



**Ministério da Saúde
Governo de Moçambique**

Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde

Versão 3 - Final

Maputo
Moçambique
Maio de 2015

Índice

I. SUMÁRIO EXECUTIVO	3
II. CONTEXTO	5
III. VISÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES E TEMAS ESTRATÉGICOS.....	6
1. VISÃO	6
2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES	6
3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS	7
4. TEMAS ESTRATÉGICOS POR OBJECTIVO	8
IV. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: AUMENTAR A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	10
1. REALIZAR ANÁLISES ECONÓMICAS DA OFERTA E PROCURA DE FINANCIAMENTO	10
1.1 <i>Realizar uma análise detalhada do espaço fiscal coerente com as metodologias do MEF.....</i>	<i>10</i>
1.2 <i>Elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde, demonstrando o impacto económica de resultados melhorados na área da saúde.....</i>	<i>13</i>
1.3 <i>Conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA.....</i>	<i>13</i>
1.4 <i>Conduzir um estudo sobre a capacidade de pagamento</i>	<i>14</i>
1.5 <i>Fazer análises sobre os pagamentos directos (out-of-pocket), para perceber os riscos financeiros da população por segmento socioeconómico.</i>	<i>14</i>
1.6 <i>Conduzir uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde e outros mecanismos inovadores</i>	<i>14</i>
2. AUMENTAR AS TAXAS MODERADORAS	15
2.1 <i>Actualizar as taxas moderadoras reflectindo a capacidade de pagamento</i>	<i>15</i>
3. INTRODUIR UM SISTEMA DE FACTURAÇÃO.....	18
4. AUMENTAR AS RECEITAS PRÓPRIAS	19
4.1 <i>Aumentar as taxas consignadas e as taxas sobre receitas próprias</i>	<i>19</i>
5. CONSIGNAR IMPOSTOS EXISTENTES AO SECTOR DA SAÚDE	20
6. INTRODUIR NOVOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO	21
6.1 <i>Introduzir novos impostos indirectos.....</i>	<i>21</i>
6.2 <i>Considerar introduzir outros mecanismos inovadores</i>	<i>24</i>
V. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: MELHORAR A EFICIÊNCIA DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS AO SECTOR DA SAÚDE	25
1. CRIAR UMA UNIDADE DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	26
2. DESENVOLVER UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTÃO.....	26
3. INTRODUIR SEGUROS DE SAÚDE	27
4. DEFINIR REGRAS DE ALOCAÇÃO BASEADAS NAS ANÁLISES DA PROCURA.....	29
4.1 <i>Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e capacidade do sistema para absorver financiamento</i>	<i>29</i>
4.2 <i>Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura de cuidados de saúde.....</i>	<i>29</i>
4.3 <i>Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades.....</i>	<i>29</i>
VI. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: MELHORAR A EFICIÊNCIA DO USO DE RECURSOS NO SECTOR DA SAÚDE	32
1. INTRODUIR UM SISTEMA DE RASTREAMENTO DE RECURSOS	33
1.1 <i>Conduzir um sistema periódico de rastreamento de recursos aos níveis local e provincial</i>	<i>33</i>
1.2 <i>Introduzir mecanismos de monitorização da despesa</i>	<i>34</i>

2.	AVALIAR O POTENCIAL DE SUBCONTRATAÇÃO.....	35
2.1	<i>Mapear potenciais serviços e potenciais provedores privados de serviços subcontratados e custos associados</i>	35
3.	DEFINIR UM PLANO DE DESEMBOLSO DOS DOADORES	35
3.1	<i>Definir um plano de desembolso com os doadores para melhorar a execução dos fundos externos disponíveis para o sector da saúde (na CUT e extra CUT)</i>	35
VII.	ROTEIRO DE INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS	37
	ANEXO 1: DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	39
	O SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	39
	POPULAÇÃO MOÇAMBICANA: PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE E CAPACIDADE DE PAGAMENTO.....	40
	QUEM FINANCIAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE?.....	42
	COMO SE PROCESSAM A AFECTAÇÃO E OS PAGAMENTOS DE FUNDOS?	44
	ONDE SÃO USADOS OS FUNDOS?	46
	PRINCIPAIS DESAFIOS E AS LACUNAS DA COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE	47
	ANEXO II: RESUMO DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE	50
	ANEXO III: CONCEITOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE	51
	BIBLIOGRAFIA	53

I. SUMÁRIO EXECUTIVO

A visão da presente estratégia de financiamento da saúde é lançar os alicerces em termos de política **para a construção de um sistema de financiamento equitativo, sustentável e eficiente que possibilite a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os moçambicanos sem discriminação**. Um modo mais técnico de expressar esta visão *seria fazer progressos rumo a uma definição moçambicana das três dimensões-chave da cobertura da saúde universal (UHC¹) que seja sustentável, eficiente e equitativa.*²

Os objectivos da EFSS são 1) aumentar a sustentabilidade do financiamento, 2) melhorar a eficiência da alocação de recursos ao sector da saúde e 3) melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde.

Atingir estes três objectivos estratégicos, apresenta-se uma série de intervenções estratégicas, que podem ser sintetizadas em 13 temas estratégicos. Deste modo, **as intervenções incluídas nesta estratégia oferecem rumos estratégicos com vista a um novo sistema de financiamento da saúde**. A principal característica colectiva do sistema preconizado é a adopção da separação funcional³ para aumentar a eficiência, a equidade e a qualidade do sistema de um modo global. Esta é a primeira vez desde a independência de Moçambique que os vários intervenientes do sector da saúde acordaram em separar as funções no sector da saúde, (em linha com as boas práticas africanas e internacionais), reconhecendo que essa separação irá melhorar a cobertura de população, cobertura e qualidade de serviço e uma estrutura de financiamento mais optimizada.

Existem diversas medidas específicas na estratégia que proporcionam os marcos estratégicos com vista à separação funcional, tais como a consignação de fundos ao sector da saúde, agregação de fundos no Ministério da Saúde, introdução do seguro de saúde (primeiro para funcionários públicos e posteriormente para todos os utentes), a introdução de sistemas de informação em matéria de gestão e capacidades de apuramento de custos/ facturação (primeiro nos níveis terciário e quaternário, i.e. Hospital Central de Maputo e Hospitais nas capitais provinciais, subseqüentemente nos demais níveis institucionais de prestação de cuidados de saúde).

Primeiro, o objectivo de ***aumentar a sustentabilidade do financiamento*** (com vista à adequação plena de recursos) depende de diversas medidas. As principais medidas são aumentar as taxas de utilização para níveis mais realísticos, assegurando, no entanto, que estas não

¹ As três dimensões chave de uma cobertura de saúde universal são 1) quem está coberto (cobertura de população) 2) que serviços são prestados e os seus níveis de qualidade (cobertura e qualidade dos serviços) e 3) como os custos se encontram distribuídos entre todas as partes relevantes (cobertura financeira) incluindo utilizadores, prestadores de cuidados de saúde e agentes de financiamento da saúde.

² Importa notar que o âmbito desta estratégia de financiamento do sector da saúde não é o de definir a alocação da despesa, mas sim, de se focar no aspecto do financiamento do sistema de saúde, considerando as prioridades do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS).

³As três principais funções de um sistema de financiamento da saúde são: 1) a colecta de fundos, 2) a agregação de fundos e 3) a aquisição de serviços de saúde.

representam obstáculos financeiros para os mais pobres, consignar receitas fiscais ao sector da saúde, montar um sistema de seguros (aumentando assim o rendimento do prémio) e considerar o potencial de mecanismos de financiamento adicionais e inovadores a serem negociados com o MEF.

Entre as demais medidas chave que podem contribuir para a sustentabilidade do financiamento encontra-se o desenvolvimento de uma capacidade de apuramento de custos/ facturação e a concepção de uma estratégia ODA de angariação de fundos, com o objectivo de maximizar o uso das plataformas de financiamento de doadores já existentes e futuras (tais como a Facilidade de Financiamento Global).

Em segundo lugar, o objectivo de *melhorar a eficiência na alocação de recursos do sector da saúde* inclui diversas iniciativas transformadoras, com base na percepção de que há uma necessidade de recolher mais informação e reunir evidências para avaliar e melhorar a eficiência. Entre estas encontram-se, entre outras, a criação de uma unidade de financiamento da saúde para agregar o financiamento do sector da saúde, desenvolver um sistema de informação de gestão, introduzir um sistema de seguro de saúde em fases progressivas e definição de regras de alocação com base em análises de procura.

Em terceiro lugar, o objectivo de *melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde* inclui intervenções-chave tais como introduzir um sistema de monitorização de recursos, avaliar o potencial de subcontratação e definir um plano de desembolsos dos doadores.

Finalmente, uma nota importante sobre o processo de formulação da estratégia. Esta estratégia de financiamento da saúde não é reflexo de nenhum interveniente individual (nacional ou estrangeiro) do sector da saúde em Moçambique, mas sim, o consenso de todas as instituições moçambicanas que trabalham no sector da saúde cristalizado através de um processo participativo que incluiu cerca de 20 reuniões de trabalho e 3 oficinas de trabalho. Uma vez que as intervenções na presente estratégia não foram impostas externamente, mas sim, acordadas internamente dentro do sector da saúde (com a participação de outros sectores relevantes) esta estratégia constitui um plano sólido e atractivo apresentado pelo sector da saúde aos demais actores relevantes, tais como os doadores internacionais e o Ministério da Economia e Finanças.

As intervenções incluídas na estratégia constituem um plano logicamente coerente de 13 temas estratégicos para transformar o sistema de financiamento da saúde. Em vez de uma resposta táctica a uma oportunidade externa (como financiamento, por exemplo), os temas estratégicos constituem os degraus para transformar o sistema por inteiro, de forma a expandir a cobertura de população, melhorar a qualidade e a consistência dos serviços e assegurar uma distribuição equitativa dos custos.

II. CONTEXTO

Moçambique tem vivido um rápido desenvolvimento económico. O país experienciou um crescimento económico impressionante ao longo da última década com uma média anual de crescimento do produto interno bruto (PIB) acima dos 7%⁴. No entanto, o crescimento económico não se traduziu na redução esperada dos níveis de pobreza⁵. Na verdade, mais de metade das metas do último plano de acção para redução da pobreza (PARP III) não foram atingidas e Moçambique encontra-se no 178º lugar entre 187 países em termos de desenvolvimento humano.

Uma população saudável é um dos principais ingredientes para manter o progresso económico e contribuir para a redução da pobreza, conforme demonstrado no relatório da Comissão sobre Macroeconomia para a Saúde⁶. Investir na saúde de uma população melhora a sua capacidade produtiva e o bem-estar, conforme destacado pelas principais políticas moçambicanas e documentos relativos ao desenvolvimento económico-social.

A Constituição de Moçambique confere o direito à saúde a todos os cidadãos (art.º 89) e obriga o Governo de Moçambique (GdM) a garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos os seus cidadãos (art.º 116). A saúde é o principal enfoque do Plano de Acção de Redução da Pobreza (PARP), que orienta a política e intervenções estratégicas do GdM para reduzir a pobreza e pode permitir o acesso a apoio de doadores ao orçamento. A última estratégia nacional de desenvolvimento (END) 2015-2035 aprovada em Julho de 2014 estabelece como primeiro pilar para o desenvolvimento e industrialização, a melhoria do capital humano, incluindo a saúde e a segurança social. As políticas de segurança social também abrangem a saúde. Finalmente, a Estratégia Nacional de Segurança Social (ENSSB) 2010-2014, recomenda que se estabeleça assistência social para garantir o acesso aos serviços de saúde para os mais vulneráveis, e a saúde deverá continuar a ser uma prioridade para a próxima estratégia 2016-2024.

O terceiro Plano Estratégico do Sector Saúde (*PESS*) que abrange 2014-2019, orienta as intervenções do sector da saúde com o objectivo de melhorar progressivamente a condição de saúde da população moçambicana. A visão da estratégia é "contribuir para que todos os Moçambicanos, especialmente os grupos mais vulneráveis, desfrutem de uma vida tão saudável quanto possível a um custo acessível (para o país e os seus cidadãos), contribuindo, assim, para a luta contra a pobreza e para a promoção do desenvolvimento nacional". As prioridades identificadas em matéria de saúde para o país são:

- Acelerar o progresso na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas globais de fertilidade
- Acelerar o progresso na redução da malnutrição crónica

⁴ INE, dados PIB: <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-economicas/contas-nacionais/anuais-1/pib-optica-de-despesa/produto-interno-bruto-a-precos-constant-10-6-mt-2009-100.xlsx/view>

⁵ Documento do FMI sobre a Estratégia de Redução da Pobreza: Relatório de Progresso. Maio 2014: http://www.imf.org/e_xternal/pubs/ft/scr/2014/cr14147.pdf

⁶ Sachs and al, 2001, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development

- Reduzir a carga das doenças endémicas como malária, HIV, tuberculose e DNTs
- Manter os ganhos na redução da mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade
- Interromper ou reduzir a tendência progressiva de DNTs e traumas

O PESS estrutura as suas intervenções em torno de dois pilares: 1) manter e continuar a melhorar os serviços de saúde actuais), e pilar 2) introduzir uma série de reformas dentro do sector da saúde com vista a melhorar a eficácia e a eficiência na prestação global de serviços a todos os níveis. É orientado pelo Plano Quinquenal do Governo e pelo Plano de Redução da Pobreza e visa conduzir o sector da saúde rumo à cobertura universal de saúde.

O PESS apela ao desenvolvimento de uma estratégia de financiamento da saúde para aumentar os recursos necessários para permitir a sua plena operacionalização. Afirma que "*o objectivo da estratégia (de financiamento da saúde) consiste em identificar mecanismos estáveis de mobilização de recursos, propor um plano que assegure o acesso universal a um pacote mínimo de serviços de saúde de qualidade, prevenir as barreiras financeiras ao acesso aos cuidados e promover a eficiência operacional do sector, incluindo incentivos para o bom desempenho dos provedores de serviços*".⁷

As Intervenções apresentadas nesta estratégia de financiamento da saúde foram seleccionadas para apoiar a implementação do PESS e responder aos seus dois pilares (em particular o que visa aumentar o acesso a serviços de qualidade e promover um programa de reforma do sistema de saúde). Um nível adequado de financiamento e uma alocação óptima de fundos tem um impacto directo na quantidade qualidade de serviços a serem prestados pelo sistema de saúde.

III. VISÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES E TEMAS ESTRATÉGICOS

1. VISÃO

A visão da presente estratégia de financiamento da saúde é *um sistema de financiamento equitativo, sustentável e eficiente que possibilite a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os moçambicanos sem discriminação*.

2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

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

1. Sustentabilidade

⁷ PESS 2014-2019, capítulo 6.2

Assegurar a disponibilidade de recursos adequados (financeiros, humanos e infra-estrutura) para prestar serviços dedicados em todo o país, a longo prazo.

2. Eficiência

Assegurar que os resultados em matéria de saúde são alcançados com uma boa relação custo-benefício. As decisões estratégicas devem ser baseadas na busca pelo maior impacto e o menor custo possível.

3. Realismo

Garantir a capacidade do sistema de saúde para prestar serviços dedicados considerando o contexto socioeconómico do país.

4. Equidade

A carga financeira deve ser partilhada, de forma justa, entre as pessoas com rendimentos mais elevados e mais baixos

5. Transparência e prestação de contas

O sistema de financiamento da saúde segue um mecanismo regulador claro e previsível para recolher, alocar e usar fundos.

3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

Assentes nos 5 princípios orientadores, a presente estratégia de financiamento da saúde tem 3 objectivos principais:

Objectivo estratégico 1: Aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde

Objectivo estratégico 2: Melhorar a eficiência da alocação de recursos ao sector da saúde

Objectivo estratégico 3: Melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde

4. TEMAS ESTRATÉGICOS POR OBJECTIVO



1. Aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde



Realizar uma análise económica da oferta e procura de financiamento

- Realizar uma análise detalhada do espaço fiscal consistente com as metodologias do MEF .
- Elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde, demonstrando o impacto económico de resultados melhorados na área da saúde.
- Conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA
- Conduzir um estudo sobre a capacidade de pagamento
- Fazer análises sobre os pagamentos directos (out-of-pocket), para perceber os riscos financeiros da população por segmento sócioeconómico.
- Realizar uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde e outros mecanismos inovadores: obrigações, perdão de dívida, etc.



Aumentar as taxas moderadoras

- Actualizar as taxas moderadoras reflectindo a capacidade de pagamento



Introduzir um sistema de facturação

- Conceber o modelo operativo do sistema de facturação
- Realizar uma selecção de fornecedores de sistemas informáticos para facturação
- Desenvolver capacidades de facturação nos 3º e 4º níveis
- Desenvolver capacidades de facturação nos 1º e 2º níveis



Aumentar as taxas consignadas e as receitas próprias

- Aumentar as taxas consignadas e as taxas sobre receitas próprias



Consignar impostos existentes ao sector da saúde

- Consignar impostos existentes ao sector da saúde



Introduzir novos mecanismos de financiamento

- Introduzir novos impostos indirectos
- Considerar introduzir outros mecanismos inovadores de financiamento.



2. Melhorar a eficiência da alocação de recursos ao sector da saúde



Criar uma unidade de financiamento da saúde

- Conceber a estrutura de governação da unidade de financiamento da saúde
- Canalizar fundos consignados de mecanismos adicionais para as unidades de financiamento da saúde.



Desenvolver um sistema de informação de gestão

- Realizar uma análise de viabilidade de um MIS (sistema de informação de gestão) ao nível do hospital
- Realizar uma selecção de fornecedores de sistemas de MIS
- Implementar o sistema de MIS nos 3º e 4º níveis
- Implementar o sistema de MIS nos 1º e 2º níveis



Introduzir seguros de saúde

- Realizar uma análise de viabilidade do sistema de seguros de saúde
- Realizar um panorama do sector dos seguros de saúde e os obstáculos ao seu desenvolvimento
- Rever a regulamentação dos seguros tanto para os regimes de seguros de saúde como para os planos médicos privados
- Desenvolver regulamentação eficaz para os seguros de saúde para o sector privado
- Introduzir um seguro de saúde para os funcionários públicos
- Estabelecer um seguro de saúde obrigatório para todos os demais cidadãos



Definir regras de alocação baseadas nas análises de procura

- Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e a capacidade do sistema para absorver o financiamento
- Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura por cuidados de saúde
- Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades



3. Melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde



Introduzir um sistema de monitorização de recursos

- Conduzir um sistema periódico de monitorização de recursos aos níveis local e provincial
- Introduzir mecanismos de monitorização da despesa
- Implementar recomendações dos exercícios de monitorização de recursos



Avaliar o potencial de subcontratação

- Mapear serviços potenciais e potenciais provedores privados de serviços subcontratados e custos associados
- Implementar um projecto piloto de subcontratação de serviços em hospitais seleccionados



Definir um plano de desembolsos de doadores

- Definir um plano de desembolso com os doadores para melhorar a execução de fundos externos disponíveis para o sector da saúde (no âmbito da CUT e extra CUT)

IV. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: AUMENTAR A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

1. REALIZAR ANÁLISES ECONÓMICAS DA OFERTA E PROCURA DE FINANCIAMENTO

1.1 Realizar uma análise detalhada do espaço fiscal coerente com as metodologias do MEF

Para que a EFSS cumpra o mandato emanado no Plano Estratégico do Sector da Saúde é imperativo aumentar a sustentabilidade do financiamento disponível para o sector da saúde. De uma perspectiva macroeconómica, o diamante do espaço fiscal ilustra as quatro dimensões que podem ser exploradas para aumentar o financiamento:

1. Mobilização de receitas domésticas
2. Financiamento através de crédito
3. Melhorar a eficiência dos gastos (alocação e uso)
4. Aumentar a ajuda ao desenvolvimento ultramarino

Estas quatro dimensões do espaço fiscal são mutuamente exclusivas e esgotam os meios através dos quais o financiamento pode ser incrementado.

O primeiro objectivo estratégico da EFSS, nomeadamente aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde engloba a primeira, a segunda e a quarta dimensões da análise do espaço fiscal. Considerando a sua importância estratégica, foi dedicado um objectivo estratégico da EFSS separado à segunda dimensão (melhorar a eficiência dos gastos).

Embora a presente EFSS explore intervenções em todas as 4 dimensões da análise do espaço fiscal, o primeiro tema estratégico recomendado pressupõe a realização de uma análise detalhada do espaço fiscal coerente com as metodologias do MEF.

A. Mobilização de receitas domésticas

É provável que a mobilização de receitas domésticas seja o maior contribuinte de financiamento adicional e um dos mais sustentáveis, uma vez que não depende de intervenientes externos (como seria o caso do financiamento através de crédito e da assistência ao desenvolvimento ultramarino).

Através de um processo participativo, tanto dentro do MISAU como fora deste (por exemplo através do apoio do GTF), a EFSS estabeleceu uma metodologia de selecção e identificou diversas formas de mobilizar receitas domésticas para o sector da saúde.

A metodologia de selecção baseia-se em critérios chave, através dos quais podem ser seleccionados mecanismos de financiamento. Estes são:

1. Não afecta a produtividade da economia
2. Não gera danos ambientais nem sociais
3. Não discrimina cidadãos (deve ser equitativa)
4. Contribui para a melhoria da saúde pública ou baseia-se em fundamentos sólidos de saúde pública
5. Contribui para a melhoria da eficiência e competitividade do sector produtivo ou baseia-se em sólidos fundamentos económicos.
6. O impacto financeiro previsto é significativo (não negligenciável)
7. Não tem custos elevados de implementação (estrutura de recolha e distribuição)

Entre os mecanismos de financiamento identificados encontra-se:

- a) Manter a carga fiscal constante para instrumentos fiscais específicos e simplesmente afectar uma pequena percentagem da colecta para o sector da saúde (por exemplo afectar 10% da tributação das sociedades na indústria extractiva)
- b) Considerar a expansão das taxas em instrumentos específicos. Estas incluem taxas, taxas moderadoras e taxas consignadas e receitas próprias
- c) Considerar mecanismos inovadores (obrigações, conversões de dívida, etc.)

A EFSS modelou o impacto financeiro de um subconjunto de medidas que poderiam mobilizar receitas domésticas e que foram propostas durante o processo de formulação da EFSS e acordadas ao nível do MISAU.⁸

O impacto foi calculado numa base progressiva, ou seja, para cada mecanismo qual o montante adicional de receitas que o sector da saúde poderia mobilizar, quando comparado com o referencial actual.⁹

As estimativas focam-se nos primeiros três anos de implementação da estratégia. O impacto financeiro actual de todos os mecanismos de financiamento é sensível a mudanças no contexto económico subjacente, mas oferece uma imagem informativa do potencial de mobilização de receitas domésticas.

Em vez de estimar o défice financeiro da perspectiva de serviços necessários ou desejados (como faz o PESS), a EFSS adopta uma abordagem realista para informar os formuladores de políticas (em especial o MISAU e o MEF) sobre o potencial financeiro de um sólido conjunto

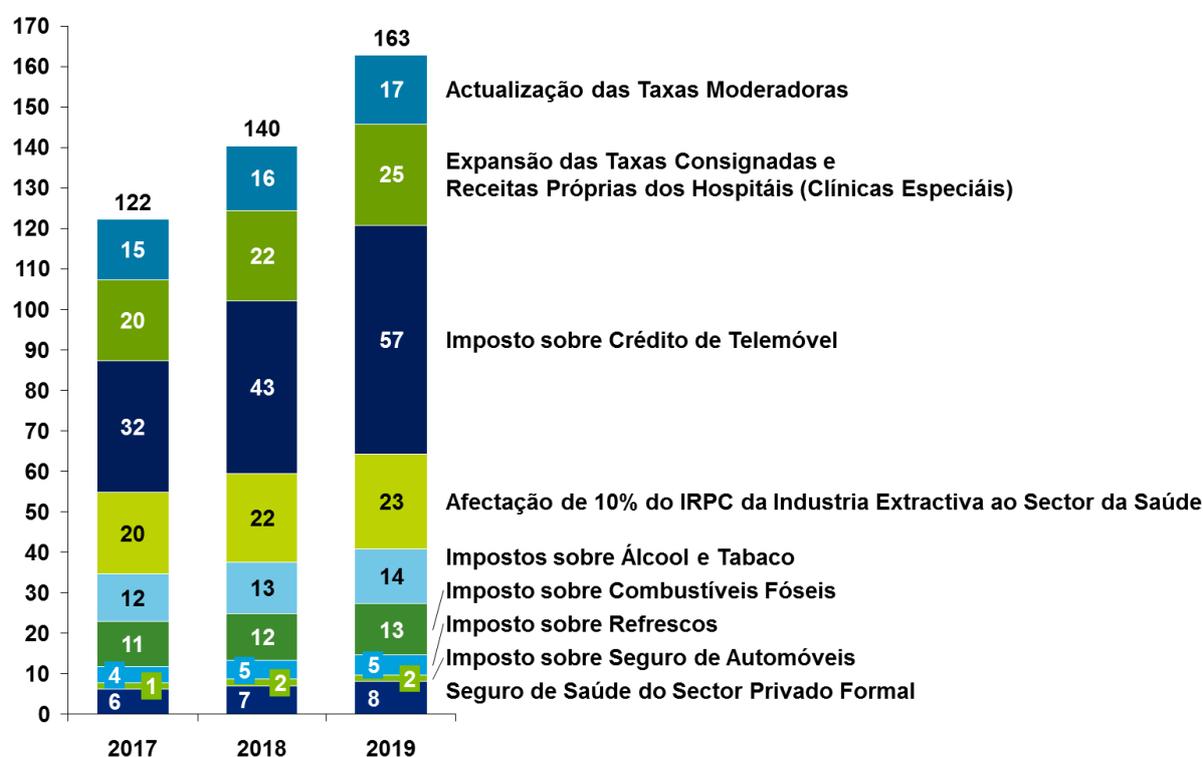
⁸Através de novos estudos comissionados pelo GTF (por exemplo o estudo da OMS sobre mecanismos de financiamento), novos estudos comissionados por instituições governamentais (como o projecto de financiamento sustentável em matéria de HIV da Deloitte-CNCS), estudos existentes, oficinas de trabalho do GTF e encontros com instituições do MISAU (colectivos).

⁹Para mecanismos que já existem (por exemplo, taxas moderadoras), mostramos qual as receitas adicionais que o mecanismo poderia mobilizar em relação às que mobiliza actualmente. No caso das taxas moderadoras, considerando o seu nível extremamente baixo e as fugas na sua cobrança, pressupõe-se que a receita actual é negligenciável.

de medidas de mobilização de receitas domésticas. Ao fazê-lo, destaca a vontade do Governo de explorar a dimensão doméstica do diamante do espaço fiscal, que se encontra mais directamente sob sua responsabilidade (em vez de simplesmente se focar no financiamento externo da despesa através de ODA ou do défice fiscal através de credores internacionais).

Deste modo, é consistente com a abordagem da EFSS de priorizar dimensões endógenas do espaço fiscal: tanto mobilização de receitas domésticas como melhorar a eficiência dos gastos (alocação e uso dos recursos disponíveis para o sector da saúde)

Figura 1: Receita Incremental Ilustrativa das Medidas de Mobilização de Receitas Domésticas da EFSS (milhões de dólares americanos)¹⁰



B. Financiamento através de crédito

O espaço para mais financiamento através de crédito é muito limitado, conforme indicado por instituições como o FMI. No entanto, o país já passou pelo perdão da dívida no âmbito da Iniciativa de Países Pobres Altamente Endividados (HIPC - *Highly Indebted Poor Countries Initiative*). Embora este seja um complexo processo de negociação com base em princípios macroeconómicos, poderá ser uma opção mais a longo prazo do que a curto prazo, considerando como a dívida soberana do país foi perdoada por IFIs e países com grandes créditos como aqueles no Clube de Paris. Contudo, o perdão bilateral da dívida (conversão da amortização da

¹⁰ Estimando um crescimento médio do PIB de 7,5%.

dívida em resultados de impacto social) foi explorado com êxito por países em desenvolvimento em condições similares às de Moçambique.

C. Ajuda ao desenvolvimento ultramarino incrementada

A EFSS está alinhada com os esforços do GdM no sentido de aumentar a ODA de doadores bilaterais e multilaterais. No entanto está também ciente das prioridades estratégicas do GdM de expandir a alíquota doméstica e reduzir a dependência da ajuda a longo prazo à medida que o país se desenvolve.

Para maximizar o potencial da ODA adicional, a EFSS identificou a necessidade de conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA.

A EFSS identificou ainda diversas medidas para melhorar a eficiência do financiamento de doadores, tais como o uso de sistemas nacionais de finanças públicas de acordo com a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda e a Agenda de Accra para Acção sobre a Eficácia da Ajuda.

1.2 Elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde, demonstrando o impacto económica de resultados melhorados na área da saúde.

Há consenso em torno da necessidade de o Ministério da Saúde elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde que possa informar as discussões sobre o financiamento da saúde com o Ministério da Economia e Finanças.

1.3 Conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA

Moçambique desenvolveu um historial de sucesso em termos de relações com os doadores alicerçadas nos princípios da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda.

Na verdade, a Ajuda ao Desenvolvimento Ultramarino (*Overseas Development Assistance - ODA*) representa uma importante fonte de recursos financeiros e assistência técnica para o sector da saúde¹¹. Os doadores bilaterais, como a USAID e os doadores do PROSAUDE representam a maioria do financiamento. Além disso, iniciativas internacionais, tais como o *US President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), o Fundo Global para Combater a Malária, HIV/SIDA e Tuberculose e a Aliança Global para Nutrição Melhorada (*Global Alliance for Improved Nutrition - GAIN*), oferecem um apoio financeiro significativo aos programas verticais de Moçambique, dirigindo-se a epidemias específicas que estão amplamente disseminadas no país.

¹¹A ODA em dinheiro representou 22% do Orçamento do Sector da Saúde em 2014. A ODA em espécie (medicamentos e equipamento médico) representou mais 40% do valor total dos recursos do sector da saúde.

Novas iniciativas internacionais financiadas por doadores bilaterais surgem oportunamente, tais como a Facilidade de Financiamento Global (*Global Financing Facility* - GFF¹²), com enfoque em Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, e Adolescente (RMNCAH no acrónimo em inglês). Em Julho de 2015, a GFF incluiu Moçambique na segunda ronda de países beneficiários da GFF.

Da mesma forma, a EFSS recomenda que o Ministério da Saúde, em coordenação o Ministério da Economia e Finanças, conceba uma estratégia de angariação de fundos com enfoque específico na ODA para assegurar que o país maximizar o seu potencial de angariação de fundos, visando todas as potenciais fontes de financiamento, de acordo com os objectivos da EFSS de um modo integrado, abrangente e equilibrado.

1.4 Conduzir um estudo sobre a capacidade de pagamento

Considerando que 54% da população moçambicana se encontra abaixo do limiar da pobreza e que o salário mínimo é de aproximadamente \$58 por mês, é importante avaliar a capacidade de pagamento do contribuinte moçambicano.

O principal objectivo da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde é desenvolver opções e oportunidades para angariar fundos adicionais para o sector da saúde, porém, é igualmente importante alinhar este objectivo com a situação macroeconómica e a situação financeira real da população moçambicana. Por este motivo é importante realizar um estudo para analisar e definir a capacidade de pagamento dos utentes dos serviços do sector da saúde e da população em geral para definir a dimensão e as oportunidades do espaço fiscal.

1.5 Fazer análises sobre os pagamentos directos (*out-of-pocket*), para perceber os riscos financeiros da população por segmento socioeconómico.

Embora tenham sido conduzidos alguns estudos de apuramento de custos no passado, existe a necessidade de o Ministério da Saúde ter uma visão actualizada e abrangente dos custos directos e indirectos de todos os serviços prestados, bem como uma abordagem às actualizações periódicas de custos. Isto exige uma compreensão dos custos financeiros e dos riscos que a população tem por segmento económico, para assegurar que a revisão das taxas moderadoras é conduzida de modo equitativo.

1.6 Conduzir uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde e outros mecanismos inovadores

A. Conduzir uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde

Existe acordo consensual sobre a necessidade de introduzir mecanismos inovadores para angariar fundos adicionais para o sector da saúde. Neste contexto, torna-se importante conduzir

¹² A GFF é financiada pela USAID, Noruega, Canadá e pela Fundação Bill & Melinda Gates.

uma análise de viabilidade para perceber a amplitude de colecta de fundos que cada uma das opções de impostos identificadas pode oferecer.

O estudo de viabilidade também ajudará a descartar qualquer aumento de imposto que represente uma responsabilidade de contribuição adicional para a população moçambicana em geral ou para os utentes do sector público da saúde, mas que não gere fundos suficientes para justificar a alteração.

B. Conduzir análise de viabilidade sobre outros mecanismos inovadores

O aumento de impostos ou a introdução de novos impostos não são as únicas opções para angariar fundos adicionais para o sector da saúde pública. É importante considerar outros mecanismos inovadores que possam gerar fundos adicionais, mas com menor impacto nas contribuições fiscais da população.

Existem alguns mecanismos inovadores que podem ser considerados, tais como obrigações e perdão de dívida com o propósito de avaliar a sua eficiência e os diferentes mecanismos que são apropriados para o caso específico do sector da saúde pública em Moçambique, é necessário realizar uma análise de viabilidade sobre outros mecanismos inovadores.

2. AUMENTAR AS TAXAS MODERADORAS

2.1 Actualizar as taxas moderadoras reflectindo a capacidade de pagamento

As receitas totais das taxas moderadoras reportadas no orçamento de Estado de 2012 representaram 2,1% do orçamento de estado para a saúde. No entanto, as taxas moderadoras cobradas nos estabelecimentos de saúde nem sempre são reportadas através do sistema de gestão financeira e o valor total de fundos não declarados foi estimado em 0,4% do orçamento total da saúde em 2012¹³.

Além das taxas moderadoras definidas por Lei, alguns estabelecimentos de saúde cobram taxas moderadoras não oficiais para tratamentos especiais ou aluguer de equipamento a provedores privados. Este valor foi estimado em 1,7% do orçamento total da saúde em 2012.

O processo de formulação da estratégia de financiamento da saúde identificou duas dimensões, nas quais existe grande consenso em torno das taxas moderadoras. A primeira dimensão é a necessidade de evitar as taxas utilizadoras para pessoas pobres. A segunda dimensão é a necessidade de nivelar as taxas moderadoras para as pessoas com capacidade para pagar, particularmente nas áreas urbanas.

Os níveis actuais das taxas moderadoras não são significativos do ponto de vista do financiamento. Existem também depoimentos informais que evidenciam que continuam a existir pagamentos ilícitos, explorando assim os níveis negligenciáveis actuais das taxas moderadoras. A prática generalizada de pagamentos ilícitos sugere que existe uma capacidade

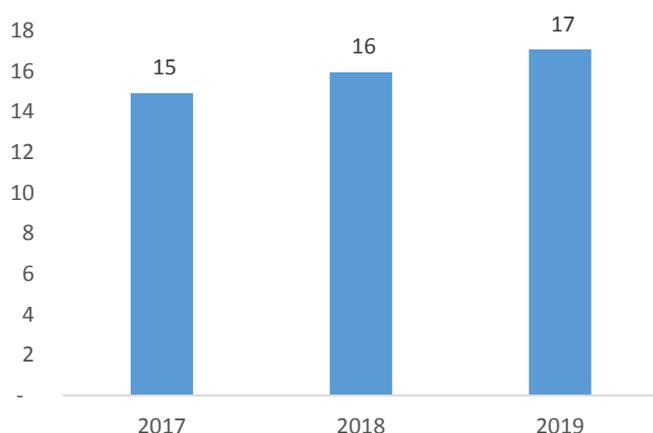
13 Intellica 2013. Estudo sobre a fonte de receitas e o potencial para o Sector da Saúde Moçambicano.

subjacente para pagar. No entanto, uma vez que estes pagamentos não seguem os canais legais, o sistema de saúde não beneficia deles. Além disso, em muitos casos, podem ser abusivos e constituir obstáculos financeiros ilegais ao acesso à saúde.

Deste modo, a estrutura das taxas moderadoras precisa de ser actualizada em linha com os custos reais e a capacidade para pagar.

A título ilustrativo, a EFSS estimou que o impacto de aumentos muito moderados das taxas moderadoras geraria cerca de \$15 - \$17 milhões por ano, conforme ilustrado abaixo¹⁴. A contribuição das taxas moderadoras poderia ser mais substancial com aumentos mais significativos. O aumento real das taxas moderadoras deveria basear-se na capacidade dos utentes para pagar, nos seus riscos financeiros e vulnerabilidade, de forma a assegurar uma distribuição equitativa da carga dos custos.

Figura 2. Receita Incremental Ilustrativa do Aumento de Taxas Moderadoras (milhões de dólares americanos, 2017-2019).



Esta actualização não tem necessariamente que se traduzir num grande aumento, mas sim na remoção total das taxas moderadoras para utentes pobres (reduzindo assim o abuse) e aumentado as taxas para os utentes nas áreas urbanas com capacidade para pagar, por exemplo para 5% do custo total do serviço prestado.

Existe consenso generalizado entre os intervenientes do sector da saúde que o nível actual não é sustentável, uma vez que não representa um fluxo significativo de fundos para a prestação de

¹⁴A actualização modelada das taxas moderadoras é a seguinte: as consultas externas têm sido cobradas a 10 Meticais nos Hospitais Centrais, Provinciais e Distritais, 5 Meticais para os centros de saúde urbanos e 2 Meticais para os centros de saúde rurais. Os medicamentos têm sido cobrados a 25 Meticais nos Hospitais Centrais, Provinciais e Distritais, 10 nos centros de saúde urbanos e 7 nos centros de saúde rurais. As taxas de internamento têm sido cobradas a 50 Meticais nos Hospitais Central e Provinciais, 25 Meticais nos Hospitais Distritais e 10 Meticais nos centros de saúde urbanos e rurais. Finalmente, os serviços gerais de estomatologia têm sido cobrados a 100 Meticais.

serviços de saúde. Portanto, recomenda-se que as taxas moderadoras sejam actualizadas com base nos princípios seguintes:

- Embora as taxas não devam constituir obstáculos financeiros ao acesso aos serviços de cuidados de saúde, deveriam reflectir mais os custos;
- O nível de taxas deveria seguir o enquadramento institucional do MISAU para prestação de serviços: o maior nível de subsídio deveria ser aplicado nos serviços de cuidados primários. A subsidiação deveria ser gradualmente menos nos níveis subsequentes (secundário, terciário e quaternário). Isto depende do ponto de vista- os pacientes encaminhadas dos cuidados de saúde primários deveria ter um maior)
- As taxas deveriam ser estabelecidas com base na capacidade dos utentes para pagar, sendo assim, os utentes com menor rendimento deveriam beneficiar de maior subsidiação que os pacientes com maior rendimento.
- As taxas moderadoras deveriam promover um uso adequado da pirâmide dos serviços de saúde e estarem dependentes de os utentes apresentarem documentação apropriada para o encaminhamento. (abordado acima)
- Os utilizadores de seguros de saúde privados, não residentes e pacientes encaminhados após acidentes rodoviários quando o seguro da viatura pode ser accionado, deveriam receber subsídios mínimos quando procuram cuidados nas instituições públicas.
- Os níveis secundários e acima deveriam gerar uma factura dos serviços prestados?

A tabela abaixo ilustra a estrutura de subsídios proposta para as taxas moderadoras dos cuidados de saúde.

Tabela 1. Estrutura de Subsídios Proposta para a Taxas Moderadoras de Cuidados de Saúde¹⁵

Casos com Subsídios Elevados (+90% do custo)	Casos com Subsídios Moderados (+60% do custo)	Casos com Subsídios Baixos (-30% do custo)
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Essenciais e Cuidados de Saúde Primários • População vulnerável: crianças, mulheres grávidas, idosos, pacientes com HIV, pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Uteses que se dirigem directamente ao centro de saúde sem serem encaminhados por um nível abaixo • Serviços não essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes já segurados por uma apólice privada de seguro • Não residentes

O aumento das taxas moderadoras, que são directamente administradas pelas unidades de saúde, também irá aumentar o nível de autonomia dos prestadores de cuidados de saúde e contribuir

¹⁵A rede de centros de saúde é composta por centros de saúde dos tipos I, II, III e IV. No entanto, aproximadamente 76% de todos os provedores públicos em Moçambique são pequenos centros de saúde do Tipo II, situados nas áreas rurais.

para o programa de descentralização do sector. (Isto implica a consideração de muitos factores. Por exemplo, a capacidade do estabelecimento de saúde de gerir fundos usando os procedimentos governamentais, etc.)

3. INTRODUZIR UM SISTEMA DE FACTURAÇÃO

Esta intervenção compreende duas actividades:

- Emitir facturas referentes a todos os serviços em todas as unidades de saúde, reflectindo o custo total da prestação de cuidados de saúde
- Fortalecer a capacidade de fazer cobranças aos utentes e às clínicas do sector privado

Os custos efectivos de prestar serviços no sistema nacional de saúde são desconhecidos, uma vez que os custos nunca foram integralmente apurados. Nenhum dos hospitais central e provinciais do país está ainda a implementar contabilidade analítica, o que poderia permitir o apuramento de custos por consulta e serviços prestados. Na busca pela promoção da consciência de um custo dos cuidados, é importante que os provedores e a população em geral saibam que o acesso aos serviços não é fornecido gratuitamente e que tenham uma noção dos custos reais. A construção dessa cultura é importante para efeitos de transparência e prestação de contas.

Esta estratégia recomenda que se desenvolva uma capacidade de facturação para os principais hospitais do país, começando pelos 3 hospitais centrais e sendo progressivamente alargada aos provinciais. Cada utente que procure cuidados nas instituições públicas de saúde deveria receber uma factura quando recebe alta, especificando o custo do serviço recebido e a sua contribuição efectiva para esse custo com base no nível das taxas moderadoras, cumprimento adequado do sistema de referência e uso de serviços de cuidados especiais, se existirem (vide intervenções 3.2). Melhorar as capacidades de facturação dos prestadores públicos implicará a criação de sólidos procedimentos financeiros internos, incluindo contabilidade e controlo interno, para assegurar que os recursos obtidos são canalizados através do sistema financeiro e usados para as rubricas de despesa acordadas.

Em termos reais, as receitas ao nível do hospital não iriam aumentar per se - os hospitais continuarão a receber o montante habitual de recursos. No entanto, esta abordagem iria aumentar a transparência, uma vez que estes fundos seriam reflectidos nas contas nacionais do sistema de saúde e contribuir para o processo de cálculo do custo real por consulta e por serviço específico prestado.

A introdução de um sistema de facturação pode ser estruturada em 4 intervenções:

- a. Conceber o modelo operativo do sistema de facturação
- b. Fazer a selecção de fornecedores
- c. Desenvolver capacidades de facturação nos 3º e 4º níveis
- d. Desenvolver capacidades de facturação nos 1º e 2º níveis

4. AUMENTAR AS RECEITAS PRÓPRIAS

4.1 Aumentar as taxas consignadas e as taxas sobre receitas próprias

Apenas algumas instituições de saúde estão legalmente autorizadas a recolher receitas próprias do público, além das taxas moderadoras padrão para consultas externas, consumo de medicamentos e internamento. Estas são o Hospital Central de Maputo, que recolhe receitas para clínicas especiais e Consultas Especiais, CMAM, CRDS/IMEPS e ISCS. Mas a maioria dos provedores públicos de cuidados de saúde em todo o país, especialmente os hospitais, cobram taxas para diversos serviços que não estão legalmente aprovadas e por isso não são reportadas ao sistema de gestão de finanças públicas.

A fim de promover a colecta de recursos internos directamente pelos prestadores e melhor monitorizar e controlar o uso das referidas taxas, recomenda-se que se legalizem e uniformizem essas práticas informais.

Foi sugerido que se uniformizem e legalizem as seguintes receitas próprias, que poderiam servir como base de discussão dentro do MISAU:¹⁶

Tabela 2. Fontes de Receitas Próprias para os Centros de Saúde

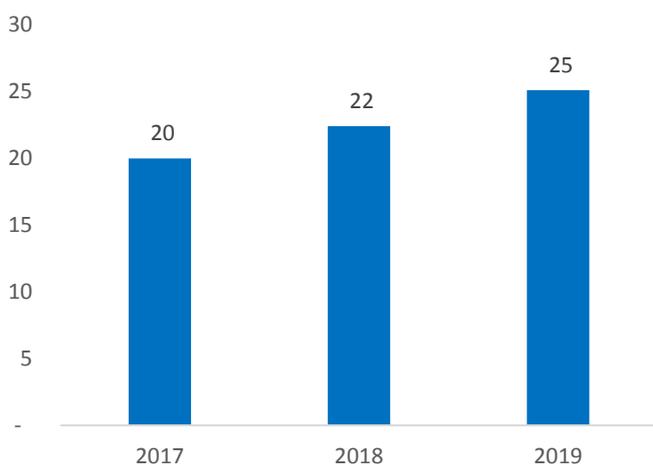
<p>Ministério da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Aluguer de instalações (casas, clínicas, farmácias, armazéns, etc.);• Contratos com seguradoras;• Contratos para a prestação de serviços de saúde a clínicas privadas. <p>Hospital Central / Hospital Provincial / Hospital Rural (Distrital)</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviços de Cuidados Especiais;• Disponibilização de espaço para o exercício de actividades comerciais (centros sociais, floristas, etc.);• Prestação de cuidados médicos nas várias instituições públicas e privadas;• Emissão de segundas vias de Relatórios Clínicos;• Disponibilização de parques de estacionamento para veículos (carros, motorizadas, bicicletas);• Incineração de resíduos hospitalares de clínicas privadas e outras entidades. <p>Instituto de Ciências da Saúde / Centro de Ensino</p> <ul style="list-style-type: none">• Taxa de matrícula para exames;• Disponibilização de espaços (realização de aulas, seminários, conferências e outros eventos).
--

¹⁶ Intellica (2013). Estudo sobre a fonte de receitas e o potencial para o Sector da Saúde Moçambicano.

Os Serviços de Cuidados Especiais poderiam ser cobrados aos utentes que escolhessem receber serviços específicos ou facturados às seguradoras privadas se os pacientes tivessem seguro. A experiência do Hospital Central em facturação a seguradoras privadas tem sido mista, com inúmeros casos de não reembolso. Será, portanto, necessário fortalecer a actual regulamentação dos seguros de saúde, para assegurar que as seguradoras privadas cumprem as suas obrigações.

A título ilustrativo, a EFSS estimou a receita incremental de taxas próprias resultantes da instalação de Clínicas Especiais na Beira e em Nampula e do aumento dos preços actuais. Poderiam ser gerados entre \$20 e \$25 milhões, simplesmente reproduzindo o Modelo da Clínica Especial de Maputo na Beira e em Nampula. No entanto, uma lista detalhada dos serviços e preços aumentados pelo Hospital deveria ser decidida antecipadamente, de forma a gerar uma previsão mais precisa da receita incremental.

Figura 3. Receita Financeira Ilustrativa de Receitas Próprias Incremental (milhões de dólares americanos)¹⁷



5. CONSIGNAR IMPOSTOS EXISTENTES AO SECTOR DA SAÚDE

A consignação de taxas e impostos é uma característica dos sistemas tributários modernos em todo o mundo. A consignação constitui um modo de aumentar a transparência na alocação da arrecadação de impostos, bem como um modo de reduzir a fraude e a evasão fiscais, uma vez que o fim último dos impostos é antecipadamente do conhecimento dos contribuintes.

Foi clinicamente demonstrado que fumar tabaco e consumir álcool constituem sérios factores de risco para a saúde, contribuindo para mais casos de morbilidade e mortalidade. Estas actividades precisam de ser desincentivadas pelo Estado devido à elevada carga de custos que

¹⁷Cálculos baseados no pressuposto de que as Clínicas Especiais (apenas) na Beira e em Nampula começam a funcionar a partir de 2017, além da já existente em Maputo. 10% de aumento das receitas por ano resultando do aumento de preços.

representam para o sistema de saúde e para os contribuintes. A EFSS propôs o aumento moderado destas taxas, para evitar efeitos indesejados de aumento de contrabando, e consignar a arrecadação ao sector de saúde, de modo a nivelar o custo e as receitas destas actividades.

A EFSS propõe ainda que se consigne uma pequena percentagem da arrecadação do imposto sobre as sociedades (IRPC) nas indústrias extractivas ao sector da saúde.

Uma vez que não há um aumento proposto na taxa do imposto, a carga fiscal permanece a mesma. No entanto, a contribuição positiva das indústrias extractivas para a condição da saúde do país poderia ser destacada, aumentando assim a prestação de contas, o apoio público e o impacto destas indústrias na sustentabilidade.

Consignar 10% do IRPC arrecadado poderia gerar \$19 milhões para o sector da saúde no primeiro ano, \$20 milhões no segundo, \$22 milhões no terceiro e \$23 milhões no quarto, totalizando \$84 milhões no período de quatro anos.

6. INTRODUIZIR NOVOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO

6.1 Introduzir novos impostos indirectos

A. Aumentar os impostos sobre o álcool e o tabaco

A EFSS propôs um aumento de 10% nos impostos actuais sobre álcool e tabaco. Considerando um cenário de uma taxa de crescimento do PIB de 7,5% (conforme experienciado recentemente), este aumento poderia gerar \$11 milhões de receitas adicionais no primeiro ano, \$12 milhões no segundo, \$13 milhões no terceiro e \$14 milhões no quarto, totalizando \$45 milhões ao longo do período de quatro anos da estratégia de financiamento da saúde.

O consumo de álcool e tabaco estão associados a uma panóplia de problemas de saúde e comportamentos de risco - beber álcool e fumar, e uma combinação dos dois, pode, a longo prazo, levar uma série de doenças não transmissíveis, como doenças pulmonares e cardiovasculares e múltiplos tipos de cancro. Além disso, os impactos negativos do álcool e do consumo de tabaco transcendem os consumidores individuais e podem representar um perigo para a saúde pública mais abrangente, como as consequências para os fumadores passivos, um aumento dos acidentes rodoviários que podem levar a morte e incapacitação, violência doméstica, entre outros.

Diversos estudos comprovaram uma relação inversa entre os impostos ou o preço do álcool e a incidência do consumo excessivo ou resultados de saúde relacionados com o álcool (Elder, 2010).¹⁸

¹⁸Os impostos sobre o álcool não só representam uma boa relação custo-benefício ao reduzirem os danos relacionados com o álcool, como também se tornaram num meio cada vez mais popular para expandir o orçamento público para a saúde. Por exemplo, o governo das Filipinas arrecadou US\$3,1 biliões em impostos sobre o álcool no último ano (IOGT International, 2015). Da mesma forma, no primeiro ano de implementação do imposto sobre o tabaco (2012), as Filipinas arrecadaram mais de US\$1,2 biliões o que permitiu que o país prestasse cuidados de saúde a mais 14 milhões de famílias, o que se traduz em aproximadamente 45 milhões de pessoas (OMS, 2015). Estudos recentes estimaram que o impacto positivo para a saúde de uma redução na produção e no consumo de tabaco pode impulsionar o PIB. Por exemplo, 1% de perda no PIB na Austrália e na França e 3,5% na Polónia pode ser atribuído á produção e ao consumo de tabaco. Uma redução no consumo de álcool pode ainda levar a

B. Aumentar os impostos sobre combustíveis fósseis (gasolina e diesel)

A EFSS propõe um aumento moderado no imposto sobre combustíveis fósseis (gasolina e diesel) de 10%.

Pressupondo um cenário base de uma taxa de crescimento do PIB de 7,5%, o aumento poderia gerar receitas adicionais na ordem dos \$10 milhões no primeiro ano, aumentando \$1m por ano, totalizando até \$44 milhões durante o período de quatro anos.

C. Imposto sobre refrescos

Além do álcool e do tabaco, tributar bebidas adoçadas como os refrescos, tem-se revelado uma forma de promover hábitos saudáveis, aumentando simultaneamente as receitas para os sectores da saúde de diversos países, incluindo o México, as Filipinas, os Estados Unidos e o Reino Unido. A estratégia recomenda a implementação de um imposto de consumo sobre as bebidas refrigerantes em Moçambique.

A OMS prevê que os diabetes causados pela obesidade na África subsaariana dupliquem nos próximos 20 anos - esta previsão reforça a necessidade de planear estratégias para gerir o aumento previsto da necessidade de cuidados de saúde relacionados com açúcar (Azevedo, 2008). Embora não existam benefícios para a saúde das bebidas açucaradas, o potencial impacto de reduzir o consumo poderia ajudar a prevenir uma série de doenças cardiovasculares causadas por consumo de açúcar e diabetes, o que pode afectar as pessoas obesas e com peso a menos da mesma forma (Gallagher, 2015)¹⁹.

D. Imposto sobre o transporte rodoviário (aplicado sobre os seguros dos veículos)

Taxas adicionais sobre as apólices de seguro de veículos poderiam ser usadas para colmatar parcialmente os custos da procura crescente por cuidados de saúde. Os veículos motorizados são o principal meio de transporte em Moçambique, e o seguro é obrigatório. Para cada 1000 pessoas em Moçambique existem 16 veículos e o número tem estado a crescer exponencialmente. Tem havido um aumento constante no número de veículos importados para o país: por exemplo, em 2012 havia 53.154 veículos registados em Moçambique, comparando com 486.920 em 2013 (JCTP, 2015). Além disso, Moçambique tornou-se recentemente fabricante automóvel, o que se prevê que acrescente 100.000 veículos ao mercado por ano a partir de 2016 (Bowker, 2014). Aplicar uma taxa adicional sobre o seguro automóvel dedicado à saúde é recomendado pelas seguintes razões:

menos absentismo no trabalho, hábitos de condução mais responsáveis, menos violência, todos traduzindo-se numa produtividade mais elevada. Além do mais, os fundos arrecadados através de imposto do pecado podem contribuir ainda para o círculo vicioso ao aumentarem o orçamento disponível para a saúde e outros sectores.

¹⁹No México, o consumo de bebidas refrigerantes inicialmente diminuiu em 9% entre o grupo socioeconómico mais baixo, e posteriormente em 17%, enquanto o consumo de água aumentou como resultado do imposto sobre os refrescos. Simultaneamente, o governo arrecadou um total de \$1,3 biliões em 2014 do imposto e direccionou esses fundos para programas para prevenir a obesidade e as suas doenças associadas - por exemplo, para disponibilizar água potável nas escolas onde não havia (Barclay, 2015).

- **Acidentes rodoviários e poluição a agravarem-se** - Um número crescente de veículos foi associado a um número crescente de acidentes rodoviários e poluição. Entre Janeiro e Outubro de 2014, pelo menos 1.459 pessoas morreram e 3.562 ficaram feridas como resultado de 2.410 acidentes rodoviários registados em Moçambique. Isto representa um aumento substancial nos primeiros nove meses de 2014, quando comparado com 2013, quando o país registou 2331 acidentes rodoviários que resultaram na morte de 1243 pessoas (Jornal Verdade, 2015). Prevê-se que o número crescente de ferimentos por acidentes rodoviários, bem como o aumento na poluição rodoviária, incremente substancialmente a procura de cuidados de saúde num futuro próximo.
- **As receitas do seguro automóvel estão a crescer** - O seguro automóvel é obrigatório para todos os proprietários de veículos desde a introdução da lei 2/2003 de 21 de Janeiro. O mercado dos seguros está a crescer, com um prémio total arrecadado em 2014 equivalente a 59 milhões de dólares americanos, e um crescimento médio de 16% desde 2010²⁰.

E. Imposto sobre crédito de telemóvel

Em Moçambique há apenas três operadoras móveis e todas cobram aos seus clientes com base numa tarifa de conversação por minuto. Existem cerca de 4,4 milhões de moçambicanos a usar os serviços de telefonia móvel, o que pode representar uma boa probabilidade de obter contribuições com baixo impacto no aumento das tarifas do crédito de telemóvel.

Considerando um aumento de 1% na tarifa média por minuto (excluindo SMS, MMS e serviços de dados), em que as receitas decorrentes do imposto adicional serão canalizadas para o sector da saúde, seria possível obter uma receita adicional de US\$25 milhões em 2016, com potencial de crescimento até \$57 milhões até 2019. No total, um imposto sobre o crédito de telemóvel poderia arrecadar \$157 milhões, tornando-se assim o mecanismo de financiamento inovador mais significativo.

Fundamentação:

- **Este instrumento responde à prioridade estratégica do GdM de ampliar a base fiscal.** Com efeito, um imposto sobre o crédito de telemóvel seria o instrumento fiscal com a base fiscal mais alargada de todos, alcançando 4,4 milhões de utilizadores de telemóveis (em 2014), duas vezes o número dos contribuintes actuais. É também a base fiscal com crescimento mais rápido, contribuindo assim, de forma decisiva, para o objectivo estratégico de aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde.
- **Um imposto sobre o crédito de telemóvel tem uma fundamentação económica sólida.** As telecomunicações móveis são um mercado oligopolístico com apenas três actores, uma vez que essas operadoras têm enormes lucros.

²⁰ Relatório do Mercado de Seguros 2014, Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique

- **A procura de crédito de telemóvel é pouco elástica em preços unitários baixos** - não haverá uma alteração ou redução significativa na procura de crédito de telemóvel devido a um pequeno valor adicional nas tarifas das comunicações móveis por minuto, uma vez que o aumento será tão pequeno que não irá impactar as receitas e despesas dos utilizadores de modo relevante.
- **Eficiência no processo de colecta de taxas** - o processo de colecta já existe e é eficiente uma vez que assenta numa plataforma electrónica subjacente. Não será necessário incorrer em despesas adicionais com a instalação de um novo departamento ou sector para colectar as receitas adicionais. As operadoras de telecomunicações apenas necessitariam de transferir as receitas referentes ao 1% adicional da tarifa por minuto para a instituição pública competente (*Autoridade Tributaria* ou Unidade de Financiamento da Saúde).
- **Aqueles que auferem de baixos rendimentos irão pagar menos** - taxa adicional de 1% será apenas introduzido nas tarifas de chamada por minuto. As tarifas de SMS, MMS e dados móveis não serão aumentadas nem afectadas com esta medida. Os clientes de baixo rendimento usaram SMS, desproporcionalmente mais do que os utilizadores de alto rendimento, quando comparado com o seu nível global de consumo.

6.2 Considerar introduzir outros mecanismos inovadores

Num panorama de pressões sobre a moeda nacional e níveis crescentes de dívida soberana, Moçambique está a viver um debate nacional sobre meios para aumentar a sustentabilidade do financiamento de serviços sociais, incluindo a Saúde. Instituições como o MISAU e o CNCS estão a realizar análises de sustentabilidade e a reflectir sobre potenciais mecanismos de financiamento inovador. Além dos mecanismos que foram modelados e incluídos na EFSS, foram propostos diversos mecanismos durante o processo de formulação da EFSS pelos vários intervenientes, mas nem todos cumpriam os critérios de selecção introduzidos pela EFSS. No entanto, entre os mecanismos adicionais que poderiam satisfazer os critérios de selecção encontram-se:

- Imposto sobre propriedades urbanas
- Imposto sobre grandes áreas de terra
- Obrigações de impacto na saúde
- Conversões de dívida para matérias de saúde
- Imposto sobre a actividade económica informal

Uma característica comum de muitos destes mecanismos é a necessidade de envolver o sector privado, bem com um profissional independente externo que possa negociar um acordo com o sector público (como é o caso das obrigações de impacto e conversões de dívida).

V. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: MELHORAR A EFICIÊNCIA DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS AO SECTOR DA SAÚDE

Uma alocação sólida de pressupões que os fundos sejam alocados onde são mais necessários, ao mesmo tempo que se assegura que os recursos podem ser adequados de forma adequada para maximizar o impacto. Os critérios de alocação podem incluir dimensões geográficas, alocação entre níveis de cuidado (cuidados de saúde primários a quaternários), funções de saúde (administração, formação, prestação de serviços), programas (malária, HIV, tuberculose) e tipos de insumos financiados (capital, recursos humanos, despesas correntes, etc.).

O Governo de Moçambique assumiu um compromisso significativo para enfrentar as desigualdades geográficas no país e implementar uma fórmula de alocação baseada na equidade para alocação territorial do orçamento. A densidade populacional e o nível de pobreza são tomados em consideração pelo MEF para alocar orçamentos administrativos aos Distritos e às Províncias, que posteriormente são divididos em sectores, incluindo a saúde.

Moçambique primeiro implementou a fórmula de alocação baseada na equidade no antigo Fundo Comum Provincial (baseado na assistência técnica da SDC). Seguindo esta primeira fórmula, 60% dos fundos foram alocados aos cuidados primários de saúde e alocados às províncias com base em critérios ponderados (unidades de serviço, número de camas, população, pobreza, densidade populacional). Esta fórmula ainda é aplicada para distribuição dos fundos do ProSaude às Províncias.

Conforme delineado na análise PEFA 2015,, uma das principais dificuldades na alocação de recursos dentro do sector da saúde é a dupla subordinação da DPS e dos SDSMAS ao Ministério da Saúde e ao MEF.

A informação necessária para as estimativas de alocação é escassa e de fraca qualidade, dificultando uma análise adequada e a avaliação das prioridades reais dentro do sector. A análise PEFA 2015 também destacou a falta de ligação entre a visão a longo prazo articulada no PESS e o processo de orçamentação anual, que segue uma abordagem de curto prazo.

Análises recentes enfatizaram a desigualdade geográfica na alocação de fundos. A nota sobre Equidade da UNICEF de 2014 realçou a diferença nos gastos do Governo per capita de MT 487 em Sofala para MT235 nas províncias da Zambézia e de Tete. Essas províncias também são aquelas com os piores indicadores de saúde infantil, o que enfatiza o desfasamento entre a necessidade de cuidados e o acesso aos recursos.

A desigualdade na alocação de RHS entre as províncias também foi abordada na avaliação do plano de RHS. A alocação de pessoal piorou no período 2008-2015 em 8 províncias do país. A províncias com um maior rácio de profissionais de saúde per capita continuaram a receber uma maior proporção de pessoal. Existem outros estudos que também destacaram a necessidade de uma melhor alocação de RH nas províncias e nos distritos (Vide Cabral, 2014).

Relativamente à alocação funcional, as CNS 2012 estimam que 29% da despesa corrente (CHE) é investida em custos Administrativos. O plano preliminar de avaliação de RHS também

demonstrou que objectivo do rácio de 63% - 37% entre pessoal técnico e administrativo não foi alcançado e manteve estagnado nos 52% - 48%. Se esses números puderem ser explicados pelo processo de descentralização, a meta de alocação e o sistema de monitorização têm que ser implementados para garantir que mais recursos são alocados à prestação de serviços.

Com o PESS a colocar em evidência um conjunto claro de prioridades para a saúde, torna-se necessário um processo adequado de monitoria por programa, de forma a rastrear o padrão de financiamento dessas prioridades.

Esta estratégia propõe a implementação de uma abordagem estratégica na alocação de recursos, procurando adequar os recursos globais de saúde à procura por cuidados e capacidade de oferta.

1. CRIAR UMA UNIDADE DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Com mais recursos a circular no sistema, e a definição de uma nova alocação de recursos, esta estratégia recomenda a criação de uma unidade, cuja missão seria agregar os fundos dedicados à saúde e estrategicamente alocar os recursos às principais lacunas de financiamento. A unidade irá gerir os fundos arrecadados dos impostos consignados e também poderia agregar fundos de doadores como o ProSaude. Este mecanismo irá permitir avançar para a compra estratégica de serviços.

Próximos passos:

- Desenhar a estrutura de governação da unidade de financiamento da saúde (Unidade de Implementação de Projectos, entidade independente com conselho de administração e mecanismos de governação específicos)
- Canalizar fundos consignados de mecanismos adicionais para as unidades de financiamento da saúde.

2. DESENVOLVER UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTÃO

Obter informação precisa é um processo conduzido de baixo para cima. Obter previsões de carga de trabalho, taxas de utilização de serviços rigorosas, as despesas de capital necessárias pressupõem que tanto as ferramentas com os recursos humanos estão disponíveis ao nível sub-nacional para informar os planeadores ao nível central. Muitos relatórios realçam o aumento da capacidade aos níveis provincial e distrital, apelando, no entanto a mais esforços para nomear e treinar o pessoal necessário para assegurar uma melhor planificação e execução orçamental. Isto poderia, por exemplo, ser apoiado pela implementação do e-SISTAFE em todos os distritos e uma maior responsabilização do distrito sobre o seu orçamento.

Alcançar a qualidade na recolha de dados irá exigir:

- Elaboração de manuais e ferramentas de planificação para os distritos e o pessoal provincial. Essas ferramentas já existem (vide manual da *Medicus Mundi*), porém é necessário uniformizar e implementar o seu uso.
- Recrutar e treinar planeadores ao nível subnacional capazes de usar esta ferramenta
- Implementar o E-SISTAFE em todos os distritos

- Criar mecanismos de prestação de contas para os distritos em relação ao seu orçamento
- Aumentar gradualmente o nível de orçamento descentralizado
- Avaliar o desempenho dos planeadores e da qualidade de dados, como por exemplo qualidade da informação fornecida no *módulo básico*.

Próximos passos:

- a. Realizar uma análise de viabilidade de um MIS (sistema de informação de gestão) ao nível do hospital
- b. Realizar uma selecção de fornecedores de sistemas de MIS
- c. Implementar o sistema de MIS nos 3º e 4º níveis
- d. Implementar o sistema de MIS nos 1º e 2º níveis

3. INTRODUIZIR SEGUROS DE SAÚDE

Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde tem vindo a estudar a possibilidade de introduzir seguros de saúde como meio para alcançar uma melhor cobertura de população e serviços, bem como maior eficiência no sistema de financiamento. Durante o processo de formulação da estratégia de financiamento da saúde, foi acordada, dentro do Ministério, a introdução de um sistema de seguros de saúde em duas fases. Na primeira fase haverá um sistema de seguro de saúde obrigatório apenas para funcionários públicos. Posteriormente o sistema de seguro de saúde será alargado ao sector privado formal. Além disso, as medidas a serem definidas serão adoptadas para alargar o seguro de saúde também ao sector informal. Entretanto, e conforme estabelecido na Constituição, todos os cidadãos moçambicanos têm o direito de acesso aos serviços de cuidados de saúde. Portanto, a introdução faseada do seguro de saúde não resultará em obstáculos no acesso ao sistema público de cuidados de saúde

Os funcionários públicos já estão a contribuir 1,5% dos seus salários para o SNS através da assistência médica e medicamentosa, embora possam ser também atraídos para contribuir para um regime de seguro que cobrisse mais dos seus custos directos. Deste modo, introduzir o seguro de saúde para funcionários públicos não resultará em mais receitas (a não ser que a dedução do salário seja superior a 1,5%), mas resultará sim na introdução da separação funcional, o requisito de uma unidade de funcionamento da saúde para agregar o rendimento dos prémios e a criação de facilidades de facturação (primeiro) e pagamento (subsequentemente) nas unidades de saúde, começando pelos hospitais.²¹

Parte do sector informal também poderá atraído por algum tipo de seguro, assumindo que seria concebido para se adequar à sua realidade específica. Um diagnóstico recente dos seguros realçou que a saúde era o primeiro risco que as famílias estariam dispostas a segurar, ficando no mesmo nível que a morte²². Custos bem conhecidos do acesso aos cuidados são os custos de transporte e a perda de rendimento durante o internamento.

²¹Uma vez que os funcionários públicos já estão a fazer uma contribuição de 1,5% dos seus salários para assistência médica e medicamentosa, a EFSS não modelou o impacto na receita do seguro de saúde dos funcionários públicos, visto que a receita incremental seria zero mantendo constantes os níveis actuais de contribuição.

²² UNCDF, Access to Insurance Diagnosis, 2012

Actualmente, o sector privado desempenha um papel pequeno, mas em crescimento no sistema global de saúde quando comparado com a saúde privada na região. Este facto está relacionado com três factores históricos:

- 1) Até muito recentemente o Governo focava-se exclusivamente no sistema público de saúde
- 2) A baixa procura devido aos baixos níveis de rendimento não despoleta uma oferta significativa de serviços privados de saúde, tradicionalmente confinados a Maputo
- 3) As assimetrias de informação presentes em qualquer mercado baseado no risco não foram contempladas nas normas de mercado. Na ausência dessas normas, as falhas de mercado não cobertas, como a selecção adversa e os riscos morais dificultaram a consolidação dos mercados dos seguros, não só na saúde, mas também nos seguros a curto e longo prazo.
- 4) A falta de uma regulação efectiva do mercado é exacerbado pelo perfil de alto risco do país, que está sujeito a catástrofes naturais recorrentes, como secas e ciclones, bem como grandes epidemias (malária, HIV, doenças transmitidas pela água e tuberculose).

Apesar dos obstáculos históricos acima mencionados, nos últimos anos o sector dos seguros assistiu a importantes desenvolvimentos, tais como a chegada de novos investimentos, principalmente de empresas portuguesas e sul africanas, bem como a oferta pública de venda de acções da empresa nacional de seguros, Emose. As novas empresas agora oferecem uma gama de produtos mais diversificada, não limitada ao seguro automóvel contra terceiros que é obrigatório, mas também produtos relacionados com riscos profissionais, regimes de seguros de saúde e planos médicos.

Esta estratégia reconhece a oportunidade apresentada pelo fortalecimento dos panoramas dos seguros de saúde públicos e privados, como forma de agregar fundos dos cidadãos com capacidade para pagar serviços finais mais elevados, protegê-los contra o risco financeiro e aumentar os recursos para o sistema de saúde ao estimular o desenvolvimento de instituições privadas de saúde, desenvolver um sistema fiscal adequado e envolver mais os prestadores nos contactos com as seguradoras.

Também enfatiza a necessidade de haver medidas regulatórias adequadas em vigor para proteger os consumidores e assegurar uma integração racional da indústria dos seguros de saúde com as prioridades do sistema de saúde.

Próximos passos

- a. Realizar uma análise de viabilidade do sistema de seguros de saúde
- b. Realizar um panorama do sector dos seguros de saúde e os obstáculos ao seu desenvolvimento
- c. Rever a regulamentação dos seguros privados para os regimes de seguros de saúde privados e planos médicos.
- d. Desenvolver uma regulamentação válida dos seguros de saúde para o sector privado
- e. Introduzir um seguro de saúde para os funcionários públicos
- f. Estabelecer um seguro de saúde obrigatório para os demais cidadãos

4. DEFINIR REGRAS DE ALOCAÇÃO BASEADAS NAS ANÁLISES DA PROCURA

4.1 Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e capacidade do sistema para absorver financiamento

A procura de cuidados de saúde é uma função de diversos parâmetros e pode ser estimada por uma combinação de taxa de utilização de serviços por nível de cuidados e tipo de serviço (numero de consultas em ambulatório per capita, taxa de admissão para internamentos e duração da estadia, etc.), dimensão da população na área de abrangência do provedor, e foram feitas projecções com base na evolução prevista desses parâmetros.

Recolher dados sobre o número projectado de visitas ao SNS é crucial para assegurar que é implementada a oferta necessária e que o sistema é responsivo aos seus pacientes. É, portanto, um factor chave a ter em conta no momento de discussão da planificação e alocação do orçamento.

Alocar recursos não deveria ser apenas o resultado do ajuste dos recursos existentes com a potencial procura (usando por exemplo um custo por unidade de serviço).

Uma abordagem eficiente também deveria considerar a capacidade de absorção do sistema, para assegurar que os recursos financeiros são eficazmente transformados em prestação de serviços.

Esta informação deveria ser usada como base para a alocação provincial e distrital de despesas correntes e de investimento de fundos da CUT (e considerando os projectos extra CUT).

4.2 Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura de cuidados de saúde

Uma ideia recorrente lançada por diversos intervenientes durante o processo de formulação da estratégia foi a necessidade de modernizar o sistema de saúde com ferramentas informáticas, não simplesmente do lado da oferta (tais como sistemas de gestão da informação e capacidades de facturação para os centros de saúde) mas também do lado da procura, especialmente a necessidade de recolher continuamente dados sobre a procura, processá-los e vizualizá-los para planeamento e orçamentação das problemáticas da saúde.²³

4.3 Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades

A. Rever as normas de alocação baseadas na análise da procura e na lista de serviços essenciais nos níveis de cuidados primário e secundário

A fim de avaliar a lacuna entre a procura e a oferta, é necessário definir padrões de serviços a serem prestados com base nos diversos critérios (geografia, procura, etc.).

²³ O programa Sul Africano para monitorizar mães grávidas usando ferramentas móveis (Mumcare) é um exemplo pioneiro e replicável do potencial de usar ferramentas digitais para os cuidados de saúde.

Até agora, o Decreto 127/2002 orienta o sector da saúde na alocação de infra-estruturas e recursos humanos, com critérios exclusivamente baseados na dimensão da população por geografia. Define diversos tipos de estabelecimentos para os níveis I-II (o Sistema Distrital de Saúde) com grandes camadas de população nas suas áreas de abrangência. Existem três tipos de centros de saúde nas áreas rurais para população entre 7.500 a 20.000; 16.000 a 35.000 e três tipos nas áreas urbanas com áreas de abrangência de 10.000 a 25.000, 18.000 a 40.000 e 40.000 a 100.000.²⁴ O Decreto define ainda dois tipos de equipas de RHS para o ponto mais alto e o ponto mais baixo da curva de densidade populacional. Muitas unidades de cada tipo atendem populações alíneas entre os limites do ponto mais alto e o ponto mais baixo: se lhes for alocado qualquer dos dois conjuntos de RH pré-definidos, existir a probabilidade, quer de baixa utilização quer de sobrecarga.

Contudo, o sucesso de um sistema de saúde bem concebido depende fortemente do ajuste da capacidade da oferta e da procura prevista: PHC tenta aproximar-se dos utentes, a fim de permitir o uso regular, e a sua simplicidade tecnológica permite uma alocação contínua de recursos (incluindo profissionais) de acordo com os níveis da procura. A eficácia e a eficiência dos serviços oferecidos pelas unidades de encaminhamento, pelo contrário, baseia-se no facto de ter um nível suficiente de procura que justifique os custos fixos do nível mínimo de recursos (equipas especializadas de RHS, equipamento, etc.) e um volume mínimo de serviço como limiar definitivo para garantir a manutenção de competências especializadas, ou seja, uma tendência para a centralização. Essa diferenciação entre tecnologia e cobertura da população é crucial para a concepção de estratégias de intervenção com uma boa relação custo benefício para uma variedade de metas em matérias de saúde pública. Portanto, a EFSS identificou com intervenção estratégica a definição de tipos padrão de estabelecimentos - e os conjuntos associados recursos padrão - no intervalo entre proximidade e encaminhamento especializado, pode tornar-se uma importante pré-condição para um sistema de saúde eficaz e para o uso eficiente dos seus recursos "fixos".

Os pequenos estabelecimentos de PHC orientados por cuidados de proximidade nas áreas rurais são um desafio frequente: por exemplo, no limite inferior da população dos Centros de Saúde Rurais Tipo II conforme definido pelo Decreto 127/2002 (7500 pessoas), a equipa básica de 1 enfermeiro, um médico assistente e 1 enfermeira SMI será completamente adequada para cuidar da maioria dos programas preventivos de SMI, visitas curativas a 1,2 per capita/ano e serviços para pessoas com HIV até 10-15% de prevalência (mais aproximadamente um parto a cada dois dias).²⁵ Uma maternidade completamente equipada e com todo o pessoal, a funcionar 24/7 só poderá ser eficiente se atender directamente 35000-40000 pessoas (3 partos /dia, mais as mães admitidas para internamento, exigindo no mínimo 2 enfermeiros SMI nos turnos de dia, apenas para a Maternidade= Outra situação extrema pode ocorrer em áreas urbanas densamente populadas, em que o Decreto 127/2002 determina o limiar superior para RH Urbanos do Tipo A em 100000 habitantes, os números de serviços ambulatoriais irão tornar-se tão enormes que a logística irá colapsar e a qualidade vai sofrer com o caos do dia-a-dia.

²⁴ Os Hospitais Rurais podem atender entre 150000 a 900000 habitantes.

²⁵ Estes números fictícios são usados para exemplificar que para populações abaixo de, digamos, 5000 pessoas a equipa mínima de 3 profissionais tornar-se-á redundante e ineficiente. Ou, qualquer adição a equipa de 3-RH para as 7500 pessoas terá o mesmo efeito ineficiente.

Os tipos de unidades distritais de saúde consideradas no Decreto 127/2002 poderiam ser melhorados com a introdução de uma análise da procura prevista, com vista a tomar em consideração a variação da carga de trabalho e o consumo excessivo ou deficiente de serviços específicos.

Ao mesmo tempo, a escassez de recursos deveria manter em mente a necessidade absoluta de ajustar a capacidade de oferta à procura prevista. São fornecidos dois exemplos opostos. O CS rural de Tipo II, que atende 7500 pessoas tem RH para responder à maioria da procura local: desejando, por exemplo, responder a "necessidade não satisfeita" relacionada com problemas de saúde mental pode criar um novo problema de pagar por um insumo fixo subutilizado. No extremo oposto, responder a patologias cardiovasculares crónicas nas áreas urbanas é uma importante responsabilidade dos estabelecimentos PHC, exigindo no mínimo mais pessoal (melhor treinado e melhor pago) e serviços laboratoriais fiáveis (e automatizados).

Em Moçambique, não foi aprovada nenhuma lista oficial de serviços por nível de cuidados, fora do decreto 127/2002. Definir os serviços essenciais a serem prestados no SNS e por nível de cuidados é crucial para assegurar que os recursos são alocados de forma rentável. Uma vez que a maioria dos estabelecimentos de saúde são pequenos estabelecimentos rurais, será importante manter os serviços e a equipa de recursos humanos no mínimo enquanto se melhora o sistema de referência para aceder aos níveis mais elevados de cuidados. A definição de um pacote mínimo de serviços será essencial para a previsão dos volumes de serviços que poderão ser procurados por qualquer população e o conseqüente número de RH, quartos, consultas diárias, automatação do equipamento, etc.

Poderia ser necessária uma abordagem suplementar como primeiro passo para adaptar os tipos de estabelecimentos aos vários níveis de intensidade de procura local:

- i) Uma visão a longo prazo (o pacote de serviços mínimos) pode demorar algum tempo a ser definida, combinando evidências locais com as boas práticas internacionais (regionais) (sectores de seguros de saúde e público);
- ii) Os níveis actuais de consumo nas áreas caracterizadas pela ausência de obstáculos geográficos, demografia (envelhecimento) e epidemiologia (HIV, doenças cardiovasculares crónicas, trauma, saúde mental) podem ser usados como limiares para prever a evolução a curto prazo de muitas áreas rurais. Esses cenários de evolução a curto-prazo podem ser usados para estudos de viabilidade financeira.²⁶

A fim de melhor alinhar os recursos com as necessidades da população, a presente estratégia recomenda:

- A inclusão dos critérios de procura e adaptação à camada de população do decreto 127/2002, a fim de rever a definição dos tipos de estabelecimentos usados para a planificação;

²⁶Análises dos dados do *Modulo Básico* e do HRIS em algumas províncias sugerem que a disponibilidade actual de recursos (alta ou baixa) pode influenciar os níveis de utilização. Sendo assim, os níveis actuais de consumo nas áreas melhor dotadas /de baixos obstáculos podem ser considerados metas razoáveis para áreas de baixos recursos / altos obstáculos.

- A definição de um número recomendado de contactos /capita / serviço: começando com os níveis actuais de consumo e planear progressivamente até atingir o primeiro esboço da "lista mínima de serviços"
- A elaboração de uma lista de serviços essenciais a serem prestados nos níveis de cuidados primário e secundário, como forma de orientar a alocação estratégica.

B. Introduzir uma fórmula de alocação com base nas necessidades

Assim que for recolhida a informação sobre a utilização de cuidados actual e prevista, bem como a oferta actual e prevista do sistema de saúde, a decisão de alocação deveria visar a redução do desfasamento entre o sistema actual e o desejado durante um período de tempo pré-determinado.

Esta estratégia recomenda a implementação de uma fórmula de alocação baseada nas necessidades para o sector da saúde ao nível Provincial e conduzir uma análise de lacunas do lado da oferta para alocação ao nível distrital, especialmente para a alocação de infra-estruturas, orçamento recorrente e de doadores nos níveis primário e secundário. A alocação de RHS deveria ser orientada pela lista revista de serviços por estabelecimento e incluir uma estimativa da carga de trabalho.

Os novos fundos arrecadados através de impostos consignados também deveriam ser alocados usando a mesma abordagem.

Foi desenvolvida uma proposta de fórmula de alocação baseada nas necessidades pela Equinet em Dezembro de 2013, e foi testada para a alocação por parte do MISAU dos fundos provinciais do ProSaude. É necessário avaliar os resultados da nova fórmula e chegar a acordo sobre os critérios finais a serem retidos a fim de melhor avaliar a necessidade ao nível provincial. Os critérios deveriam ser ajustados ao contexto específico de Moçambique e reflectir o principal impulsionador da utilização do SNS.

O uso destas duas metodologias permitirá a transição progressiva para as províncias e distritos com maior necessidade de apoio. Portanto, a estratégia recomenda:

- a. Considerar a simplificação do sistema de alocação e gestão orçamental
- b. Desenvolver linhas orientadoras para a alocação.

VI. OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: MELHORAR A EFICIÊNCIA DO USO DE RECURSOS NO SECTOR DA SAÚDE

Os dois primeiros objectivos estratégicos desta EFSS focam-se na necessidade de colectar mais recursos para o sistema e de os distribuir de modo adequado. No contexto de um pacote crescente de recursos de saúde, outra intervenção chave é no âmbito dos fundos gastos em actividades ineficientes. Esses ganhos de eficiência têm potencial para melhorar significativamente o desempenho do sistema de saúde, assegurando uma melhor capacidade de absorção, libertando fundos para mais serviços, e demonstrando uma maior eficiência do Ministério das Finanças, atraindo assim mais fundos para o orçamento do governo.

Infelizmente, ainda há muito poucas evidências documentadas sobre a principal fonte de ineficiências técnicas no sistema moçambicano. Esta estratégia apela a que façam mais análises do género e procurando ganhos de eficiência onde estes possam ser encontrados: por exemplo, reduzindo a carga de custos administrativos no sistema, limitando o desperdício de medicamentos e equipamento ou racionalizando o investimento capital.

Assegurar que todos os níveis de cuidado se focam na sua função principal também se traduzirá em mais eficiência e poderia ser atingido ao rever a lista de serviços a todos os níveis e fortalecendo o sistema de encaminhamento dentro do SNS.

Finalmente, a estratégia recomenda o progresso para as compras estratégicas, a fim de desenvolver mecanismos para racionalizar os gastos, começando ao nível dos hospitais.

1. INTRODUIR UM SISTEMA DE RASTREAMENTO DE RECURSOS

1.1 Conduzir um sistema periódico de rastreamento de recursos aos níveis local e provincial

O relatório de 2010 da OMS sobre financiamento da saúde em Moçambique estimou que 20% a 40% dos recursos da saúde estão a ser desperdiçados e identificar as dez causas principais de ineficiência no sector da saúde: 1) uso deficitário de genéricos e preços de medicamentos mais elevados do que o necessário, 2) uso de medicamentos contrafeitos e abaixo dos padrões, 3) uso desapropriado e ineficaz de medicamentos, 4) uso abusivo de serviços (equipamento, investigações, procedimentos), 5) mix de RH desapropriado, pessoal desmotivado, 6) duração da estadia no hospital desapropriada, 7) dimensão desapropriada dos hospitais, 8) erros médicos e qualidade de cuidados abaixo do ideal, 9) fugas nas despesas e nas receitas do sistema de saúde, 10) mix ineficiente de intervenções de saúde.

Destas fontes tradicionais de ineficiência, as seguintes são potencialmente aplicáveis a Moçambique: 1) mix de RH desapropriado, 2) pessoal desmotivado, 3) qualidade de cuidados abaixo do ideal, 4) fugas nas despesas e nas receitas do sistema de saúde.

Outras fontes de ineficiências aplicáveis a Moçambique, conforme demonstrado em diversos estudos incluem:

- 1) Peso insuficiente dos cuidados de saúde vs. administração na alocação de recursos do sector da saúde como um todo (incluindo todas as instituições de apoio e coordenação)
- 2) Concentração excessiva de recursos humanos e financeiros na Cidade de Maputo vs. maiores focos de procura (por exemplo em Nampula e na Zambézia)
- 3) Gestão ineficiente da cadeia centralizada de abastecimento de medicamentos
- 4) Distribuição ineficaz de medicamentos nas farmácias públicas resultando em falta de stock crónica e apropriação indevida
- 5) Falta de uso da análise da carga da doença resultando num mix de condições a serem tratadas abaixo do ideal
- 6) Foco insuficiente em comportamentos e medidas preventivas tais como água limpa, saneamento, higiene, nutrição, redução do risco de calamidades e desigualdade de género resultando em muitos casos de doenças evitáveis nas unidades de saúde

- 7) Práticas relacionadas com a corrupção, resultando num reporte deficitário dos fundos próprios, a imposição de taxas de utilização ilícitas e a adjudicação de contratos objecto de concurso público a fornecedores com uma má relação qualidade preço

A EFSS identificou a necessidade de analisar e identificar potenciais ganhos em termos de eficácia a três níveis, incluindo

- Custos administrativos
- Custos farmacêuticos
- Custos das unidades de saúde, particularmente Hospitais

1.2 Introduzir mecanismos de monitorização da despesa

A monitorização dos recursos do estado para o sector da saúde foi consideravelmente melhorada. O país fez progressos substanciais no desenvolvimento de um sistema financeiro público de ponta (e-SISTAFE), com o apoio dos doadores bilaterais europeu, no qual os fundos podem ser controlados com uma única conta do tesouro (CUT) online, electrónica, monitorizados e contabilizados.

Cada vez mais UGBs estão a usar o sistema e têm sido envidados esforços constantes para capacitar recursos humanos para o usar devidamente.

A recente introdução de códigos de programas verticais de saúde no e-SISTAFE (malária, tuberculose, HIV, RMNCH) para monitorizar tanto recursos como despesa irá permitir uma melhor planificação. A próxima análise de despesas por programa nos REOs sectoriais também irá trazer ao de cima potenciais melhorias em termos de eficiência.

A conclusão do segundo exercício de CNS em Moçambique em 2012 também comporta mais evidências sobre a desagregação da despesa da saúde, incluindo todos os agentes financeiros do sector: tanto públicos como privados.

A EFSS identificou as seguintes acções:

- Continuar a implementar os códigos orçamentais baseados em programas
- Progressivamente implementar novos códigos no e-SISTAFE para reportar sobre a execução orçamental por programa
- Produção de ROEs do Sector da Saúde por categorias de programa irá ajudar a identificar potenciais melhorias na execução orçamental
- Incentivar os doadores a alinharem-se com os processos de Gestão de Finanças Públicas do GdM, de acordo com as directrizes emitidas para os doadores pelo Ministério da Economia e Finanças. Tanto quanto possível, os doadores deveriam:
 - Canalizar os fundos através da CUT,
 - Coordenar com os sectores apoiados para garantir o pleno uso dos sistemas de planificação e orçamentação do país, incluindo o MTEF, Orçamento de Estado, PES e Balanço do PES
 - Usar os processos nacionais e sectoriais de M&E
 - Usar os processos nacionais de procura

- Comprometer-se com cronogramas de desembolsos claros e previsíveis, permitindo uma melhor execução orçamental
- Reportar os desembolsos planeados e executados nas ferramentas apropriadas de monitorização de recursos para projectos extra-CUT
- Envidar esforços para obter informação financeira do sector privado da saúde. Actualmente, a informação não está facilmente acessível, conforme reportadas nas últimas CNS e é crucial obter uma estimativa rigorosa da Despesa Total de Saúde do sector
- Melhorar a arrecadação e o reporte de receitas geradas internamente (receitas consignadas e receitas próprias)

2. AVALIAR O POTENCIAL DE SUBCONTRATAÇÃO

2.1 Mapear potenciais serviços e potenciais provedores privados de serviços subcontratados e custos associados

O Sistema Nacional de Saúde Moçambicano tem alguma experiência na subcontratação de serviços. O Hospital Central está actualmente a subcontratar um parceiro externo para os serviços de limpeza. No entanto, os resultados têm sido mistos e há uma percepção crescente que a decisão de subcontratação não pode ser tomada isoladamente, uma vez que os resultados dependem fortemente do grau de competitividade e maturidade do sector produtivo para responder a procura de serviços subcontratados.

Se a subcontratação for efectuada com a premissa de melhorar a eficiência, permitindo que os hospitais se foquem nas suas actividades centrais de prestação de serviços, a eficiência só será alcançada caso existam provedores competentes para fornecer os serviços na área de intervenção dos diversos hospitais.

Próximos passos:

- Definir uma lista de potenciais serviços a serem subcontratados pela administração dos hospitais. Estes podem incluir, entre outros: serviços de lavagem de roupas, restaurante, ambulância, limpeza.
- Conduzir um estudo de viabilidade para os hospitais centrais e provinciais
- Conduzir uma análise de eficiência de custos dos pilotos

3. DEFINIR UM PLANO DE DESEMBOLSO DOS DOADORES

3.1 Definir um plano de desembolso com os doadores para melhorar a execução dos fundos externos disponíveis para o sector da saúde (na CUT e extra CUT)

Os Relatórios de Execução Orçamental (REO) indicam que em bora a execução de fundos internos seja muito alta, os fundos externos ainda estão a sofrer atrasos nos desembolsos e na alocação resultando num baixo nível de execução. O facto de os fundos para o sector da saúde não serem gastos não contribui para a situação do MISAU para uma maior alocação da despesa no orçamento de Estado. Além do mais, conforme exarado no Relatório PEFA (2015).

Apesar dos esforços constantes para obter compromissos em relação a fundos externos e despesa em linha com a ferramenta do GdM de Gestão de Finanças Públicas, tais como o reporte dentro do orçamento e dentro da CUT, ou o reporte nas ferramentas IFE baseadas em XL, este processo ainda tem que ser fortalecido. Um grande número de doadores, as diversas dimensões relativamente diferentes das suas contribuições, a existência de acordos institucionais específicos por doadores e os requisitos administrativos colocaram uma carga não intencional, mas mesmo assim pesada sobre a administração pública para agir em conformidade com os sistemas de planificação, orçamentação, reporte e M&A acima daqueles imbuídos com legitimidade democrática em Moçambique (aqueles apresentados no Parlamento para prestação de contas política, incluindo o Orçamento de Estado (que se baseia nos MTEFs de três anos), os Planos Económicos e Sociais (PES) e os Balanços do PES.

O Governo está decidido a intensificar os seus esforços para obter recursos e despesa de todos os participantes e intervenientes do sector e a todos os níveis de detalhe, o que permitirá uma melhor compreensão sobre os padrões de financiamento e as lacunas de alocação.

VII. ROTEIRO DE INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS

Estratégia de Financiamento da Saúde - Roteiro de Intervenções

A curto prazo (1 ano)

1. Realizar uma análise detalhada do espaço fiscal consistente com as metodologias do MEF.
2. Elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde, demonstrando o impacto económico de resultados melhorados na área da saúde.
3. Conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA
4. Conduzir um estudo sobre a capacidade de pagamento
5. Fazer análises sobre os pagamentos directos (*out-of-pocket*), para perceber os riscos financeiros da população por seguimento socioeconómico.
6. Realizar uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde e outros mecanismos inovadores: obrigações, perda de vida, etc.
7. Conceber o modelo operativo do sistema de faturação
8. Realizar uma seleção de fornecedores de sistemas informáticos para faturação
9. Realizar uma análise de viabilidade do sistema de seguros de saúde
10. Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e a capacidade do sistema para absorver o financiamento
11. Realizar uma análise de viabilidade de um MIS (sistema de informação de gestão) ao nível do hospital
12. Fazer uma seleção de fornecedores de sistemas de MIS
13. Conduzir um sistema periódico de monitorização de recursos aos níveis local e provincial
14. Mapear serviços potenciais e potenciais provedores privados de serviços subcontratados e custos associados

A médio prazo (3 anos)

15. Atualizar as taxas moderadoras reflectindo a capacidade de pagamento
16. Consignar impostos existentes ao sector da saúde
17. Desenvolver capacidades de faturação nos 3º e 4º níveis
18. Introduzir novos impostos indirectos
19. Aumentar as taxas consignadas e as taxas sobre receitas próprias
20. Implementar o sistema de MIS nos 3º e 4º níveis
21. Realizar um panorama do sector dos seguros de saúde e os obstáculos ao seu desenvolvimento
22. Rever a regulamentação dos seguros privados para os regimes de seguros de saúde privados e planos médicos.
23. Desenvolver regulamentação eficaz para os seguros de saúde para o sector privado
24. Introduzir o seguro de saúde para os funcionários públicos
25. Conceber a estrutura de governação da unidade de financiamento da saúde
26. Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura por cidadãos de saúde
27. Definir regras de alocação de despesa com base nas necessidades
28. Introduzir mecanismos de monitorização da despesa
29. Definir um plano de desdobro com os doadores com vista a melhorar a execução de fundos externos disponíveis para o sector da saúde (no âmbito da CUT e extra CUT)
30. Implementar um projecto piloto de subcontratação de serviços em hospitais seleccionados

A longo prazo (5 anos)

31. Considerar introduzir outros mecanismos inovadores de financiamento.
32. Desenvolver uma capacidade de faturação (1º e 2º níveis institucionais)
33. Estabelecer um seguro de saúde obrigatório para todos os demais cidadãos
34. Implementar o sistema de MIS nos 1º e 2º níveis
35. Canalizar fundos consignados de mecanismos adicionais para as unidades de financiamento da saúde.
36. Implementar recomendações dos exercicios de monitorização de recursos

Objectivos Estratégicos

<input type="checkbox"/>	Objectivo estratégico 1: Aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde
<input type="checkbox"/>	Objectivo Estratégico: melhorar a eficiência da alocação de recursos ao sector da saúde
<input type="checkbox"/>	Objectivo estratégico 3: Melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde

Estratégia de Financiamento da Saúde - Roteiro de Intervenções

O.E.1: Aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde

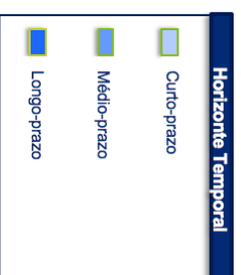
1. Realizar análises económicas da oferta e procura de financiamento
 - Realizar uma análise detalhada do espaço fiscal consistente com as metodologias do MEF.
 - Elaborar um cenário de investimento para o sector da saúde, demonstrando o impacto económico de resultados melhorados na área da saúde.
 - Conceber uma estratégia de angariação de fundos focada na ODA
 - Conduzir um estudo sobre a capacidade de pagamento
 - Fazer análises sobre os pagamentos directos (*out-of-pocket*), para perceber os riscos financeiros da população por segmento sócio-económico.
 - Realizar uma análise de viabilidade sobre novos impostos para a saúde e outros mecanismos inovadores: obrigações, perda de dívida, etc.
2. Aumentar as taxas
 - Actualizar as taxas moderadoras reflectindo a capacidade de pagamento
3. Introduzir um sistema de facturação
 - Conceber o modelo operativo do sistema de facturação
 - Realizar uma selecção de fornecedores de sistemas informáticos para facturação
 - Desenvolver capacidades de facturação nos 3º e 4º níveis
 - Desenvolver uma capacidade de facturação (1º e 2º níveis institucionais)
4. Aumentar as taxas consignadas e as receitas próprias
 - Aumentar as taxas consignadas e as taxas sobre receitas próprias
5. Consignar impostos existentes ao sector da saúde
 - Consignar impostos existentes ao sector da saúde
6. Introduzir novos mecanismos de financiamento
 - Introduzir novos impostos indirectos
 - Considerar introduzir outros mecanismos inovadores de financiamento.

O.E.2: Melhorar a eficiência da alocação de recursos ao sector da saúde

7. Criar uma unidade de financiamento da saúde
 - Conceber a estrutura de governação da unidade de financiamento da saúde
 - Canalizar fundos consignados de mecanismos adicionais para as unidades de financiamento da saúde.
8. Desenvolver um sistema de informação de gestão
 - Realizar uma análise de viabilidade de um MIS (sistema de informação de gestão) ao nível do hospital
 - Realizar uma selecção de fornecedores de sistemas de MIS
 - Implementar o sistema de MIS nos 3º e 4º níveis
 - Implementar o sistema de MIS nos 1º e 2º níveis
9. Introduzir seguros de saúde
 - Realizar uma análise de viabilidade do sistema de seguros de saúde
 - Reverter a regulamentação dos seguros tanto para os regimes de seguros de saúde como para os planos médicos privados
 - Realizar um panorama do sector dos seguros de saúde e os obstáculos ao seu desenvolvimento
 - Desenvolver regulamentação eficaz para os seguros de saúde para o sector privado
 - Introduzir um seguro de saúde para os funcionários públicos
 - Estabelecer um seguro de saúde obrigatório para todos os demais cidadãos
10. Definir regras de alocação baseadas nas análises de procura
 - Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e a capacidade do sistema para absorver o financiamento
 - Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura por cuidados de saúde
 - Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades

O.E.3: Melhorar a eficiência do uso de recursos no sector da saúde

11. Introduzir um sistema de monitorização de recursos
 - Conduzir um sistema periódico de monitorização de recursos aos níveis local e provincial
 - Introduzir mecanismos de monitorização da despesa
 - Implementar recomendações dos exercícios de monitorização de recursos
12. Avaliar a potencial subcontractação
 - Mapear serviços potenciais e potenciais provedores privados de serviços subcontractados e custos associados
 - Implementar um projecto piloto de subcontractação de serviços em hospitais seleccionados
13. Definir um plano de desembolsos de doadores
 - Definir um plano de desembolso com os doadores com vista a melhorar a execução de fundos externos disponíveis para o sector da saúde (no âmbito da CUT e extra CUT)



ANEXO 1: DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

O SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde em Moçambique são predominantemente prestados pelo sector público, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a excepção dos serviços relacionados com o VIH e a SIDA. Neste caso, a maior parte da prevenção, do acompanhamento e do tratamento é da responsabilidade de ONG nacionais e internacionais.²⁷ Existe também um sistema de serviços de saúde privado em crescimento, especialmente em Maputo e em algumas outras grandes cidades, como Matola e as capitais de província.

Os serviços de saúde em Moçambique são prestados, no nível primário, por 1428 centros de saúde; no nível secundário, por 18 hospitais rurais e 20 hospitais distritais; no nível terciário, por cinco hospitais gerais e sete provinciais; e, no nível quaternário, por três hospitais centrais e dois hospitais especializados.²⁸ Os níveis primário e secundário prestam sobretudo serviços de saúde primários e a maioria dos programas verticais nacionais (como o de vacinação, malária, VIH etc.) aplicam-se a este nível de serviços de saúde. Os níveis terciário e quaternário prestam serviços especializados.

O Decreto 127/2002 distingue ainda as categorias de unidades de saúde com base na área de abrangência. Existem dois tipos de centros de saúde em zonas rurais: os de Tipo 1, com uma área de abrangência de 7500 a 20 000 pessoas, e os de Tipo II, com uma área de abrangência de 16 000 a 35 000 pessoas. Além disso, existem três tipos de unidades de saúde em zonas urbanas: Tipos A, B e C com áreas de abrangência de 10 000 – 25 000, 18 000 – 40 000 e 40 000 – 100 000 habitantes, respectivamente.²⁹ Para cada categoria, o decreto estabelece regras respeitantes aos serviços a prestar e ao número de profissionais necessários.

As infra-estruturas de saúde melhoraram ao longo do tempo, mas a distância relativamente a serviços de saúde continua a ser um problema para muitas pessoas em Moçambique, que vivem dispersas e, em grande parte, em zonas rurais. Em 2011, 65 % das pessoas viviam a mais de 45 minutos a pé³⁰ da unidade de saúde mais próxima. Acresce que a expansão do sistema de saúde tem sido mais lenta do que o crescimento da população: em 2015, havia uma unidade de saúde por 16 795 habitantes, uma proporção que piorou desde 2009,^{31,32} afastando-se do objetivo do PARP (Plano de Ação para Redução da Pobreza) de 10 000 habitantes por unidade de saúde. Além disso, algumas unidades de saúde carecem das infra-estruturas necessárias para prestar cuidados de saúde de qualidade. Quase 50 % dos centros de saúde não têm acesso a electricidade e 60 % não têm acesso a água.³³

²⁷ Segundo o relatório UNGASS, 2010, 96% do financiamento para o VIH e a SIDA AIDS provém de fontes externas.

²⁸ Ministério de Saúde, 2014. *Rede Sanitária do SNS Atualizada*. Maputo, Moçambique.

²⁹ Direcção Nacional de Planificação. Fevereiro de 2015.

³⁰ FMI, 2011. *Republic of Mozambique: Poverty Reduction Strategy Paper, PRSP*. Country Report No. 11/132.

³¹ Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, 2014. *Quarto Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique – 2013*.

³² O objectivo do PARP é de uma unidade por 10 000 habitantes.

³³ PESS 2014-2019, p.19.

Embora os serviços disponibilizados pelo SNS sejam, em teoria, bastante abrangentes,³⁴ a falta de recursos humanos e de medicamentos limita o acesso a estes serviços essenciais. Com apenas 70,9 médicos (incluindo médicos de clínica geral, médicos de especialidade e técnicos de saúde³⁵), enfermeiros e enfermeiros de saúde materno-infantil por 100 000 habitantes, Moçambique encontra-se abaixo do limiar mínimo internacional de densidade de trabalhadores de saúde de 230/100 000.^{36,37} Além disso, as rupturas de *stock* de medicamentos essenciais continuam a ser frequentes em todo o sistema.^{38,39}

Ao contrário do que acontece em outros países da África Austral e Oriental, existem poucos serviços de saúde privados em Moçambique, os quais se concentram sobretudo em zonas urbanas. Apesar da existência de serviços de saúde privados no país, é frequente o segmento mais abastado da população viajar para a vizinha África do Sul para receber cuidados de saúde.

A medicina tradicional é também uma componente do sector da saúde, sobretudo em zonas rurais. A maioria dos moçambicanos recorre a um praticante de medicina tradicional antes de se dirigir a uma unidade de saúde. No que respeita à cobertura de cuidados primários, os praticantes de medicina tradicional cobrem 70 % da população de comunidades rurais, estimando-se que exista um praticante de medicina tradicional por cada 200 pessoas.⁴⁰ Ao todo, existem 70 000 praticantes de medicina tradicional no país, em comparação com 1500 médicos certificados.⁴¹ Para reforçar o conhecimento dos praticantes de medicina tradicional e promover o encaminhamento das pessoas para o Serviço Nacional de Saúde, em 2010, foi criado o Instituto de Medicina Tradicional. Nos primeiros anos de funcionamento, o Instituto fez progressos consideráveis na integração da medicina tradicional no setor de saúde formal: o Instituto formou mais de 4700 praticantes de medicina tradicional, que encaminharam cerca de 61 000 pacientes para as unidades de saúde e distribuíram mais de 173 000 preservativos. Existem aproximadamente 2000 praticantes de medicina tradicional ativamente envolvidos nos conselhos de saúde das comunidades, com as atividades de TDO (Tratamento Diretamente Observado), bem como noutros programas de saúde comunitários.⁴²

POPULAÇÃO MOÇAMBICANA: PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE E CAPACIDADE DE PAGAMENTO

Estima-se que Moçambique tenha actualmente 27,1 milhões de habitantes e, dada a combinação de taxas de fertilidade elevadas com taxas de mortalidade mais reduzidas (embora elevadas), o modelo de crescimento moderado aponta para um crescimento da população para 29,8 milhões de habitantes em 2019.⁴³ A população, em crescimento, debate-se com um conjunto de desafios na área da saúde.

³⁴ Ver decreto 127/2002.

³⁵ Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, 2014. *Quarto Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique – 2013*.

³⁶ Direcção Nacional de Recursos Humanos Fevereiro de 2015.

³⁷ Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, 2014. *Quarto Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique – 2013*.

³⁸ CIP, 2015. *Falta de Medicamento nos Hospitais Públicos Associada a Falta de Responsabilização dos Gestores do Sistema Nacional de Saúde*.

³⁹ Ministério de Saúde, USAID, Banco Mundial (2012). *Relatório de Revisão do Sector de Saúde*. Cap. 5.4 – Produtos e Tecnologias Médicas.

⁴⁰ PESS 2014-2019, p.23-24

⁴¹ CNS, p.21

⁴² PESS 2014-2019, p.23-24

⁴³ Organização das Nações Unidas, Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, Divisão da População, 2014. *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*.

Embora tenham sido feitos grandes avanços na iniciação e retenção de pacientes no tratamento TARV (terapia antirretroviral), a prevalência do VIH na população geral é de 11,5% e chega aos valores de 25 % na Província de Gaza.^{44,45} A mortalidade infantil e a mortalidade de crianças até cinco anos de idade desceu para 52 e 87 mortes por cada mil nascimentos, respectivamente, tendo vindo a evoluir no sentido de atingir o ODM4 (quarto objectivo de desenvolvimento do milénio).⁴⁶ A taxa de mortalidade materna em Moçambique mantém-se elevada, registando valores de 489/100 000 nados vivos.⁴⁷ Embora tenha descido gradualmente mais de 60 % ao longo das últimas duas décadas e meia, os progressos não são suficientes para atingir o ODM de 228.⁴⁸ Por fim, a esperança de vida à nascença de 54 anos⁴⁹ é uma das mais baixas da região e do mundo.

Juntamente com o crescimento da população e a melhoria dos indicadores-chave da saúde, a utilização de serviços de saúde tem vindo a aumentar no nível de cuidados primários. As consultas externas aumentaram de 1,09 consultas *per capita*, em 2009, para 1,24, em 2013, embora a utilização dos serviços por doentes internados tenha sofrido uma queda abrupta de 46 % no mesmo período.

A população de Moçambique está a tornar-se cada vez mais urbana. Em 2005, Moçambique encontrava-se entre os países menos urbanizados da África Austral. Actualmente, estima-se que 32,2 % da população moçambicana vive em zonas urbanas, sendo a média subsariana de 37,8 %. Em 2019, aproximadamente 33,5 % da população irá morar em zonas urbanas, ficando a maioria da população em zonas rurais.⁵⁰ Contudo, em 2025, prevê-se que Moçambique seja o quarto país mais urbanizado da região, depois do Botswana, da África do Sul e de Angola.⁵¹

O crescimento da população, sobretudo em zonas urbanas, associado às tendências de aumento de utilização dos serviços de saúde colocam o sistema da saúde sob grande pressão.

O Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) colocava Moçambique no 178.º lugar de 186 países, estimando que aproximadamente 60 % da população vive abaixo do limiar de pobreza de 1,35 dólares de rendimento por dia e 44 % em pobreza extrema. Existem mais 15 % da população a viver “no limiar da pobreza”. Estes números mostram que três quartos da população têm dificuldades económicas substanciais. No segmento da população relativo à força de trabalho, o padrão é semelhante. Dos 11,6 milhões de pessoas que se estima estarem economicamente activos, 95 % trabalham no sector informal e 58 % são considerados trabalhadores pobres, de acordo com a estimativa de 2008. A proporção de trabalhadores pobres em Moçambique é mais elevada do que a média subsariana de 45 % para o mesmo ano.⁵²

⁴⁴ Esta é uma estimativa da população baseada na prevalência entre mulheres grávidas.

⁴⁵ Indicadores de Desenvolvimento Mundial, Banco Mundial.

<http://search.worldbank.org/all?qterm=mozambique%20hiv>

⁴⁶ UNICEF, 2014. *Child Mortality Report*.

⁴⁷ OMS, 2013. *Trends in Maternal Mortality*.

⁴⁸ UNICEF, 2013. *Maternal mortality report 1990-2013*.

⁴⁹ INE: indicadores demográficos.

⁵⁰ Organização das Nações Unidas, Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, Divisão da População, 2014. *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision*.

⁵¹ Cities Alliance, Mozambique Country Programme:

http://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/Mozambique.English.web_.pdf

⁵² Mozambique Labor Market Profile 2014. Danish Trade Union, Council for International Development Cooperation:

www.ulandssekretariatet.dk/sites/default/files/uploads/public/PDF/LMP/lmp_mozambique_2014_final_version.pdf

Embora empregue a maioria da força de trabalho (80 %), a contribuição da agricultura para o PIB é relativamente baixa (33 %). Ao mesmo tempo, a actividade agrícola proporciona pouco rendimento disponível, que, além disso, varia ao longo do ano.

Num inquérito sobre **as despesas do agregado familiar em 2014/15**, verificou-se que a despesa com pagamentos directos pelos serviços de saúde é, em média, de 90 meticais por agregado familiar ou 18 meticais *per capita*. Estes valores representam um aumento real de 258 % relativamente aos resultados de 2008/2009, altura em que a despesa média mensal por pessoa equivalia a cinco meticais. Em 2014/2015, as despesas com saúde representavam 1,3 % do total de despesas do agregado familiar, um aumento substancial relativamente ao valor estimado para 2008/2009 de 0,7 %.^{53,54} As despesas com pagamentos directos pelos serviços de saúde representam um fardo mais elevado para o quintil da população com menor riqueza do que para os três quintis imediatamente a seguir: os 20 % mais pobres da população gastam 0,5 % do rendimento do agregado familiar em saúde, ao passo que os três quintis imediatamente seguintes gastam 0,4 %. Para os 20 % mais ricos, estas despesas representam 2,5 % do rendimento do agregado familiar.

Não obstante, existe um consenso entre os especialistas da saúde e os decisores políticos de que estas estimativas de despesa dos agregados familiares estão em grande medida subestimadas, uma vez que não têm em conta as despesas complementares, como as de transporte, alimentação, alojamento, ou os pagamentos informais relacionados com a saúde. Actualmente não existem estimativas fiáveis relativamente a pagamentos informais no sector da saúde de Moçambique, embora haja estimativas regionais que apontam para a probabilidade de 50 a 80 % de despesas directas com saúde serem realizadas na forma de pagamentos informais.⁵⁵

Os seguros de saúde e os planos de saúde privados estão a crescer, permitindo o acesso a clínicas privadas tanto em Moçambique como na África do Sul e cobrindo serviços especiais junto dos serviços públicos de saúde; a regulamentação dos seguros de saúde privados está a cargo do Instituto Nacional de Supervisão de Seguros, ao passo que os planos de saúde estão sob a alçada da DNAM (Direção Nacional de Assistência Médica).

QUEM FINANCIA OS SERVIÇOS DE SAÚDE?

As mais recentes Contas Nacionais de Saúde (CNS), publicadas em 2012, estimavam um total de Despesa Corrente com Saúde⁵⁶ (DCS) de quase mil milhões de dólares americanos, o que corresponde a 40 dólares *per capita*. A proporção de cada agente financiador é apresentada na tabela abaixo:

Tabela 1: Despesa Corrente com Saúde (DCS) em detalhe, CNS 2012

Dimensão	2012*	Percentagem
Total do Orçamento de Estado	\$438 281 911	46 %
Contribuição voluntária para o sistema de pré-pagamento	\$100 176 352	10 %
Despesas com pagamentos directos pelos serviços de saúde	\$53 203 242	6 %

⁵³ Relatório Final do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2008/09, p. 34 (quadro 4.3)

⁵⁴ Relatório Final do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2014/15, p. 29 (quadro 4.3)

⁵⁵ CNS, p.22

⁵⁶ A Despesa Corrente com Saúde define-se como a soma de todas as despesas individuais e colectivas com saúde, sem contar com as despesas de investimento (quer de capital quer humano).

Resto do mundo (apoio de doadores)	\$364 655 883	38 %
Total	\$956 878 460	100 %

* Valores convertidos para dólares americanos 2015

Os fundos afectos pelo orçamento de estado ao sector da saúde estão a aumentar. O Governo é o principal financiador do sector da saúde, representando 46 % da DCS, em 2012. Este valor inclui os recursos internos/nacionais afectos pelo Ministério da Economia e Finanças (MEF) ao sector da saúde e o apoio de doadores através de várias modalidades, entre as quais se contam o mecanismo de apoio ao setor SWAP (Abordagem Sectorial Ampla à Programação) – PROSAÚDE –, bem como fundos verticais, projectos no âmbito do sistema financeiro do Governo (na Conta Única do Tesouro “CUT”) e projectos fora do âmbito do sistema financeiro do Governo (“off-CUT”). Os projetos *off-CUT* podem constar do Orçamento de Estado (“on-budget”) ou não (“off-budget”), caso em que o projecto não é validado pela planificação pública, pelos instrumentos orçamentais e pelo Parlamento.

Os recursos nacionais afectos ao sector da saúde têm vindo a aumentar nos últimos anos, mas a presente situação macroeconómica, caracterizada pelo elevado nível de endividamento, poderá restringir o crescimento da afectação de recursos a este sector.

O financiamento do PROSAÚDE está também em queda devido ao abandono do fundo comum por parte de alguns doadores. A discussão em curso para a conclusão do novo sistema PROSAÚDE MOU irá criar os contornos futuros desta modalidade de financiamento.

Tabela 2: Despesa com Saúde em Moçambique (dólares americanos, 2015)

Em dólares americanos, 2015	2010	2011	2012	2013	2014
Total de despesa do governo com a saúde	\$220 627	\$216 653	\$402 550	\$523 514	\$422 912
% do total do orçamento de estado	7,7%	6,4%	10,8%	11,5%	8,3%
Total de despesa do governo com a saúde <i>per capita</i>	\$9	\$9	\$16	\$20	\$16
Total de despesas internas com saúde	\$122 593	\$107 556	\$196 738	\$235 695	\$337 713
% do total do orçamento de estado	4,3%	0,03%	0,05%	0,05%	0,07%
Total de despesas internas com saúde <i>per capita</i>	\$5	\$4	\$8	\$9	\$12
Despesa do PROSAÚDE	\$56 622	\$77 341	\$63 947	\$52 060	\$61 547
% do total do orçamento de estado	1,98%	2,30%	1,71%	1,14%	1,2%
Total de despesa do PROSAÚDE <i>per capita</i>	\$2	\$3	\$2	\$2	\$2

Fonte: a estimativa de população foi obtida através do Instituto Nacional de Estatística, a despesa interna e total do governo e a despesa interna e externa com saúde foram obtidas a partir da CGE (Conta Geral do Estado) de 2010 a 2014; a despesa do PROSAÚDE foi obtida nos Relatórios de Execução Orçamental da Saúde, de 2010 a 2014.

O apoio de doadores *off-budget* constituiu uma contribuição significativa para a despesa corrente com saúde no passado recente. O apoio *off-budget* contribuiu com uns consideráveis 38 % da DCS, em 2012. Os principais financiadores de programas verticais foram o Fundo Global e o governo dos EUA, que concederam financiamento destinado a programas específicos. Os gastos anuais do Fundo Global relativos à afectação de fundos a Moçambique atingiram os 58,3 milhões de dólares, entre 2010 e 2014. Tradicionalmente, o Governo dos Estados Unidos distribui recursos sobretudo através de agências, que recebem recursos financeiros para implementar programas de saúde identificados pelo doador. O sistema de acompanhamento de recursos *off-budget* está fragmentado: diferentes relatórios financeiros captam apenas uma parte do valor total fornecido por doadores, o que dificulta o acompanhamento do valor total de recursos para a saúde injetados por meio de programas verticais e limita a capacidade do Governo de Moçambique para ter uma visão abrangente sobre a planificação e a orçamentação do setor da saúde, bem como sobre as despesas discricionárias por parte do governo. Num interessante marco na cooperação internacional, a USAID e o Ministério da Saúde acordaram incluir os projectos no orçamento a partir de 2016.

A despesa com pagamentos directos pelos serviços de saúde em Moçambique representam ainda uma pequena proporção da DCS. Estima-se que a despesa com pagamentos directos pelos serviços de saúde represente 6 % da DCS em 2012, embora seja provável que este valor esteja subestimado, uma vez que os questionários usados para calcular a despesa com os pagamentos directos pelos serviços de saúde não integraram todos os custos em que a população incorre. Em Moçambique, o acesso aos serviços públicos de saúde é virtualmente gratuito, sendo o valor oficial das consultas nos centros de saúde de um metical⁵⁷ e o valor dos medicamentos prescritos de cinco meticais, com excepção dos referentes a ART, malária e tuberculose, que são fornecidos gratuitamente. As taxas são mais altas nos hospitais e, à data de hoje, as receitas recebidas directamente e declaradas pelas unidades de saúde, seja de taxas cobradas aos utilizadores seja de recursos internos (taxas próprias), são muito limitadas. A falta de fontes de receita legais e normalizadas, bem como as regras de cobrança pouco claras, transferidas de e para o orçamento do tesouro diminuem o potencial de recolha de receita directamente a partir das unidades de saúde.

É necessário recolher mais evidências sobre os gastos reais dos cidadãos em cuidados de saúde, o que seria mais eficaz por meio de inquéritos dedicados exclusivamente às despesas com pagamentos directos pelos serviços.

Os pré-pagamentos e as contribuições dos empregadores representam uma proporção significativa da DCS. Os empregadores estão a contribuir de forma significativa para cobrir os custos dos seus empregados declarados e verifica-se uma rápida expansão dos seguros de saúde privados no país.⁵⁸ Enquanto para os funcionários públicos a contribuição para o sistema de saúde é obrigatória (1,5 % do salário), revertendo directamente para o orçamento do Ministério da Saúde, a contribuição não é obrigatória para o setor privado formal.

COMO SE PROCESSA A AFECTAÇÃO E O PAGAMENTOS DE FUNDOS?

O Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) desempenha as funções de planificação e apoio orçamental às Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB). A monitorização e avaliação é primordialmente levada a cabo pela Direcção de Monitorização e Avaliação bem como por direcções de serviços de assistência médica e saúde pública. O DPC agrega a informação das várias instituições com

⁵⁷ Decreto 4/87, MISAU (Ministério da Saúde).

⁵⁸ Relatório do Mercado de Seguros 2014, Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique.

o objectivo de cumprir a planificação geral do governo e os processos de monitorização e avaliação, nomeadamente o Plano Social e Económico (PES) e o Balanço do PES.

O processo de planificação, orçamentação e monitorização começa com o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) para três anos.⁵⁹ Depois da primeira apresentação da proposta de CFMP, o MEF define um tecto anual de afectação para todas as UGB na sequência de um período de negociações com todos os sectores (ver parágrafo abaixo para mais informações sobre as regras de afectação). Tendo em conta o tecto definido, as UGB finalizam o seu plano financeiro. O PES operacionaliza anualmente a planificação e a orçamentação levadas a efeito no CFMP e no Orçamento de Estado (OE).

O CFMP e o OE são também, desde há pouco tempo, definidos por programa (ou seja, orçamentação baseada em programas) com um elevado grau de detalhe, verificando-se a introdução progressiva de códigos de programas orçamentais para relatórios de execução. Ao longo do ano, os orçamentos das UGB podem ser revistos a pedido ou tendo em conta os padrões de despesa das infra-estruturas, mas também tendo por base critérios da responsabilidade das Administrações Provinciais.

Em 2001, o Governo de Moçambique implementou um novo sistema de gestão financeira, o E-SISTAFE, que permite pagamentos mais eficientes e atempados. Os pagamentos por meio do E-SISTAFE baseiam-se em planos monetários mensais e o sistema incentiva os receptores a gastar todos os fundos disponíveis no mês em questão. O E-SISTAFE permite o acompanhamento da planificação e da despesa.

O governo usa as metas do Plano de Ação para a Redução da Pobreza (PARP) e do Programa Quinquenal do Governo (PQG) e tectos territoriais no processo de afectação de despesas.

Tendo em conta as directrizes do MEF, o CFMP baseia-se numa estimativa do conjunto de recursos necessários para três anos consecutivos.

As propostas de CFMP dos sectores, das províncias e dos municípios são integradas pelo MEF na definição anual de tectos do Orçamento de Estado que vão ao encontro da meta estratégica de redução da pobreza (meta do PARP) de afectar 60 % da despesa a áreas sociais (incluindo a saúde) e 77 % da despesa a áreas prioritárias definidas no Plano Quinquenal do Governo (formulado pelo Governo indigitado depois de realizadas eleições).

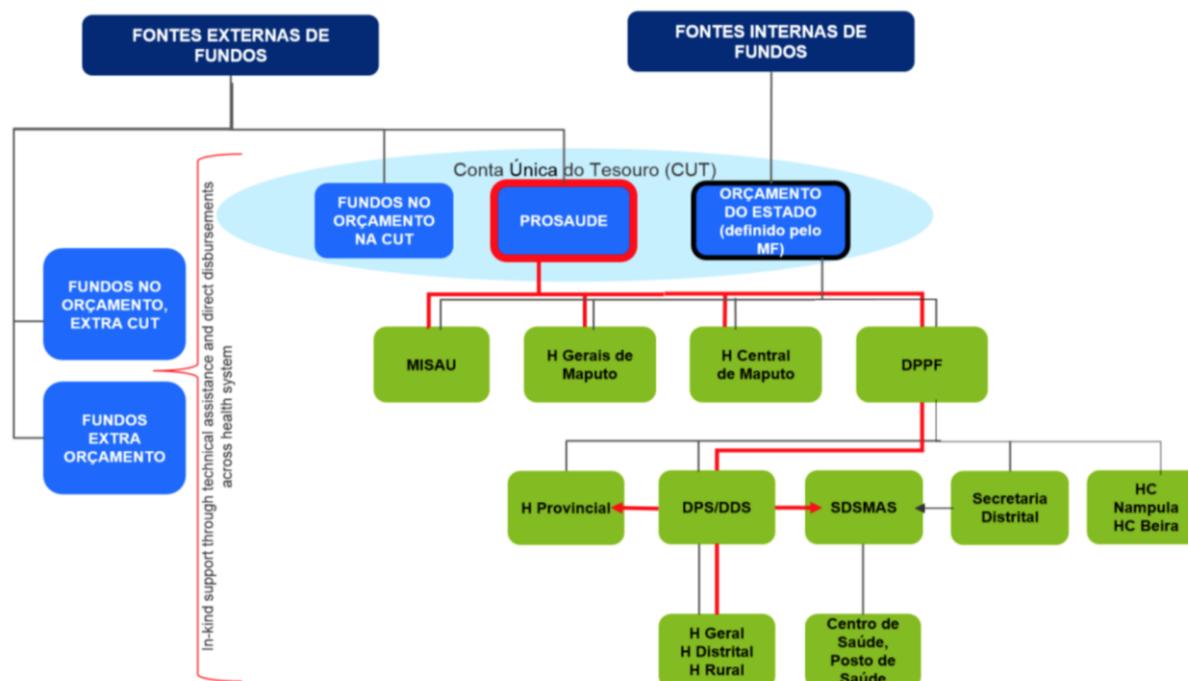
A definição de tectos de despesa no Orçamento de Estado é feita primeiramente à escala territorial. Para 2016, a despesa distribui-se da seguinte forma: um máximo de 59,9 % para o nível central, pelo menos 23 % para as províncias, 15 % para os distritos e 1,6 % para os municípios.⁶⁰

A afectação territorial por província baseia-se na população e no índice de pobreza de cada província. Depois da afectação geral, o Ministério da Economia e Finanças (MEF) conclui a afectação sectorial para o nível central, a Direcção Provincial do Plano e Finanças e o Governador Provincial para o nível provincial, e a Secretaria Distrital para o nível distrital.

A afectação por sector tem por base as prioridades governamentais e o histórico de execuções orçamentais.

⁵⁹ Apesar do nome, Cenário Fiscal, na verdade, as propostas de CFMP dos sectores centram-se apenas no lado da despesa (não no da receita), o que complica a visibilidade das receitas próprias do sector (taxas próprias e projectos de doadores). Para preencher esta lacuna de informação, o MEF prepara anualmente um envelope intersectorial geral de recursos.

⁶⁰ Critério de Afectação de Recursos para 2016, MEF.



*Apoio em género por meio de assistência técnica e pagamentos directos nos diferentes sectores do sistema de saúde.

Desde 2000, os distritos e a Direcção Provincial de Saúde (DPS) estão incluídos no orçamento integrado distrital e provincial. Além disso, as unidades de saúde, como os hospitais, continuam a receber financiamento de várias fontes, como por exemplo da DPS e dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS). Estas unidades têm autonomia financeira sobre a gestão do respectivo orçamento recorrente.

O Ministério da Saúde afecta fundos do PROSAÚDE às províncias, usando vários critérios e não uma fórmula única.

Historicamente, a afectação de recursos por parte do governo dos EUA tem sido realizada na forma de “subcontratos” com prestadores de serviços de saúde, ligando assim o financiamento às actividades que o doador considera prioritárias. Espera-se que, a partir de 2016, os fundos da USAID sejam incluídos no orçamento.

ONDE SÃO USADOS OS FUNDOS?

Em 2014, o nível central (Ministério da Saúde) recebeu a maior afectação de fundos para a saúde por parte do governo, seguido dos SDSMAS (17 %) e da DPS (16 %).⁶¹ A proporção de afectação de fundos aos distritos tem vindo a aumentar desde 2010.

De acordo com as últimas CNS (2012)⁶², a maior parte da DCS é relativa a prestadores de serviços de administração e gestão financeira do sistema de saúde (32 %), ao que se seguem os hospitais (20,5 %), os centros de consultas externas (18,2 %) e os cuidados preventivos (17,7 %). A proporção destinada a

⁶¹ Resumo do orçamento da UNICEF, com base na Lei do Orçamento do Estado de 2014.

⁶² Consulte a metodologia NHA, que inclui as fontes de financiamento do setor público e do setor privado não sendo, pois, diretamente comparável com o Orçamento de Estado.

administração e hospitais é mais alta se se considerar apenas o orçamento do governo (51 % e 28 % respetivamente).

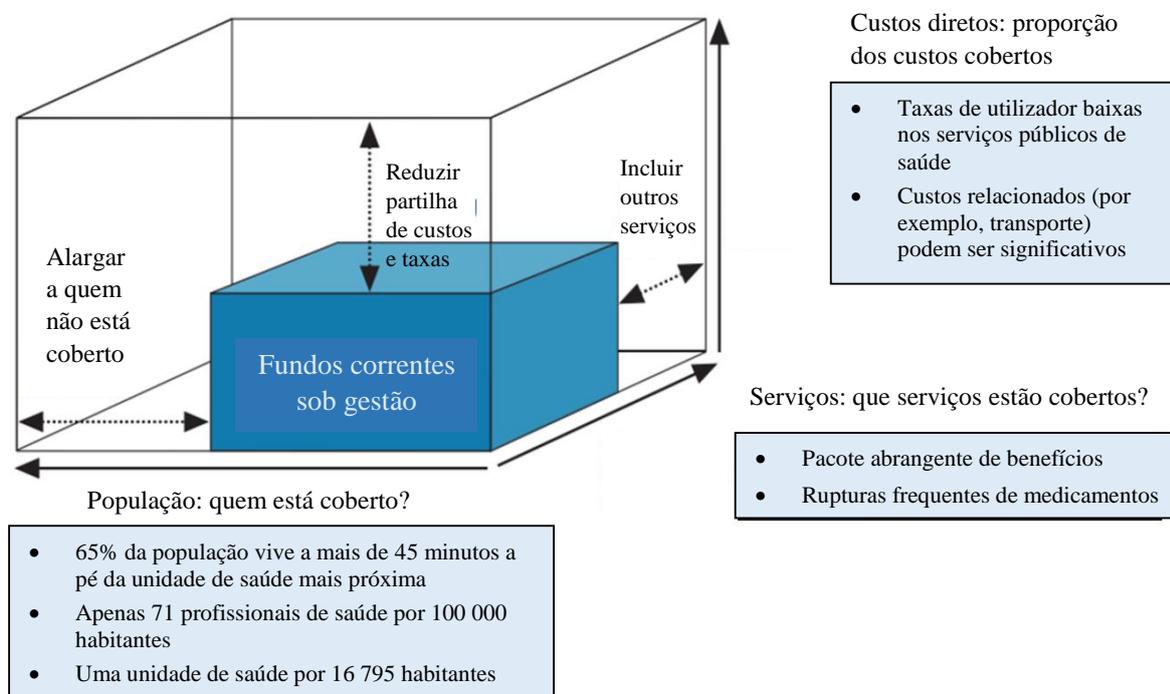
No que respeita aos programas verticais, o VIH é, de longe, o maior centro de custos, representando 32 % da DCS, em 2012. A nova estratégia PEN IV propõe um aumento de recursos para o VIH e um aumento de comparticipação do governo para reduzir a dependência relativamente a doadores externos.

PRINCIPAIS DESAFIOS E AS LACUNAS DA COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE

Um dos principais desafios para o financiamento do sistema de saúde em Moçambique é o crescente desfasamento entre a procura e a oferta restrita de serviços. A resposta do sistema de saúde à crescente pressão da procura não é suficiente para fazer face ao crescimento da população.

O Governo de Moçambique está a envidar esforços consideráveis no sentido de aumentar o acesso a recursos humanos. Em 2014, havia 2247 profissionais da saúde de nível básico e médio bem como 36 médicos de especialidade a concluir a formação. Havia 44 081 profissionais de saúde em 2014, um aumento de 9 % relativamente a 2013. Mas, apesar deste aumento, a proporção de recursos humanos da saúde *per capita* de 71/10 000 continua a ser muito baixa. A expansão do sistema nacional de saúde também tem dificuldade em responder às necessidades da população. O coeficiente de unidades de saúde *per capita* piorou desde 2009, tendo atingido o valor de 1 por 16 795 habitantes, em 2015.^{63,64}

Figura X: o estado atual de Moçambique contra as dimensões da cobertura universal de saúde



⁶³ Observatório de recursos humanos para a saúde, 2014. *Quarto Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique – 2013*.

⁶⁴ O objetivo do PARP é de uma unidade por 10 000 habitantes.

Quais são as principais causas deste desfasamento e como poderá o sistema de financiamento da saúde contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde?

Um factor que contribui decisivamente para este desfasamento é a **falta de recursos suficientes para financiar investimentos no sistema**. O sistema de saúde actual enfrenta dificuldades financeiras para absorver novos trabalhadores da saúde e para fazer face ao pagamento do orçamento corrente das infra-estruturas e instalações das unidades de saúde. Em 2013, o Ministério da Saúde estimou o custo do seu plano quinquenal estratégico usando o Modelo OneHealth.⁶⁵ A determinação de custos foi realizada incluindo o custo de cada programa e de todas as operações. O custo da implementação completa do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) até 2019 foi estimado em 7,8 mil milhões de dólares americanos,⁶⁶ a uma média aritmética de 1,25 mil milhões por ano. Moçambique só será capaz de atingir os objectivos definidos no PESS num ambicioso cenário de aumento significativo dos recursos nacionais afectos à saúde (cumprimento da meta de Abuja de 15 % do orçamento governamental afecto à saúde) e de aumento de apoio por parte dos doadores. Se os recursos se mantiverem, o país não será capaz de atingir a cobertura universal dos cidadãos e o Ministério da Saúde terá de definir prioridades de saúde estritas para financiamento.

Num contexto de elevado endividamento, espaço fiscal limitado e declínio no apoio financeiro por parte de doadores, torna-se necessário repensar, de forma crítica, as fontes de financiamento potenciais para cobrir parte das lacunas financeiras do sistema. Partindo de boas práticas, Moçambique tem de avaliar mecanismos de financiamento inovadores e exequíveis, bem como reformas promotoras do aumento da eficiência. É preciso avaliar o potencial de geração de receitas internas por parte dos prestadores de serviços, seguindo o exemplo do hospital central, que cobre uma parte significativa do seu orçamento com taxas próprias.

O desfasamento entre a procura e a oferta não é homogéneo em todo o país. Algumas províncias beneficiam de uma maior proporção de recursos humanos da saúde por habitante e de melhores infra-estruturas para prestar serviços do que outras. Por exemplo, as províncias que sofrem mais são as de Nampula e de Tete. O acesso a serviços médicos privados só é possível em zonas urbanas, especialmente em Maputo. O sistema de financiamento pode contribuir para uma maior equidade no sistema de saúde, identificando as geografias/segmentos da população com maior procura sem resposta e adoptando uma abordagem estratégica para a afectação financeira de todas as rubricas do orçamento (salários, orçamento recorrente, infra-estruturas, medicamentos).

O sistema terá também de melhorar a sua eficiência para conseguir uma melhor absorção de fundos e assegurar que os recursos se convertem efectivamente em mais serviços de qualidade para a população. Existe um consenso sobre a necessidade de reconhecer as oportunidades de aumento da eficiência técnica. Por exemplo, 48 % de todos os funcionários públicos têm funções de administração, uma proporção que é demasiado elevada e constante ao longo dos anos, não obstante o objectivo da Direcção de Recursos Humanos de a reduzir para 37 %, em 2014.

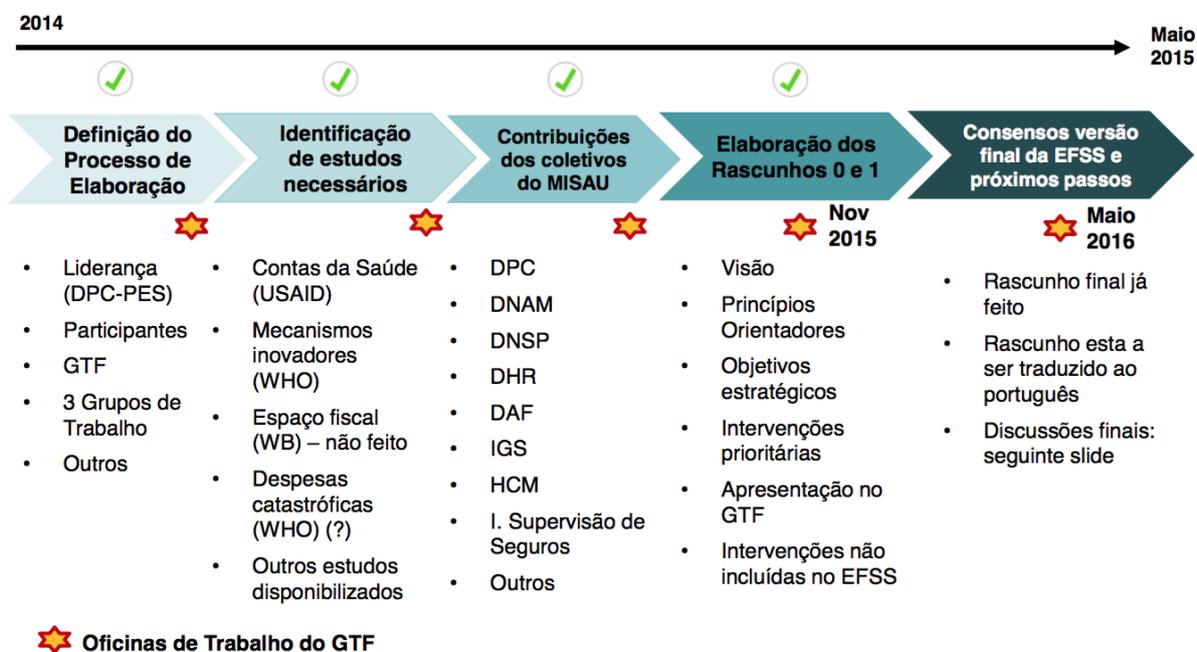
A aquisição estratégica de serviços é uma das reformas mais comuns para aumentar a eficiência em diferentes áreas dos sistemas de saúde. À data de hoje, os prestadores de cuidados de saúde continuam a ser pagos com base numa rubrica fixa do orçamento, o que limita o potencial de reafectação de fundos por várias rubricas, de forma a responder melhor às mudanças de utilização ou às necessidades da população. A falta de informação sobre a despesa nas unidades de saúde, especialmente nos hospitais,

⁶⁵ O Modelo OneHealth das Nações Unidas é um *software* concebido para avaliar as necessidades de investimento público em países de rendimento baixo e médio a nível nacional e subnacional. Ver <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>.

⁶⁶ Dutta, A., N. Perales, R. Silva, and L. Crivillé. 2014. *Estimated Resource Needs and Impact of Mozambique's Plano Estratégico do Sector Saúde, 2014-2019*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

dificulta a identificação de despesas desproporcionadas e uma melhor racionalização da despesa. A aquisição estratégica pode ser feita através da alteração dos mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços de saúde e da criação de uma estrutura dedicada responsável pela supervisão das despesas com prestadores.

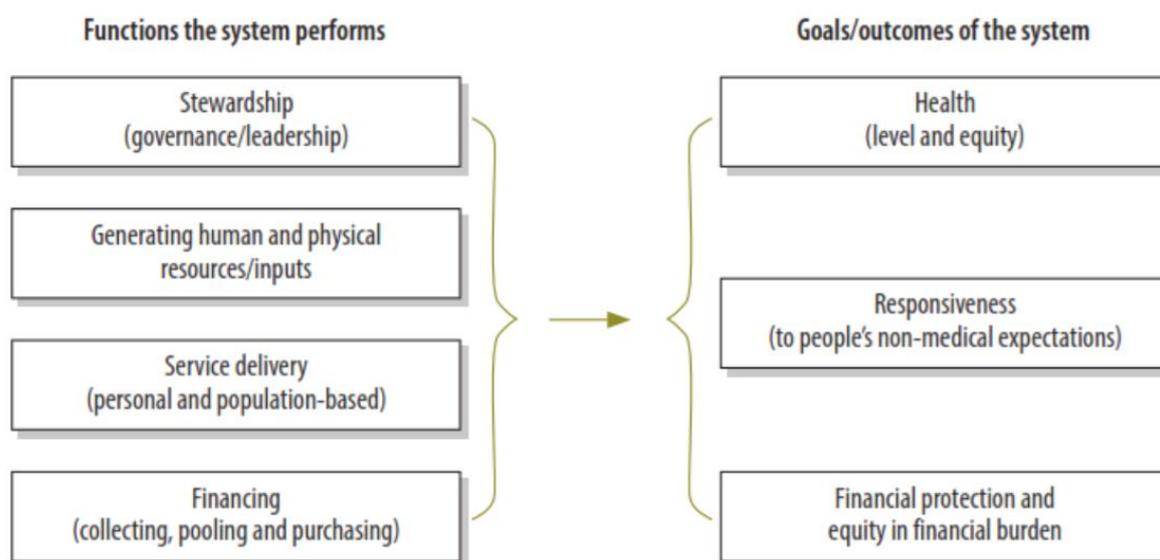
ANEXO II: RESUMO DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE



ANEXO III: CONCEITOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Melhorar o estado de saúde de uma população depende de condicionantes externas e do desempenho do sistema de saúde. Um sistema de saúde com um bom desempenho será um sistema que forneça equitativamente serviços de qualidade à população, responda às expectativas médicas e não médicas das pessoas e assegure a protecção financeira dos agregados familiares, ou seja, assegure que o acesso das pessoas aos cuidados de saúde não é limitado por barreiras financeiras. O financiamento da saúde é uma das funções centrais de todos os sistemas de saúde, tal como se descreve na figura 1.

Figura 1. Funções e objectivos do sistema de saúde



Adapted from Duran et al., 2011.⁹

Funções que o sistema desempenha	Metas/resultados do sistema
Administração (governança/liderança)	Saúde (nível e equidade)
Geração de recursos humanos e físicos/investimentos	Capacidade de resposta (às expectativas não-médicas das pessoas)
Fornecimento de serviços (pessoais e baseados na população)	
Financiamento (recolha, gestão e aquisição)	Protecção financeira e equidade na carga financeira a suportar

O financiamento dos cuidados de saúde abarca as seguintes funções:

— **A recolha de fundos:** os sistemas de saúde são financiados através de várias fontes: os fundos gerados internamente por prestadores de cuidados de saúde, os impostos cobrados pelo governo e distribuídos ao setor da saúde, os impostos destinados à saúde, o apoio externo de doadores e as

contribuições para seguros. Um sistema de financiamento forte deverá arrecadar, de forma eficaz e sustentável, receita suficiente para financiar os investimentos necessários para fornecer serviços de qualidade a toda a população.

— **A gestão de fundos:** esta função refere-se à forma como um sistema de saúde agrega os recursos arrecadados, definindo em que medida existirá uma subsídição cruzada entre os diferentes segmentos da população (trabalhadores formais *vs.* Informais, ricos *vs.* pobres, doentes *vs.* saudáveis). Esta função é essencial para assegurar que o contrato social nacional é respeitado. Por um lado, quando existe uma agregação ampla dos recursos do setor da saúde, a solidariedade entre cidadãos é alta. Por outro lado, uma gestão fragmentada favorece os direitos individuais e o acesso a benefícios com base no nível individual de contribuição.

— **A função de aquisição** diz respeito ao pagamento de serviços de saúde: quem paga aos prestadores de serviços médicos? Através de que mecanismos? Por que serviços? Os mecanismos de aquisição procuram promover a eficiência do sistema de saúde, estimulando o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde e controlando o custo da despesa. Foram desenvolvidos muitos mecanismos de aquisição internacionalmente. Alguns países separaram a função de compra do sector da função regulatória do Ministério da Saúde, muitas vezes criando organismos independentes para contratar prestadores de cuidados de saúde ou sistemas sociais de seguros de saúde. Existem também muitas formas de pagar aos prestadores de cuidados, desde rubricas orçamentais específicas a pagamentos baseados nos resultados, tais como uma taxa pelo serviço ou Grupos de Diagnósticos Homogêneos. Em muitos países é frequente o pagamento a prestadores de cuidados de saúde com base numa combinação dos sistemas referidos. Relacionado com a função de compra está o conceito do pacote básico de benefícios, que define os serviços que deverão ser adquiridos.

Desde a publicação do relatório mundial de saúde de 2010 da OMS, o desempenho do sistema de saúde é frequentemente analisado à luz do conceito de cobertura universal de saúde. A cobertura universal de saúde é medida através das três dimensões seguintes:

- **Cobertura da população:** diz respeito à proporção da população que acede aos serviços de que necessita;
- **Cobertura do serviço:** diz respeito à gama e à qualidade de serviços disponíveis nas unidades de saúde e hospitais;
- **Protecção do risco financeiro:** diz respeito ao nível de dificuldades financeiras com que a população se debate para ter acesso aos cuidados médicos.

A cobertura universal de saúde é um objectivo que só pode ser alcançado gradualmente, sobretudo em países em que os recursos financeiros são escassos.

O objetivo de um sistema de financiamento é contribuir para que o sistema de saúde alcance os objectivos a que se propõe, bem como para a cobertura universal de saúde. Para o conseguir, um sistema de financiamento tem de assegurar que:

1) há cada vez mais recursos a entrar no sistema;

2) estes recursos são distribuídos de forma equitativa e

3) a aquisição de serviços promove a eficiência na despesa. O mecanismo de financiamento tem de construir com base na capacidade de a população pagar, no sentido de reduzir as dificuldades financeiras sentidas pelos agregados familiares, de forma a aumentar tanto quanto possível o acesso da população aos cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

CIP, 2015. *Falta de Medicamento nos Hospitais Públicos Associada a Falta de Responsabilização dos Gestores do Sistema Nacional de Saúde*. Disponível em: http://www.cip.org.mz/cipdoc/361_CIP-spinformacao_2015_06_pt.pdf [Abril 2015]

Cities Alliance, *Mozambique Country Programme*. Disponível em: http://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/Mozambique.English.web_.pdf

Danish Trade Union, Council for International Development Cooperation. *Mozambique Labor Market Profile 2014*. Disponível em: www.ulandssekretariatet.dk/sites/default/files/uploads/public/PDF/LMP/Imp_mozambique_2014_final_version.pdf

Deloitte (2016). “Sustainable HIB/AIDS Financing Mechanisms”. Apresentação em Workshop, Maputo.

Direcção de Planificação e Cooperação, 2014. *National Statistics Summary:2009-2013*.

Dutta, A., N. Perales, R. Silva, e L. Crivillé, 2014. *Estimated Resource Needs and Impact of Mozambique’s Plano Estratégico do Sector Saúde, 2014-2019*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

FMI, 2011. Republic of Mozambique: *Poverty Reduction Strategy Paper*. Country Report No. 11/132. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11132.pdf> [June 2011].

FMI, 2014. Republic of Mozambique: *Poverty Reduction Strategy paper: Progress Report*. Country Report No. 14/147. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr14147.pdf> [maio de 2014].

INE, Dados relativos ao PIB. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-economicas/contas-nacionais/anuais-1/pib-optica-de-despesa/produto-interno-bruto-a-precos-constantas-10-6-mt-2009-100.xlsx/view> [2009].

INE, Dados relativos ao PIB:, Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-economicas/contas-nacionais/anuais-1/pib-optica-de-despesa/produto-interno-bruto-a-precos-constantas-10-6-mt-2009-100.xlsx/view>

INE, Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2008/09.

Intellica, 2013. *Study on source of revenue and potential for the Mozambican Health Sector*.

Intellica, 2013. *Procedures Manual: Management and Collection of the Health Sector Revenue*.

Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique, 2014. *Insurance Market Report for the year ended December 31, 2014*.

Ministério de Economia e Finanças, 2016. *Critérios de Afectação de Recursos No Orçamento do Estado*. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2015. *Conatas Nacionais de Saúde de Moçambique, 2012*. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde, 2015. *Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2008-2015, documento preliminar*.

Ministério da Saúde, 2015. *Health Insurance Overview: Preliminary Conclusions*.

Ministério da Saúde, 2015. Conclusões da Análise Situacional do Financiamento em Matérias de Saúde em Moçambique. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2013. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2015. Financiamento Baseado em Resultados. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde, 2014. Updated SNS Health Network. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde, 2013. Plano Estratégico do Sector da Saúde: 2014-2019. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2014. Synthesis of Health Financing Workshop. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2012. Health Sector Review Report. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2015. Financiamento do HIV e SIDA: Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) em 2010 & 2011. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, 2009. Execução Orçamental e Financeira de 2008.

Ministério da Saúde, 2010. Execução Orçamental e Financeira de 2009.

Ministério da Saúde, 2011. Execução Orçamental e Financeira de 2010.

Ministério da Saúde, 2012. Execução Orçamental e Financeira de 2011.

Ministério da Saúde, 2013. Execução Orçamental e Financeira de 2012.

Ministério da Saúde, 2014. Execução Orçamental e Financeira de 2013.

Ministério de Saúde, 2014. Rede Sanitária do SNS Actualizada. Maputo, Moçambique.

Ministério de Saúde, USAID, OBS, Banco Mundial (2012). *Relatório de Revisão do Sector Saúde*. Cap. 5.4 – Produtos e Tecnologias Médicas.

Mozambique Labor Market Profile 2014. Danish Trade Union, Council for International Development Cooperation

Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, 2014. Quarto Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique – 2013.

Sachs and al, 2001, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.

UNCDF, 2012. Access to Insurance Diagnosis.

UNICEF, 2014. Child Mortality Report.

UNICEF, 2013. Maternal mortality report 1990-2013.

UNICEF, 2014. Investir mais e melhor nas crianças. Perspectivas de melhoria do financiamento dos sectores sociais em Moçambique. Maputo, Mozambique.

UNICEF, 2014. Budget Brief-Equity Special. Health Sector in Mozambique. Maputo, Moçambique.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2010. UNGASS, Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA, Relatório de Progresso.

República de Moçambique, 2009, Relatório Final do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2008/09, p.34.

República de Moçambique, 2015, Relatório Final do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2014/15, p.29.

Organização das Nações Unidas, Observatório de Recursos Humanos para a Saúde, Divisão da População, 2014. WorldUrbanization Prospects: The 2014 Revision.

Organização Mundial da Saúde, 2013. Trends in Maternal Mortality. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf [May 2014].

Organização Mundial da Saúde, 2015. National Workshop on Health Financing. Maputo, Moçambique.

Indicadores de Desenvolvimento Mundial, Banco Mundial. Disponível em: <http://search.worldbank.org/all?qterm=mozambique%20hiv>

Yates, R. e Zorzi, N. 1999. *Health Expenditure Review Mozambique*, documento preliminar.