos para garantir a qualidade dos serviços de saúde, bem como para compra de equipamento hospitalar. “A taxa mínima de 10 meticais, que é cobrada durante o internamento estipulado pelo Ministério da Saúde, não compensa as despesas do alojamento hospitalar”, lembrou um dos entrevistados.

De acordo com as fontes, na situação em que o paciente necessita de serviços públicos de saúde que devem ser pagos, mas sem condições, aconselha-se que o utente apresente um atestado de pobreza autenticado que comprava a sua situação de carência financeira para arcar com taxas nos serviços de saúde. Apesar dos efeitos reais das taxas de usuário na saúde dos utentes sobre

a capacidade ou não das unidades sanitárias, em acompanhar o tratamento de utentes sem capacidade financeira para os seus tratamentos, o médico ouvido pelo OCS considerou que o atendimento público é gratuito e que em casos de o paciente ser encaminhado para os exames nos hospitais provinciais, é-lhe atribuído uma guia para o efeito, não incorrendo a pagamentos adicionais.

Tem-se constatado igualmente avarias das máquinas que efectuam os exames, o que muitas vezes penaliza os utentes de baixa renda desprovidos de recursos para se dirigir aos hospitais privados. De acordo com os médicos ouvidos, existe uma relação saudável com o sistema de saúde privado, sobretudo para atender os diagnósticos de algumas patologias, em que não são detectadas no Sistema Nacional de Saúde, devido à falta de equipamento adequado. O médico assumiu, no entanto, que alguns pacientes, face a esta situação, ficam desmotivados a fazer exames de doença por alegados custos elevados, o que dificulta, sobretudo, os diagnósticos clínicos e prejudica a saúde dos utentes em causa.

Em entrevista com um chefe da repartição provincial de farmácia, este afirmou estar abalizado sobre a situação em que os pacientes estão sujeitos a taxas, mas avançou que as taxas aplicadas são todas do consenso do MISAU e do MEF. Na mesma senda, reconheceu que algumas taxas de usuário são elevadas e que, de certa forma, prejudicam o bolso dos pacientes. No entanto, afirmou adicionalmente que os mais desfavorecidos devem estar acompanhados de atestado de pobreza e livros de assistência médico-medicamentosa para terem acesso aos serviços grátis, e caso não apresentem a devida documentação, estão sujeitos a pagar as taxas.

Entretanto, como discutido no capítulo anterior, a obtenção destes documentos pode representar mais uma barreira para algumas pessoas pelos custos administrativos, de transporte, e mais, que têm de arcar até que consigam obter tais documentos, principalmente entre populações residentes em zonas rurais.

Por outro lado, reconhece que nas farmácias tem havido falta de medicamentos, bem como de boas condições de água e saneamento, higienização e até mesmo de energia eléctrica. Quando questionado sobre o destino dos recursos provenientes das taxas de usuário, este avançou que uma parte é usada para despesas dos hospitais e outra para pagar os médicos em caso de horas extraordinárias.

Em relação ao circuito do dinheiro arrecadado, médicos e grande parte dos provedores de saúde não detêm de muita informação, sabendo apenas que existe uma conta bancária na qual o valor

arrecadado é depositado e o uso do mesmo depende das direcções dos centros de saúde. No entanto, visto que os pagamentos são efectuados fisicamente e não por transferências bancárias, abre-se mais um espaço para a corrupção, pois os meios de fiscalização e controle não estão claros.

### **5.3. Resultado das Visitas – Tabela De Preços**

Atendendo ao objectivo na análise dos serviços personalizados praticados nalguns hospitais, visitou-se os hospitais das cidades de Maputo, Beira, Nampula e Quelimane, onde as informações colhidas apontaram que, nos centros hospitalares destas cidades, as taxas divergem.

#### **5.3.1. Perfil dos Hospitais**

A organização de hospitais em Moçambique está subdividida em quatro níveis, nomeadamente: nível primário, secundário, terciário e quaternário. O nível primário inclui centros de saúde rurais e urbanos; nível secundário abrange hospitais rurais, distritais e gerais; nível terciário abrange hospitais provinciais e, finalmente, o nível quaternário abrange hospitais centrais ou especializados.

Nesta fase, foram abrangidos os hospitais de nível secundário (geral) e de nível quaternário (central), assim como os hospitais provinciais. Os Hospitais Gerais têm a função de prestar cuidados de saúde secundários, assim como constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos centros de saúde. Por outro lado, os Hospitais Centrais constituem referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais, bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde, que se situam nas imediações.

#### **Hospital Central de Maputo**

Uma das taxas mais antigas do Hospital Central de Maputo (HCM) é de 2016, no sector de oncologia. Desde então, esta taxa não foi alterada, embora haja agravamento noutros sectores. O valor de cobranças das taxas varia entre 100,00 a 3.000,00 meticais, somente para consultas. Os critérios para a afixação destas taxas e as razões que justifiquem a sua cobrança nunca foram tornadas públicas. Vide, na tabela abaixo, os preços cobrados de acordo com os tipos de atendimento por sector de especialidade.

Tabela 1 - Tabela de Preços no HCM

SECTOR	SERVIÇO	PREÇO (MT)
<b>DERMATOLOGIA</b>	Primeira Consulta	900,00
	Consultas posteriores	900,00
<b>OFTAMOLOGIA</b>	Consultas especiais urgentes	1.500,00
	Consultas especiais não urgentes	900,00
	Consulta urgente nos meses seguintes	900,00
<b>PEDIATRIA</b>	Observação médica	200,00
	Hemograma	100,00
	Urina	100,00
<b>ESTOMATOLOGIA</b>	Consulta	200,00
<b>OTORRINO</b>	Primeira consulta	900,00
	Segunda consulta	900,00
	Consulta de urgência	1.500,00
	Audiometria	1.200,00
	Telelaringoscopia	2.500,00
	Otomicroscopia	2.500,00
	Lavagem de ouvidos	500,00
	Queloidectomia	3.000,00
	Cauterização sensorial	300,00
	Drenagem de abscesso	2.500,00
	Extracção de corpo estranho	300,00
	Biópsia cirúrgica	1.200,00
	Freio lingual	2.000,00
	Penso	200,00

Fonte: OCS

Apesar de estas taxas terem sido afixadas em 2016, elas têm vindo a ser agravadas de tempos em tempos. A título de exemplo, em 2019, foi afixada uma nota anunciando que, à taxa já estabelecida, seriam acrescido um total de 5.000 meticais para a intervenção cirúrgica.

Estas cobranças acabam sendo proibitivas, limitando o acesso a estes serviços aos mais desfavorecidos, num contexto moçambicano onde o salário mínimo em vigor no país ronda o valor dos 4 mil meticais. A cada consulta, no caso de dermatologia, por exemplo, o utente deve pagar 900 meticais para a consulta. Portanto, este valor associado aos custos para aquisição de medicamentos, é insustentável para o cidadão comum.

Um utente auscultado pelo OCS, após ter visitado o dermatologista, falando em anonimato, exibiu a sua receita avaliada em mais de 7 mil meticais.

*“A médica disse que devia ir três vezes e a cada consulta devia pagar 900 meticais. No Hospital do meu bairro, não há prestação deste serviço e não me foi dada a transferência. Chegando ao Hospital Central, deparei-me com esta situação”,* disse o utente.

Um outro utente, após a consulta, tomou o seguinte pronunciamento: *“não pretendo regressar mais, pois não tenho condições. Vivo com os meus pais. A minha mãe é empregada doméstica e aufera 3 mil meticais e o meu pai encontra-se desempregado, mas era funcionário de uma empresa de recolha de lixo na Cidade de Maputo. Sendo assim, sou obrigada a conviver com este problema de pele.”*

### **Hospital Geral José Macamo**

No Hospital Geral José Macamo, foi possível identificar a prestação de serviços especiais numa consulta normal no sector da estomatologia, avaliada em 400 meticais, sendo que a consulta urgente está avaliada em 700 meticais.

### **Hospital Geral de Mavalane**

Em 2018, o Hospital Geral de Mavalane afixou um anúncio com uma taxa de preços a entrarem em vigor a partir do dia 01 de Setembro do mesmo ano.

*Tabela 2 - Tabela de Preços de consulta especial*

<b>CATEGORIA</b>	<b>1ª Consulta (MT)</b>	<b>2ª Consulta (MT)</b>	<b>Urgente (MT)</b>
Médico Especialista	800,00	750,00	1.000,00
Médico de Clínica Geral	750,00	700,00	800,00
Técnicos Superiores	750,00	700,00	800,00
Técnicos Médicos	600,00	400,00	750,00

Fonte: OCS

*Tabela 3 - Tabela de Preços de atendimento especial*

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PREÇO (MT)</b>
Ossos no crânio	800,00
Coluna	800,00

Membros superiores e inferiores	800,00
Tórax com relatório médico	800,00
Bacia	1000,00
Abdómen simples	900,00
Mamografia	1000,00

Fonte: OCS

*Tabela 4 - Tabela de Preços de exames contrastados*

DESCRIÇÃO	PREÇO (MT)
Esófago	1.500,00
Trato gastrointestinal superior (SEED)	1.500,00
Trato gastrointestinal baixo (estômago e trânsito intestinal)	1.500,00
Trato gastrointestinal baixo (enema barritado)	2.000,00
UIV	1.500,00
Uretrocistografia	1.500,00
Histerosalpingografia	1.500,00

Fonte: OCS

### **Centro de Saúde da Universidade Lúrio Cidade de Nampula**

A Universidade Lúrio é uma instituição de ensino superior que alberga várias faculdades, com destaque para a de Saúde. Localizado no bairro do Marrere, posto administrativo de Natikiri na Cidade de Nampula. Para responder a questões atinentes à saúde das populações carenciadas e sem condições para fazer consultas especializadas, a Universidade criou um centro de saúde com o intuito de amenizar a problemática da falta dos serviços de saúde especiais dentro do bairro.

As consultas, neste centro de saúde, de acordo com a tabela de preços da Clínica da Optometria, estão divididas em duas categorias, nomeadamente: Consulta Pública e Privada. Sendo assim, os preços de uma consulta pública ou normal variam de vinte e cinco (25,00 MT) a cinquenta meticais (50,00MT). No regime privado ou consulta especializada, entretanto, os preços variam de cem (100,00MT) a quinhentos meticais (500,00MT). Neste Centro, são realizados vários trabalhos tendo-se em conta o número das clínicas existentes. Entre as consultas especializadas, destacam-se as de Estomatologia e Optometria.

*Tabela 5 - Tabela de Preços*

Descrição	PREÇO (MT)
-----------	------------

Consulta Normal	50,00
Consulta Normal (1E 1F)	25,00
Consulta Especializada (Funcionário UL)	400,00
Procedimentos	200,00
Tonometria	200,00
Gonioscopia	200,00
Retirada de corpo estranho	100,00 (por secção)
Campimetria	300,00

Fonte: OCS

### **Hospital Militar de Nampula**

O Hospital Militar de Nampula é uma instituição pública que se localiza no bairro de Muhivir. Dados apurados no terreno indicam que o hospital em alusão possui um considerável número de serviços, uma vez que é um dos maiores depois do Hospital Central de Nampula e Marrere. Os serviços prestados neste Centro são públicos e especializados. As tabelas de preços para serviços especializados prestados não constam das informações afixadas nas vitrinas, nem sequer noutros espaços cobrados dentro da instituição, como acontece nos Hospital Central de Nampula, Marrere e no Centro de Saúde da Universidade Lúrio. No entanto, apurou-se que os preços variam de 200,00 MT (Duzentos Meticais) a 500,00MT (Quinhentos Meticais).

### **Hospital Central de Nampula**

O Hospital Central de Nampula é um dos maiores da província, localizado na zona urbanizada da cidade. O atendimento neste hospital é público-geral e especializado. O hospital assiste a pessoas provenientes de outras províncias como é caso de Cabo Delgado. Assim como nos demais hospitais, neste não se encontrava afixada a tabela de preços dos serviços prestados. Deste modo, o Observatório solicitou-o, tendo simplesmente recebido uma resposta oral, que apontava que os preços das consultas dentro da clínica variam de 1.500,00MT (Mil e Quinhentos Meticais) a 3.000,00MT (Três Mil Meticais). A única tabela disponível não era referente à tabela de preços, mas sim a alimentos consumidos pelos utentes, variando de 5,00 MT (Cinco Meticais) a 2.000,00MT (Dois Mil Meticais, de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 6 - Tabela de Preços

PROCEDIMENTO	PREÇO (MT)	
	Atendimento Especial	Normal
Consultas		
Consultas de Crianças	200	100
Consulta normal	300	150
Consulta de urgência	500	
Diagnóstico		
Radiografia Periapical	200	100
Radiografia Interproximal	200	100
Radiografia Oclusal	300	150
Radiografia Panorâmica	500	250
Prevenção		
Aplicação Tópica de Fluor por arcada	500	250
Aplicação de verniz por sessão	300	250
Aplicação de selantes de fissura por quadrante	600	300
Dentista		

Restauração provisória com capeamento popular	500	250
Restauração ionómero de vidro	500	250
Restauração com resina anterior	600	300

Fonte: OCS

### **O caso do Hospital Geral do Marrere**

O Hospital Geral do Marrere localiza-se no bairro do mesmo nome, no posto administrativo de Natikiri. Este hospital tem capacidade para internamentos, assim como presta serviços especiais. A tabela de serviços é notória em alguns sectores como, por exemplo, no sector da Estomatologia. A tabela de preços, por sua vez, varia de 150,00MT (cento e cinquenta meticais) a 2.500,00MT (dois mil e quinhentos meticais).

### **O caso do Hospital Central de Quelimane**

Os serviços básicos de saúde nos hospitais públicos, na província da Zambézia, como é o caso de consultas de emergência e outros, têm originado debates devido à elevação de preços praticados, que têm afectado em demasia as famílias de baixa renda.

As elevadas taxas pagas nas unidades sanitárias públicas, como é o caso do Hospital Central de Quelimane (HCQ), Hospital Geral (HGQ), Centro de Saúde de Coalane, Centro de Saúde 24 de Julho e outros desta parcela do país, coloca em causa o direito ao acesso à assistência médico-medicamentosa para os cidadãos, com enfoque para os mais pobres. Nesta província, de acordo com a pesquisa, o Hospital Geral de Quelimane (HGQ), Hospital Central de Quelimane (HCQ), Centro de Saúde de Coalane, Centro de Saúde 24 de Julho e outros, apresentam preços elevados.

A tabela de preços praticados naquela instituição não se encontra afixada em nenhuma vitrina, no entanto, a tabela abaixo ilustra alguma das informações.

*Tabela 7 - Tabela de Preços*

SERVIÇO	PREÇO (MT)
FISIOTERAPIA	2.000,00

<b>GINECOLOGISTA</b>	1.000,00
<b>ACOMPANHAMENTO GESTACIONAL</b>	1.500,00

Fonte: OCS

### **Hospital Central de Quelimane**

Tal como o Centro de Saúde de Coalane e de 24 de Julho, o Hospital Geral também não faz consultas especiais. Todos os serviços especiais em funcionamento no Hospital Central foram transferidos para um outro hospital da província.

Após visitar as três unidades sanitárias, dirigimo-nos ao maior centro hospitalar da província, as taxas de consultas especiais não foram afixadas na vitrina do hospital. Os mesmos preços são insustentáveis para bolso do cidadão, de acordo com a tabela abaixo:

*Tabela 8 - Tabela de Preços por consulta*

<b>Serviços de consultas especiais</b>	<b>PREÇO (MT)</b>
Estomatologia	2.300,00
Otorrino	2.300,00
Dermatologia	2.300,00
Ortopedia	2.300,00
Pediatria	2.300,00
Oftalmologia	2.000,00
Urologia	2.300,00
Dermatologia	1.000,00
Gastrenterologia	1.000,00
Fisioterapia	1.000,00
Pediatria	2.000,00

Fonte: OCS

### **O Caso do Hospital Central da Beira**

Na província de Sofala, visitámos a Cidade da Beira, onde apenas o Hospital Central possui consultas especiais. Os preços abaixo envolvem somente consultas, sem incluir outros serviços. Nesta unidade sanitária enfrentamos dificuldades para ter acesso a mais informações.

*Tabela 9 - Tabela de Preços*

SERVIÇO	PREÇO (MT)
Estomatologia	1.500,00
Otorrino	1.500,00
Dermatologia	1.500,00
Pediatria	1.100,00
Maternidade	1.500,00
Oncologia	1.500,00

Fonte: OCS

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

### Conclusões

Embora as taxas de usuários visem arrecadar fundos para suportar as despesas do sector de saúde, observou-se que nos últimos 4 anos, as receitas arrecadadas perfizeram uma média de 0.5% em relação às despesas do sector, uma percentagem tão baixa que nos leva a questionar se a sua aplicação compensa esforço que algumas famílias moçambicanas fazem para poder custeá-la. Outro facto importante são as diferenças entre as dotações e realizações destas receitas, que se observam ao longo dos anos, que a tornam uma fonte cada vez menos credível de financiamento. A constatação principal de uma vasta literatura comprova que estas taxas representam uma barreira no acesso aos serviços de saúde, pois a capacidade financeira dos utentes é colocada em causa, fazendo com que os serviços sejam inacessíveis, uma situação que coloca a assistência sanitária distante do direito universal, tal como estabelecido na Constituição da República de Moçambique.

Embora os provedores de saúde e gestores assumam a existência das taxas de usuários associadas a várias necessidades que o sector de saúde enfrenta, grande parte destes não se mostram capazes de dizer como é estes recursos arrecadados são geridos, sabendo apenas que existe uma conta bancária na qual o valor arrecadado é depositado e o uso do mesmo depende das direcções dos centros de saúde, onde muitas vezes são usados para arcar com as despesas dos hospitais.

Grande parte dos pacientes mostrara não ter um conhecimento aprofundados sobre as taxas aplicadas nos hospitais e centros de saúde, dos quais somente 14% dos que foram visitados é que afixava informação nas vitrinas, segundo os utentes. O inquérito administrado permitiu concluir que mais de 60% dos utentes recorre a recursos próprios para poder pagar pelo atendimento e tratamento hospitalar e, deste número, cerca de 56% têm de sacrificar alguma necessidade básica (alimentação, energia eléctrica, água, transporte, entre outros) para poder pagar pelas taxas, dos quais 36% têm como principal sacrifício o consumo alimentar.

Cerca de 69% dos pagamentos são feitos no gabinete de consulta e não no balcão de atendimento/pagamento, o que mostra que uma parte considerável dos pagamentos é informal e, portanto, não arrecadado de modo a “apoiar o financiamento do sector”. 69% dos pagamentos são feitos no gabinete de consulta e não no balcão de atendimento / pagamento, o que mostra que grande parte dos pagamentos são informais.

Por outro lado, os gestores das unidades sanitárias que foram entrevistados, embora reconhecessem a aplicação destas taxas, pouco puderam explicar sobre como estas são afixadas e como o circuito das receitas arrecadas funciona, tendo descrito que o valor arrecadado é depositado e o uso do mesmo depende das direcções dos centros de saúde. No entanto, visto que os pagamentos são efectuados fisicamente e não por transferências bancárias, há mais um espaço para a corrupção pois não está claro se existe algum meio de fiscalização e controle de todo o valor arrecadado.

Neste sentido, a realidade que prevalece no contexto moçambicano é de que o paciente “deve contribuir com o financiamento do sector quando utiliza o serviço”, quando as guias da OMS (2010, 2013, 2020) dizem claramente que o financiamento deve ser agregado (todos devem contribuir, não só os utentes), e deve ser progressivo (contribui mais quando maior capacidade financeira tiver, e não quem utilizar mais o serviço), garantindo uma protecção financeira aos grupos mais desfavorecidos e evitando com que a carga do financiamento ao sector esteja nas costas dos mais doentes (e não daqueles que mais podem pagar).

## **Recomendações**

Recomendações de políticas:

- Compilar e publicar informações sobre a situação das taxas de usuário no país, incluindo sobre os pagamentos informais;
- Analisar a eficiência, eficácia e relevância das taxas de usuário como fonte de financiamento, tomando em conta os efeitos negativos à população e o propósito de melhorar a qualidade de atendimento;
- Reduzir significativamente as taxas de usuário no nível hospitalar, onde mais risco de barreira de entrada, despesa catastrófica e de infra-provisão existe, ou estudar a sua eliminação;
- Estudar a eliminação das taxas de usuário nos Cuidados Primários de Saúde, para promover utilização dos serviços e reduzir custos de cobrança.

Recomendações de curto-prazo:

- Taxas baixas (adequadas à capacidade de pagamento do quintil 1 de consumo). Não considerar identificações individuais para que “os que mais têm paguem mais”: são muito custosas, têm erros, e a Autoridade Tributária já faz esse trabalho;

- Taxas “planas”, que incluam todos os procedimentos dentro do hospital ou unidade sanitária;
- Comunicar claramente e massivamente os preços, incluindo cartazes, rádio, televisão e redes sociais, bem como a forma de pagamento (não nas consultas);
- Penalizar aos trabalhadores do sector que cobrem indevidamente aos utentes e usuários das US´s;
- Incluir toda a receita dentro do procedimento nacional e visibilizar o processo de registo, consignação e despesa;
- Negociar aumentos progressivos de orçamento para o sector, de forma a que possa funcionar sem taxas de usuário e com a máxima qualidade para todos os cidadãos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuya, Timothy; Dennis, Mardieh; Obare, Francis; Bellows, Ben (2018). Impacts of removing user fees for maternal health services on universal health coverage in Kenya. International Initiative for Impact Evaluation. Report 91.

Araoyinbo, Idowu D.; Ataguba, John E.B. (2008). User Fees in Africa: From Theory and Evidence, What Next? African Health Economics and Policy Association (AFHEA).

Banco Mundial (1987). Pricing policy in the social sectors: Cost recovery for education and health in developing countries. Washington, D.C. p. 170.

Botelho, Joacy M.; Cruz, Vilma A. G. (2013). Metodologia científica. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Badasu, Delali Margaret (2004). Implementation of Ghana's Health User Fee Policy and the Exemption of the Poor: Problems and Prospects. African Population Studies Supplement A to vol 19.

Cabral, António J. R. (2007). Consultoria Sobre Abolição das Taxas aos Utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

Duff, D.G. (2004). Benefit taxes and user fees in theory and practice. The University of Toronto Law Journal, 54, 391-447.

Dupas, Pascaline (2012). Global Health Systems: Pricing and User Fees. Stanford & NBER.

Instituto Nacional de Estatística. Inquérito sobre Orçamento Familiar – IOF 2019/20, disponível em <https://www.ine.gov.mz/>.

Jacobs, Bart; Price, Neil (2004). The Impact of the Introduction of User Fees at a District Hospital in Cambodia. Oxford University Press.

Koch, Steven F. (2012). The Abolition of User Fees and the Demand for Health Care: Re-evaluating the Impact. ERSA working paper 301.

Lagardea, Mylene; Palmera, Natasha (2008). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? Bulletin of the World Health Organization.

Laterveer, Leontien; Munga, Michael; Schwerzel, Patricia (2004). Equity Implications of Health Sector User Fees in Tanzania. Research for Poverty Alleviation (REPOA).

Leone, Tiziana; Cetorelli, Valeria; Neal, Sarah; Matthews, Zoë (2015). Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: a quasi-experimental analysis. *BMJ Open*.

Masiye, F.; Kaonga, O.; Kirigia, J. M. (2016). Does User Fee Removal Policy Provide Financial Protection from Catastrophic Health Care Payments? Evidence from Zambia. Sassy Molyneux, University of Oxford, Kenya.

Masiye, F.; Chitah, B. M.; Chanda, P.; Simeo F (2008). 'Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of the effects on utilization and quality of care,' EQUINET Discussion Paper Series 57. UCT HEU: Harare.

Ministério da Economia e Finanças. Conta Geral do Estado (2010 – 2020), disponível em <https://www.mef.gov.mz/>.

Ministério da Saúde. Relatório de Execução Orçamental (2018 – 2021), disponível em <https://www.misau.gov.mz/>.

Nanda, Priya (2002). Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care. Elsevier Science Ltd.

Nolan, Brian; Turbat, Vincent (1995). Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. Washington, D.C.: World Bank.

Pagiwa, V.; Shiell, A.; Barraclough, S.; Seitio-Kgokgwe, O. (2021). A review of the user fees policy for primary healthcare consultations in Botswana: problems with effective planning, implementation and evaluation. *Int J Health Policy Manag*.

Plouffe, Veronique; Bicaba, Frank; Bicaba, Abel; Druetz, Thomas (2020). User fee policies and women's empowerment: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*.

Save the Children (2005). An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries. The Save the Children Fund.

Yates, Rob (2006). International Experiences in Removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique. DFID Health Resource Centre.

# **ANEXOS**

## **Anexo A: Inquérito sobre Taxas Do Usuário**

### **INQUÉRITO PARA OS UTENTES**

#### **OCS - Inquérito Sobre Taxas de Usuários**

As taxas de usuário no sector da saúde referem-se aos pagamentos (para o atendimento, consulta, medicamentos ou materiais médico-cirúrgicos) que os utentes incorrem para o acesso aos serviços básicos nas unidades de prestação de serviços públicos de saúde.

**1. Em que província se encontra?**

- Cidade de Maputo
- Gaza
- Inhambane
- Manica
- Sofala
- Zambézia
- Nampula
- Cabo Delgado
- Tete
- Niassa
- Província de Maputo

**2. Qual é o seu intervalo etário?**

- 18 aos 35 Anos
- 36 aos 60 Anos
- Mais de 60 anos

**3. Qual é o seu género?**

- Masculino
- Feminino

**4. Tem algum emprego fixo e formal?**

- Sim
- Não

**5. Qual é a média da despesa mensal de casa (alimentação, energia eléctrica, água, chapa, etc....)?**

- Abaixo de 5.000 MT

- Entre 5.000 -10.000 MT
- Entre 10.000 - 15.000 MT
- Entre 15.000 - 30.000 MT
- Acima de 30.000 MT

**6. Quantas pessoas vivem na sua casa?**

- 1 – 3 pessoas
- 4 – 6 pessoas
- Mais de 6 pessoas

**7. Quantas pessoas trabalham na sua casa?**

- Nenhuma
- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- Mais de 3 pessoas

**8. Qual unidade sanitária que frequenta quando se encontra doente?**

- Hospital (Central, Provincial, Distrital, Geral, Rural...)
- Posto ou Centro de Saúde

**9. Como avalia a qualidade dos serviços da unidade sanitária na qual frequenta?**

- Boa
- Razoável
- Má
- Muito má

**10. Já foi cobrado algum valor para ter acesso a serviços na US?**

- Não
- Já foi cobrado uma vez
- É cobrado frequentemente

**11. Onde essas cobranças foram feitas?**

- Na secretaria da US
- Na sala de consulta
- Pagou directamente ao provedor

**12. Já ouviu falar em taxas de usuário?**

- Sim
- Não

**13. Concorda com a existência das taxas do usuário?**

- Sim
- Não
- Talvez

**14. A tabela de preços está afixada no hospital e/ou centro de saúde onde frequenta?**

- Sim
- Não

**15. Quanto pagou na sua última consulta?**

- Nada
- 1 - 100 meticais
- 101 - 500 meticais
- 501 – 1.000 meticais
- 1.001 - 3.000 meticais
- Mais de 3.000 meticais

**16. Depois do primeiro pagamento, teve de efectuar outro(s) pagamento(s) para dar continuidade com o tratamento?**

- Sim
- Não

**17. Quanto teve de pagar para dar continuidade com procedimentos subsequentes?**

- Nada
- 1 - 100 meticais
- 101 - 500 meticais
- 501 – 1.000 meticais
- 1.001 - 3.000 meticais
- Mais de 3.000 meticais

**18. Que meios teve de usar para poder ter condições de pagar pelo seu atendimento/tratamento?**

- Recursos próprios
- Apoio de familiares e terceiros

- Empréstimos
- Outro

**19. Teve de sacrificar uma necessidade básica (alimentação, energia eléctrica, água, chapa, etc.) para poder pagar as taxas?**

- Sim
- Não

**19.1. Se sim, qual?**

- Alimentação
- Educação
- Transporte
- Energia
- Outras

**20. Após a consulta, a farmácia do hospital e/ou centro de saúde dispunha de toda a medicação prescrita?**

- Sim
- Não

## **Anexo B: Temas de Discussão com os Servidores**

**Tema 1:** Uma discussão sobre o processo de cobrança, tabela de preços, a base legal de aplicação das taxas de usuário e os mecanismos usados para ultrapassar situação em que o utente não tem condições de pagar.

**Tema 2:** Uma discussão sobre o circuito do dinheiro arrecadado através das taxas de usuário, desde o momento de cobrança até ao uso, no caso de estas serem usadas como receitas consignadas.

**Tema 3:** Uma discussão sobre os procedimentos necessários para registo e recuperação do valor das receitas consignadas e os constrangimentos resultantes deste processo.

**Tema 4:** Uma discussão sobre a possibilidade de pessoas que necessitam de serviços públicos de saúde que devem ser pagos ficarem desprovidas do atendimento necessário, pela falta de capacidade de pagamento e como esta situação vem sendo acutelada.

**Tema 5:** Uma discussão sobre as pessoas submetidas a exames que o SNS não oferece, sendo feitos fora do sistema público e sua relação com as desistências resultantes desta situação, considerando a incapacidade de financiamento destes procedimentos.

## **Anexo C: Temas de Discussão com os Médicos**

**Tema 1:** Uma discussão sobre o nível de exclusão propiciado pela existência das taxas de usuário, num contexto em que estes (os médicos) conhecem a realidade da saúde dos utentes e, principalmente, a necessidade destes por serviços de saúde (assistência médica e medicamentosa).

**Tema 2:** Uma discussão sobre os efeitos reais das taxas de usuário na saúde dos utentes e sobre a capacidade ou não das unidades sanitárias em acompanhar o tratamento de utentes sem capacidade de cobrir financeiramente os seus tratamentos.

## **Anexo D: Hospitais e Centros de Saúde Visitados**

### **Cidade de Maputo**

- Hospital Central de Maputo;
- Hospital Geral José Macamo;
- Centro de Saúde da Polana;
- Centro de Saúde 1o de Maio;
- Centro de Saúde de Polana Caniço.

### **Província de Maputo**

- Hospital Provincial de Maputo;
- Centro de Saúde de Ndlavela;
- Centro de Saúde Habel Jafar.

### **Gaza**

- Hospital Provincial de Xai-Xai;
- Hospital Rural de Mandlakazi;
- Centro de Saúde Patrice Lumunba;
- Centro de Saúde de Chissano;
- Centro de Saúde de Chongoene.

### **Inhambane**

- Hospital Provincial de Inhambane;
- Hospital Rural de Chicuque na Maxixe;
- Hospital Distrital de Massinga;
- Centro de Saúde de Mudauca;
- Centro de Saúde de Mangonha.

### **Manica**

- Hospital Provincial de Chimoio;
- Centro de Saúde 1 de Maio;
- Centro de Saúde 7 de Abril;

- Centro de Saúde da Vila Nova;
- Centro de Saúde Eduardo Mondlane.

### **Sofala**

- Hospital Central da Beira;
- Centro de Saúde do Macurungo;
- Centro de Saúde da Munhava;
- Centro de Saúde da Pontagea;
- Centro de Saúde da Chota.

### **Zambézia**

- Hospital Central de Quelimane;
- Hospital Geral de Quelimane;
- Centro de Saúde de Coalane;
- Centro de Saúde de Micajune;
- Centro de Saúde 17 de Setembro.

### **Nampula**

- Hospital Central de Nampula;
- Hospital Geral de Marrene;
- Centro de Saúde 25 de Setembro.

### **Cabo Delgado**

- Hospital Provincial de Pemba;
- Centro de Saúde N1;
- Centro de Saúde de Natite;
- Centro de Saúde de Cariacó;
- Centro de Saúde de Mahate.

### **Tete**

- Hospital Provincial de Tete;

- Centro de Saúde N2;
- Centro de Saúde de Degue;
- Centro de Saúde de Moatize;
- Centro de Saúde 25 de Setembro.

### **Niassa**

- Hospital Provincial de Lichinga;
- Centro de Saúde Muembe;
- Centro de Saúde de Ngaúma.