

Opções de política sobre forma e financiamento do Sector Saúde em Moçambique

Maputo
Moçambique

Cristina Manzanares

Abril de 2018

Com apoio de:



Índice

Introdução

Sumário Executivo

1. *Forma do sistema*
2. *Financiamento de Saúde em Moçambique*
 - 2.1 Análise da situação do financiamento de Saúde em Moçambique
 - 2.2 Gap de financiamento
3. *Financiamento via impostos gerais*
 - 3.1 Priorização da Saúde no Orçamento nacional
 - 3.2 Análise de espaço fiscal para à Saúde
 - 3.3 Propostas de política fiscal
 - 3.4 Recomendações
4. *Seguros de Saúde*
 - 4.1 Sistemas públicos de Seguro de Saúde
 - 4.2 Seguros públicos de Saúde na África subsaariana
 - 4.3 Seguro Social de Saúde em Moçambique: Situação atual
 - 4.4 Reflexões sobre opções de Seguro ou outras contribuições
 - 4.5 Análise de opções de contribuição adicional ao SNS
 - 4.6 Recomendações
5. *Pagamentos dos usuários*
 - 5.1 Ideias políticas sobre taxas de usuário em África, implementação e implicações
 - 5.2 Pagamentos por uso no Serviço Nacional de Saúde
 - 5.3 Análise da receita arrecadada, da sua gestão e do seu uso no SNS
 - 5.4. Quanto custa arrecadar?
 - 5.5 Aumento potencial de receita
 - 5.6 Conclusões
 - 5.7 Recomendações
 - 5.8 Propostas futuras de análise
6. *Outras receitas*
 - 6.1 Receita não sanitária
 - 6.2 Receita de provedores privados
 - 6.3 Receita agregada: O caso das companhias de seguros
7. *Eficiência*
 - 7.1 Eficiência em sistemas de saúde
 - 7.2 Eficiência no sector da Saúde em Moçambique
 - 7.3 Opções de política para melhorar a eficiência alocativa
 - 7.4 Opções de política para melhorar a eficiência no uso dos recursos
 - 7.5 Recomendações

Introdução

Moçambique está a desenvolver esforços importantes para alcançar a Cobertura Universal em Saúde (UHC) para a população, tal como comprometido a nível internacional. O conceito de UHC implica que os cuidados de saúde preventivos e curativos são acessíveis para a cidadania, com qualidade adequada e sem representar um risco financeiro, especialmente sem representar despesa catastrófica.

A agenda internacional é clara na recomendação aos decisores de política pública para transitar para sistemas com elevada proteção financeira para a cidadania, com forte envolvimento e compromisso do sector público e cada vez menores pagamentos no ponto de uso. O indicador 3.8 dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável guia as políticas públicas também em este sentido.

Moçambique conta com um Serviço Nacional de Saúde (SNS) com presença no território, com acesso praticamente universal, e é utilizado por uma grande parte da população. Os resultados de saúde conseguidos nas últimas décadas podem ser atribuíveis em grande parte ao SNS. Esta situação representa vantagens em comparação com outros contextos, também africanos, onde o sector privado é principal provedor e têm um elevado peso dos pagamentos no ponto de uso.

O sistema enfrenta desafios na provisão de serviços de qualidade, com áreas que precisam de melhora substancial nos resultados, como a mortalidade materna e a desnutrição. É notável a necessidade de melhoras de eficiência, na taxa na que o sistema transforma os recursos humanos, materiais e financeiros em resultados de saúde, incluindo qualidade assistencial, humanização e gestão simplificada e eficiente dos recursos.

Na área de financiamento, o orçamento de Estado contribui de forma significativa ao financiamento do sector, o qual permite ter um sistema com baixas barreiras de entrada e elevada cobertura. A dependência de fundos externos decresce mais permanece muito relevante, especialmente na área de medicamentos. As perspectivas de financiamento do sector saúde com Orçamento de Estado são positivas no longo prazo, mais o curto prazo tem um panorama de consolidação fiscal que pode afetar os sectores sociais.

Desde 2014 o Ministério da Saúde junto com os parceiros tem realizado um grande esforço por quantificar o financiamento de Saúde e procurar formas complementares de financiamento para atingir os objetivos marcados no Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-19). As Contas Nacionais de Saúde 2012 e 2015 são parte de este processo, junto com a Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS), a ser finalizada proximamente.

Este documento forma parte da reflexão final sobre a EFSS. Analisa partes fundamentais do financiamento da Saúde em Moçambique, oferece opções e dá recomendações para acompanhar o debate sobre as medidas a serem incluídas finalmente na EFSS.

Esta reflexão tenta de mostrar o carácter eminentemente político da política pública. Os números são fundamentais mais são as ideias políticas as que dão forma aos sistemas de bem-estar, incluindo os sistemas de saúde. Moçambique tem a oportunidade de fortalecer um sistema público com capacidade para cobrir riscos à cidadania e compensar desigualdades de mercado.

Sumário executivo

As opções de financiamento do sector saúde implicam também refletir sobre os efeitos sociais das medidas propostas. Não são os números quem nos dizem como estruturar as políticas. Os números são uma base material imprescindível e uma guia necessária, mais é a política pública quem deve guiar as opções tomando como base as ideias sobre qual tipo de sociedade queremos, qual é a relevância que vamos dar à responsabilidade individual ou coletiva, à caridade, às famílias, ao mercado, ao Estado, às desigualdades.

O Orçamento de Estado representa a parte mais significativa no financiamento do Serviço Nacional de Saúde, por ser a mais interna e menos volátil no longo prazo, mesmo se em este momento o financiamento externo ainda é maior que os recursos internos no financiamento do sector. A situação macrofiscal em este momento é complexa, com a dívida contraída a consumir uma parte crescente do orçamento e dificuldades de liquidez. A perspectiva oferecida pelo MEF e FMI é de melhora significativa nas contas públicas, especialmente a partir de 2023, mais com o compromisso de estabilizar o orçamento para a Saúde nos níveis atuais de percentagem respeito ao Orçamento de Estado.

O sector da Saúde deverá trabalhar com MEF na priorização da Saúde no orçamento nacional e nas propostas de política fiscal relacionadas com a Saúde pública, com o duplo objetivo de aumentar arrecadação e melhorar as condições de saúde da população. A consignação de estes impostos para o sector de momento é uma opção não contemplada pelo Ministério das Finanças.

A proposta de criar um seguro público social de Saúde está a ser desenvolvida pelo Instituto Nacional de Previdência Social junto com MISAU, inicialmente destinada aos funcionários. Este documento no seu capítulo 4 inclui reflexões sobre as diferentes opções e implicações. Há muitas questões abertas, como a relação entre o seguro de saúde e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde, ou os efeitos distributivos que pode ter uma política pública que atenda só uma parte da população.

A área de pagamentos por uso está analisada no capítulo 5. Os resultados da análise revelam que a relevância orçamental da receita é pequena e o procedimento administrativo é complexo e muito diferente entre províncias. O crescimento dos pagamentos ao nível dos hospitais é uma preocupação relevante, já que em alguns casos se chega ao nível de despesa catastrófica.

Em geral, recomenda-se manter a forma universalista do sistema. Isto quer dizer aprofundar o carácter não mercantilizado do Serviço Nacional de Saúde, que possa ser um espaço de exercício de cidadania social baseada em direitos com elevada qualidade e igualdade de trato. Recomenda-se priorizar o Orçamento de Estado como forma de financiamento, bem como evitar sistemas complexos de financiamento, criar fundos separados para oferecer atendimento diferenciado, ou optar por processos de “identificação de pobres” no momento do uso.

O SNS pode ser um potente catalizador do processo de desenvolvimento social, humano e económico de Moçambique, assim como uma peça chave na diminuição das crescentes desigualdades, mais para elo deve ser fortalecido e aprofundada a sua universalidade.

1. Forma do sistema

Financiar um sistema de saúde implica também pensar na forma do sistema de saúde. Procurar os recursos necessários implica valorar e escolher quais são as funções e os limites do sistema de saúde, quais grupos sociais vão receber o quê, e refletir sobre os efeitos sociais e económicos das medidas escolhidas.

Implementar políticas de financiamento é um exercício que pode modificar a **forma do sistema de saúde**, que pode afetar o acesso, a cobertura, a abrangência, a qualidade dos serviços de saúde recebidos, a diferenciação entre grupos sociais, e que por tanto, e tenderá efeitos sobre a pobreza e a desigualdade entre outros.

Os sistemas de saúde e o seu financiamento podem se desenhar para compensar desigualdades de mercado ou para aprofunda-las. A evidência nos sugere que os sistemas de saúde vão ter mais capacidade para reduzir a pobreza quanto mais inclusivos sejam e mais qualidade seja oferecida independentemente da situação laboral o económica dos indivíduos. Pensar o sistema é, por tanto, um exercício que implica profundidade política¹.

As análises sobre a implementação da agenda de Cobertura Universal em Saúde deixam clara a relevância dos aspectos políticos nas escolhas dos países respeito às políticas públicas de financiamento e estruturação de sistemas de saúde. Não se trata tanto de aspectos puramente técnicos, mais de uma área claramente política²³.

Alguns autores afirmam que os sistemas de bem-estar são sistemas de estratificação em si mesmos, que podem tratar aos indivíduos de forma diferenciada, que estabelecem as regras de jogo com o mercado, e que por tanto têm capacidade para incidir na estratificação social e na repartição de oportunidades na sociedade⁴.

Os fatores que influem sobre a forma dos sistemas de bem-estar são:

1. **As ideias políticas** prevalentes na sociedade, sobre:
 - a. Merecimento - ¿Quem merece o quê?
 - b. Responsabilidade individual e coletiva ante os riscos da vida
 - c. Papel do indivíduo, família, mercado e Estado na provisão e financiamento de serviços de saúde
 - d. Nível de solidariedade e tolerância às desigualdades
2. **O caminho percorrido** (*path-dependency*)

Os sistemas de bem-estar são dependentes da senda recorrida, essencialmente porque os próprios sistemas de bem-estar geram legitimidades, discursos e construções sociais que são difíceis de mudar no tempo.

¹ Bambra, C. Fox, D. Scott-Samuel, A. (2005): *Towards a politics of health*. Health Promotion International. Vol. 20

² Stucker, D, Feigl, A. Sangay, B. McKee, Ma (2011): *The political economy of universal health coverage*. Background paper for the First Global Symposium on Health Systems Research. Montreux, Switzerland.

³ Savedoff, W. (2012): *The political and economic aspects of the transition towards Universal Health Coverage*. The Lancet.

⁴ Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Por isso se fala de sistemas de bem-estar “resistentes”, mesmo em contextos pouco favoráveis economicamente⁵.

3. O contexto sociopolítico

Sabemos que a presença de padrões democráticos pode favorecer políticas sociais mais ativas, já que os beneficiários das políticas podem influenciar as agendas políticas com o seu voto. Sabemos que a presença prolongada de partidos políticos favoráveis à intervenção pública social no poder leva a políticas mais expansivas no nível social.

4. O forte papel das desigualdades

A evidência nos indica que quanto mais desigual é uma sociedade, maior é a fratura entre grupos sociais, e menor a vontade de financiar sistemas de bem-estar que vão ser disfrutados só pela parte “pobre” da sociedade (“os outros”)⁶. Em estes contextos, a política social fica cada vez mais como uma parte marginal no orçamento, e é vista com estigma pelo resto da sociedade.

Os países geralmente têm rasgos de diversos tipos de sistemas: As formas clássicas dos sistemas de bem-estar são os sistemas baseados em acesso universal aos serviços públicos, os sistemas contributivos, e os sistemas mais baseados no sector privado e no voluntarismo, caridade ou ONG. Podem se encontrar estes tipos de políticas coexistindo em maior ou menor medida, mais a evidência mostra efeitos diferentes das políticas dependendo da sua forma.

Formas universalistas

Estes sistemas têm uma característica distintiva: O direito à assistência sanitária é um **direito de cidadania não sujeito a contribuições prévias** específicas para a Saúde. São sistemas chamados *universalistas*, que têm como objetivo igualar o status de cidadania das personas, **igualar o trato que as políticas públicas oferecem à cidadania** (não favorecer políticas “para funcionários”, “para pobres”), bem como **reduzir as desigualdades** oferecendo um espaço des-mercantilizado -sem presença do mercado- naquele poder exercer o direito à saúde sem a necessidade de uma vinculação cidadão-direito a través do dinheiro (*cash nexus*)⁷.

Alguns estudos demonstram que os sistemas universalistas têm uma capacidade maior que aqueles baseados em seguros ou em renda individual para redistribuir a renda, a riqueza e as oportunidades⁸, já que **não oferecem qualidades diferenciadas de serviços públicos** e os pobres beneficiam muito de serviços de qualidade acorde com os padrões das classes médias e altas.

Sobre a maior utilização dos serviços públicos por parte das classes médias e altas existe uma ampla literatura, que conclui que efetivamente estes grupos sociais têm mais

⁵ Pierson, C (1996): The new politics of the welfare state. Oxford University Press.

⁶ Rothstein, B. (2005): The universal welfare state as a social dilemma.

⁷ Esping-Andersen, G. (1990): *Op.Cit.*

⁸ Korpi, W. Palme, J (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality*. American Sociological Review.

capacidade de beneficiar do sistema⁹, também no contexto de países de renda média e baixa¹¹. Mais a inclusão de todos os grupos sociais é uma forma efetiva de que **os grupos de renda baixa tenham serviços de qualidade e não serviços “para pobres” com baixos orçamentos**, baixa qualidade, baixo apoio eleitoral e baixos incentivos a contribuir por parte dos outros grupos da sociedade.

A evidência também conclui que as políticas universalistas, que garantem acesso e qualidade igual sem dependência de contribuições prévias, geram mais mobilidade social: Os serviços de qualidade são recebidos por todas as camadas sociais, por tanto as oportunidades não dependem tanto da posição económica da família¹²¹³. Alguns sistemas de saúde com forma universal em países de renda média e baixa, como aqueles de Cuba, e Sri Lanka, são dos sistemas mais eficientes do mundo segundo a OMS¹⁴.

O Instituto das Nações Unidas para a Investigação em Desenvolvimento Social (UNRISD), e também organizações internacionais como Oxfam, com apoio académico da Universidade de Cape Town, recomendam aos países de renda média e baixa transitar para **sistemas universalistas, desligando contribuições de prestações**¹⁵¹⁶¹⁷.

Organizativamente, os sistemas baseados em impostos gerais e com provisão pública (tipo NHS) priorizam geralmente a atenção primária, o enfoque preventivo, e o médico generalista é encarregue da referência dos pacientes dentro dum esquema de continuidade assistencial.

A **Botswana** é um caso interessante de modelo de acesso universal aos serviços públicos de Saúde. O 98% dos equipamentos de saúde do país são públicos. A Botswana aparece com um dos melhores desempenhos do mundo no Índice de Acesso à de Serviços de Saúde criado pela OIT, tomando em conta o seu valor no Índice de Desenvolvimento Humano e a sua taxa de pobreza¹⁸. Este desempenho pode estar relacionado com o facto da assistência sanitária não estar relacionada com a posição económica nem laboral. O sector privado tem presença no país, com uma despesa muito elevada -quase a metade da despesa de saúde no país-, mais cobre uma pequena parte da população (o qual pode fazer refletir sobre eficiência).

⁹ Le Grand, J. (1982): *The strategy of equality: Redistribution and the social services*. London: Allen and Unwin.

¹⁰ Goodin, R. Le Grand J. (1987): *Not only the poor. The middle classes and the welfare state*. London: Allen and Unwin.

¹¹ Yazbeck, A. (2010): *Attacking inequality in the health sector*. Washington: World Bank.

¹² Hagfors (2009): *The welfare state, inequality and social capital*.

¹³ OECD (2010): *Intergenerational social mobility in OECD countries*. Paris.

¹⁴ Chrisolm, D. Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal health coverage*. World Health Report 2010 Background Paper. Geneva: WHO.

¹⁵ UNDP (2016): *Achieving universalism in developing countries*. Background paper. Human Development Report. New York.

¹⁶ United Nations Institute for Social Development Research UNRISD (2010): *Poverty, social policy and politics*. Geneva.

¹⁷ Oxfam (2013): *Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind*. 176 Briefing Paper. Oxford, United Kingdom.

¹⁸ ILO (2008): *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Social Security Policy Briefings. Paper 1. Geneva: ILO.

Formas contributivas

Em este tipo de políticas públicas, o direito às prestações sociais e a assistência sanitária vem determinado pelas contribuições passadas à determinados fundos públicos ou com participação privada.

Trata-se de mecanismos com elevada capacidade de arrecadação se as contribuições foram elevadas. A literatura apresenta evidência de custos mais elevados que os sistemas universais e de reprodução da estratificação social (Baixa capacidade para diminuir as desigualdades). Este tipo de políticas é analisado em detalhe no capítulo 4.

Formas mercantilizadas de acesso à saúde

A responsabilidade individual está na base do funcionamento de este tipo de políticas, sendo o indivíduo, a família e o mercado os que devem proporcionar respostas ante os riscos da vida. Reserva-se um pequeno papel para a caridade e voluntarismo, com intervenção das ONGs em ações pontuais dependendo do grau de “merecimento” do caso.

Este tipo de políticas geralmente leva associado resultados de saúde baixos em relação aos recursos invertidos (são pouco eficientes). Também aprofundam a pobreza e as desigualdades, já que o acesso aos serviços de saúde está baseado na capacidade de pagamento e a despesa pode ser catastrófica.

O caso de Moçambique

O sistema de saúde em Moçambique tem características distintivas e interessantes respeito à países vizinhos e comparativamente a tendências internacionais. Conta com um Serviço Nacional de Saúde com presença muito relevante no território, com 1.619 unidades de saúde e 62 hospitais (23 distritais, 21 rurais, 6 gerais, 8 provinciais, 4 centrais), e tem uma taxa de utilização muito elevada (92% da população)¹⁹.

A significativa melhoria dos indicadores de saúde registada nas últimas décadas pode ser praticamente inteiramente atribuída ao sector público de saúde, mostrando uma capacidade de cobertura e abrangência muito relevante, mesmo com os desafios conhecidos em resultados de saúde, eficácia e eficiência na alocação e uso dos recursos.

No quadro da reflexão sobre as medidas mais pertinentes para financiar o sistema público de saúde, será importante tomar em conta a **atual forma universal do sistema**: O sistema inclui teoricamente a todos os cidadãos sem distinção e está baseado no direito à saúde.

Mais trata-se de um universalismo não totalmente completo, já que:

- Inclui algum tipo de **pagamento**, que crescentemente pode se transformar em catastrófico (ver capítulo 5 sobre taxas de usuário)
- Crea **dois/três tipos de atendimento** só no nível quaternário (geral, Atendimento Personalizado e Clínicas Especiais)

¹⁹Instituto Nacional de Estatística (2016): *Inquérito aos Orçamentos Familiares 2014/15*. Maputo: INE.

- Provisão de **qualidade não suficiente** em termos de esperas, humanização, pessoal e material disponível: Isto faz também com que uma pequena e crescente parte da população opte por sair do sistema, o que pode afetar a legitimidade do sistema e a vontade de contribuir à sua sustentabilidade.

Mais, no geral, **o sistema público de saúde tem forma universalista**, o qual é um ativo e uma base muito interessante para continuar a melhorar a qualidade e o financiamento do sistema com a máxima simplicidade administrativa, eficiência e eficácia possível.

Alguns estudos apontam que o sistema público de saúde de Moçambique **é eficaz para compensar desigualdades sociais**²⁰: Por exemplo, a redução de mortalidade das crianças de menos de 5 anos entre 1997 e 2011 foi atingida em todos os estratos de renda, sendo muito maior a redução nos quintis de renda mais baixa. Isto significaria que o sistema tem capacidade de abranger todos os grupos de renda, e de beneficiar especialmente aos mais pobres.

O que diz a OMS sobre formas dos sistemas de Saúde?

O conceito de **Cobertura Universal em Saúde (UHC)** propõe que todos os cidadãos tenham alguma forma de cobertura para ter cuidados preventivos e assistência médica adequada com preços dentro das possibilidades de cada um para evitar assim ruínas financeiras.

Dentro da UHC, a OMS recomenda:

- Um forte envolvimento e **compromisso público**, com financiamento de Orçamento de Estado
- Um **mínimo número de pools** (espaços de arrecadação e financiamento para à Saúde), para ter a máxima partilha de risco e a máxima redistribuição de custos
- **Evitar pagamentos no ponto de uso**
- **Pré-pagamento**: E por tanto, minimizar a relação entre pagamento e uso

A definição da OMS não entra a recomendar sobre o papel do mercado e da política pública, nem entra a valorar a capacidade dos sistemas para reduzir pobreza ou desigualdades, entre outros.

Recomendações em quanto a forma do sistema

A recomendação geral seria **manter a forma universalista do sistema**:

- Sistema público gerido de forma pública
- Provisão do serviço com a maior **qualidade** possível
- Acesso universal aos serviços de saúde
- Sem relação entre pagamento e uso
- Sem oferecer qualidades diferentes por pagamento ou por situação laboral

A ideia é que um sistema de saúde com forma universalista pode:

- Dar cobertura em saúde a todos os grupos sociais, melhorando os resultados de saúde tal como comprometido no PESS 2014-19

²⁰ Rodríguez Pose et al: *Against the odds: Mozambique's gains in the primary health care*. London: Overseas Development Institute (ODI)

- Evitar despesa catastrófica, e empobrecimento, de forma a manter as **oportunidades vitais**. O limite do que é “catastrófico” é muito difícil de estimar. A OCDE conclui que não é possível saber o que é “catastrófico” e o que não, porque os sub-investimentos nunca podem ser medidos (pessoas que deixam de estudar para pagar tratamentos de saúde, vender a casa, por exemplo)²¹
- **Compensar as crescentes desigualdades de mercado:**
O IOF 2014-15 conclui que as desigualdades cresceram em todo o país, mais de forma mais visível no sul urbano (Maputo), que alcança níveis de desigualdade dos mais elevados do mundo (0.55 Gini Index).
Tendo em conta todas as implicações que tem uma sociedade cada vez mais desigual (a desigualdade é um conhecido determinante social da Saúde²²²³, também do capital social e da violência) recomenda-se que a política pública seja planificada para compensar estas crescentes desigualdades.

²¹ OCDE (2014): *Measuring financial protection in access to services in the Universal Health Coverage Agenda*. Paris: OCDE.

²² WHO (2003): *Social Determinants of Health: The solid facts*. Geneva: World Health Organization..

²³ Wilkinson, R. Pickett, K (2009): *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.

2. Financiamento da Saúde em Moçambique

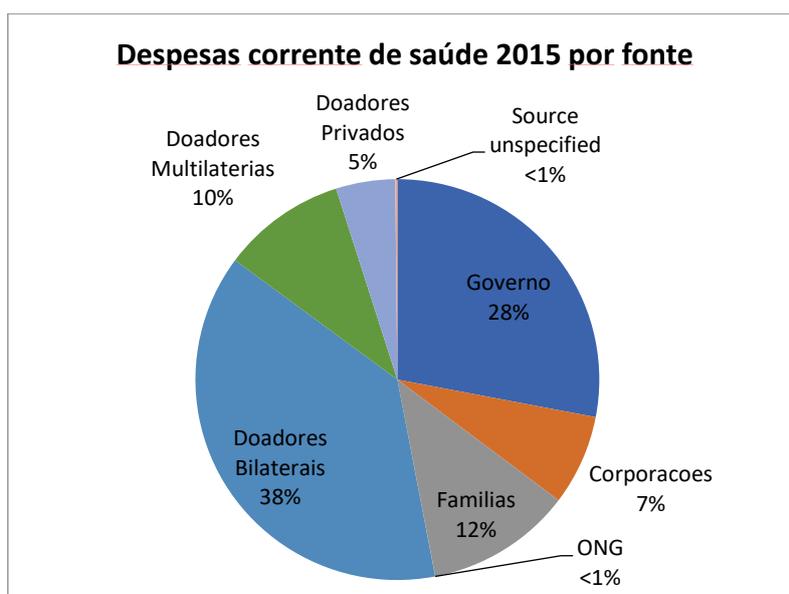
2.1 Análise da situação do financiamento do sector Saúde

As Contas Nacionais de Saúde de 2015 oferecem um panorama sobre as fontes de financiamento do sistema de saúde de Moçambique, incluindo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) e o sector privado de saúde.

As Contas indicam uma despesa total do sector saúde de **45.500 milhões Mzn**. O financiamento conta com uma presença relevante do **Orçamento de Estado** no financiamento do sector (28%), mais um **peso muito relevante do financiamento externo** (53%). Aqui é interessante refletir sobre o que é financiado exatamente com os fundos externos, porque poderia se dar o caso de os custos de funcionamento elevados relacionados com atividades não necessariamente alinhadas com as prioridades do PESS 2014-19, duplicações de atividades, ou custos associados à estrutura das entidades de cooperação.

O financiamento externo entra maioritariamente fora dos canais financeiros do procedimento nacional (Conta Única do Tesouro, CUT), a través de projetos que apoiam a rede sanitária pública com atividades em espécie ou com financiamento complementar da rede sanitária com o seu próprio procedimento financeiro.

Uma pequena parte dos fundos entra via CUT. A relevância dos fundos externos que entram via CUT no financiamento do Serviço Nacional de Saúde tem diminuído significativamente nos últimos anos, até chegar a um estimado de 14% do orçamento do SNS/MISAU para 2018, sendo o **86% restante financiado com fonte interna**. Em 2016, o financiamento externo era de 28%. Em quanto a **financiamento via CUT, a dependência externa é decrescente**.

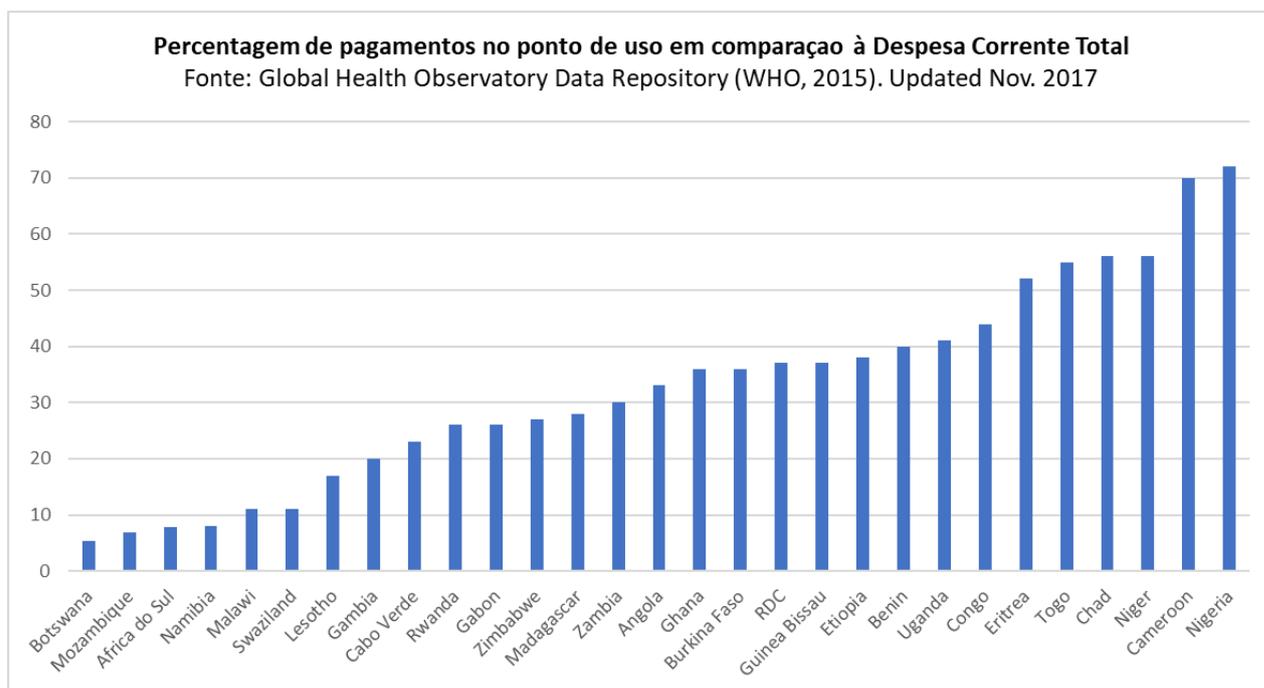


É interessante observar o **12% de financiamento do sector que realizam as famílias**. Aqui entram os pagamentos de medicina tradicional, medicina privada, e também os **crescentes pagamentos na rede sanitária pública** (taxas moderadoras, pagamentos nos hospitais), tema que deverá ser objeto de reflexão.

Esta cifra pode se tomar como referência de pagamentos no momento do uso (*out-of-pocket payments*), mesmo se a medicina privada tem também planos de pré-pagamento. Se assim for o caso, esta cifra implica que o peso dos pagamentos no ponto de uso **dobrou** respeito às Contas Nacionais de Saúde anteriores, nas que Moçambique tinha um 6% de pagamentos no ponto de uso.

Esta cifra é uma das mais baixas de África e do mundo, o qual é um dado positivo, já que os **pagamentos no ponto de uso foram definidos pela OMS como a forma menos equitativa de financiar sistemas de saúde**²⁴ e um dos principais impedimentos para conseguir a Cobertura Universal de Saúde.

Interessantemente, como pode se observar no gráfico, os países da África Austral têm as taxas de pagamentos no ponto de uso sobre total de despesa em saúde mais baixas de África.



Será interessante compreender por que em esta zona específica do mundo os pagamentos no ponto de uso representam uma parte tão baixa da despesa em Saúde. A resposta normalmente estará ligada às políticas públicas de promoção do acesso universal à saúde (Na África do Sul, inspiração no modelo NHS britânico e abolição de taxas em 2005, na Botswana modelo com grande presença pública, Lesoto e Namíbia com despesa pública por capita das mais elevadas, etc.)

²⁴ WHO (2010) World Health Report. Geneva: World Health Organization.

2.2 Gap de financiamento

Em 2013 foi realizado o custeamento do PESS 2014-19, agregando os custos de todas as Direções, Programas e níveis de atendimento. Foi estimado um défice potencial de financiamento de entre 1,2 bnUS\$ e 3 bnUS\$ para o período 2013-17, o seja uma cifra estimativa de 2bn US\$ para 5 anos, ou **400 M US\$ por ano**²⁵.

Algumas considerações sobre esta estimação:

- Da uma relevância particular à **eficiência no uso dos recursos**, especialmente Recursos Humanos e Medicamentos. Em este último item, se estima um desperdício de 85M\$ anuais (15% da despesa em medicamentos. O objetivo seria levar o desperdício à 5%).
A duplicação de atividades também é sublinhada como uma forma relevante de ineficiência.
- Alerta da **limitação geral de dados** para à planificação, incluindo carga epidemiológica, registo e custeamento.
- Inclui fundos externos, e faz uma estimativa decrescente para Prosaude, e também decrescente para os fundos verticais fora do orçamento.
- O **incremento dos custos foi estimado em 1,7% anual**. O financiamento atual com Orçamento de Estado **creceu um 10,5% anual nominal** entre 2008 e 2018 (estimado) e está **projetado para aumentar aproximadamente um 8% anual** nas próximas duas décadas, se for mantida a percentagem de fundos destinada à Saúde e for garantida a liquidez. A inflação reduziu o poder de compra de estes aumentos de orçamento. Para o período 2018-37 a inflação média está estimada pelo MEF e FMI em 5,5% anual.
- A taxa de cambio utilizada no momento da análise foi de 30 Mzn/US\$ e foi assumido que permaneceria estável. Desde 2015-16, a taxa está estabilizada por volta dos 60 Mzn/US\$. A estimativa em dólares se mantém válida para aquelas aquisições em divisa, mais não para outros pagamentos em Mzn (O seu valor em dólares é muito menor). Por tanto, possivelmente o **gap de financiamento expressado em dólares em este momento seja menor**.
- Foi estimado que o **Orçamento de Estado pudesse dobrar** em este período, passando de 300M\$ a 600M\$/ano entre 2013 e 2019. A crise da dívida e a forte depreciação do metical fizeram com que o aumento do orçamento em términos nominais (de 10,4 a 22,4 bn Mzn) não se traduz em um aumento expressado em dólares.

Em geral, o crescimento do financiamento do sector é muito significativo. Permanecem desafios relevantes na gestão, planificação e alocação dos fundos. A estimacão do gap de financiamento é uma medida orientativa que dá uma ideia das necessidades de financiamento mais deixa clara a relevância da capacidade de absorção e da eficiência.

²⁵ Dutta, A. N. Perales, R. Silva L. Criville.L (2013): *Necessidades de recursos estimados e impacto do Plano Estratégico do Sector Saúde de Moçambique 2014-19*. Washington, DC: Futures Group.

3. Financiamento via impostos gerais

Os sistemas baseados em impostos gerais utilizam a arrecadação geral em vez de contribuições dos trabalhadores especificamente destinadas à Saúde ou pagamentos no ponto de uso: São arrecadados impostos diretos sobre renda e riqueza, e impostos indiretos sobre consumo e importações para financiar o Orçamento do Estado, e, porém, o sistema de saúde.

3.1 Priorização da Saúde: Por quê investir Orçamento de Estado na Saúde

A **priorização da Saúde no orçamento de Estado** será uma questão chave na estratégia global de financiamento do sector no longo prazo.

Diversos argumentos são utilizados para priorizar a Saúde no orçamento de Estado:

- A Saúde é um **direito**, é por tanto não pode depender da capacidade de pagamento, deixando uma parte da população fora da assistência sanitária ou com assistência precária: A política pública tem um papel essencial, materializado no Orçamento de Estado para Saúde
- A única forma de poder financiar um Serviço Nacional de Saúde ao longo prazo é com uma grande parte (ao menos) financiada com Orçamento de Estado. A OMS é muito clara com a necessidade de envolvimento da política pública com financiamento relevante
- Financiar um SNS com orçamento de Estado nos permite:
 - Oferecer acesso universal
 - Ter um único pool de contribuintes e usuários
 - Diminuir ou eliminar os pagamentos no ponto de uso, especialmente aqueles que podem representar despesa catastrófica
- A saúde é um determinante da **produtividade da economia**, por tanto investir orçamento público na saúde é investir em crescimento económico futuro²⁶. A saúde pode ser analisada como uma forma de capital humano, e a literatura aponta à existência de uma relação causal desde à saúde para a produtividade, o emprego e a renda.

A Comissão da OMS sobre Macroeconomia e Saúde chegou à conclusão de que os efeitos agregados das melhoras em saúde individuais eram visíveis ao nível agregado, afetando a produtividade da economia²⁷.

²⁶ Bloom, D (2013): *The economic case for devoting public resources to health*. IZA Policy Paper no.57. Harvard School of Public Health.

²⁷ Sachs et al. (2001): *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. World Health Organization.

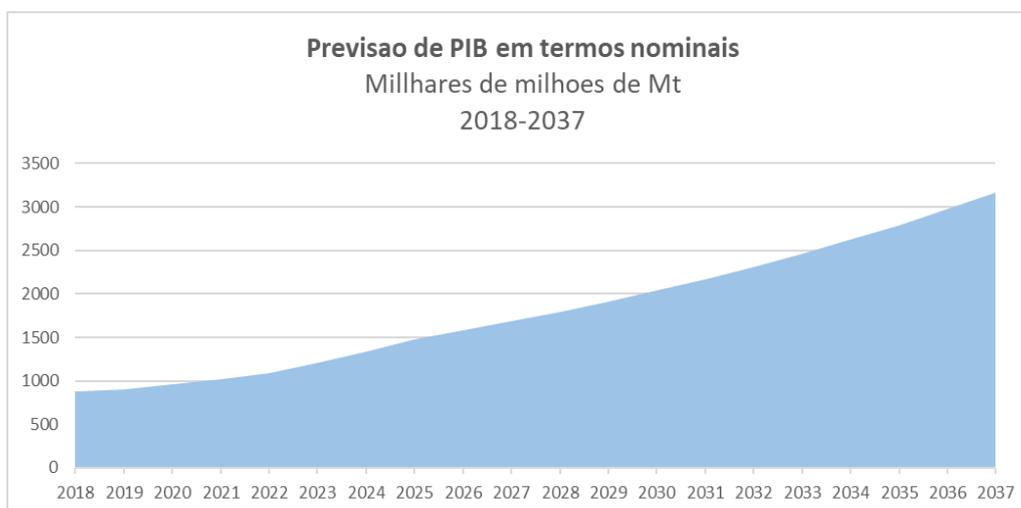
3.2 Análise de espaço fiscal para à Saúde

Analisamos aqui as tendências e **previsões de espaço fiscal** para as próximas décadas, com base no relatório do FMI publicado em março de 2018²⁸. As previsões do FMI foram modificadas à baixa para incluir um cenário de menores previsões de crescimento e mais dificuldades em **converter as perspectivas de riqueza (PIB) em arrecadação, despesa pública e despesa pública para Saúde**.

Em geral, a situação é de **déficit e consolidação fiscal no futuro imediato**, de grandes orçamentos dedicados ao pago da dívida no médio prazo, e de crescimento do PIB e da arrecadação no médio-longo prazo. A previsão é de aumento nominal dos orçamentos para sectores sociais e estabilização em termos percentuais. Para o sector da Saúde, o 8,5% de orçamento atual deveria ser aumentado quando a situação económica permitisse e valorando a relevância do sector respeito à outras prioridades.

Crescimento da economia

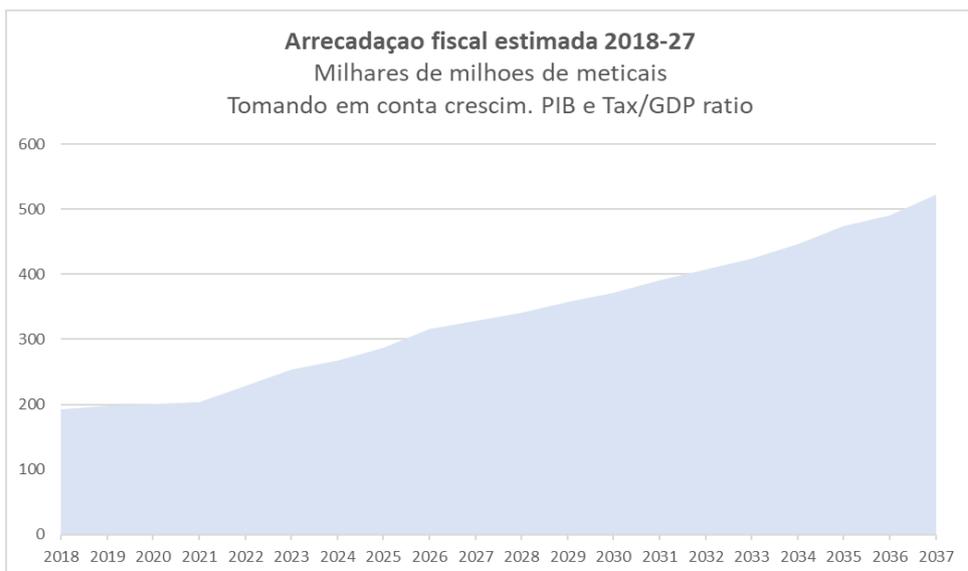
É estimado um **crescimento** médio do PIB de 4,5% anual nos próximos anos, uma média de 7,2% de crescimento nas próximas décadas, com picos de crescimento de 13% a partir de 2027. A metade do crescimento é atribuível à indústria do gás, por tanto adaptamos as previsões tendo em conta os riscos e a volatilidade associada à indústria extrativa.



Arrecadação fiscal

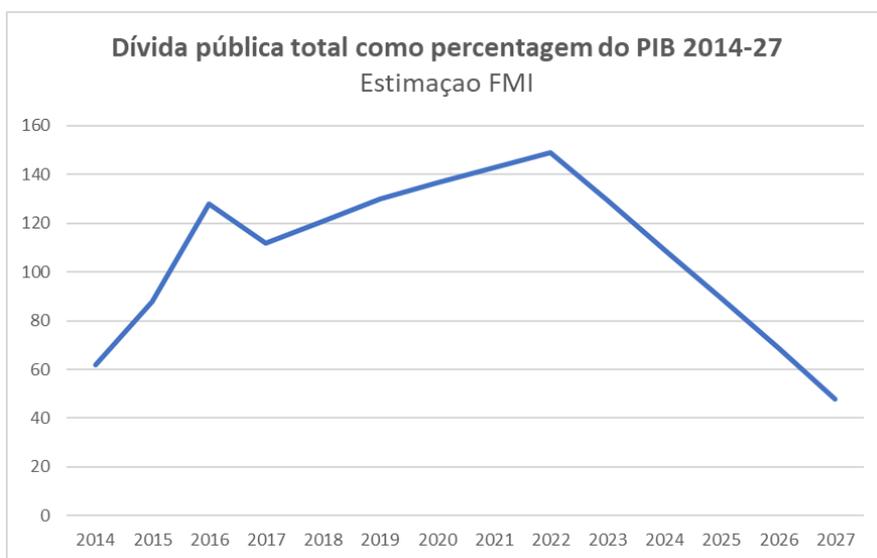
O país tem uma capacidade relevante de transformar PIB em receita fiscal (24,7% do PIB, uma das mais elevadas de África), mais persistem desafios para captar tributação sobre renda e riqueza. O FMI estima que o ratio Arrecadação/PIB diminuirá até 20% e permanecerá estável. A análise e os gráficos assumem cenários menos favoráveis:

²⁸ IMF (2018): Mozambique Country Report 18/76. Washington: International Monetary Fund.

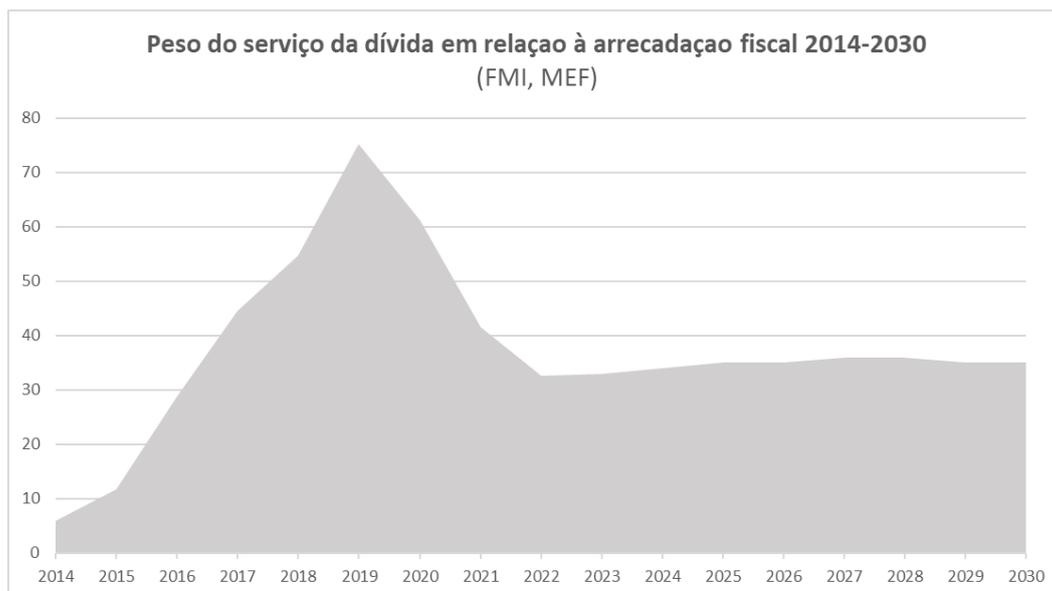


Serviço da dívida

A dívida vai representar um peso relevante do PIB nos próximos anos, chegando a percentagens não sustentáveis como mais do 140% do PIB. Depois do pagamento do Euro Bond 2023 o peso da dívida decresce rapidamente se as operações de novo endividamento são realizadas dentro dos padrões recomendados.

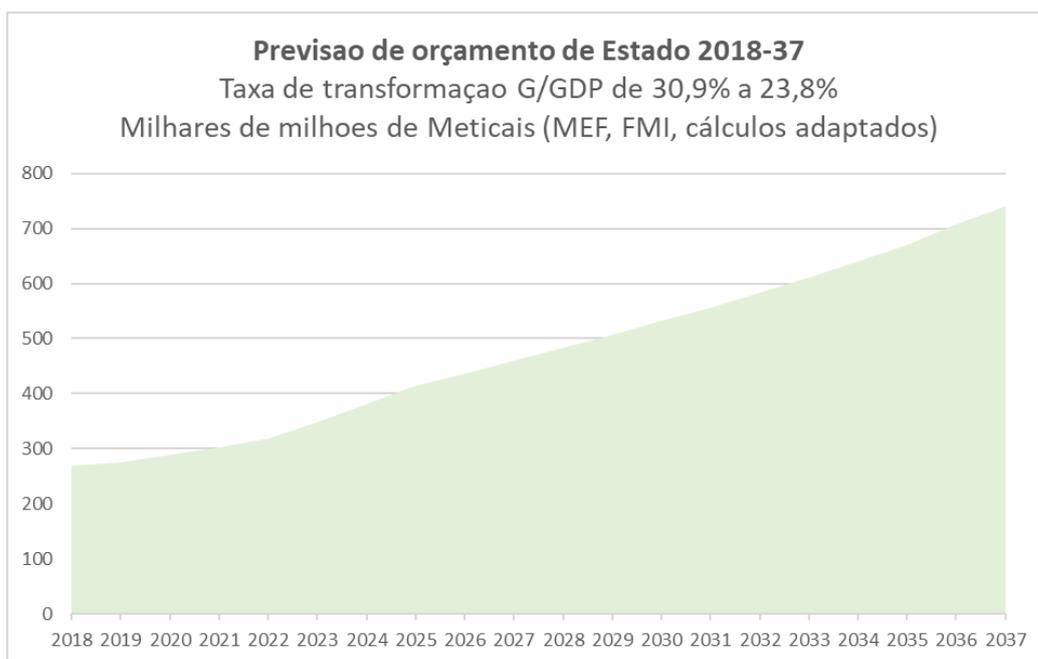


No curto prazo, uma grande parte da arrecadação fiscal vai ser utilizada para financiar o serviço da dívida (juros mais capital). Em 2020 esta percentagem começa a descer e se estabiliza ao redor de 35% da arrecadação fiscal a partir de 2022. Os próximos anos a dívida vai ser uma das partidas de despesa mais importantes no Orçamento de Estado.



Despesa pública total

Atualmente, o Orçamento de Estado representa o 30,9% do PIB (2018). Para os próximos anos, realizaram-se estimações à baixa, contando com que a parte que será possível captar para o Orçamento de Estado será menor: Em um momento de crescimento do PIB, será difícil manter o mesmo nível de arrecadação e de despesa pública, ja que a capacidade das instituições de arrecadação e execução de política pública tem umas determinadas dinâmicas e capacidades instaladas, que irao se adaptando à nova situação. Um grande aumento de PIB liderado pelo sector privado pode tardar um tempo em ser absorvido pelo sector público em termos de arrecadação e despesa pública.



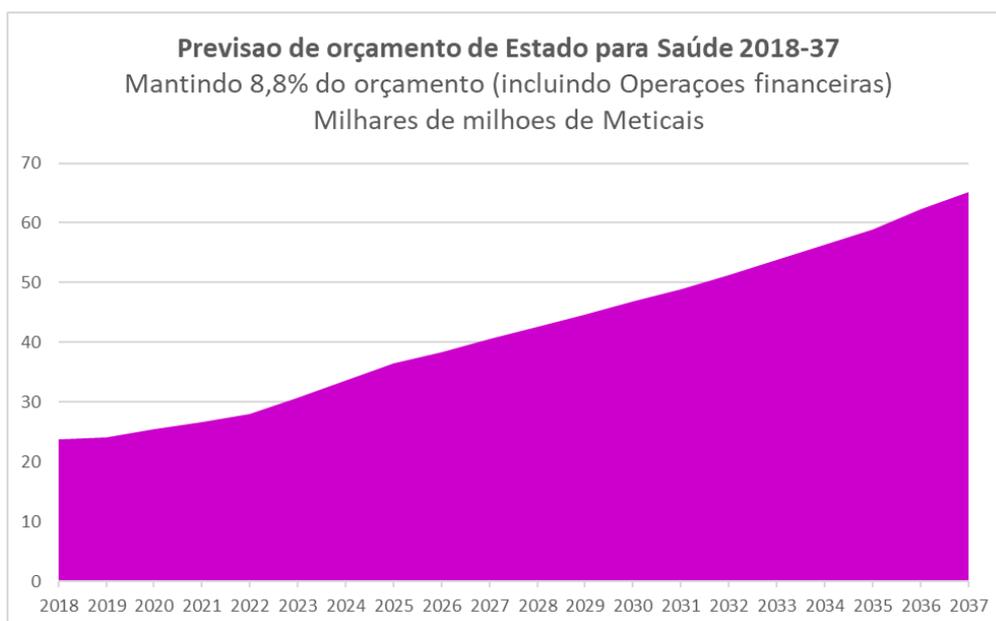
Uma grande parte de este orçamento de Estado será utilizado para financiar as dívidas, a maior parte de elas fixadas em divisa, e por tanto dependente da taxa de cambio.

Despesa pública para o Sector Saúde

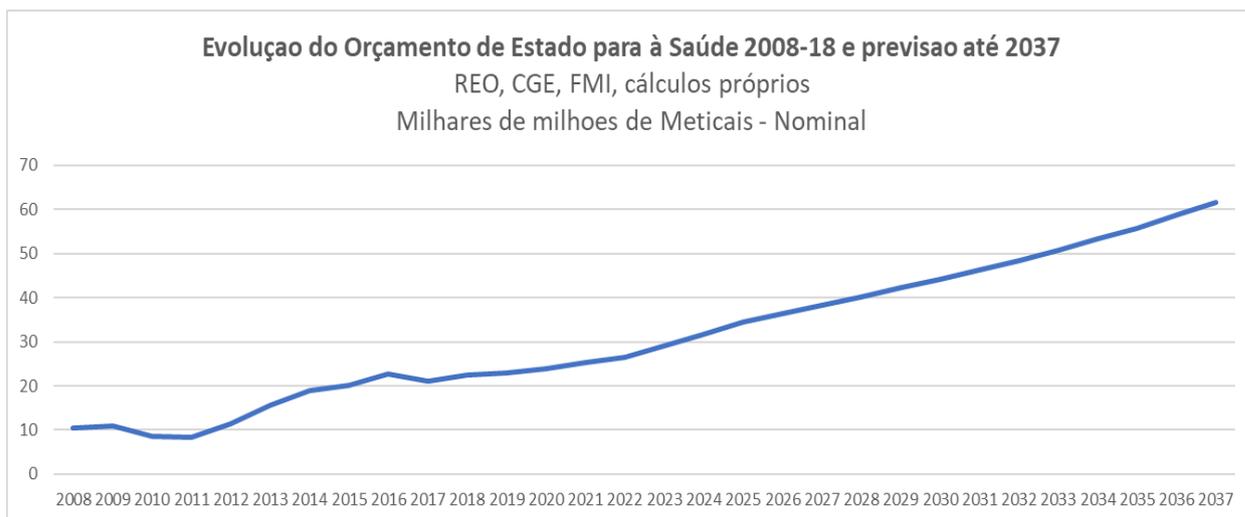
Tomamos como ponto de partida o 8,8% que o Orçamento da Saúde de 2018 representa sobre o total global do Orçamento de Estado, incluindo operações financeiras, e projetamos essa percentagem para todo o período.

Sem operações financeiras, em 2018 a percentagem de Orçamento destinada à Saúde é de 11,5%. O compromisso com o GFF é de manter o orçamento entre 8,5% e 9,5% excluindo operações financeiras, o qual pode fazer prever uma diminuição de recursos para o futuro. O FMI recomendou proteger os sectores sociais neste momento especial de consolidação fiscal.

Em geral, a previsão, se foram mantidas as percentagens aplicadas em 2018, é de **crescimento sustentado dos fundos disponíveis, em termos nominais**. Em termos reais, com uma inflação estimada de 5,5% ao longo do período, a estimacão não varia significativamente.



Á que notar que esta evoluçao positiva não é nova em Moçambique: O ritmo de crescimento do Orçamento de Estado para à Saúde seria semelhante a aquele observado no período 2008-18, em que o orçamento e a execuçao financeira mais que dobraram. A pendente (velocidade de aumento) cresce ligeiramente a partir de 2023.



3.3 Propostas de política fiscal

A política fiscal é responsabilidade do Ministério da Economia e Finanças e em último termo da Assembleia da República. O Ministério da Saúde trabalhar conjuntamente com estas instituições para apresentar propostas de modificação impositiva que possam reverter no Orçamento do Serviço Nacional de Saúde.

As propostas consistem em aumento de impostos em áreas relacionadas com a Saúde pública e proposta de consignação ao Ministério da Economia e Finanças. Esta área requiere trabalho permanente com MEF, mais é relevante desde o sector da Saúde apresentar propostas fiscais que possam ter o duplo objetivo de melhorar as condições de saúde e de aumentar a arrecadação.

Aumento de impostos em áreas relacionadas com a Saúde pública

1) Tóxicos ambientais:

❖ **Contaminação atmosférica:**

- A EFSS V4 contempla propor ao MEF aumentar o imposto **sobre combustíveis** (+10%). Dada a sensibilidade de este tema com o sector industrial e de transporte, a factibilidade pode ser limitada.
- Poderia se valorar também aumentar o **imposto sobre a compra automóveis**, com taxa mais elevada para carros de alta gama e para os mais contaminantes
- A EFSS propõe também um imposto de Saúde sobre o **seguro de automóvel**.

Os impactos do automóvel são tão graves sobre a mobilidade urbana e a saúde - contaminação atmosférica e acústica, acidentes rodoviários-, e impactam sobre todas as pessoas, também de forma clara sobre aqueles que não utilizam automóveis, que se justifica que possa ser gravado várias vezes por distintos

conceitos: Dificilmente se tratará de impostos regressivos, já que os grupos da sociedade que têm automóveis são aqueles de renda média e alta.

- ❖ **Contaminação de fontes e água e terra**, especialmente a causa da **exploração mineira, do gás, e a indústria**: Estas atividades extrativas e industriais têm impacto ambiental e na saúde pública que pode ser regulado e também gravado a nível tributário. As guias de fiscalidade ambiental sugerem que se grave exatamente o foco da contaminação da maneira mais clara possível, para favorecer mudanças para tecnologias mais limpas²⁹. Um diálogo MISAU-MEF-MITADER poderia ser interessante em este âmbito.
- ❖ Outra área possível a ter em conta: **Agrotóxicos** (herbicidas, fungicidas e fertilizantes sintéticos). Provocam um grave dano ambiental e de saúde (contaminação das águas, terras e alimentos). As zonas fumigadas têm taxas de cancro muito mais elevadas. Falou-se com MEF sobre a eliminação das vantagens fiscais a este tipo de produtos, mais é um tema difícil, já que a política dos últimos anos e a insistência dos doadores foi precisamente no sentido contrário: Reduzir os impostos aos agroquímicos. Em estes momentos, a agenda internacional está claramente virada para à Agroecologia, com sistemas locais livres de tóxicos (Recentes orientações da FAO, 2018).

2) Fiscalidade para uma dieta saudável:

As Doenças Não Transmissíveis (DNT) representam cada vez uma maior carga de doença no mundo, e também são uma preocupação crescente em Moçambique. O perfil epidemiológico inclui cada vez mais sobrepeso, obesidade, diabetes, hipertensão, doença cardíaca, cancro. Estas doenças representam também um esforço suplementar muito custoso para os sistemas de saúde. Pôr o foco na prevenção e na diminuição de hábitos não saudáveis é também uma estratégia de financiamento no sentido de minimizar despesa futura e ganhar anos de vida saudável.

Em geral, os impostos sobre produtos comestíveis considerados não saudáveis são impostos que conseguem efeitos de modificação de hábitos no longo prazo³⁰ e aumentam arrecadação, também num contexto de diminuição do consumo.

- ❖ Imposto sobre **bebidas açucaradas**

As bebidas açucaradas são muito pobres em nutrientes mais contém substâncias sintéticas e açúcar, que não têm nutrientes mais sim uma elevada densidade calórica, além de modificar a microbiota intestinal e estarem relacionados com doenças não transmissíveis como a diabetes. Substituem a hidratação saudável (água) e estão relacionadas diretamente com o incremento da obesidade. Por isso têm sido o foco de muitos esforços por reduzir o consumo via aumento de impostos. Geram também um resíduo não

²⁹ OECD (2011): *Environmental taxation: A guide for policy makers*. Paris.

³⁰ *Fiscal policies for diet and prevention of non-communicable diseases*. Notes of the Technical meeting held in May 2015. Geneva: World Health Organization.

reciclável que cada vez consome mais recursos públicos para o seu tratamento.

Os estudos mostram sucesso na implementação destes impostos, no sentido de aumentar arrecadação e diminuir o consumo³¹. Os especialistas recomendam impostos *específicos* (por tamanho, conteúdo de açúcar ou peso) em vez de impostos sobre o valor. De esta forma, todos os produtos com as mesmas características são taxados igualmente. Se evita que os consumidores escolham produtos mais baratos e se mantenha o efeito negativo de consumir estes produtos.

O Ministério de Economia e Finanças está a estudar um aumento de este imposto.

- ❖ Possível **redução de impostos sobre alimentos saudáveis** (fruta, verdura, feijão, grãos, frutos secos)
Alguns estudos sugerem que uma redução de impostos orientativa de entre 10-30% para o que se considera a base da alimentação saudável, pode aumentar o seu consumo e diminuir o risco de doenças não transmissíveis³², especialmente se for combinada com impostos aos produtos não saudáveis, como produtos comestíveis industriais de alta densidade calórica e baixa densidade nutricional, com gorduras saturadas e aditivos sintéticos³³.

3) Hábitos tóxicos

- ❖ **Bebidas alcoólicas**
O consumo de álcool tem efeitos oxidativos, neurotóxicos e carcinógenos. Também está relacionado com doenças cardíacas, renais, gastrointestinais, imunitárias, e desordens neuropsiquiátricas³⁴. O consumo elevado de álcool um dos fatores que influenciam o aumento das Doenças Não Transmissíveis (DNT). A equipa conjunta entre MISAU e MEF trabalhará para aumentar o imposto ao álcool.
- ❖ **Tabaco**
O consumo de tabaco é outra das grandes causas de aumento das DNT, especialmente cancro de pulmão. Os países adoptam regulações cada vez mais estritas sobre o seu consumo, bem como impostos para diminuir o consumo e aumentar a arrecadação.
Moçambique têm um nível de consumo moderado (20% homens, 1,4% mulheres)³⁵. Dado que é um consumo essencialmente prejudicial para a saúde, a introdução de um imposto poderia diminuir esta percentagem de consumo e aumentar a arrecadação impositiva.

³¹ Bright et al. (2017): *Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies*. BMC Public Health 2017 17:583

³² WHO (2015): *Using price policies to promote healthier diets*. Copenhagen.

³³ Thow, A. Dawns, S, Jan, S (2010): *A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets*. Nutrition Reviews.

³⁴ WHO (2014): *Global status report on alcohol and health*. Geneva

³⁵ Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS/IDS). 2011

Moçambique ratificou a Convenção de Luta contra o Tabaco da OMS, e por tanto está obrigada a “ativar medidas financeiras” para diminuir o consumo. Entre elas, possivelmente o aumento de impostos ao tabaco. O trabalho conjunto entre MEF, MISAU e OMS está em curso.

Estes tipos de impostos com duplo objetivo de melhorar a saúde pública e contribuir para as receitas nacionais são considerados como fontes adequadas de nova receita pelo FMI³⁶. Recomenda se centrar em aquelas que podem ter uma operacionalização mais prática, e afirma que os efeitos distributivos não são necessariamente muito negativos, dependendo dos objetos/ hábitos gravados, já que muitos deles são consumidos por grupos de renda média e alta.

Será preciso um trabalho conjunto, que já iniciou, entre MEF e MISAU para dar forma as propostas de modificações na política fiscal.

Reflexões sobre consignação

Existe uma extensa literatura recente sobre as opções de marcar fundos públicos arrecadados para o sector da Saúde, especialmente aqueles provenientes de atividades nocivas para a saúde³⁷. Na EFSS também se reflete sobre a possibilidade de consignar fundos para saúde provenientes de atividades como a mineração, os consumos tóxicos ou os serviços.

Possíveis **vantagens** da consignação de fundos:

- A atividade nociva para a Saúde **contribui diretamente para o orçamento da Saúde**, e pode se direcionar especificamente para atividades relacionadas (prevenção/ tratamento da diabetes, obesidade, doenças ligadas a álcool, tabaco, etc.). Pode ser uma forma de garantir financiamento para estas atividades.
- **Legitimidade e aceitação cidadã**: A vinculação direta entre pagamento e atividade benefícios pode levar a uma maior aceitação da taxa

Possíveis desvantagens:

- Introduce **rigidez** no orçamento nacional (a fundos já marcados para fins específicos): Menos capacidade para planificação e decisão.³⁸ Se outros sectores também consignam, o governo pode se encontrar com dificuldades para planificar os orçamentos.
- Introduce **volatilidade** no orçamento do sector saúde: O sector se faz mais dependente de uma arrecadação concreta.
- **Fungibilidade**: Ter fundos consignados não significa que os fundos marcados sejam **adicionais**: O Governo pode reduzir a alocação de orçamento de Estado

³⁶ IMF (2011): *Revenue mobilization in developing countries*. Washington.

³⁷ Cashin, S.: *Earmarking for Health*. Geneva: World Health Organization.

³⁸ Heller, P (2010): *The prospect of creating fiscal space for health*. IMF.

para o sector Saúde se houvesse outras fontes³⁹. Os resultados de aumento de fundos com este sistema são mistos, com casos de diminuição de fundos de Orçamento de Estado para o sector.

- Marcar impostos para fins determinados pode **debilitar o “contrato fiscal” na sociedade**⁴⁰ e a confiança geral no sistema de gestão de finanças públicas. Se esses impostos vão para uma finalidade conhecida, para onde vai o resto?
- Em alguns casos, estes fundos consignados podem ser usados fora do circuito habitual de planificação (*off-budget*). Isto pode levar a uma **diminuição do grau de agregação de fundos (*pooling*)**⁴¹, se for usado para grupos particulares da sociedade.
- O uso *off-budget* de estes fundos pode significar também o **uso dos fundos públicos com regras distintas a aquelas do orçamento do Estado**, introduzindo distorções na gestão de finanças públicas. Pode implicar também o uso de fornecedores privados de cuidados de saúde para o sistema público, com implicações de incentivos, custos, acesso e seleção de pacientes, qualidade, eficiência, que devem ser estudadas.

A política do Ministério da Economia e Finanças é clara respeito à não-consignação da receita.

³⁹ Cashin, S. (2005): *Health Financing Policy*. Washington: World Bank.

⁴⁰ Welham, B (2015): *Linkages between public sector revenues and expenditure in developing countries*. Overseas Development Institute (ODI). London.

⁴¹ Maeda, A. Et al (2014): *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development*. Washington: World Bank.

Conclusões na área de espaço fiscal:

- A disponibilidade de recursos de Orçamento de Estado para o sector Saúde depende da **priorização de políticas públicas**. O sector pode trabalhar os **cenários de investimento** e a relevância do sector de forma continuada junto ao MEF.
- Se os investimentos em gás se mantêm e o mercado internacional absorve o gás liquidado moçambicano a preços rentáveis, existe uma estimativa de **crescimento económico futuro relevante**.

Trata-se de investimentos com alto risco, especialmente pela volatilidade dos preços internacionais e pelos riscos de desestabilização social.

Não foram feitas estimações sobre como os custos ambientais e sociais de estes investimentos podem afetar estas previsões de crescimento ou trazer instabilidade em algumas zonas, bem como afetar os determinantes sociais e ambientais da saúde. A província de Cabo Delgado será severamente afetada em áreas como o acesso à água potável e à terra, o qual tendera impactos a nível de saúde.

- É previsível que este crescimento económico possa **aumentar a arrecadação impositiva** de forma relevante em termos nominais, mesmo tomando em conta que a capacidade de transformar PIB em arrecadação não crescera ao mesmo ritmo.
- Em este contexto, é previsível que o **sector da Saúde possa incrementar os seus fundos de Orçamento de Estado** de forma progressiva, a um ritmo médio estimado de **+8,7% anual**⁴². Este ritmo de crescimento não é novo em Moçambique: O período 2008-18 viveu aumentos semelhantes, até superiores, mais com mais financiamento externo daquele previsto nos próximos anos.
- Recomenda-se centrar os esforços de financiamento do sector no Orçamento de Estado, já que:
 - É a fonte mais doméstica de financiamento, mais estável ao longo prazo, menos dependente de financiamento externo
 - Permite ter um Serviço Nacional de Saúde com um só **“pool” de contribuintes e usuários com mínimos ou sem pagamentos no ponto de uso**, tal como recomendado pelos padrões internacionais.
- Mesmo com poucas perspectivas de consignação, é interessante continuar o trabalho de promoção de **aumento de impostos** em produtos não saudáveis e impactos tóxicos da atividade económica.

⁴² Estimativa realizada tomando como base as previsões do FMI para PIB, crescimento do PIB, e rácio de Arrecadação sobre PIB (Tax/GDP Ratio), bem como os dados de Orçamento de Estado da LOE 2018 e REO, assim como a compilação de UNICEF sobre Orçamento (Budget Briefs). Os cálculos têm sido adaptados para incluir a previsão de que não todo o crescimento do PIB vai poder ser transformado imediatamente em arrecadação, despesa pública e despesa para à saúde. A taxa de transformação foi reduzida para ter os cálculos mais realistas.

4. Seguros de Saúde

Os sistemas públicos de seguros de saúde têm uma ampla presença nas políticas públicas de saúde, como forma de proteger à cidadania das despesas potencialmente catastróficas, especialmente em aqueles contextos em que o acesso à serviços está condicionado pela renda dos indivíduos. Representam uma das formas mais utilizadas para financiar sistemas de saúde, juntamente com o financiamento baseado em impostos gerais (*Tax-based*), os pagamentos no ponto de uso (*out-of-pocket payments - OOP*), e os seguros privados.

Os sistemas de seguros públicos de saúde, chamados SHI (**Social Health Insurance**) conformam um mecanismo de financiamento a través de contribuições de pré-pago realizadas geralmente pelos empregados na economia formal, normalmente com subsidio cruzado para cobrir outros segmentos da sociedade.

Outras modalidades estão a se desenvolver para abranger à economia informal, entre elas, os fundos comunitários de seguros de saúde (**Community-Based Health Insurance - CBHI**), que têm sido promovidos em África subsaariana e Ásia com resultados diferentes dependendo do contexto. Em alguns casos, estes fundos pequenos são integrados em fundos de âmbito nacional, para tornar mais eficiente a administração, cobrir défices com fundos de orçamento de Estado, e possibilitar a redistribuição de riscos e de rendas.

A versão 4 da EFSS inclui esta opção, por tanto é necessário **refletir sobre os sistemas SHI/CBHI**, analisar vantagem e desvantagem e oferecer recomendações pensando em uma possível preparação de um Seguro Social de Saúde em Moçambique, tomando em conta as características do país. O análise toma em conta áreas como cobertura, qualidade, equidade, complexidade administrativa, custos de transação e eficiência, entre outras variáveis, comparando também com o desempenho com os sistemas baseados em impostos gerais. São realizados cálculos aproximados sobre possíveis formas de seguros de saúde, incluindo implicações em áreas diversas, especialmente complexidade administrativa e relevância orçamental.

4.1 Sistemas públicos de seguros de saúde (SHI)

Características dos sistemas de Seguro Social de Saúde (Social Health Insurance, SHI)

Os sistemas SHI arrecadam aportes dos trabalhadores, geralmente em contextos de economia formal, agregam os fundos, e oferecem serviços de saúde pré-pagados. O objetivo geral de estes sistemas normalmente é cobrir à população ante possíveis despesas catastróficas de saúde.

As formas como os seguros de saúde são estruturados varia muito entre países, dependendo essencialmente de:

- As **ideias políticas** que tenham estado na base da estruturação do sistema: Seguros para grupos concretos da sociedade, nível de diferenciação dos serviços,

nível de desigualdade aceitável, nível de solidariedade dentro da sociedade, tratamento da exclusão, papel do mercado, direitos de cidadania, etc.

- Os **processos económicos** em cada sociedade: A emergência dos *burgs* (sociedades de profissões concretas) na Idade Média levou à criação de mecanismos de solidariedade entre membros de estes grupos fechados (Ferreiros, pedreiros, artesãos), o qual configurou mais tarde de maneira decisiva as formas de seguros de saúde, que permanecem ainda hoje. Em sociedades agrárias de população dispersa, a tendência foi mais a privilegiar assistência a toda a população sem distinção por status ocupacional⁴³.

Estas configurações sociopolíticas e económicas históricas marcam de forma decisiva como são hoje os diferentes sistemas de SHI. Os casos africanos contemporâneos são necessariamente diferentes daqueles europeus que iniciaram no s.XIX porque os contextos locais e internacionais têm características completamente diferentes, em termos de organização social e económica⁴⁴.

Os sistemas de SHI compartilham algumas características essenciais:

- Os trabalhadores da economia formal ou informal são descontados ou **contribuem** mensalmente uma quantidade para ser utilizada em serviços de saúde
- O que dá direito ao uso é a **contribuição prévia**.
- O **sector público** tem algum papel na arrecadação/gestão/provisão/regulamentação.

Além disto, os sistemas de SHI diferem entre eles em muitas das suas características. Analisando sistemas de países diferentes, encontramos diferentes organizações dos sistemas SHI:

- **Cobertura:** Pode cobrir aos trabalhadores formais em geral, só aos funcionários, pode incluir trabalhadores por conta própria, e também pode incluir desempregados ou economia informal.
Os sistemas SHI geralmente geram exclusão de forma natural, porque fornecem serviços só a aquelas pessoas “asseguradas”. Os governos respondem diferente à exclusão gerada: Pode se incluir à população no tramo não-contributivo, ou pode se manter a exclusão de uma parte da população.
- **Provisão:** Pode ser pública, privada sem o com ânimo de lucro. Alguns países **utilizam o SHI para financiar o serviço nacional de saúde** (Costa Rica), outros fornecem a assistência médica com uma mistura de fornecedores públicos e privados (Alemanha), e outros estão baseados quase inteiramente em fornecedores privados (Gana, Tanzânia).

⁴³ Baldwin, P. (1990): *The politics of social solidarity*. Cambridge University Press.

⁴⁴ Criel, B. Van Dormael, M. (1999): *Mutual health organizations in Africa and social health insurance systems: Will European history repeat itself?* Tropical Medicine & International Health 4(3).

- **Diferenciação na provisão:** Alguns países têm provisão diferenciada dependendo do status ocupacional. O sistema SHI permite aos que contribuem ser atendido no sistema público com melhor qualidade e também têm a possibilidade de ser atendido no sector privado, e existe outra rede de sector público de menor qualidade focada em rendas baixas e não contribuintes (México, Peru).
- **Nível de financiamento público:** Pode ir desde um financiamento público mínimo porque as contribuições salariais suportam a maior parte do sistema (França), até um sistema com um elevado financiamento público (Gana 75%).
- **Gestão:** Geralmente existe um “fundo” que agrega os fundos e compra serviços no sector público, privado sem e com ânimo de lucro. A gestão de este fundo pode ser inteiramente pública, ou partilhada entre o sector público e os agentes sociais (empresários, sindicatos) numa gestão tri-partita, ou inteiramente gerida pelo sector privado com regulação pública.
Alguns países não utilizam os fundos SHI para criar um fundo que cobre só aos assegurados, mais para financiar o **Serviço Nacional de Saúde** junto com as exportações dos impostos gerais (Tailândia).
- **Nível de autonomia dos fundos de SHI:** Podem ser fundos inteiramente destinados ao sector público ou podem comprar serviços de saúde no sector privado lucrativo e não lucrativo com autonomia de decisão respeito ao sector público.

Comparação com sistemas SHI com sistemas financiados com impostos gerais

Características dos sistemas baseados em impostos gerais

Os sistemas baseados em impostos gerais utilizam a arrecadação geral em vez de contribuições dos trabalhadores especificamente destinadas à Saúde: São arrecadados impostos diretos sobre renda e riqueza, e impostos indiretos sobre consumo e importações para financiar o Orçamento do Estado, e, porém, o sistema de saúde.

Geralmente este tipo de financiamento está associado a **Serviços Nacionais de Saúde** (National Health Service - **NHS**), nos quais o Estado é também o **prestador do serviço** a través de uma rede de centros públicos. É o caso dos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega), do Reino Unido, Finlândia, Espanha, e da Cuba, e Sri Lanka, que são, estes últimos, dois dos sistemas mais eficientes do mundo segundo a OMS⁴⁵.

Estes sistemas têm uma característica distintiva: O direito à assistência sanitária é um **direito de cidadania não sujeito a contribuições prévias** específicas para a Saúde. São sistemas chamados *universalistas*, que têm como objetivo igualar o status de cidadania das personas, **igualar o trato que as políticas públicas oferecem à cidadania** (não

⁴⁵ Chrisholm, D. Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal health coverage*. World Health Report 2010 Background Paper. Geneva: WHO.

favorecer políticas “para funcionários”, “para pobres”), bem como **reduzir as desigualdades** oferecendo um espaço des-mercantilizado -sem presença do mercado- naquele poder exercer o direito à saúde sem a necessidade de uma vinculação cidadão-direito a través do dinheiro (cash nexus)⁴⁶.

Alguns estudos demonstram que os sistemas universalistas têm uma capacidade maior que aqueles baseados em seguros ou em renda individual para redistribuir a renda, a riqueza e as oportunidades⁴⁷, já que **não oferecem qualidades diferenciadas de serviços públicos** e os pobres beneficiam muito de serviços de qualidade acorde com os padrões das classes médias e altas.

Sobre a maior utilização dos serviços públicos por parte das classes médias e altas existe uma ampla literatura, que conclui que efetivamente estes grupos sociais têm mais capacidade de beneficiar do sistema^{48,49}, também no contexto de países de renda média e baixa⁵⁰. Mais a inclusão de todos os grupos sociais é uma forma efetiva de que **os grupos de renda baixa tenham serviços de qualidade e não serviços “para pobres” com baixos orçamentos**, baixa qualidade, baixo apoio eleitoral e baixos incentivos a contribuir por parte dos outros grupos da sociedade.

A evidência também conclui que as políticas universalistas, que garantem acesso e qualidade igual sem dependência de contribuições prévias, geram mais mobilidade social: Os serviços de qualidade são recebidos por todas as camadas sociais, por tanto as oportunidades não dependem tanto da posição econômica da família^{51,52}.

O Instituto das Nações Unidas para a Investigação em Desenvolvimento Social (UNRISD), e também organizações internacionais como Oxfam, com apoio acadêmico da Universidade de Cape Town, recomendam aos países de renda média e baixa transitar para **sistemas universalistas, desligando contribuições de prestações**^{53,54,55}.

Organizativamente, os sistemas baseados em impostos gerais e com provisão pública (tipo NHS) priorizam geralmente a atenção primária, o enfoque preventivo, e o médico generalista é encarregue da referência dos pacientes dentro dum esquema de continuidade assistencial.

⁴⁶ Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.

⁴⁷ Korpi, W. Palme, J (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality*. American Sociological Review.

⁴⁸ Le Grand, J. (1982): *The strategy of equality: Redistribution and the social services*. London: Allen and Unwin.

⁴⁹ Goodin, R. Le Grand J. (1987): *Not only the poor. The middle classes and the welfare state*. London: Allen and Unwin.

⁵⁰ Yazbeck, A. (2010): *Attacking inequality in the health sector*. Washington: World Bank.

⁵¹ Hagfors (2009): *The welfare state, inequality and social capital*.

⁵² OECD (2010): *Intergenerational social mobility in OECD countries*. Paris.

⁵³ UNDP (2016): *Achieving universalism in developing countries*. Background paper. Human Development Report. New York.

⁵⁴ United Nations Institute for Social Development Research UNRISD (2010): *Poverty, social policy and politics*. Geneva.

⁵⁵ Oxfam (2013): *Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind*. 176 Briefing Paper. Oxford, United Kingdom.

Em países de renda média-baixa, **Sri Lanka** têm um sistema de saúde baseado na provisão pública oferecida como direito de cidadania a todos os nacionais do país. O financiamento do sistema se realiza com impostos gerais, e não existem provisões públicas diferenciadas para diferentes grupos sociais. Esta política, junto com o empenho de décadas em melhorar a eficiência e eficácia do sistema, é reconhecida como o principal fator de desempenho positivo em termos de resultados do sistema de saúde no país⁵⁶.

Interessantemente, o foco do sistema sri-lankês está no nível terciário e quaternário (hospitais), que são os que recebem mais financiamento, porque **o objetivo do SNS é reduzir/eliminar a despesa catastrófica, que majoritariamente é produzida no nível quaternário**. Considera-se que ao nível primário, onde também têm uma extensa presença o SNS, os cidadãos podem pagar mais da sua renda se precisarem serviços adicionais (porque não vai ser despesa catastrófica). O sector privado tem uma presença crescente no país, especialmente em zonas urbanas, e cobre unicamente os grupos de renda alta que nunca perdem o seu direito de utilizar o serviço público.

A **Botswana** é outro caso interessante de modelo de acesso universal aos serviços públicos de Saúde. O 98% dos equipamentos de saúde do país são públicos. A Botswana aparece com um dos melhores desempenhos do mundo no Índice de Acesso à de Serviços de Saúde criado pela OIT, tomando em conta o seu valor no Índice de Desenvolvimento Humano e a sua taxa de pobreza⁵⁷. Este desempenho pode estar relacionado com o facto da assistência sanitária não estar relacionada com a posição económica nem laboral. O sector privado tem presença no país, com uma despesa muito elevada -quase a metade da despesa de saúde no país-, mais cobre uma pequena parte da população (o qual pode fazer refletir sobre eficiência).

Comparação de desempenho entre sistemas SHI e NHS

Os estudos realizados em países de renda alta mostram resultados de saúde semelhantes para os sistemas financiados com impostos gerais ou com SHI nos principais indicadores de esperança de vida e mortalidade por diferentes causas⁵⁸. SHI têm piores resultados em aqueles indicadores de saúde que precisam de ações preventivas de escala populacional, como a prevenção do cancro⁵⁹, já que normalmente não têm uma rede pública que possa abranger toda a população e as ações preventivas estão fragmentadas entre diferentes provedores com incentivos diversos.

Os sistemas SHI estão relacionados com custos mais elevados e crescentes para iguais resultados⁶⁰, e com custos administrativos e de transação mais elevados⁶¹, devido à necessidade permanente de comprovação de contribuição e a gestão das exclusões, além

⁵⁶ Rannan-Eliya, Ravi P. and Lankani S. (2009): *Sri Lanka: Good practice in expanding health care coverage*. Research Studies Series 3. Colombo: Institute for Health Policy.

⁵⁷ ILO (2008): *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Social Security Policy Briefings. Paper 1. Geneva: ILO.

⁵⁸ Van der Zee, J. Kroneman, M. (2007): *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. BMC Health Services Research

⁵⁹ Wagstaff, A. (2009): *Social Health insurance vs Tax-Financed Health systems: Evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. Washington: World Bank.

⁶⁰ Van der Zee (2007), Wagstaff (2009), Op. cit

⁶¹ Wagstaff, A. (2007): *Social Health Insurance Reexamined*. Policy Research Working Paper 4111. Washington: World Bank.

de possíveis contratos com fornecedores privados com incentivos à seleção de pacientes (*Cream skimming*) e aumento de procedimentos e de custos (*Cost escalation*).

Os sistemas SHI geralmente são menos equitativos que os sistemas baseados em impostos gerais, já que geralmente têm um máximo de contribuição⁶², mais também porque geralmente são utilizados fundos públicos para complementar um sistema que não beneficia a todos. Alguns exemplos são o relevante financiamento público destinado aos fundos privados de saúde e de pensões na França, com elevadas prestações só para os membros⁶³, ou as contribuições de orçamento de Estado para os fundos de saúde na Tanzânia, seis vezes maiores per capita daquelas que se realizam para a população geral⁶⁴.

A inequidade horizontal também é relevante: Os sistemas SHI normalmente oferecem qualidades diferentes para a mesma doença, devido à diversidade de fornecedores e à diversidade de esquemas que é associada com este tipo de sistemas no geral⁶⁵.

Para que um sistema de seguros públicos de saúde (SHI) seja factível, alguns especialistas recomendam que a economia seja altamente formalizada, que existam elevadas capacidades de gestão e administração dum sistema complexo de contribuições, pagamentos, reembolsos, e altas/baixas constantes do mercado laboral, e que a população esteja concentrada em núcleos urbanos, para facilitar a provisão⁶⁶.

⁶² Wagstaff, A. Van Doorslaer, E. et al (1992): *Equity in the finance of health care: Some international comparisons*. J Health Econ 11 (4) 361-87

⁶³ Smith, T. (2006): *La France injuste 1975-2006: Pourquoi le modèle social français ne fonctionne plus*. Paris: Autrement.

⁶⁴ Citado em Oxfam (op.cit) com dados de National Health Insurance Fund Tanzania (NHIF): Actuarial and Statistical Bulletin 2010 e World Health Expenditure Database (WHO).

⁶⁵ UNICEF. *Health insurance in Africa and Asia*. New York.

⁶⁶ Carrin, G. James, C (2005): *Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage*. International Social Security Review Vol. 58

4.2 Seguros públicos de Saúde na África subsaariana

Em África, a maior parte de países utilizam uma combinação de financiamento com impostos gerais e prestação de serviços não vinculada a contribuições prévias, bem como seguros de saúde públicos e privados, e contribuições externas⁶⁷.

Origens dos sistemas de seguros públicos na África subsaariana

Os sectores públicos de saúde em África eram em alguns contextos praticamente os únicos fornecedores de serviços na época pós-colonial, mais com dificuldades de infra financiamento e cobertura para uma população crescente. A **Declaração de Alma-Ata em 1978** promoveu o engajamento comunitário no financiamento dos sistemas de saúde. A **Iniciativa de Bamako** (1987), impulsada pelos parceiros de cooperação, FMI e Banco Mundial, visava a melhorar os setores públicos de saúde infra financiados com a **aplicação de taxas de usuário** (user-fees), até alcançar como mínimo um 15% dos custos de operação.

Muitos países africanos implementaram estas medidas, e depois de décadas de aplicação podem se ver os efeitos complexos no acesso à provisão/ barreiras de entrada, cobertura e demanda de serviços, qualidade, diferenciação na provisão, relevância orçamental, complexidade administrativa, custos de transação e eficiência.

Em geral, a OMS não recomenda os pagamentos no ponto de uso por serem a forma menos equitativa de financiar sistemas de saúde e aquela que pode gerar mais despesa catastrófica⁶⁸. Existe um consenso sobre o facto dos pagamentos no ponto de uso ter um efeito de diminuição do uso dos serviços de saúde, e que a sua eliminação ou redução e aumentar a utilização⁶⁹, mesmo se não se observam geralmente grandes e imediatas mudanças no uso dos serviços⁷⁰.

A média atual de pagamentos no ponto de uso é de 40% da despesa total de saúde dos países na África⁷¹, e chega a níveis de 72% em países como Nigéria⁷². Esta **escalação de custos** está associada geralmente à presença majoritária do sector privado como praticamente único fornecedor de serviços em contextos com pouca presença de outro tipo de fornecedores.

Esta situação de elevados pagamentos no ponto de uso levou a muitos países a considerar outras formas de acesso à saúde com redução dos riscos financeiros. Neste contexto, os **seguros de saúde** emergiram com força a partir de 2000 em África. Em muitos casos, os sistemas de seguros públicos de saúde são considerados sistemas comunitários de seguros de saúde (*Community-Based Health Insurance-CBHI*), porque

⁶⁷ Jain, N. O'Connell et al (2011): *Health insurance in Africa and Asia*. New York: UNICEF.

⁶⁸ WHO: World Health Report 2008.

⁶⁹ James, C. Hanson, K (2006): *To retain or to remove user fees? Reflections on the current debate in low and middle-income countries*. Health Policy 5:137-153

⁷⁰ Lagarde, M. Palmer, N: *The impact of user fees on health service utilization in low and middle-income countries: How strong is the evidence?* Bulletin of the World Health Organization. Geneva.

⁷¹ World Health Expenditure Database. WHO. Updated Nov. 2017

⁷² Odeyemi, I, Nixon, J. (2013): *Assessing equity in health care through the national health insurance of Nigeria and Ghana: A review-based comparative analysis*. Journal for Equity in Health, 12:9

estão formados por pequenos fundos comunitários que, em alguns casos, são agregados no fundo nacional para potenciar a partilha de risco e o subsídio cruzado.

Nos países francófonos já existiam e foram reforçados esquemas semelhantes a aqueles existentes na França: “Caixas” de poupança e ajuda mutua (*Mutuelles de santé*) divididas por comunidades geográficas ou por profissões, que angariam fundos para comprar serviços de saúde, e servem também para cobrir os elevados co-pagamentos na rede sanitária pública⁷³.

Nos países anglófonos foram também apoiadas e criadas organizações de apoio mutuo (*Mutual Health Organizations - MHO*), baseadas no uso da rede pública -para cobrir os pagamentos no ponto de uso- e sobretudo duma crescente rede privada, concentrada em zonas urbanas e com elevados custos para os usuários.

Uma corrente interessante é o uso dos sistemas CBHI como porta de entrada para sistemas nacionais, em construção, de partilha do risco em *pools* mais grandes.

Desempenho dos sistemas de seguros e micro seguros em África subsaariana

A evidência sugere que os sistemas de seguros e micro seguros de saúde têm um **impacto positivo na mobilização de recursos para à saúde e na proteção financeira em contextos com elevados pagamentos no ponto de uso**. Nos casos estudados, os agregados familiares assegurados têm um risco menor de sofrer despesa catastrófica e utilizam mais os serviços de saúde.

A evidência não demonstra uma melhora na qualidade da provisão e sim uma preferência dos provedores de saúde por aqueles pacientes que podem pagar no ponto de uso. Também não se demonstra impacto positivo na inclusão social, entendida como participação dos grupos vulneráveis⁷⁴, de facto são bastantes os estudos que concluem que os pobres normalmente têm elevadas taxas de exclusão de estes esquemas⁷⁵.

Os estudos demonstram que o interesse por se integrar num sistema de seguro de saúde, também no caso dos seguros comunitários, é maior quanto maior é a renda da família. Também se observam elevadas taxas de abandono dos seguros de saúde, por não poder pagar, mais também por fraca qualidade na prestação dos serviços⁷⁶.

Na maior parte dos esquemas de seguros, o papel do sector público é muito relevante, sendo o **Orçamento de Estado geralmente o principal financiador** ou um dois mais relevantes, e concentrando a maior parte do risco financeiro⁷⁷.

⁷³ Ndiaye, P. et al. (2007): *A view from beneath: Community Health Insurance in Africa*. Tropical Medicine and International Health. Volume 12 No.2

⁷⁴ Spaan, E. Mathijssen, J. (2012): *The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review*. Bulletin World Health Organization 2012;90:685

⁷⁵ Carrin, G. Waelkens, M. Criel, B. (2005): *Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance og health financing systems*. Tropical Medicine and International Health Vol. 10 No.8

⁷⁶ Umeh, C. Feeley, F. (2017): *Inequitable access to health care by the poor in Community-Based Health Insurance Programs: A review of studies from low- and middle-income countries*. Global Health: Science and Practice. Volume 5.

⁷⁷ Baeza et al. (2002): *Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organization*. Geneva: ILO.

Gana

National Health Insurance Scheme (NHIS) - Fundo para a cobertura de riscos de saúde

- **Objetivo principal:** Diminuir a incidência de despesa catastrófica em um sistema de saúde majoritariamente de provisão privada e com elevados custos para os utentes.
- **Formado por fundos de seguros diversos**, alguns Distritais, que se fundem num só fundo NHIS
- **Financiado em 75% com impostos gerais:** Os fundos não são adicionais, foram retirados do orçamento do Ministério da Saúde, de forma que a despesa pública para saúde se manteve (mais foi redirecionada para o sector privado a través do fundo)⁷⁸. O resto é financiado com **aportes dos trabalhadores da economia formal** (6%) e uma parte do IVA.
- **Membros que contribuem (36%):** Obrigatório para os trabalhadores da economia formal. O resto da população deve formar parte ou demonstrar que têm seguro privado (na realidade a maior parte da população não participa – 54% em 2010).
- **Membros que não contribuem (64%):** Menores de 18 anos, maiores de 70, grávidas, e pessoas em situação de pobreza extrema. Só 1% das pessoas em situação de pobreza foram inscritas, mesmo sendo gratuito para eles. As estatísticas mostram 28% da população em risco de pobreza.
- **Pacote amplo de benefícios, que exclui:** Cancro (inclui mama e cervical), diálise, imunização e serviços incluídos em programas públicos verticais, ARV, HIV-SIDA.
- **5.000 provedores** majoritariamente privados acreditados, também a rede pública.
- **A inscrição no seguro** está relacionada com o status socioeconómico (a maior renda, maior probabilidade de participar no esquema). Não se chega aos mais pobres, já que os custos são considerados elevados para muita parte da população⁷⁹. Esta conclusão é consistente com outras que sinalam na mesma direção para os seguros CBHI.
- **Impacto:** Os estudos oferecem um resultado misto, com proteção financeira para hospitalização, e por tanta diminuição de despesa catastrófica, mais sem efeito significativo em outras despesas não relacionadas com internamento (medicamentos, consultas, etc.)⁸⁰

⁷⁸ Witter, S. Garshong, B. (2009): *Something old or something new? Social health insurance in Ghana*. BMC International Health and Human Rights 9:20

⁷⁹ Jehu-Appiah, C et al. (2011): *Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why?* Social Science and Medicine 72 (2011) 157-165

⁸⁰ Chankova, S. et al. (2008): *Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa*. Health Policy and Planning 23:264-276

- **Dificuldades de sustentabilidade económica e fundos quebrados, porque:**
 - Os provedores privados têm incentivos a **umentar** o número e complexidade dos procedimentos, as receitas de farmácia e os preços de todos os bens e serviços (*Cost-escalation*), já que o fundo reembolsa.
 - Não á **médico generalista** como ponto de entrada, que possa guiar o atendimento médico: As pessoas podem ir diretamente ao nível hospitalar, com custos mais elevados.
 - **A relação entre contribuintes/ingressos e despesas não parece sustentável.** Quantas mais pessoas inscritas, menos sustentável, já que a maioria não contribui, por questões de melhorar o acesso. A OIT alertou desta situação em 2006, mais a pressão por ter um sistema de seguros rapidamente foi considerada prioritário, já que era um compromisso eleitoral⁸¹.

Ruanda

O sistema de seguros de saúde comunitários de Ruanda (mutuelles de santé ou CBHI-Community-Based Health Insurance) foi criado a partir de 1999 como forma a responder ante as **elevadas taxas de usuário e preços não acessíveis para a população no nível hospitalar** dentro do Serviço Nacional de Saúde.

As opções possíveis eram i) **diminuir o eliminar os pagamentos no ponto de uso**, transitando para um sistema baseado em impostos gerais, ii) expandir o seguro nacional de saúde gerido centralmente, já em funcionamento para a parte formal da economia (6%) e os militares (1%), ou iii) criar um **pagamento/ seguro obrigatório** para toda a sociedade, incluindo a economia informal.

O Governo de Ruanda escolheu criar um **seguro comunitário**, inspirado em outras experiências na África do Oeste, sendo ciente que muitas iniciativas não tinham funcionado como esperado por diversas razões: Baixa taxa de inscrição e dificuldades para manter anualmente os pagamentos, insuficiente qualidade na gestão, baixa qualidade na provisão ou inexistência de fornecedores na zona de residência das pessoas asseguradas, poucos incentivos das pessoas com melhor saúde e mais recursos a se juntar ao fundo, e fraca sustentabilidade financeira geral⁸².

As ideias-base de esta escolha política dos seguros comunitários foram uma forte orientação para à **responsabilidade individual, cobertura individual ante os riscos da vida como parte duma saída individual e comunitária da pobreza**, e a visão de que *todas* as pessoas contribuam para o financiamento do sector. Outras ideias políticas chave foram o fortalecimento da sociedade civil e reconciliação depois do genocídio de 1994, a través de participação a sociedade civil na gestão dos seguros comunitários, a construção nacional, a autoconfiança no destino do país, e legitimidade política para o partido no

⁸¹ Akua, I Adjei, S. (2008): *Public social policy development and implementation: A case study of the Ghana National Health Insurance Scheme*. Health Policy and Planning 23:150-160.

⁸² De Allegri et al. (2011): *Community health insurance in Sub-Saharan Africa: What operational difficulties hamper its successful development?* Tropical Medicine & International Health, 14 (5)

poder, bem como a não dependência dos fundos externos para financiar o sistema de saúde⁸³.

O 40% mais pobre da população pode se inscrever no esquema e está **isento de pagamento**. O 60% restante da população é dividido entre o escalão médio (5\$ por ano por família), e os dois escalões mais elevados (10\$ por família e ano)⁸⁴. Os pagos das famílias conseguem cobrir aproximadamente um 66% dos custos de funcionamento do fundo, sendo o resto coberto pelos co-pagamentos dos utentes (6%), os fundos públicos (14%), os subsídios cruzados com os seguros privados de saúde, outras fontes de receita e a cooperação internacional.

A rápida expansão da cobertura, que alcançou 91% em 2011 e depois diminuiu até 75% em 2014, têm a ver com a decidida política de criação de CBHI nas comunidades e distritos, e a pressão colocada sobre gestores distritais e Agentes Polivalentes Elementares (*Community Health Workers*) para conseguir a máxima inscrição. Uma característica distintiva do modelo ruandês é a **obrigatoriedade de ter um seguro**, seja CBHI, RAMA (Economia formal), militar ou privado, com a existência de multas para aqueles que não estejam cobertos. Mesmo assim, a cobertura não é 100%.

Depois das reformas legislativas de 2007 e 2011, o CBHI já é muito menos comunitário e muito mais centralizado, dadas as necessidades de gestão profissionalizada do fundo. De facto, o Ministério da Saúde já não gere o seguro: Foi transferido para o Programa de Seguridade Social e **tomou mais a forma dum Seguro Social de Saúde** (Social Health Insurance, SHI) a nível nacional.

A prestação que oferece o seguro de saúde é pagar uma taxa moderadora baixa por consulta (0,34\$, aprox 21 meticais), e pagar só um **10% da fatura hospitalar**, dentro de um sistema de referência do médico generalista ao médico especialista com continuidade assistencial. Anteriormente, os utentes pagavam um 50% das faturas hospitalares e o risco de despesa catastrófica era muito maior.

Em geral, o risco de despesa catastrófica em aqueles agregados familiares assegurados é muito menor (aproximadamente a metade) que em aqueles não assegurados, e a utilização dos serviços de saúde é mais elevada⁸⁵. Com a introdução do CBHI, foram reduzidos os “shocks de consumo” associados a episódios de despesa catastrófica de saúde⁸⁶, e os indicadores de saúde na população geral melhoraram muito, entre eles a mortalidade materna infantil.

O montante de despesa a ser paga no momento do uso (OOP) diminuiu muito (à metade) para toda a população, e ainda muito mais para aqueles assegurados (Até um terço daquilo que era pago antes de iniciar o sistema de *mutuelles*)⁸⁷. Mesmo assim, continua a

⁸³ Chemouni, B. (2016): *The political path to universal health coverage: Elite commitment to community-based health insurance in Rwanda*. ESID Working Paper No.27. Manchester, UK: The University of Manchester.

⁸⁴ ILO (2016): *Progress towards Universal Health Coverage: Rwanda*. Social Protection Department, Geneva.

⁸⁵ Saksena et al. (2010) *Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on Access to care and financial risk protection*. Health Policy

⁸⁶ Shimeles, A. (2009): *Community-based health insurance schemes in Africa: The case of Rwanda*. African Development Bank.

⁸⁷ Lu, Ch. Et al. (2012): *Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in its First eight years*. PLoS ONE 7(6): e39282

ser uma carga elevada para os agregados familiares, representando aproximadamente um 15% da Despesa Total de Saúde no país (Total Health Expenditure THE) em 2012, e aumentando para 18% em 2013⁸⁸.

4.3 Seguro Social de Saúde em Moçambique: Situação atual

Seguro para funcionários: Assistência Médica e Medicamentosa (ASMED)

O seguro público de saúde gerido pelo INPS abrange aos aproximadamente 353.000 funcionários públicos do país, que contribuem mensalmente com 1,5% do salário. Este seguro inclui basicamente a mesma cobertura que o resto de cidadãos que contribuem só por vias indiretas (impostos gerais), e que não contribuem adicionalmente à Saúde com um aporte especial como sim realizam os funcionários.

O AsMed inclui algumas coberturas extra no Serviço Nacional de Saúde, por exemplo poder ser internado em quartos com menos pessoas, dependendo do nível de chefia ocupado, ou ter descontos de entre 5 e 50% nas consultas médicas e nas farmácias dos hospitais públicos, segundo o Decreto 11/96 que regula a Assistência Médica e Medicamentosa dos Funcionários e Agentes do Estado.

Estas prestações adicionais não representam exclusão dos outros cidadãos do Serviço Nacional de Saúde ou um atendimento significativamente diferente, o qual faz a experiência moçambicana muito interessante, já que geralmente os sistemas de seguros, também públicos, geram exclusão de forma natural: Só cobrem as pessoas que previamente contribuíram. Em realidade, AsMED não têm um enfoque contributivo-assegurativo num sentido estrito, já que **o atendimento de saúde está baseado num direito de cidadania** que inclui a todos os cidadãos, e não em uma contribuição prévia.

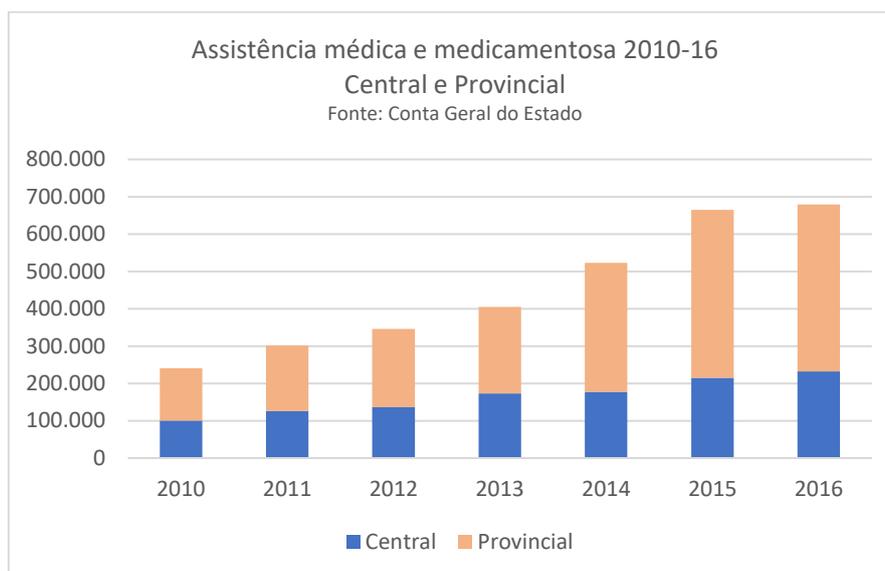
A impossibilidade de excluir à maioria da população e a inviabilidade de oferecer prestações muito por acima do standard dentro do sistema público fazem com que **a diferença entre os que contribuem e os que não seja pequena**. Este sistema gera descontento nos funcionários, já que não sempre encontram a **qualidade assistencial** nem os medicamentos que precisam, e vem como a maior parte da população não contribui tão diretamente como eles para o Serviço Nacional de Saúde.

Esta “pouca diferenciação”, desde um ponto de vista de análise de sistemas de bem-estar é uma base positiva para **manter um único pool de contribuintes-usuários com possíveis contribuições diferenciadas por renda mais prestações iguais ou muito semelhantes**. O papel do sistema fiscal seria, precisamente, conseguir que cada um pague segundo a sua capacidade, seja usuário ou não o sistema, e ter orçamento público para que cada um receba segundo a sua necessidade (princípio básico de equidade).

Relevância orçamental do AsMed

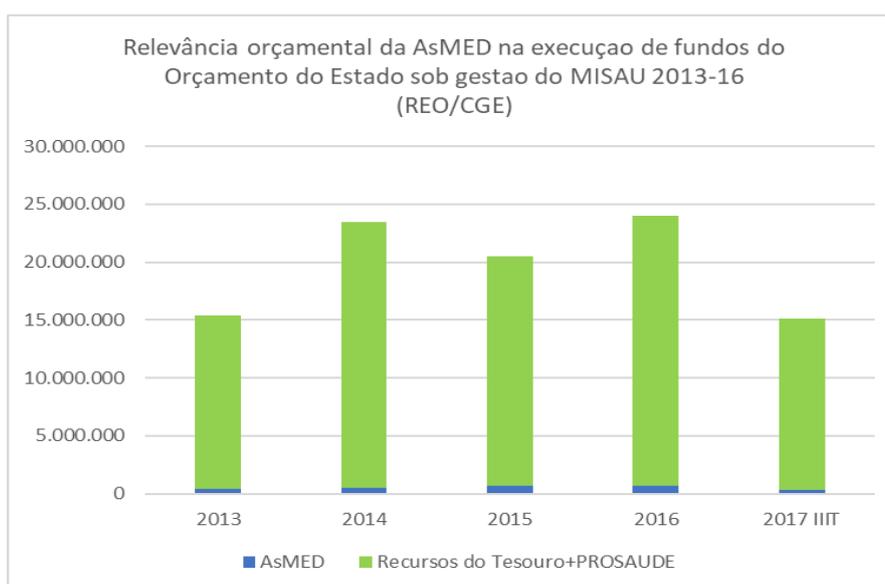
AsMED representa um fluxo estável de fundos para o **orçamento do MISAU**, de aproximadamente 700 milhões de meticais por ano. Estes fundos têm uma tendência crescente nos últimos anos especialmente no nível provincial, acompanhado pelo aumento das contratações nos níveis desconcentrados.

⁸⁸ Nyandekwe et al: (2014): *Universal health coverage in Rwanda: dream or reality*. Pan African Medical Journal.



*Dados em milhares de meticais

AsMED representa aproximadamente um 2,5% do orçamento do MISAU.



Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)

O INSS desconta 7% do salário dos trabalhadores do sector privado, do qual um 4% é pago pelos empregadores e um 3% pelos trabalhadores. Em data 31 dezembro de 2017, o número de trabalhadores beneficiários do sistema era de 1.349.000 (Dados INSS).

O sistema do INSS oferece **substituição de rendas** em caso de doença, maternidade ou morte. Em caso de doença, é oferecido um subsídio equivalente ao 70% do salário médio dos últimos 6 meses, durante os dias que dure a incapacidade laboral. Também é reembolsado o pagamento por internamento no SNS (10mt/noite). Em caso de licença

de parto, é oferecido um subsídio de 100% do salário durante 2 meses, proximamente a ser ampliado a 3 meses.

Não existe, então, um aporte específico da economia formal para o Serviço Nacional de Saúde, como sim existe para o caso dos funcionários públicos.

Desenvolvimentos na área de Seguro Social de Saúde em Moçambique

Em dezembro de 2017 o Conselho de Ministros aprovou uma proposta do Ministério da Saúde referente à criação dum **Seguro Social de Saúde**. A proposta é ampla e deixa aberta a possibilidade de dar forma a um possível seguro, processo previsto para ser completado em 2019.

O objetivo principal é arrecadar fundos do sector formal da economia e **garantir que o assegurado/a receba a assistência médica e medicamentosa de acordo a pacotes previamente acordados**, tendo em conta a **inclusão dos grupos mais vulneráveis**.

Não está claro em este momento se a proposta seria:

- Propor uma contribuição do sector privado formal, proveniente dos salários
- Propor uma contribuição do sector informal, com uma taxa fixa por ano
- Criar um sistema verdadeiramente assecurativo, naquele só os assegurados tivessem aceso à cuidados de saúde.

Alguns riscos identificados no documento da proposta aprovada pelo Conselho de Ministros:

- Elevados custos administrativos
- Necessidade de ter recursos humanos com competências na área
- Prevenir que os custos de operação sejam maiores do que as receitas
- Risco de que o MEF reduza o financiamento do sector
- Risco de centrar a atenção em aqueles que contribuem
- Risco de evasão fiscal

4.4 Reflexão sobre opções de Seguro ou outras contribuições para o Serviço Nacional de Saúde (SNS)

➤ Objetivos de um possível Seguro Social de Saúde

Em este contexto, será importante refletir sobre quais são os objetivos principais do Seguro Social de Saúde e quais podem ser as implicações:

▪ **Redução dos pagamentos catastróficos no ponto de uso**

A razão mais comum para iniciar Seguros de Saúde na África nas últimas décadas foi o enorme peso dos pagamentos no ponto de uso (OOP), uma parte dos quais levavam a despesa catastrófica.

Moçambique é um dos países de África Subsaariana com **menores pagamentos no ponto de uso** (6,8% segundo a OMS, para 2015). É interessante observar como os países da África Austral são os que menores OOP têm, começando por Botswana, Moçambique, África do Sul, Namíbia, Malawi, Suazilândia e Lesoto.

Em este contexto, são os pagamentos no ponto de uso a razão principal para pensar em ter um Seguro Social de Saúde?

▪ **Melhor financiamento do Serviço Nacional de Saúde**

Está clara a necessidade do SNS de melhorar o seu financiamento. Pode ser um Seguro a forma mais eficiente e relevante de somar fundos para o sector?

Dado que os funcionários (353.000) já contribuem com **pagamentos diretos para o SNS**, uma opção seria ampliar o modelo AsMED para os trabalhadores da **economia formal** (1.349.000) e também pode se pensar para a **economia informal**, que representam um 80% dos trabalhadores⁸⁹.

Em este ponto podemos reflexionar sobre por que deve ser o **fator trabalho** a contribuir prioritariamente para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O trabalho é um dos fatores chave da economia, mais também a terra e o capital (físico, financeiro) podem ser gravados e forma adicional para conseguir incrementos de Orçamento de Estado que possam potencialmente reverter na Saúde.

Além disto, será chave negociar com MEF se a introdução de um possível seguro de saúde trairá fundos adicionais para o sector, ou serão **detraídos do Orçamento de Estado**. É possível que a política do MEF seja de **não adicional idade**: O compromisso de 8,5% - 9,5% de orçamento para o sector da Saúde respeito ao orçamento nacional até 2021 poderia ser calculado contando todos os fundos, o qual significa que uma maior receita para o sector poderia **implicar uma redução de fundos de Orçamento de Estado para o sector**.

⁸⁹ Inquérito contínuo de Agregados Familiares (INCAF). 2012-13. Instituto Nacional de Estatística. Maputo

❖ Forma de um possível Seguro Social de Saúde

Respeito à forma de uma possível contribuição adicional/seguro, haveria que distinguir se se quere:

- A) Um sistema de **contribuição direta dos trabalhadores da economia formal e informal para o Serviço Nacional de Saúde**, que poderia recolher pagamentos em forma de cartão/contribuição obrigatória, ou
- B) Realmente um **seguro**, que “assegure” um determinado tipo de atendimento. Isto quer dizer que:
 - Defina um pacote de serviços que devem estar **sempre garantidos**, em todo caso, para os assegurados, e
 - Exclua do atendimento aqueles que não contribuíram (ou genere mecanismos de subvenção da população não coberta, com Orçamento de Estado).

❖ Diferenciação na prestação do serviço

Uma pergunta chave para chegar ao tipo de contribuição/seguro mais adequado à realidade de Moçambique será se queremos diferenciação na prestação do serviço de Saúde.

Se a opção é um “seguro” com prestações diferenciadas para aqueles que contribuem, deve se considerar o seguinte:

- **Pode/ deve o SNS ter duas qualidades para dois tipos de cidadãos?** Pode a política pública, com orçamento de Estado, e utilizando um investimento público realizado durante décadas (capital físico e humano) dar um atendimento melhor a um grupo da sociedade? Queremos que o SNS contribua para à diminuição ou para à ampliação das desigualdades sociais?
- Tem capacidade o SNS para garantir sempre (24h/24h) o tipo de serviço de qualidade para todos os pacientes “assegurados”?

Então, podemos falar de **seguro** no quadro do SNS?

Se nos mantemos no quadro do SNS, pode ser mais exato falar de **contribuições ao SNS, em vez de Seguro**: Não existe, de momento, com as condições atuais, a garantia de que o serviço estará sempre disponível e com a qualidade esperada pelos contribuintes.

Se a prioridade é responder às demandas daqueles que contribuem, oferecendo um atendimento melhor, algumas opções para fornecer serviços de “mais qualidade” a aqueles que contribuam poderiam ser:

- **Priorizar os que contribuem no atendimento no SNS** (prioridade em consultas e listas de espera). Esta opção implica a **dualização** do sistema de saúde: Criar cidadãos de duas categorias, quando ademais, a maior parte do financiamento do SNS (97,5%) vem de Orçamento de Estado, não das contribuições de este grupo (e mesmo que assim fosse).

- **Permitir a utilização de Clínicas Especiais para os que contribuem:** Tendo em conta que em média, os que contribuem no AsMED atualmente pagam 1.983 Mzn por ano⁹⁰, uma consulta de emergência na Clínica Especial do HCM custa 2.000 Mzn, e um parto aprox. 90.000 Mzn, a sustentabilidade financeira se estima difícil, além de que os médicos das Clínicas Especiais normalmente não aceitariam alguém que não pagasse por já ter contribuído no SNS.

Outras considerações **distributivas**, provavelmente mais importantes que as financeiras, devem ser feitas: As Clínicas Especiais utilizam recursos públicos para o seu funcionamento, e arrecadam receita que é utilizada para remunerar adicionalmente a médicos e pessoal. Quando alguém utiliza as Clínicas Especiais e paga o custo “marginal” do serviço (os custos maioritários de base são assumidos pelo Orçamento de Estado), está a captar uma subvenção que outros grupos da população não captam. Estes casos são bem conhecidos na literatura dos sistemas de bem-estar, como caso típico de preferências das classes médias e elites que conseguem extração de rendas respeito ao Orçamento de Estado (ter um serviço preferencial diferenciado financiado por todos, também por aqueles que não podem aceder a esse serviço).

Desde um ponto de vista de sistemas de bem-estar, a igualdade de trato aos cidadãos desde a política pública é importante (*igualdade de status*). Os sistemas que oferecem a mesma qualidade de serviço e mesmo tratamento digno a todos os cidadãos, independentemente da sua posição ocupacional, social ou económica, e da proveniência das suas contribuições, têm mais capacidade para reduzir pobreza e desigualdade. Esta igualdade de *status* pode ser inclusive mais relevante que outras dimensões da igualdade, como as rendas ou o bem-estar material⁹¹.

Existiria uma terceira opção, que seria organizar um seguro público para coletivos determinados da sociedade (ex: funcionários) com possibilidade de ser tratados no sector privado. Esta opção deixa aberto o debate sobre o papel da política pública na organização (e cofinanciamento?) do atendimento privado da cidadania. **Recomenda-se que o âmbito de ação da política pública seja o SNS.**

❖ Exclusão

Os sistemas de seguros geram **exclusão** de forma natural, porque estão pensados para cobrir só aos “assegurados”. As políticas públicas têm longamente trabalhado para incluir aos grupos excluídos nos sistemas de seguros, geralmente com Orçamento do Estado, mais também com outros mecanismos como “contribuições específicas para o sector Saúde”, como é o caso do Ruanda.

-
Qual poderia ser o enfoque da exclusão no caso moçambicano?

⁹⁰ Dados provenientes da Conta Geral do Estado. São cálculos realizados de forma aproximada sabendo que a arrecadação é de 700 milloes de meticais e o número de funcionários é de 353.000.

⁹¹ Marshall, T.H. (1950): *Citizenship and social class*. London: Unwin and Allen.

- Um seguro “puro” geraria logicamente exclusão de aqueles que não contribuem.
- Um sistema de “contribuições ao SNS”, ampliando ao máximo a base de contribuintes poderia não gerar exclusão se é mantida a universalidade no acesso ao SNS.

❖ Custos administrativos

Dependendo do tipo de sistema escolhido, os custos administrativos podem ser muito elevados, por exemplo:

- Gestão permanente de informação sobre altas/baixas no mercado laboral e contribuições associadas
- Gestão permanente de cartões/direito de acesso / pagamentos para contribuintes e dependentes
- Trabalhos de identificação de escala populacional (no caso de querer diferenciar as contribuições por renda)

❖ Relação do seguro/contribuição à saúde com as taxas de usuário

Será interessante pensar se a introdução de um pagamento adicional via emprego formal ou incluindo também a economia informal poderia substituir o pagamento nas unidades de saúde.

Algumas considerações importantes são:

- Os pagamentos únicos, anuais ou mensais, com entrada direta ao orçamento do MISAU/SNS têm a vantagem de **poder ser planificados para grandes ações de política pública**, incluindo o financiamento das Unidades de Saúde e hospitais, mais também formação, equipamentos, medicamentos, etc.
- Por outro lado, os pagamentos atualmente realizados nas Unidades Sanitárias cobrem correntemente despesas básicas que em alguns casos compensam a insuficiência da dotação de Orçamento de Estado (água, eletricidade, alimentação nos casos de internamento, etc.). Tendo em conta que só um 34% das Unidades Sanitárias têm água e eletricidade simultaneamente⁹², retirar estes fundos poderia ser complexo, se não foram imediatamente substituídos e acrescentados por fundos de Orçamento de Estado.

Um estudo calculou os fundos necessários para a remoção das taxas de usuário em 2007 e chegou à conclusão que, em caso de abolição das taxas, deveria se aumentar um 5,5% o orçamento dirigido às Unidades Sanitárias, e um 30% o orçamento destinado a medicamentos, e os benefícios da abolição em termos de acesso seriam claros⁹³.

⁹² *Health Service Delivery Indicators Report* (2015). Maputo: World Bank

⁹³ Cabral, J: (2007): Abolição das taxas aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique. Universidade Nova de Lisboa.

- Pode-se analisar a potencialidade dos pagamentos únicos como **forma de diminuir apropriação indevida de recursos** nas Unidades Sanitárias e Hospitais. Poderia funcionar um cartão que amostrasse que aquela pessoa já contribuiu e por tanto já não precisa fazer mais contribuições? **Seria factível um sistema de saúde sem pagamentos no ponto de uso?** Qual seria a reação dos trabalhadores de primeira linha acostumados a receber pequenos pagamentos informais para atender os pacientes?

4.5 Análise de opções de contribuição adicional ao SNS

Para apoiar a reflexão sobre as possíveis opções, são feitos aqui cálculos preliminares para estimar a possível receita neta gerada por diferentes formas de contribuições.

Será fundamental analisar a economia política de estas opções, isto é, os incentivos dos grupos sociais e os conflitos distributivos que inevitavelmente têm toda política pública (quem ganha, quem perde, quais são as forças que podem estar interessadas em promover/parar reformas em este sentido).

5.1 Contribuição da economia formal

Se o objetivo for incluir a economia formal em um pagamento semelhante a aquele dos funcionários, poderia se ativar uma contribuição adicional via INSS, por exemplo de 1,5% do salário, repartida entre empregador/trabalhador da forma considerada mais adequada.

A estimação a grandes rasgos de fundos adicionais poderia ser assim: Os 1.349.000 contribuintes/beneficiários atuais do INSS contribuem adicionalmente cada mês com um 1,5% do seu salário (média de salário de 10.000 Mzn netos). O resultado seriam 2.428 milhões de meticais por ano, que representaria um aumento de 12% do Orçamento do SNS.

	Núm benef	Contrib. Anual promedio Mzn	Mzn totais/ano	% orçam MISAU
Formal - via INSS	1.349.000	1.800	2.428.200.000	12%

Esta opção é lógica desde diferentes pontos de vista:

- Contribui, junto com os impostos gerais, para o financiamento do SNS, com prestação igual de serviço para todos os cidadãos.
- Iguala contribuições do sector privado formal com os funcionários (1,5% para Saúde, 7% para pensões)
- Carrega mais impostos na parte da sociedade que têm empregos formais melhor remunerados
- Utiliza canais já existentes de pagamento, por tanto têm certa simplicidade administrativa
- Têm um potencial significativo para aumentar de forma relevante o orçamento do SNS com recursos domésticos

Esta opção traz também algumas reflexões:

- Estamos a gravar o **fator trabalho**, quando a outros fatores da economia que também podem ser gravados (capital, terra), que ademais concentram a maior parte da riqueza
- O INSS deveria, em este contexto, **arrecadar e depois transferir ao MISAU/SNS**. Em este momento não está clara a disponibilidade/ capacidade operativa do INSS para gerir esta arrecadação adicional.
- Se não fora o INSS, haveria que pensar em outras instituições para realizar o trabalho de arrecadação, com a máxima simplicidade administrativa.
- Os cálculos foram feitos com uma estimativa de 10.000 Mzn netos por mês de salário promedio. Será importante repetir o cálculo com dados reais.
- O aumento da imposição sobre salários poderia trazer uma redução do emprego formal e maior preferência pelo emprego informal⁹⁴, mais dado o pequeno volume do imposto (+1,5% do salário), não parece que o efeito pudesse ser significativo.

Contribuição da economia informal

Se existe uma preferência por integrar também à economia informal nas contribuições para o SNS, podem se propor algumas opções, tendo em conta sempre que:

- Recomenda-se manter um único pool de contribuintes e usuários, isto é, todos os contribuintes pagam para o mesmo fundo e recebem a mesma qualidade de serviço
- Máxima simplicidade administrativa

Opção 1. Modelo Ruanda com algumas diferenças

Esta opção implica que toda a população em economia informal contribui para o SNS, excetuando aqueles identificados como “pobres” pelos dispositivos já existentes de Proteção Social (Segurança Social Básica) do Ministério de Género, Criança e Ação Social (MGCAS). Inclui já as 2 formas de contribuição da economia formal (AsMED para funcionários e contribuição adicional de 1,5% para o sector privado).

Poderia ser, por exemplo, um pagamento anual de 200mt/pessoa para obter o cartão do SNS, e poderia incluir crianças, grávidas, idosos e todos os grupos sociais. No caso de eximir estes grupos, os ingressos diminuiriam aproximadamente um 50-60%.

A forma de **pagamento, recolha, gestão e transferência dos fundos para o SNS** não está clara. Poderiam ser os mesmos Centros de Saúde como na Ruanda, mais dada a situação atual da arrecadação nas Unidades Sanitárias e Hospitais, não se recomendaria esta opção.

A estimativa de arrecadação adicional neta com este sistema, no caso de encontrar uma fórmula de gestão, dá, orientativamente, benefício quase zero no primeiro ano (pelos custos de impressão de cartões e início das atividades), e um resultado aproximado de 3.350 milhões de meticais por ano (+17% de orçamento para o SNS/MISAU).

⁹⁴ Wagstaff, A. (2007): *Social Health Insurance reexamined*. Washington: World Bank

ANO 1						
	Núm contrib	Contrib \$-MZN		Estimação total MZN	% orç MISAU	Estimação total USD
Ingressos anuais brutos do SSS	20.743.000	USD	MZN	3.440.467.200	17%	57.341.120
Beneficiários de proteção social	3.575.000	0	0	0	0%	0
Economia informal	17.168.000	3,34	200	3.440.467.200	17%	57.341.120
Custos iniciais				3.180.240.000		
Impressão inicial de cartões	17.168.000		180	3.090.240.000	15%	51.504.000
Unidades de gestão e transferência ao SNS				87.800.000		
Logística, deslocamentos				2.200.000		
RESULTADO ANO 1				260.227.200	1%	4.337.120
ANO 2						
Ingressos anuais brutos do SSS	20.743.000	USD	MZN	3.440.467.200	17%	57.341.120
Beneficiários de proteção social	3.575.000	0	0	0	0%	0
Economia informal	17.168.000	3,34	200	3.440.467.200	17%	57.341.120
Custos anuais do SSS				90.000.000		
Unidades de gestão e transferência ao SNS				87.800.000		
Logística, deslocamentos				2.200.000		
RESULTADO ANO 2				3.350.467.200	17%	55.841.120

Algumas considerações:

- Seria descontinuada a gratuidade do sistema no ponto de uso? Isto é um avanço de financiamento ou um retrocesso na cobertura?
- Qual resposta para o não-pagamento?
- O que acontece com as intervenções de escala populacional que o SNS realiza normalmente? (Imunização, prevenção, etc.) – Abrangeriam também pessoas sem cartão? (Não podemos assumir que haverá um 100% de pagamento)
- Não é uma opção progressiva nem redistributiva, mais foi priorizada a simplicidade

Opção 2. Contribuição estratificada da economia informal

Outra opção significativamente mais complexa seria **identificar as pessoas segundo o seu nível de renda e riqueza**, e estabelecer pré-pagamentos diretos para Saúde em base aos escalões determinados. O modelo de Ruanda funciona assim, baseado em identificações comunitárias da situação socioeconómica de cada agregado familiar. A equipa de 45.000 Agentes Polivalentes Elementares que são incentivados para promover este sistema, e o facto de que são as próprias unidades de saúde quem gerem os pagamentos, ajuda a estes processos de identificação.

Esta opção assume que o Quintil 5 e uma parte do Quintil 4 já contribuem desde à economia formal (AsMED e INSS novo). Toda a economia formal estaria incluída, a efeitos de este cálculo, nos quintis 4 e 5.

Também não estaria clara a forma de contribuição, no sentido de qual instituição poderia ser responsável pela arrecadação, gestão e envio ao SNS/MISAU, nem como trabalhar os aspectos de exclusão.

A estimativa oferece um dato de -8,3% de orçamento para o SNS/MISAU no primeiro ano (utilização de recursos para pôr o sistema em funcionamento), e 1.962 milhões de arrecadação para o segundo ano (+9,8% de orçamento). Os resultados são menores que na opção anterior porque aqui o Quintil 1 e 2 está isento, e os custos de identificação são maiores.

ANO 1						
	Núm contrib	Contrib \$-MZN		Estimacao total MZN	% orçam MISAU	Estimacao total USD
Quintis de renda	20.160.000	USD		2.055.600.000	10%	34.260.000
Q1	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q2	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q3	5.780.000	3	180	1.040.400.000	5%	17.340.000
Q4	2.820.000	6	360	1.015.200.000	5%	16.920.000
Q5	0	11	660	0	0%	0
Custos iniciais				3.722.350.000		
Impressao de cartoes	20.160.000		180	3.628.800.000	18%	60.480.000
Unidades de gestao				87.800.000		
Logística, desplaçamentos				5.750.000		
RESULTADO ANO 1				-1.666.750.000	-8,33%	-27.779.167
ANO 2						
Ingressos anuais brutos do SSS	20.160.000			2.055.600.000	10%	34.260.000
Q1	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q2	5.780.000	0	0	0	0%	0
Q3	5.780.000	3	180	1.040.400.000	5%	17.340.000
Q4	2.820.000	6	360	1.015.200.000	5%	16.920.000
Q5	0	11	660	0	0%	0
Custos anuais do SSS				93.550.000	0%	1.559.167
Unidades de gestao				87.800.000		
Logística, desplaçamentos				5.750.000		
RESULTADO ANO 2				1.962.050.000	9,8%	32.700.833

A parte logística mais importante que têm estes sistemas é a liderança e capacidade institucional na arrecadação e gestão de todo um procedimento que é complexo, que envolve mais de 20 milhões de pessoas que vivem em zonas rurais, e que é contínuo, já que os pagamentos devem ser permanentes no tempo.

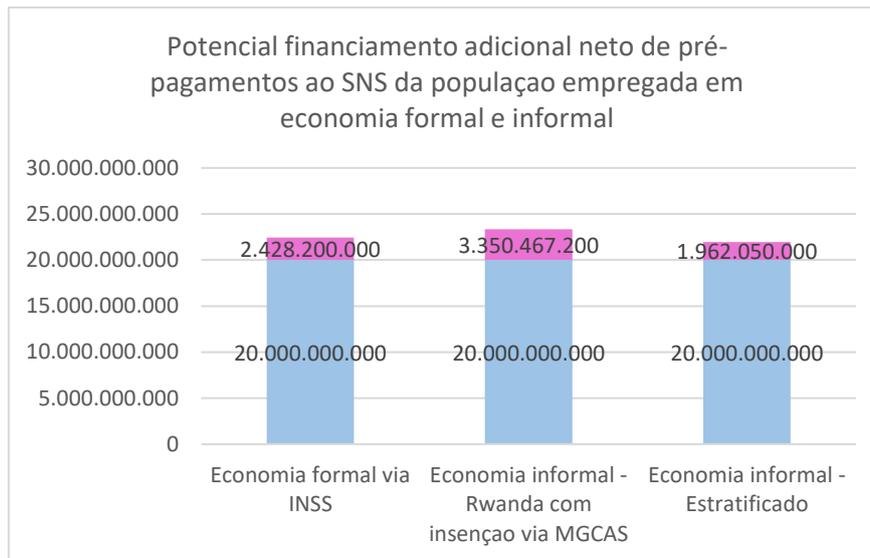
Foi muito complexo estimar os custos de identificar a renda das pessoas, e podem existir variações relevantes na realidade. Em este caso não foi usado o critério do MGCAS porque a ideia é excluir do pagamento ao 40% da população e o sistema de Segurança Social Básica não identifica a este grupo.

Comparação de arrecadação

O gráfico seguinte resume o potencial de arrecadação das diferentes opções, tendo sempre em conta que a operacionalização não está clara e os custos de identificar as pessoas e de gerir sistemas de este tipo são estimativos e podem ser muito maiores na realidade.

Cada barra representa uma opção de financiamento. A parte azul representa o orçamento já disponível do MISAU segundo executado em 2016 (aprox 20bn Mzn).

A primeira barra representa a contribuição adicional dos trabalhadores/empregadores da economia informal, chamada "via INSS" porque pode ser uma via factível. A segunda e a terceira representam pagamentos da economia informal (primeiro pagando todos exceto os beneficiários de Proteção Social, e segundo pagando de forma estratificada).



As opções estão na mesma tabela a efeitos comparativos, mais são substancialmente diferentes na sua possível implementação. A primeira opção é a mais factível, se for encontrado um sistema para descontar aos trabalhadores formais. A segunda já envolve muita mais complexidade já que todas as pessoas do país em economia informal são chamadas a contribuir, mais a arquitetura institucional para liderar esta gestão não está clara. A terceira opção é a mais complexa, já que envolve identificação de renda por agregado familiar

Recomendações na área de Seguros de Saúde:

- **Fazer uma aposta decidida pela melhora da qualidade do atendimento no SNS:** A qualidade do atendimento é a principal base para gerar legitimidade dos pagamentos para à saúde, e a sua melhora deve partir da política pública.

Introduzir novos pagamentos para o sector privado formal e informal pode ser possível só se existe um **compromisso muito forte, expressado publicamente, e visível com investimentos e medidas de mudança, de melhorar a qualidade do atendimento no SNS**, de forma que responda às demandas de qualidade de todos os grupos sociais, também dos grupos de renda média e alta, que contribuem ao sistema junto ao resto da sociedade. É fundamental que todos os grupos da sociedade sentam que devem contribuir ao SNS porque é significativo e útil para eles.

- **Assegurar a adicionalidade dos fundos**
Será preciso negociar com MEF para que todas as possíveis iniciativas de arrecadação de parte do sector da Saúde representem fundos **adicionais** para o sector, e não uma redução proporcional de fundos do Orçamento de Estado.
- **Lembrar que um seguro de saúde não é um requisito para ter um sistema de saúde bem financiado.** Os impostos gerais oferecem uma boa base de financiamento sem as dificuldades dos pré-pagamentos ou pagamentos no ponto de uso.

Existem países sem seguro de saúde, com Serviços Nacionais de Saúde fortes, e com bom desempenho em resultados de saúde, boa proteção financeira ante os riscos de despesa catastrófica, e eficiência no uso dos recursos, como Botswana, Sri Lanka ou Cuba, que baseiam o seu financiamento em impostos gerais.

Reconhecendo o papel crucial que os seguros sociais de saúde tiveram e têm na proteção de riscos de saúde, existe também uma tendência internacional ao desligamento do financiamento dos sectores de Saúde das contribuições de seguros, com o objetivo de ter uma base de financiamento ampla, variada que permita redistribuição⁹⁵.

- **Definir claramente o objetivo principal** de uma possível introdução de um seguro de saúde.
 - Somar fundos para o orçamento do Serviço Nacional de Saúde?
 - Criar um sistema de garantia de atendimento de alta qualidade só para os que contribuem? E depois incluir a todos? Como criamos este sistema de alta qualidade?

- **Recomenda-se manter um único pool de contribuintes e usuários.** Seja qual seja a forma de possíveis contribuições adicionais para à saúde, recomenda-se manter um fundo único, preferivelmente na forma do orçamento do SNS, que inclua a todos os cidadãos sem distinção, de todos os grupos de renda, e com todas as condições de saúde e doença, como atualmente acontece.

Quanto maior e o *pool*, maior pode ser a distribuição do risco e a redistribuição. A OMS insiste em recomendar aos países unificar os *pool* de contribuintes e usuários dos sistemas de saúde, para potenciar a partilha do risco e dos custos.

- **Tomar em consideração as implicações de um seguro de saúde:**
 - **Garantias:** Está o SNS pronto para garantir determinados serviços a determinadas pessoas? Deve, o SNS, garantir determinados serviços só a determinadas pessoas?
 - **Diferenciação na provisão:** Pode/ deve a política pública, com fundos públicos, oferecer provisões diferenciadas?
 - **Custos administrativos:** Tendo em conta que o 48% do pessoal do SNS é não-sanitário, recomenda-se a **simplicidade administrativa** máxima em qualquer proposta a ser desenvolvida.
 - **Identificar individualmente aos pobres** para estar isentos do pagamento pode ser interessante, mais também existem considerações importantes:
 - Tem elevados e permanentes custos a ser tidos em conta
 - Existem riscos na exclusão (as taxas de não-acerto são muito elevadas normalmente)⁹⁶.

⁹⁵ Kutzin, J, Yip W, Carrin, G: *Alternative financing strategies for universal health coverage*. In *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*

⁹⁶ Mkandawire, T. (2005): *Targeting and Universalism in poverty reduction*. Geneva: UNRISD

- Quando identificar os pobres, será necessário ter em conta que toda a identificação das pessoas como inferiores em desempenho económico e social, em valia, pode afetar negativamente a sua autoestima e dignidade⁹⁷

- **Definir a relação entre os pré-pagamentos para à saúde e os pagamentos por uso realizados nas Unidades Sanitárias e Hospitais (user fees).**
Poderia um pagamento adicional ser uma forma de eliminar os pagamentos no ponto de uso e centralizar a arrecadação no MISAU?

- Um primeiro passo poderia ser o estudo em detalhe das formas de pôr em funcionamento da **contribuição adicional dos empregados da economia formal**, que orientativamente poderia trazer um +12% de ingressos para o SNS/MISAU, mais que pode ter importantes dificuldades na sua implementação, tanto a nível técnico (procedimento de arrecadação e gestão), como político (resistência do sector privado e dos trabalhadores a contribuir para não obter prestações adicionais à aquelas que já têm por direito de cidadania).

⁹⁷ Sen, Amartya (2000): *The political economy of targeting*.

5. Taxas de usuário

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

As taxas de usuário foram inicialmente propostas como **ferramenta de co-financiamento do sector e de melhorara da participação comunitária**. A evidência empírica 30 anos depois mostra os **efeitos mistos** de esta política, em termos de acesso, qualidade, gestão e resultados de Saúde. Em geral, existe consenso sobre o papel limitante que os pagamentos no ponto de uso exercem sobre o acesso aos cuidados de saúde. A OMS, no seu relatório anual de 2010 considerou **as taxas de usuário como um dos maiores obstáculos para conseguir a Cobertura Universal em Saúde**⁹⁸.

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

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

O **relatório do Banco Mundial sobre uma “Agenda de Reformas”⁹⁹** foi chave para sensibilizar com estas ideias nos governos dos países de renda média e baixa. O relatório defende que só uma parte da assistência sanitária pode ser definida como **“bem público”**: Seria aquela ligada à saneamento, prevenção de epidemias, imunização, e em alguns casos saúde materna, para as quais poderia estar justificado o financiamento público. O resto de intervenções são classificadas como de “benefício privado” e por tanto deveriam ser financiadas, segundo esta classificação, por aqueles que recebem a assistência sanitária. Estes aportes diretos nas unidades de saúde poderiam aumentar o orçamento (+15%) e melhorar a disponibilidade de recursos materiais e a prestação de serviços. Em geral, é uma visão só económica de um fenómeno, o funcionamento limitado dos sistemas de saúde, que têm múltiplas causas e condicionantes históricos e sociais.

O relatório do Banco Mundial reflete também sobre o **uso proporcionalmente maior dos níveis terciário e quaternário** de saúde em países de renda baixa, devido à melhor dotação de recursos humanos e materiais que estes centros têm, levando à infra utilização das unidades sanitárias em zonas rurais, menos abastecidas. Em este contexto, introduz a ideia de **“uso excessivo”** dos serviços de saúde, que pode ser compensado com taxas para “moderar a demanda”.

⁹⁸ WHO (2010): *The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.

⁹⁹ Akin, J (1987): *Financing Health in developing countries: An agenda for reform*. Washington: The World Bank.

Seguindo as ideias plasmadas no relatório do Banco Mundial, a Iniciativa de Bamako (1987)¹⁰⁰, adoptada pelos Ministros de Saúde africanos e apoiada pela OMS e UNICEF, sugeria aos países a **introdução de taxas de usuário**, com o objetivo de melhorar a situação de infra financiamento e desabastecimento das unidades sanitárias e envolver às comunidades na gestão dos serviços públicos de saúde.

Efeitos da introdução dos pagamentos no ponto de uso

A evidência empírica desde inícios dos anos 2000 não deixa dúvida respeito ao papel limitador das taxas de usuário no **aceso aos serviços de saúde**, especialmente na África Subsaariana, além de promover a **despesa catastrófica**, em alguns casos onde as taxas têm valores elevados. África Subsaariana têm umas taxas de pagamentos no ponto de uso respeito ao total de despesa corrente no sector saúde que vão desde 5% na Botswana, um sistema maioritariamente público, até o 72% do Nigéria, com um sistema maioritariamente privado. Moçambique se situa no 6%, junto com África do Sul (8%) e Namíbia (8%) e a média africana num 33%¹⁰¹.

Os estudos que analisam as barreiras de entrada, as causas de não-utilização do sistema em todos os episódios de doença, e os efeitos de manter, aumentar ou diminuir os pagamentos no ponto de uso são claros em concluir que a falta de dinheiro para assumir essas despesas, mesmo sendo pequenas, é a principal causa de **não-aceso aos serviços de saúde requeridos**¹⁰²¹⁰³. Os pagamentos no ponto de uso podem acrescentar as taxas de pobreza e inequidade nas sociedades, especialmente em contextos de baixa renda¹⁰⁴.

No quadro das barreiras para o acesso aos serviços de saúde, além da falta de fundos, a **incerteza sobre a quantidade a ser paga**, dependendo dos procedimentos requeridos, é assinalada como uma das causas frequentes de não-aceso aos serviços de saúde, também em Moçambique¹⁰⁵.

Os pagamentos no ponto de uso são considerados a forma de financiamento mais **regressiva**, já que os pagamentos representam proporcionalmente uma renda muito maior nos coletivos com menor renda¹⁰⁶.

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

¹⁰⁰ The Bamako Initiative (1987) UNICEF/WHO https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf

¹⁰¹ Global Health Observatory Data Repository, Updated Nov.2017. World Health Organization (WHO)

¹⁰² Lagarde, M. Palmer, N. (2008): *The impact of user fees on health service utilization in low and middle-income countries: How strong is the evidence?* Bulletin of the World Health Organization 86

¹⁰³ Ponsar, F. et al (2011): *No cash, no care: How user fees endanger health. Lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, DRC, Chad, Haiti and Mali.* International Health 3(2011).

¹⁰⁴ Gilson, L. (1997): *The lessons of user fee experience in Africa.* Health Policy and Planning 12(4): Oxford University Press.

¹⁰⁵ Cabral, J (2007): *Consultoria sobre abolição das taxas aos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique.* Universidade Nova de Lisboa

¹⁰⁶ Wagstaff, A. (1992): *Equity in the finance of health: Some international comparisons.*

dos pagamentos por uso. Alguns estudos económicos, depois de analisar custos e benefícios, **sugerem políticas sem pagamentos por uso**¹⁰⁷.

Iniciativas de remoção das taxas de usuário

A literatura tem tratado extensamente o tema da remoção das taxas por uso em serviços públicos de saúde. Em geral, os efeitos da remoção têm sido positivos nos países onde se aplicou, especialmente África do Sul e Uganda, com relevantes aumentos de demanda de uso dos serviços e mais acesso da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis¹⁰⁸¹⁰⁹.

No caso de valorar uma possível remoção, recomenda-se uma planificação cautelosa para antecipar as necessidades em termos de recursos adicionais. A informação aos prestadores de primeira linha e aos utentes seria uma parte fundamental da preparação, bem como a orçamentação de necessidades adicionais e a antecipação da gestão de fundos num novo cenário¹¹⁰.

O estudo de Yates (2006) sobre Moçambique recomenda a remoção das taxas e a planificação antecipada¹¹¹. O estudo de Cabral (2007) conclui que os benefícios da remoção de taxas em Moçambique seriam mais elevados que os custos, mais também alerta da necessidade de planificar cautelosamente, dadas as condições de partida (debilidade na administração e existência de pagamentos informais e desvio de medicamentos)¹¹².

Isenções nos pagamentos por uso

Uma opção comum para preservar o acesso dos coletivos de baixa renda é instaurar isenções a grupos determinados (*targeting*). Este tipo de mecanismos já existe em Moçambique, com isenções na prática das taxas de consulta para idosos, doentes crónicos, mulheres grávidas, e outros coletivos. As isenções podem chegar até o 70% dos pacientes em unidades sanitárias estudadas¹¹³.

No caso dos mecanismos complexos de identificação das situações pessoais para isenções, a evidência é bastante crítica, especialmente porque são complexos, têm custos elevados, e geralmente incorrem em erros de seleção de tipo I (excluir aos teóricos beneficiários) e de tipo II (incluir a aqueles que deveriam estar excluídos)¹¹⁴.

¹⁰⁷ Dupas, P. (2011): *Global Health systems: Pricing and user fees*. Harvard University and National Bureau of Economic Research (NBER). Elsevier Encyclopedia of Health Economics.

¹⁰⁸ Nyabonga, J. Desmet, M (2002). *Abolition of cost-sharing is pro-poor: Evidence from Uganda*. Health Policy and Planning 20(2).

¹⁰⁹ Wilkinson, D. Gows, E, Sach, M and abdoool Karim, SS (2001): Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. WHO Bulletin, 79, 665-671

¹¹⁰ Gilson, L., McIntyre D. (2005): *Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action*. BMJ 331.

¹¹¹ Yates, R. (2006): *International experiences in removing user fees: Implications for Mozambique*. DFID Resources Center. London.

¹¹² Cabral, J. (2007): Op.Cit.

¹¹³ World Bank (2015): *Mozambique Health Service Delivery Indicators*. Maputo.

¹¹⁴ Peyre, A. (2007): *Successful targeting? Reporting efficiency and costs in targeted poverty alleviation programmes*. Geneva: United Nations Institute for Social Research (UNRISD).

Além de estas questões operacionais, os sistemas focados nos pobres e com identificação individual parecem ter muita menor capacidade de redistribuição da renda e da riqueza comparado com aqueles universais que oferecem serviços públicos em espécie de alta qualidade, dos quais os pobres beneficiam¹¹⁵. A razão parece ser que a forma do sistema, especialmente a sua capacidade de inclusão, da forma à legitimidade, e finalmente a relevância orçamental. Aqueles sistemas melhor financiados são aqueles mais abrangentes, que oferecem serviços públicos como direito de cidadania e que “não podem ser recortados”¹¹⁶.

A identificação individual dos beneficiários dos serviços públicos tem que tomar em conta que toda identificação ou auto-identificação das pessoas como inferiores em posição social, económica, produtiva, ou em valia, pode afetar a sua autoestima, dignidade, e posição como cidadãos na sociedade¹¹⁷.

Oferecer serviços públicos sem pagamento direto como direito de cidadania não é o mesmo que fazê-lo com sentido de inferioridade por não poder pagar, por não ser um cidadão “normal”, por ter que ser classificado como “pobre”, como uma parte da sociedade com menos valor. John Rawls argumentava que “provavelmente, o respeito para si mesmo seja o bem primário mais importante de todos na configuração da justiça social”¹¹⁸.

5.2 *Receitas no quadro do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*

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

Taxa por consulta

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

Receita de Medicamentos

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

Esta receita é transferida por cada unidade sanitária diretamente às **contas bancárias provinciais da CMAM**, destinadas unicamente a receber estes ingressos e geridas desde

¹¹⁵ Mkandawire, T. (2005): *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva: United Nations Institute for Social Research (UNRISD)

¹¹⁶ Korpi, W. Palme, J. (1998): *The paradox of redistribution and strategies of equality*. American Sociological Review.

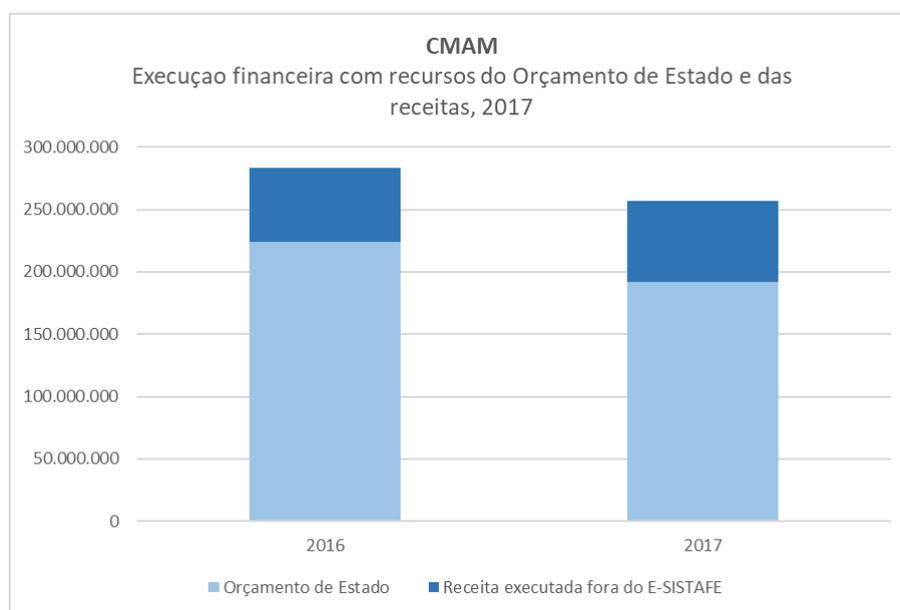
¹¹⁷ Sen, A. (2000): *The political economy of targeting*.

¹¹⁸ Rawls, J. (1971): *A theory of justice*.

a CMAM Central. A CMAM agrega depois todos os fundos em outra conta bancária única, desde a qual é realizada a gestão fora dos procedimentos do SISTAFE. Proximamente esta receita vai ser agregada e transferida ao Tesouro para depois ser recuperada e gerida via SISTAFE.

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

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



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

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

Taxas moderadoras

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

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

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

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

Preços por procedimentos médicos

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

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

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

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

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

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

5.3.1 Receita arrecadada - Inquérito às DPS

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

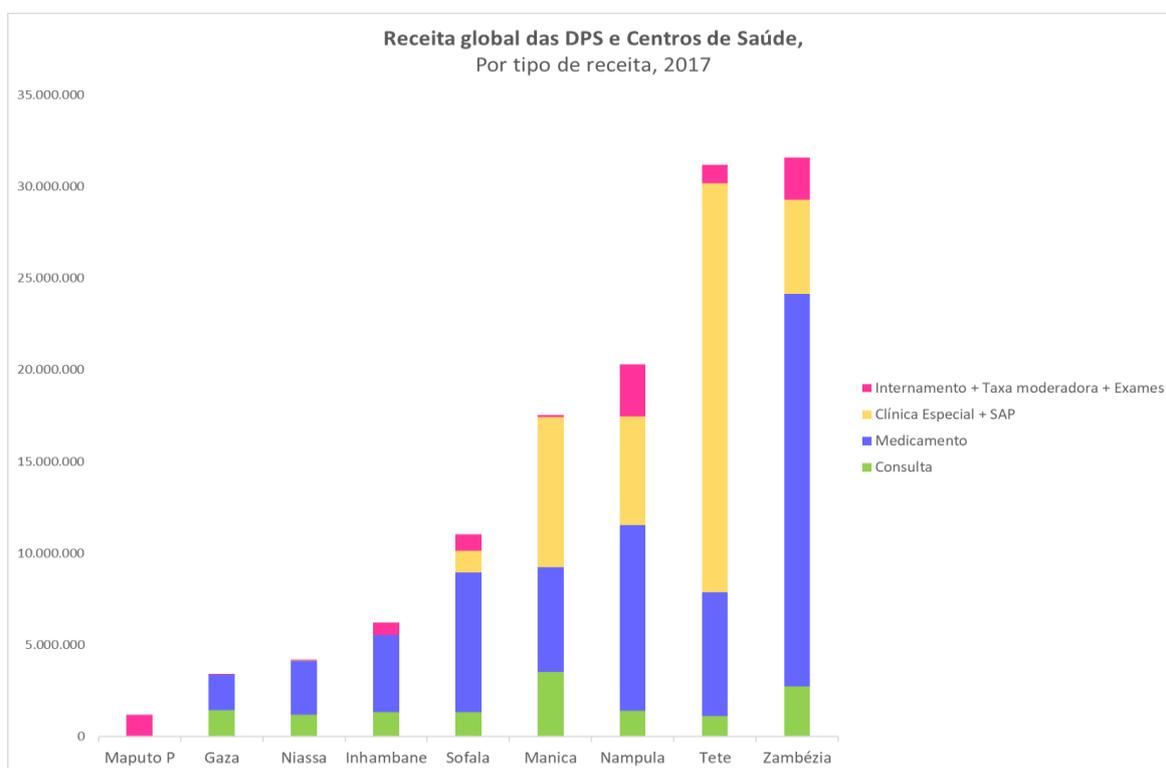
Os dados indicam **padrões muito diferentes de arrecadação entre províncias**. Entre os serviços com mais capacidade de arrecadação estão as Clínicas Especiais, especialmente aquela de Tete, que surpreendentemente declara uma receita muito maior que aquela de Nampula. **As consultas têm uma capacidade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

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

- **Taxas de consulta, taxas moderadoras, pagamentos por procedimentos médicos, e outra (licencias, multas, exames):**
 - Receita fiscal que deve ser declarada e transferida à Autoridade Tributária
 - O uso é realizado na fonte (se não se transfere à AT), ou depois da consignação. Mesmo uso que o Orçamento de Estado.
- **Taxa de medicamentos:**

- Receita própria que é transferida à CMAM diretamente pelas unidades de saúde. (Proximamente será declarada ao MEF/Autoridade Tributária mais de forma agregada, uma vez no nível Central está feita a arrecadação de todo o país)
 - É utilizada com contas bancárias fora do E-SISTAFE para financiar despesa que o Orçamento de Estado não pode financiar (por tipo de despesa, por insuficiência financeira e por urgência).
- **Receita das Clínicas Especiais:**
 - É parcialmente declarada, mais não transferida à Autoridade Tributária.
 - É gerida em contas bancárias fora do E-SISTAFE para financiar despesa que o Orçamento de Estado não pode financiar (por tipo de despesa, por insuficiência ou por urgência).

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



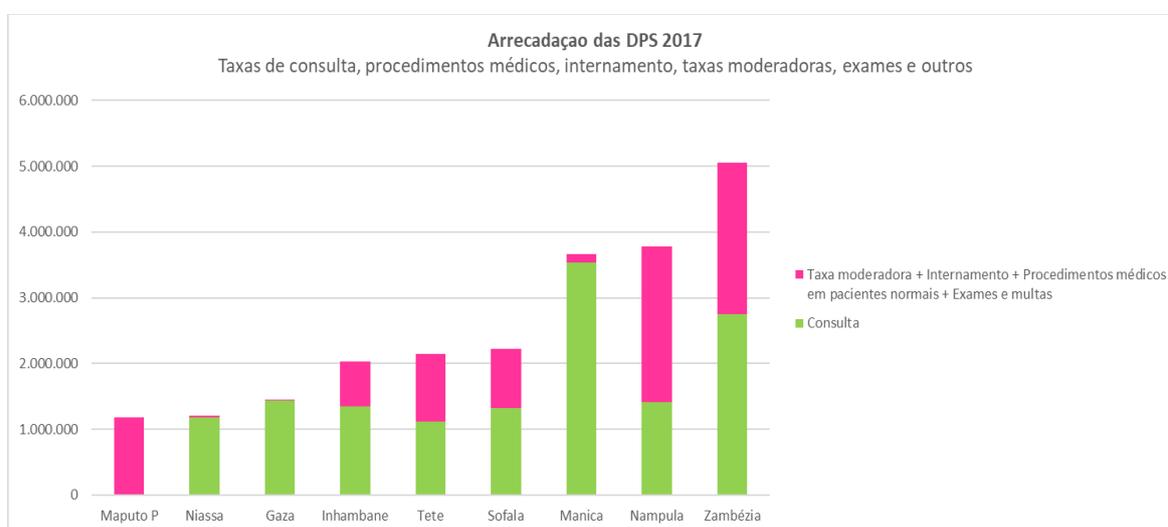
É interessante observar o **padrão diferente de arrecadação entre províncias**. Está claro que Maputo Província só apresenta informação sobre “outras taxas” (exames e multas) e faltam as taxas de consulta e medicamentos. Manica têm uma situação especial com uma unidade sanitária possivelmente ligada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

Gaza e Niassa baseiam a sua arrecadação em taxas de consulta, e não cobram por procedimentos médicos adicionais. Mais Tete e especialmente Nampula têm uma elevada receita por procedimentos médicos (análises, operações, partos, taxas

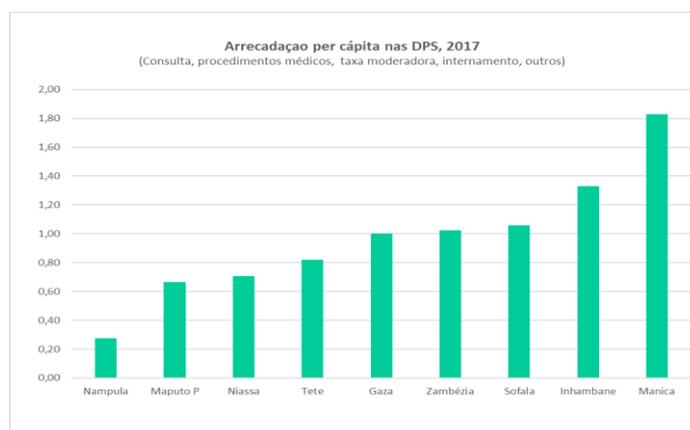
moderadoras) **em pacientes normais**, não de Clínicas Especiais. É importante refletir sobre esta dispersão no **padrão de cobranças no Serviço Nacional de Saúde**.

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

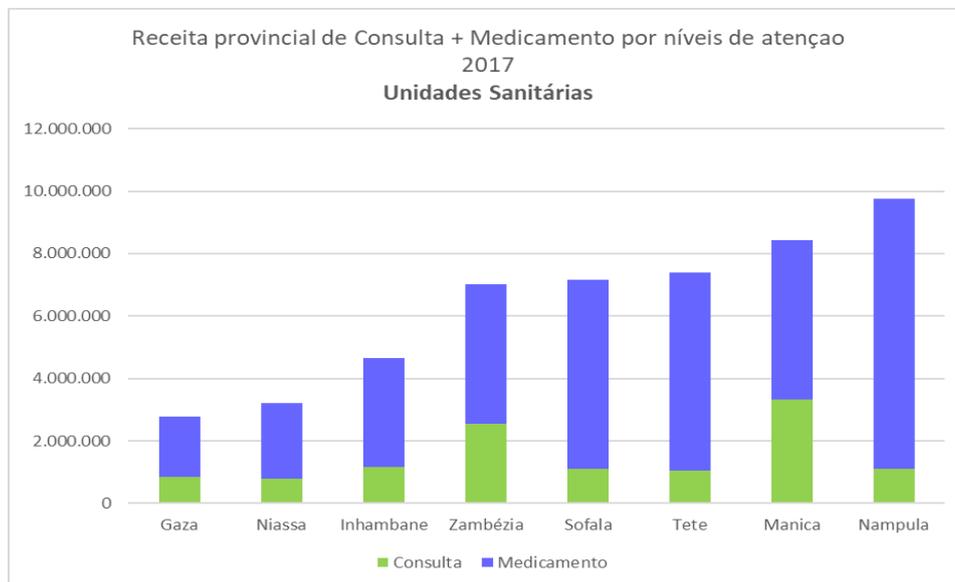
É interessante observar como algumas províncias **só têm praticamente arrecadação por consulta**, o qual significa que não impõem um preço para os procedimentos médicos, como Gaza e Niassa. Outras províncias como Nampula e Zambézia têm uma arrecadação mais relevante em taxa moderadora e procedimentos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



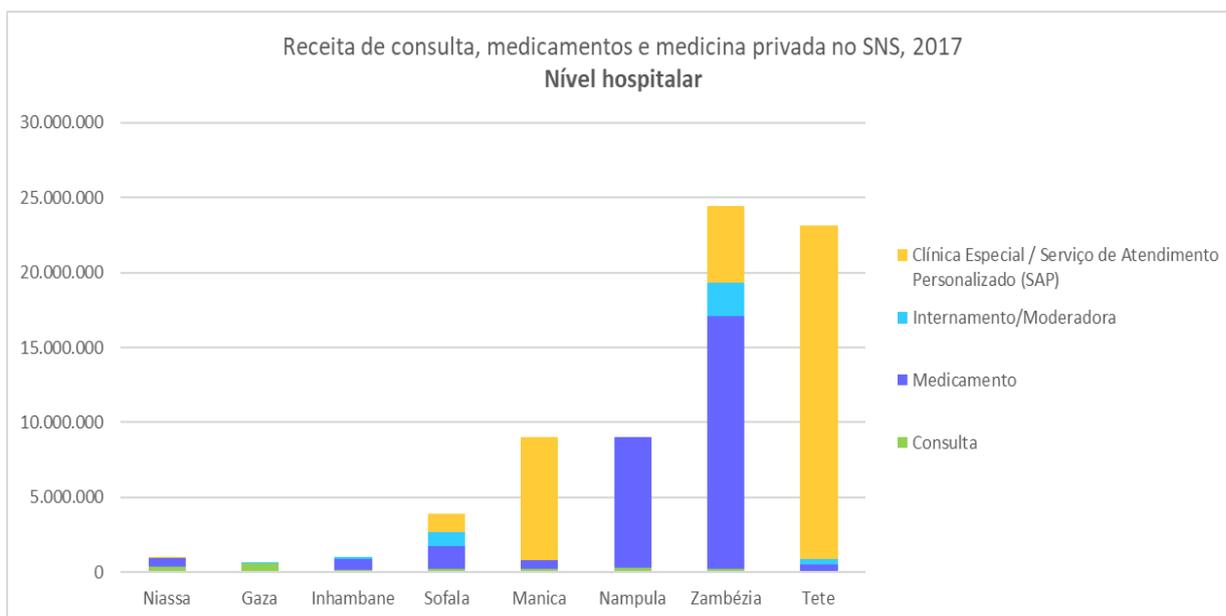
No gráfico seguinte olhamos para a **arrecadação per capita** em estas áreas em que os fundos poderiam voltar ao SNS e ser geridos com o SISTAFE. Observamos uma **média de 0,80 Meticais por pessoa e ano.**, com elevada variabilidade: De 0,25 Mzn/pessoa/ano, até 8 vezes mais (2 Mzn/pessoa/ano). Nampula,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



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



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



Os dados fornecidos pelas DPS ao MISAU Central indicam, em geral, um padrão de **grande dispersão na arrecadação de receita**, com valores muito diferentes entre províncias. Intui-se uma gestão diferente em cada província, que prioriza um tipo ou

outro de arrecadação e resolve a gestão da forma mais conveniente em cada caso, mais não padronizada.

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

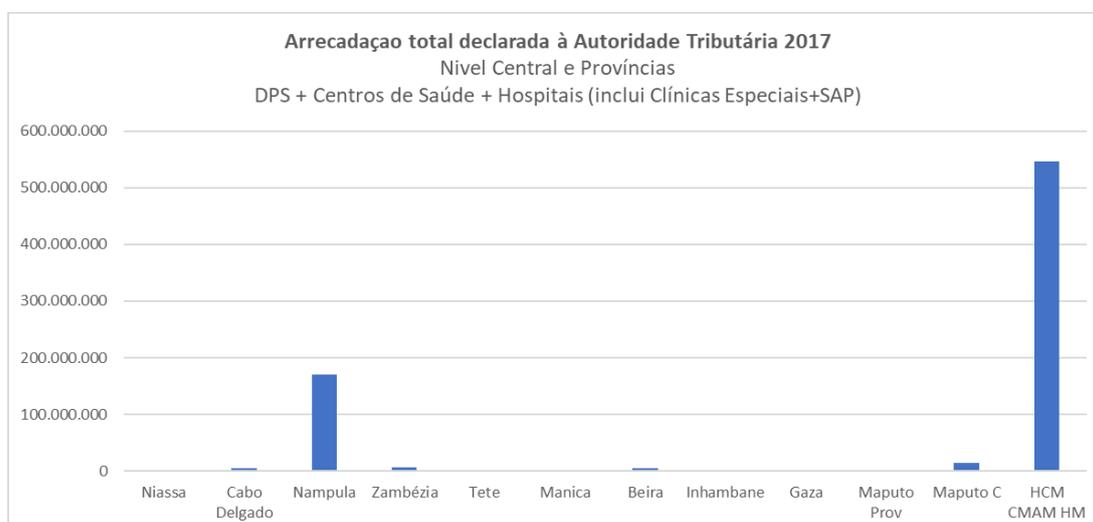
5.3.2 Declaração da receita

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

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

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

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

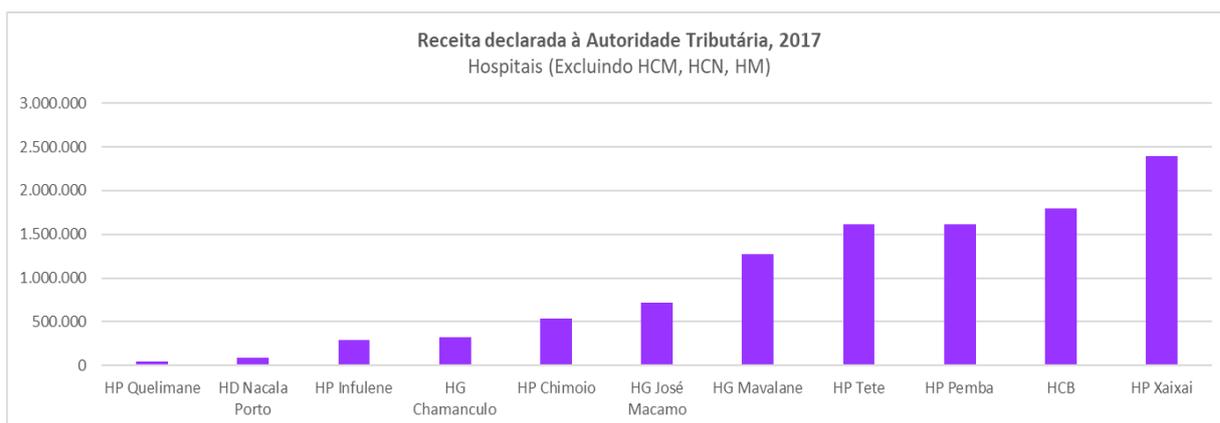


O próximo análise consiste em dividir a arrecadação por hospitais e DPS. O gráfico seguinte mostra a **arrecadação por hospital**, com as quantidades elevadas das Clínicas Especiais de Maputo e Nampula, a arrecadação do Hospital Central de Maputo, e do Hospital Militar. O resto de hospitais, sem Clínica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

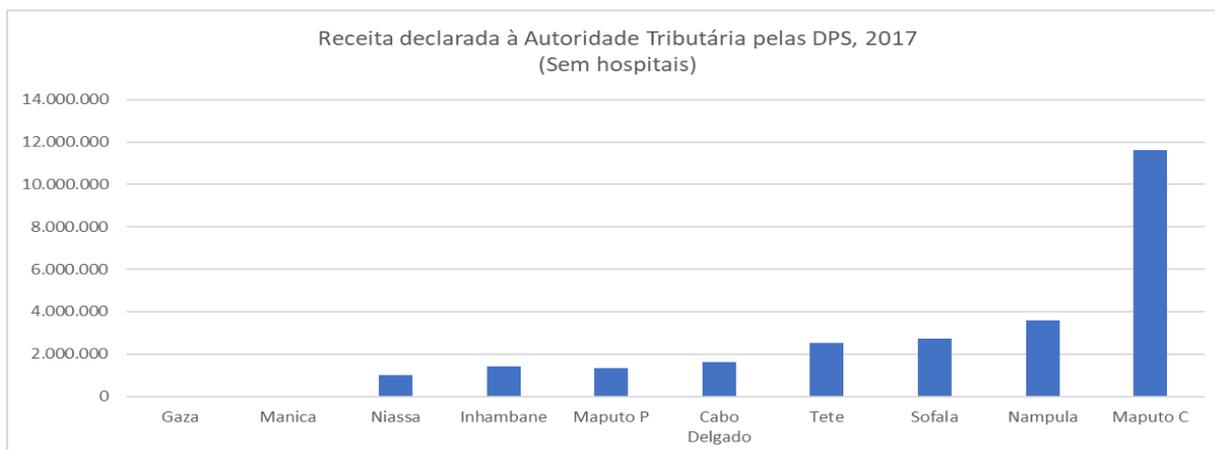
Mesmo observando a enorme relevância da arrecadação das Clínicas Especiais, á que lembrar que os fundos não são transferidos à Autoridade Tributária nem geridos conforme à procedimentos de Orçamento de Estado (não declarados no Relatório de Execução).



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



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



5.3.3 Consignação de fundos

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

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

Será uma área interessante para próximas pesquisas.

5.3.4 Execução da receita

Dados de execução da receita do e-SISTAFE

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

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

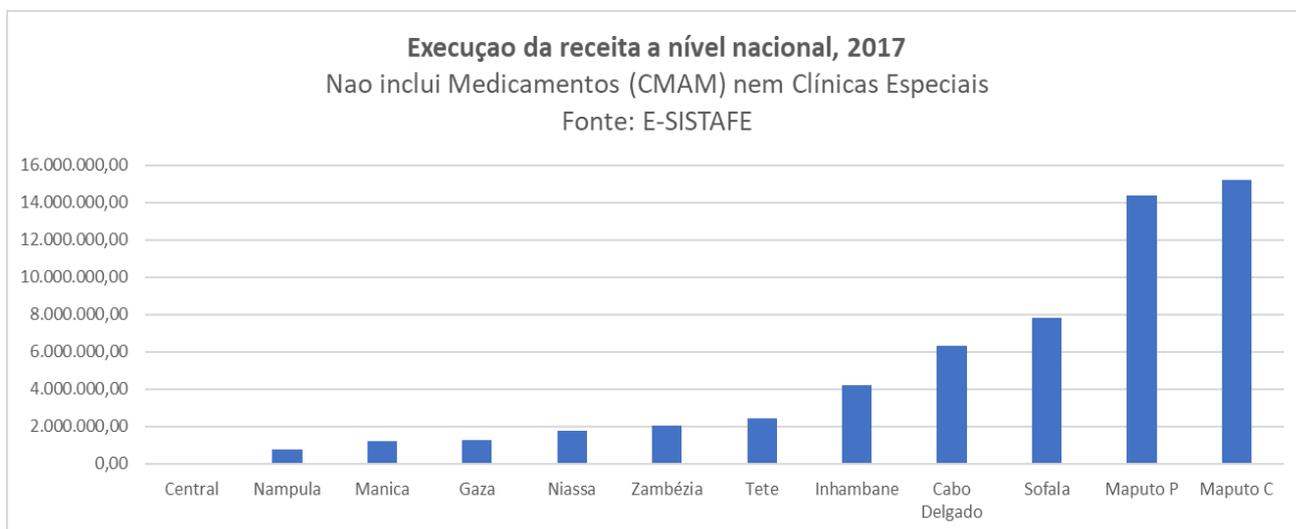
Destacam as diferenças de execução nas províncias: Maputo Cidade e Província executam entre 14 e 15 milhões, comparativamente com Nampula, Manica, Gaza, Niassa, Zambézia e Tete com entre 1 e 2 milhões.

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

- 1) A receita foi encaminhada para à Autoridade Tributária e não foi retornada.
- 2) A receita esteve disponível para o seu uso porque i) ficou na fonte ou ii) foi retornada da AT, mais:
 - a. Não foi executada (desvio)

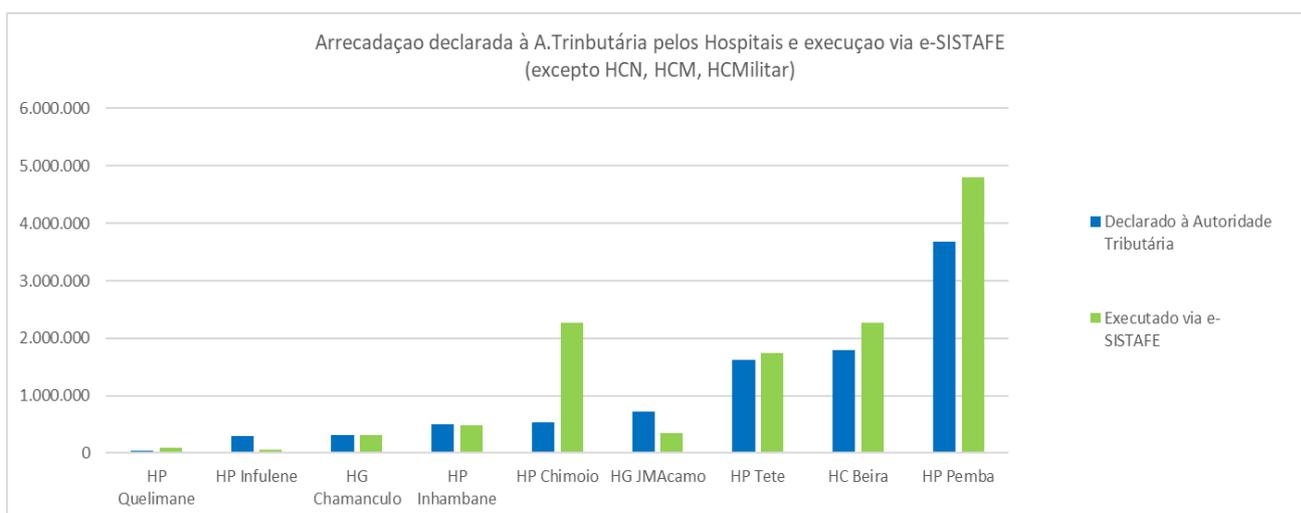
- b. Não foi executada via E-SISTAFE (fundos bem utilizados mais insuficientemente reportados: Sem fatura, etc. ou fundos executados em conceitos fora das normas do SISTAFE)

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



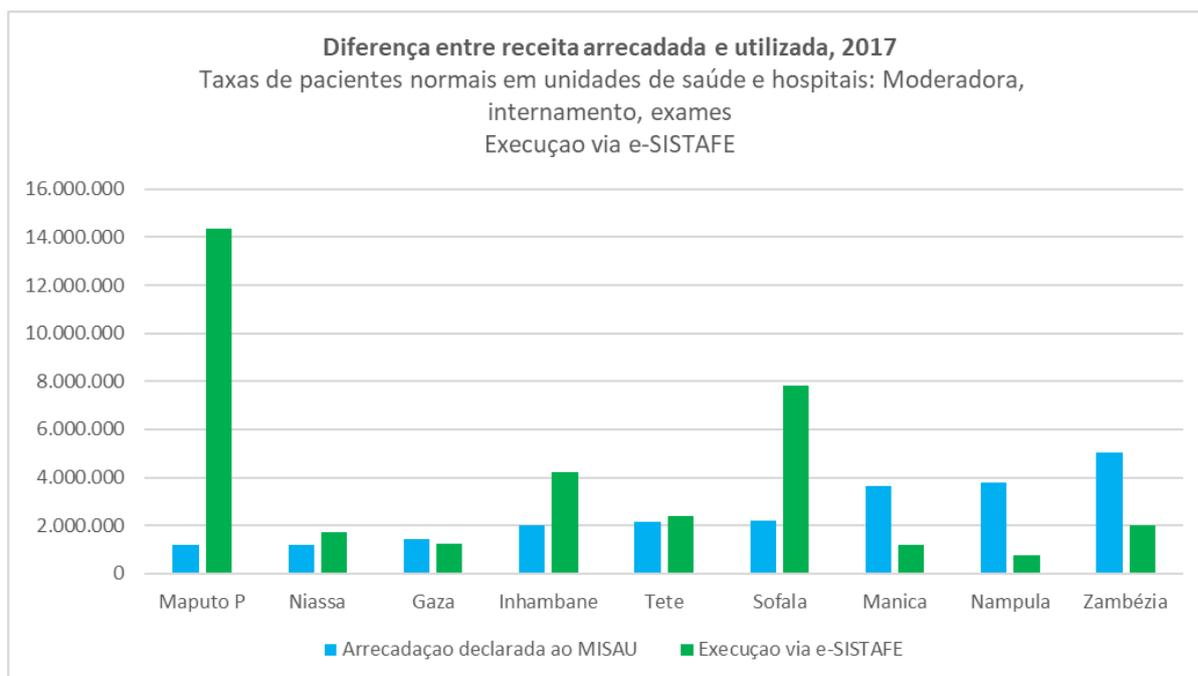
A capacidade do sistema para completar o ciclo de arrecadação, gestão e execução é limitada. Na fonte pode-se arrecadar muito, mais a maior parte utiliza-se fora do sistema de gestão de finanças públicas do Orçamento de Estado. **A parte que finalmente é utilizada com procedimento nacional é pequena.**

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



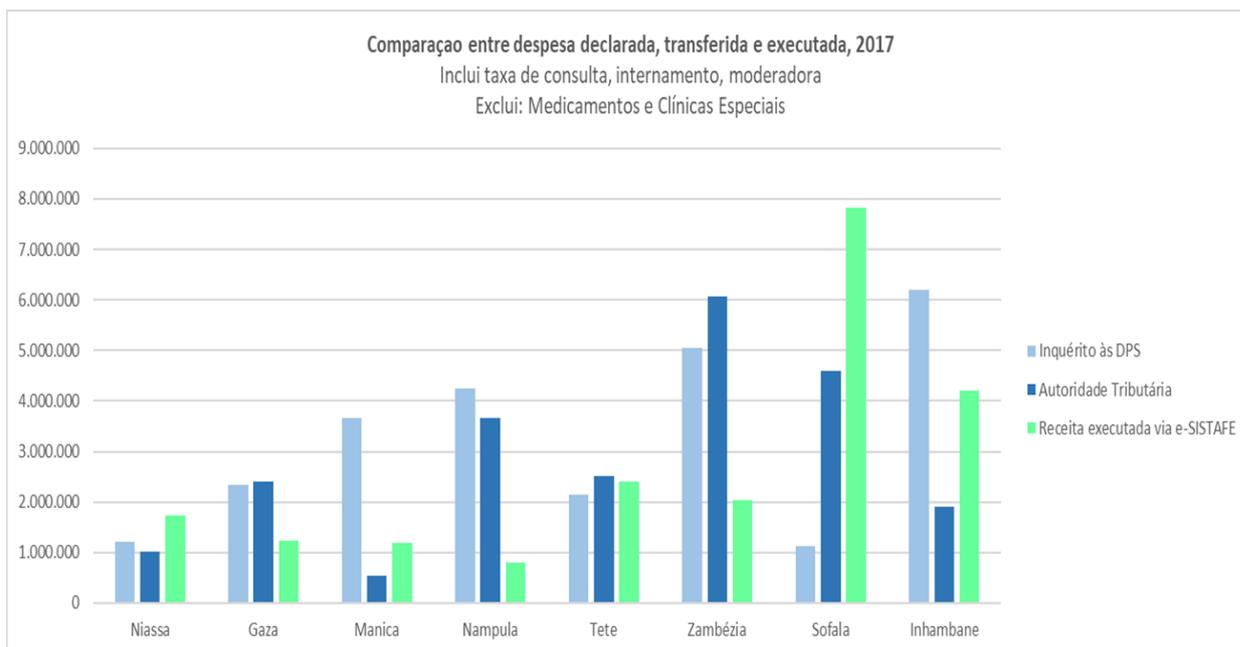
Comparação entre a receita declarada ao MISAU, à Autoridade Tributária e a execução via e-SISTAFE

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



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

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



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

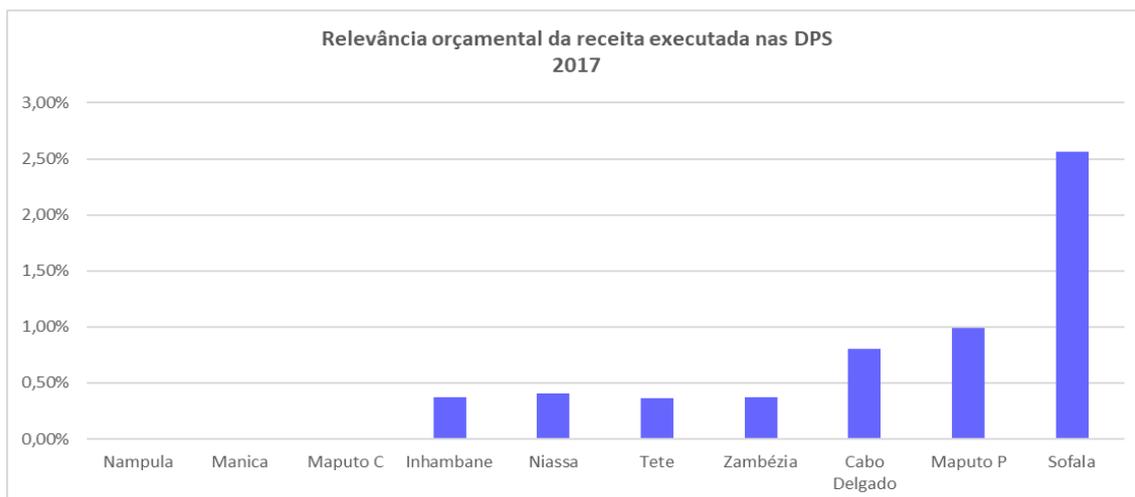
- Algumas províncias declaram ao MISAU a mesma quantidade que transferem na Autoridade Tributária. Este procedimento é óptimo. Também declaram execução (Gaza, Tete, Zambézia). Mais não sabemos se os fundos foram realmente consignados (devolvidos)? Pode ser também um caso de baixa declaração. Falta informação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

Estas discrepâncias poderão ser compreendidas quando se tenham disponíveis os dados de consignação de fundos desde o Tesouro até as instituições arrecadoras.

5.3.5 Relevância orçamental da receita

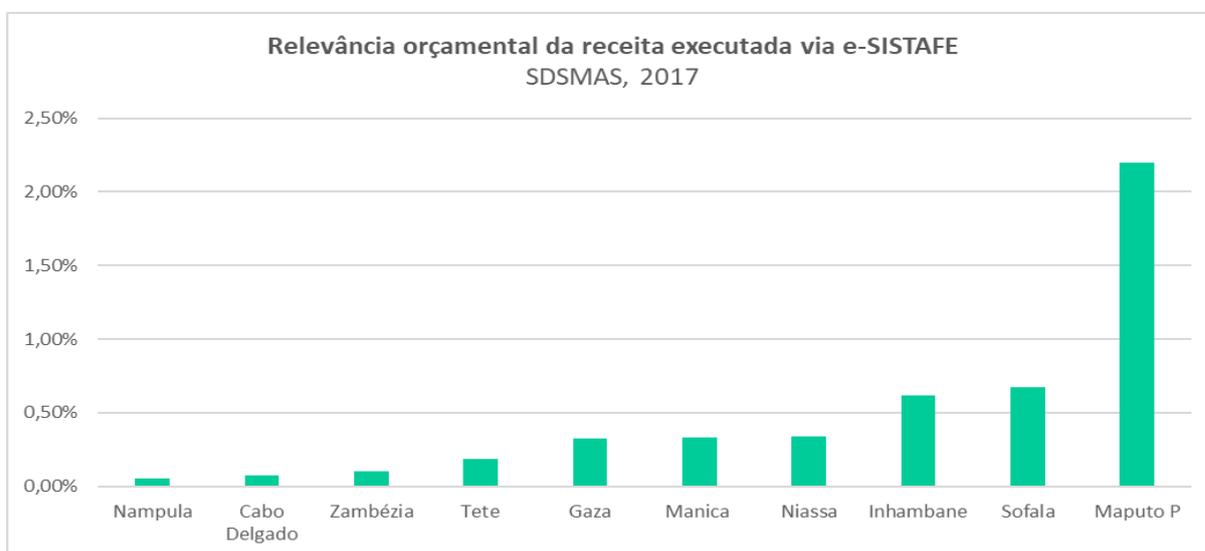
Analisamos a relevância orçamental nas DPS, nos distritos e nos hospitais, que são as categorias para as quais temos os dados.

Para às DPS, a relevância orçamental da receita é em média de 0,7% do seu orçamento. Em realidade, como pode se apreciar no gráfico, para a maioria das DPS, a **receita representou 1% ou menos do seu orçamento executado via e-SISTAFE em 2017.** Algumas províncias têm execução zero via e-SISTAFE (nas DPS). Para a DPS de Sofala, a receita representa um 2,5% do seu orçamento.



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

Os distritos seriam o espaço natural de execução da receita em caso de que esta fosse consignada (devolvida), já que as Unidades Sanitárias não são Unidades Gestoras Executoras. Seria interessante analisar o percurso da receita até voltar ao distrito (SDSMAS), e valorar a relevância e pertinência de tudo o processo complexo na melhoria final do atendimento aos utentes.



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

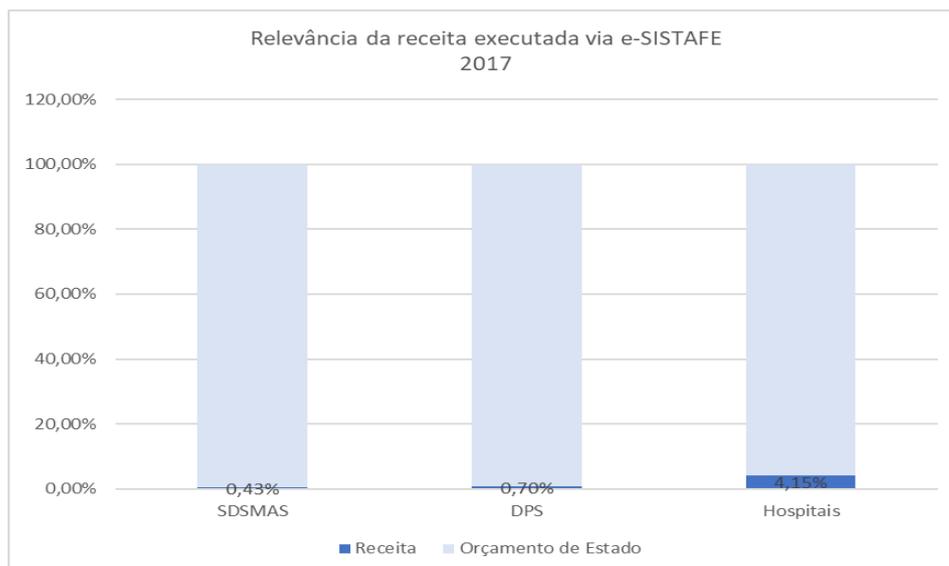


O Hospital Central de Maputo (HCM) tem uma cor diferente, já que é um caso especial de execução da receita fora do e-SISTAFE. O resultado foi uma relevância orçamental de 5%, tomando em conta as receitas de pacientes “normais”, como nos outros hospitais (Excluindo Clínicas Especiais), e tomando os dados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

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

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

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



5.4 Quanto custa arrecadar?

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

Esta análise poderia ser aprofundada tendo em conta:

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

5.5 Quanto poderia se arrecadar de mais se as taxas foram aumentadas?

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

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

Para fazer uma simulação, precisaríamos:

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

Em geral:

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

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

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

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

5.6 Conclusões na área de taxas dos usuários

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

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

2. Os **pagamentos crescentes nos hospitais** da rede sanitária pública **por consultas, diagnósticos e procedimentos médicos têm um risco real de diminuir o acesso à saúde e representar despesa catastrófica**.
3. Em geral, **os padrões de arrecadação, gestão e uso de receita são diferentes entre províncias**, o qual indicaria uma **gestão não unificada** da arrecadação, gestão e uso da receita no SNS (explicado no ponto 10).
4. Observa-se uma **elevada complexidade administrativa nos processos de arrecadação, gestão e uso da receita geridos por diversas instituições**, com o

resultado de fragmentação, perda de relevância da receita, dificuldade de ter informação completa e risco de desvio.

5. **A maior parte da receita arrecadada é utilizada fora do procedimento nacional** (94% com dados da Autoridade Tributária¹¹⁹ e 82% com dados fornecidos pelas DPS). Com estes fundos financiam-se serviços e bens que **não estão claramente ligados** na sua totalidade **ao Serviço Nacional de Saúde**, especialmente **incentivos salariais**. Trata-se da receita das Clínicas Especiais, CMAM e em alguns casos Hospitais Centrais.
6. **As Clínicas Especiais não podem ser consideradas mecanismos de financiamento do SNS atualmente, já que:**
 - Não temos informação sobre os custos que supõem para o Orçamento de Estado
 - Os ingressos são utilizados majoritariamente para financiar despesas fora dos limites do SNS, especialmente complementos salariais.

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

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

7. Os custos de arrecadar podem se estimar como **maiores** que aquilo efetivamente executado de receita via e-SISTAFE.
8. Todo o processo da receita leva consigo também **custos de transação** relevantes:
 - A **incerteza dos pacientes sobre as quantidades a pagar**, num contexto de não padronização dos pagamentos e negociação individual das isenções. Esta incerteza leva geralmente à uma diminuição da demanda de serviços¹²⁰.
 - A **incerteza das unidades de planificação** (US, SDSMAS, DPS) sobre as quantidades a ser orçamentadas como receita
 - A incerteza das unidades de execução sobre a **consignação de fundos**
 - **Dificuldades na gestão dos centros de saúde respeito a como gerir a receita** (Dentro/Fora do SISTAFE), o papel das contas bancárias, etc.
9. **Risco de desvio:** O facto de não ter um controlo único de todo o processo complexo, e o facto de muitas Unidades Executoras terem maneio diário de

¹¹⁹ Percentagem estimativa. Dados obtidos da Autoridade Tributária. Direção Geral de Impostos. Receita da Saúde Arrecadada em 2017. Dos 754 M Mzn arrecadados, ao menos 711 são executados fora do e-SISTAFE, segundo a informação disponível.

¹²⁰ Cabral, J. (2007): *Consultoria sobre a abolição de taxas de usuário no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique*. Universidade Nova de Lisboa.

fundos e contas bancárias comerciais faz com que exista um risco evidente de desvio de fundos. As grandes discrepâncias entre o arrecadado, o declarado, transferido e executado, podem indicar **controles não muito consistentes**.

10. Existe uma **grande diversidade na gestão de todo o processo da cobrança ao uso das receitas. Não existe um seguimento nem controlo único do processo:**

- **Arrecadação**
 - O **perfil de arrecadação de cada província é muito** diferente (tipo de receita e quantidades arrecadadas), mais do que poderia ser justificado pelas lógicas diferenças de população e renda.
 - **Os pagamentos de pacientes “normais” nos Hospitais não estão padronizados**¹²¹. Existe um **número crescente de pagamentos que são feitos nos hospitais**, ao abrigo da **autonomia** dos hospitais, e que têm potencial para ser catastróficos (será preciso mapeamento e regulamentação).
- **Declaração ao MISAU**
 - Os mecanismos de declaração de receita das DPS ao MISAU/DAF não funcionam operativamente. A receita que é captada pelos sistemas de informação do nível central é mínima.
 - Com o inquérito específico realizado, os padrões de declaração também foram diferenciados entre províncias, existindo províncias que declaram mais à Autoridade Tributária que ao próprio MISAU.
- **Declaração à Tributária**
 - Os padrões de declaração à Autoridade Tributária são também diferenciados entre províncias.
- **Transferência à Autoridade Tributária**
 - Existe uma parte da declaração da receita à Autoridade tributária que não culmina com transferência de fundos. Algumas Unidades Executoras podem ficar com os fundos, e algumas delas executam estes fundos com procedimentos fora do Orçamento de Estado.
- **Consignação**
 - Não temos informação sobre quanta receita foi solicitada pelas DPS para ser devolvida (pendente de obter)
 - Não temos informação sobre quanta receita foi finalmente consignada pelo Tesouro (pendente de obter).
- **Execução**
 - Os dados de execução revelam uma execução baixa em geral, com procedimentos de Orçamento de Estado.
 - O padrão de execução de receita também é muito diferente entre províncias

¹²¹ Intellica (2013): *Relatório sobre o potencial de arrecadação de receita no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique*. DFID, Maputo.

11. **A informação disponível é limitada.** Não temos informação disponível, pública, acessível e permanentemente atualizada sobre:
- Arrecadação das DPS, Centros de Saúde e Hospitais com diferenciação por tipo de receita.
 - Consignação de fundos do Tesouro para às DPS.
 - Custos das Clínicas Especiais suportados pelo Orçamento de Estado
 - Arrecadação das Clínicas Especiais e a sua utilização no SNS

5.7 *Recomendações na área de pagamentos dos usuários*

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

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

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

2. **Manter a forma universalista do Serviço Nacional de Saúde.** Isto implica:
- Esforço continuado para uma provisão de **máxima** qualidade no SNS
 - Acesso universal da população a todos os serviços do SNS como **direito de cidadania**
 - **Não diferenciação os serviços por capacidade de pagamento**
 - **Não estabelecimento de relação entre pagamento e uso**

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

3. **Priorizar o Orçamento de Estado como fonte de financiamento**

O Orçamento de Estado é a fonte de financiamento mais interna, independente de fundos externos, e que oferece certa estabilidade no longo prazo. Permite a realização de grandes políticas de Estado, como a cobertura sanitária, com impacto sobre a redução da pobreza e das desigualdades. A OMS no último relatório sobre financiamento de sistemas de saúde recomenda diminuir os

pagamentos por uso, limitar as contribuições sociais e transitar para sistemas financiados com impostos gerais¹²².

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

A análise de espaço fiscal dá-nos informação válida sobre a situação macrofiscal em Moçambique em 2018 e nos próximos anos e décadas. Sendo à atualidade um momento de consolidação fiscal e crescentes pagamentos de dívida, o sector vai manter o seu peso no orçamento e aumentá-lo em termos nominais. Os próximos anos o sector vai ver aumentos moderados de financiamento, afetados pela crise de liquidez, tendo esta piorado severamente em 2017 e possivelmente em 2018. **As perspectivas de médio e longo prazo estimam capacidade de financiamento do SNS com impostos gerais.**

4. **Transitar para um cenário com menores ou nulos pagamentos no ponto de uso**, tal como recomendado pelos padrões internacionais. Considera-se que os pagamentos no ponto do uso são a forma **menos equitativa** de financiar os sistemas de saúde e aquela que implica mais despesa catastrófica.

- **Valorar as formas mais adequadas de financiar os centros de saúde**, tendo em conta os inputs que são comprados e contratados centralmente (RRHH, Medicamentos e artigos médicos), e aqueles que devem ser comprados ao distrital ou provincial. As Unidades Sanitárias não são Unidades Gestoras Executoras (UGE) e por tanto é importante refletir sobre a situação de elas arrecadarem fundos que não podem executar.

Será preciso valorar qualitativamente, em relação à procedimentos, se são as receitas a forma mais adequada para responder às necessidades de **fundo de maneo dos distritos, das unidades de saúde** e dos hospitais, com critério de máxima **simplicidade administrativa** e relevância orçamental.

- **Analisar, limitar e progressivamente reduzir os pagamentos** que são realizados nos **hospitais da rede pública** para consultas, diagnósticos, procedimentos, operações, próteses, já que constituem o **principal foco de crescente risco de exclusão sanitária e despesa catastrófica**.
- **Valorar a remoção da taxa de consulta (1Mt)**, visto que a gestão é complexa, os custos administrativos e de transação são elevados, e a relevância orçamental agregada é pequena. Recomenda-se dialogar com as províncias, distritos e unidades de saúde para compreender bem a relevância de esta taxa de 1Mt no financiamento diário das unidades sanitárias e planificar conjuntamente o mecanismo de substituição de estes fundos.

¹²² WHO (2017): *Global Report: New perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage*. Geneva. Pg.29

- **Refletir sobre a utilidade e progressividade da taxa de medicamentos (5Mt)**

A receita de medicamentos complementa o orçamento da CMAM em operações de distribuição de medicamentos e incentivos salariais fora dos procedimentos do Orçamento de Estado. **Merece uma reflexão sobre a sua pertinência, utilidade, progressividade** (como aprofunda desigualdades), bem como **correspondência com o fim para o qual foi criada a taxa.**

- **Estudar a opção de substituir os pagamentos dos utentes nas unidades sanitárias por transferências monetárias de fundos de Orçamento de Estado para funcionamento das unidades sanitárias desde o nível Central/Provincial**

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

Moçambique tem um ponto de partida interessante: **Os salários e os medicamentos não dependem da receita arrecadada nas unidades sanitárias,** como acontece em outros países africanos.

5. **Analisar a relação entre os pagamentos formais e informais no SNS.** A redução progressiva dos pagamentos no ponto de uso poderia diminuir os pagamentos informais sempre que exista um diálogo prévio com os intervenientes, o financiamento seja suficiente, e a comunicação e supervisão sejam claras.

6. **Limitar a presença de atividade económica privada dentro do SNS**

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

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

7. No caso de querer manter **pagamentos diretos para à Saúde por parte dos cidadãos,** recomenda-se escolher tipos de pagamentos que possam ser realizados

por **toda a cidadania, não só por aqueles que usam o SNS**. Deveria ser um tipo de pagamento **desligado de qualquer episódio de doença nem do uso do SNS**.

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

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

5.8 Propostas futuras de análise na área de pagamentos dos usuários

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

6. Outras receitas

6.1 Receita não sanitária

A EFSS Versão 4 inclui propostas para incrementar a receita não sanitária que é gerada no quadro do SNS mais em atividades não relacionadas com a prestação de serviços de saúde, por exemplo parkings, lojas, centro social, etc.

A geração de receita própria pode ser uma opção interessante de financiamento complementar sempre:

- Não interfira com a atividade principal de prestação de serviços de saúde
- **Não implique atendimento diferenciado ou melhor para as pessoas que pagam** (por exemplo, melhores camas, melhor comida, mais espaço)
- Os mecanismos de **gestão de finanças públicas** estejam em funcionamento de forma clara, transparente e simples.

A situação atual da gestão da receita própria não permite visualizar claramente os ganhos que este tipo de receita tem sobre a gestão diária dos centros de saúde. O capítulo 5 refere amplamente sobre a receita e sobre as recomendações em caso de optar por um aumento da receita: A principal é **simplificar, clarificar e unificar os circuitos de arrecadação e uso da receita, de forma a poder agregar os fundos e ter uma visão conjunta da sua relevância orçamental e utilidade.**

6.2 Receita de provedores privados de saúde

É uma proposta comumente aceite e proposta que as companhias de seguros de saúde, vida e automóvel paguem ao SNS pelos serviços oferecidos aos seus assegurados. Não se consegue esta via de financiamento do SNS pela limitação nos processos de faturação.

Mais uma proposta de este tipo poderia fazer priorizar os pacientes “de pago” frente a aqueles que não têm seguro privado. **O cidadão é atendido no SNS em tanto que cidadão**, não em tanto que cliente de companhias seguradoras.

Recomenda-se manter a divisão clara entre sector público e privado. O seguro privado é uma opção de mercado que a cidadania tem, mais isso **não deveria somar nem restar direitos no SNS**. O SNS deve tratar por igual a todos os cidadãos, independentemente dos seus duplos seguros no sector privado.

6.3 Receita agregada: O caso do SEMMO

Existe um caso interessante em estudo, mais parecido a um imposto que a uma receita. O Serviço de Emergências Médicas de Moçambique (SEMMO) é um serviço público criado em 2015 e que já conta com 45 ambulâncias. Tem um orçamento operativo de 7M Mzn por ano que precisa ser aumentado para poder responder às demandas de operação.

A proposta do Departamento de Emergências na DNAM é implantar uma política semelhante à aquela existente em Portugal, naquela **as companhias seguradoras de automóveis pagam um 2,5% dos seus ingressos diretamente para o Serviço público de Emergências Médicas**, em compensação por todos os custos **de resposta às emergências que as próprias empresas privadas não conseguem cobrir**. As empresas não têm capacidade de resposta rápida nem veículos equipados, etc.

O fator chave de esta política particular é que **os utentes não são diferenciados entre aqueles que têm um seguro privado e aqueles que não têm**. As empresas pagam uma quantidade agregada como aporte geral e o Serviço de Emergências atende a todos os cidadãos sem distinção. Por isso parece-se mais à um imposto consignado que a uma taxa.

Esta proposta está em estudo no Ministério da Saúde.

7. Eficiência

7.1 Eficiência nos sistemas de saúde

A melhoria da eficiência do Serviço Nacional de Saúde é um objetivo incluído no Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-15), bem como no próprio rascunho da Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) como uma das áreas mais relevantes.

O caminho para à Cobertura Universal de Saúde não inclui só na mobilização de recursos internos e externos, mais também o fortalecimento da capacidade do sistema para conseguir melhores resultados com os recursos existentes. A OMS recomenda aumentar a eficiência dos sistemas de saúde e diminuir as elevadas percas de eficiência por **escolhas pouco custo-efetivas**, estimadas em até 20-40% dos investimentos, como políticas essenciais para alcançar a Cobertura Universal em Saúde¹²³.

Em clave macroeconómica, o FMI propõe melhorar a eficiência dos sistemas de saúde como uma das primeiras vias para aumentar o espaço fiscal para a saúde¹²⁴.

O que é eficiência nos sistemas de saúde?

A definição geral seria o ratio entre resultados de saúde e recursos utilizados. Como resultado geral de saúde é utilizada a esperança de vida, mais muitos outros indicadores como as Unidades de Atendimento (UA) e resultados intermédios de saúde podem ser medidos em comparação aos recursos de todo tipo utilizados.

Dentro da eficiência geral, a **eficiência alocativa** analisa quais seriam as **combinações de serviços e intervenções que poderiam maximizar as melhorias de saúde**, tanto comparativamente dentro de uma doença, ou entre doenças (quais intervenções de saúde podem ter mais impacto na melhoria da saúde da população).

A **eficiência técnica** refere-se ao nível de resultado que pode se obter com um nível de recursos dado, ou ao volume mínimo de recursos necessário para um nível de resultados dado.

¹²³ Chisholm, D and Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World Health Report. Background Paper, 28. Geneva: World Health Organization

¹²⁴ Heller, P. (2006): *The prospects of creating fiscal space for the health sector*. Oxford University Press and LSHTM.

Se estima que as grandes áreas donde existem ineficiências nos sistemas de saúde são (OMS, 2010):

- **Recursos Humanos:** Combinação de recursos humanos desapropriada ou de custo elevado
- **Medicamentos:**
 - Sobre-preço de medicamentos e infra utilização de genéricos
 - Uso irracionalmente elevado de medicamentos
 - Medicamentos falsificados
- **Insumos de saúde:** Uso excessivo de procedimentos, diagnósticos e equipamento
- **Serviços de saúde:**
 - Qualidade sub ótima de atendimento e erro médico
 - Tamanho inapropriado dos hospitais
 - Estadias longas no hospital
- **Percas:** Corrupção e fraude

Quais são os determinantes da eficiência nos sistemas de saúde?

A evidência sobre eficiência de sistemas de saúde conclui que provavelmente eficiência está mais relacionada com igualdade no acesso, elevada cobertura, e qualidade na provisão, que com a forma na qual utilizam os recursos no processo de produção de resultados de saúde¹²⁵.

A forma da provisão parece ser também um determinante interessante da eficiência. Numa análise de mais de 300 estudos sobre eficiência, Hollingsworth conclui que os sistemas públicos são comparativamente mais eficientes que aqueles privados sem e com fins de lucro¹²⁶. Este feito pode ser devido à que os sistemas públicos não têm a carga do benefício privado em cada ato médico (des-economias de escala), e têm geralmente um foco na população inteira, incluindo ações preventivas, o qual pode levar a melhores resultados agregados (numerador do ratio de eficiência).

A gestão dos recursos com visão de maximização de resultados e o compromisso com a provisão de alta qualidade são peças essenciais na melhoria da eficiência dos sistemas de saúde.

Os estudos insistem também em que o caminho para a cobertura universal pode levar décadas, e que deve se pensar além do custo-eficiência, tomando em conta a equidade, bem como as características locais e as possibilidades reais de implementação no contexto no qual se trabalha.

¹²⁵ Chrisholm and Evans (2010). Op. cit.

¹²⁶ Hollingsworth, B. (2008): *The measurement of efficiency and productivity of health care delivery*. Health Economics, 17 (10)

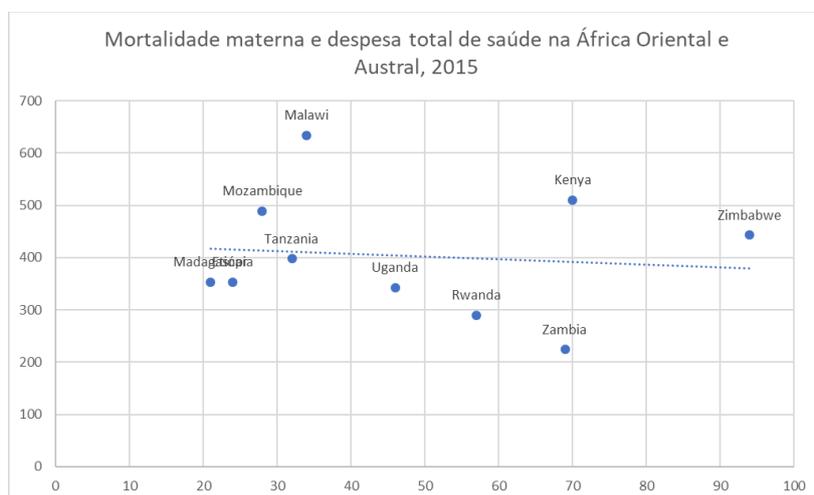
7.2 Análise da eficiência no sistema de saúde em Moçambique

Alguns estudos foram realizados para analisar a eficiência do sector de saúde em Moçambique, olhando para **indicadores globais de desempenho**. O relatório sobre Análise de Despesa Pública no sector da Saúde (HPER)¹²⁷ e o Análise da Provisão de Serviços de Saúde¹²⁸ oferecem uma visão sobre a capacidade do sector para gerar resultados de saúde ao nível agregado com os recursos disponíveis.

A taxa de mortalidade materna em 2013 era mais elevada em Moçambique que em outros países da região com investimentos inferiores em esta área, tais como Uganda, Madagascar ou Senegal, o qual pode mostrar que existe espaço para a melhora de resultados.

Se repetimos este cálculo com dados de 2015, os resultados são semelhantes (gráfico 1). Moçambique teve uma taxa de mortalidade de 489/100.000nv em 2015, em quanto Etiópia e Madagascar tiveram uma taxa de 353 com investimentos menores, em termos nominais. A tendência é ter melhores indicadores quanto mais investimento na saúde (224 para Zâmbia). Também há casos de elevado investimento e resultados piores (Malawi 634, Kenya 510 e Zimbabwe 443 com um investimento elevado para o contexto de 94\$ por pessoa e ano).

Estes dados indicam que são muitos os fatores que incidem nos resultados de saúde dos países, e não só o nível de investimento. A forma do sistema, o nível de inclusão, a carga administrativa, os incentivos em toda a cadeia de gestão, entre outras grandes áreas, podem ser determinantes da eficiência.



Mortalidade materna/100.000nv. WHO. Maternal mortality statistics.

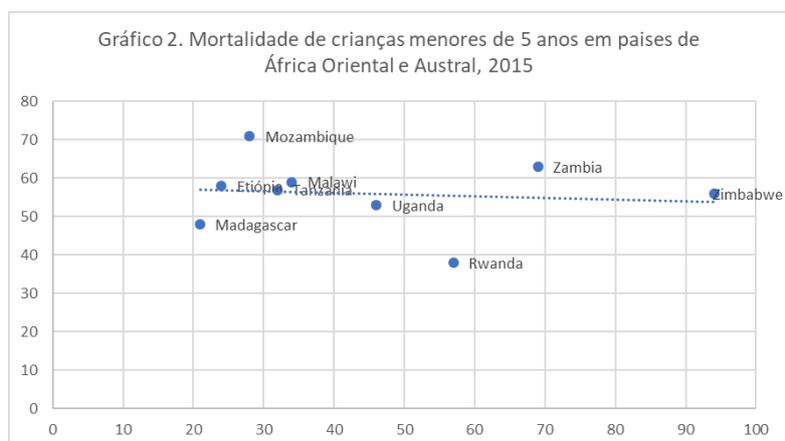
Despesa total em saúde per capita US\$ nominais, 2015. WHO World Health Expenditure Database

É semelhante a análise para a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Moçambique tem uma taxa estimada de 71/1000nv (UNICEF), e outros países como Etiópia, Madagascar, Tanzânia e Malawi investem quantidades próximas e alcançam melhores

¹²⁷ World Bank (2015): *Health Public Expenditure Review*. Maputo, Mozambique

¹²⁸ World Bank (2015): *Health Service Delivery in Mozambique*. Maputo.

resultados. Também é interessante observar países com elevados investimento no contexto, e com resultados comparativamente piores (Zâmbia e Zimbábue).



Fonte: UNICEF, 2017 <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
Despesa total em saúde per capita US\$ nominais, 2015. WHO World Health Expenditure Database

Será interessante aprofundar este tipo de análises gerais de eficiência com, por exemplo, a força de trabalho por especialidades, ou o investimento em determinadas doenças ou níveis de atenção.

Alguns estudos específicos para Moçambique, realizados com metodologias quantitativas, apontam para uma **provisão de serviço inferior a aquela possível com os recursos disponíveis**¹²⁹. Em concreto, se conclui que se produz um 73% do total teórico máximo de consultas médicas que poderiam se realizar com os recursos disponíveis, e estão em funcionamento um 66% dos equipamentos, consumíveis e contratações de pessoal daqueles que seriam possíveis com os recursos disponíveis.

Este estudo põe o foco no papel dos Administradores distritais de saúde, e também expressa a grande variabilidade de disponibilidade de recursos entre distritos e entre unidades sanitárias. A principal recomendação é **melhorar as ineficiências administrativas** no sistema em relação a:

- ❖ Gestão de bens e serviços: Análise da disponibilidade e de necessidades, aquisições, manutenção, reparação, seguimento permanente.
- ❖ Recursos Humanos: Contratações, promoções, gestão das ausências, ações disciplinares, formação
- ❖ Receita: Arrecadação, registo, declaração, orçamentação e uso.

7.3 Principais fontes de ineficiência técnica em sistemas de saúde e situação em Moçambique

I) Mix de procedimentos e intervenções de saúde

A OMS insiste na necessidade de **analisar o custo-eficiência** das escolhas de procedimentos e intervenção, priorizando aquelas que:

- Respondam melhor as prioridades do quadro epidemiológico
- Mostrem melhores resultados com os menores custos

¹²⁹ Anselmi, L. Lagarde, M. Hanson, K: *Investigating efficiency in health care production: The roles of health care administrations and providers in Mozambique.*

Neste sentido, será útil uma reflexão sobre a escolha de intervenções e procedimentos.

Um exemplo sobre escolha de procedimentos e intervenções no sector público é o uso do nível quaternário como aquele de máxima complexidade:

- A OMS recomenda uma **taxa de cesarianas** de máximo 15%, correspondente à estimativa de partos de risco, mais Moçambique apresenta taxas muito elevadas de cesarianas no nível quaternário: 45% no Hospital Central de Maputo, 40% no Hospital Central da Beira e 38% no Hospital Provincial da Matola¹³⁰. Esta escolha de procedimento tem implicações na saúde, mais também nos custos: Cirurgia, estância hospitalar, visitas de seguimento, complicações, possíveis infeções, mais medicamentos, etc.
- A doença mais tratada em Hospitais em Moçambique em 2016 foi a **malária**, tanto nos níveis Centrais como provinciais, tanto para adultos como para Pediatria. Pode ser interessante uma reflexão sobre o rol da **prevenção e dos Cuidados de Saúde Primários** para os casos menos graves não chegarem aos níveis quaternários, onde os custos de operação são muito maiores.

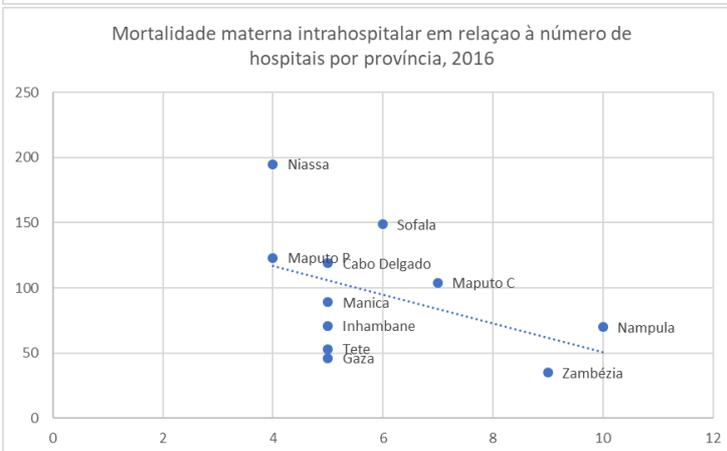
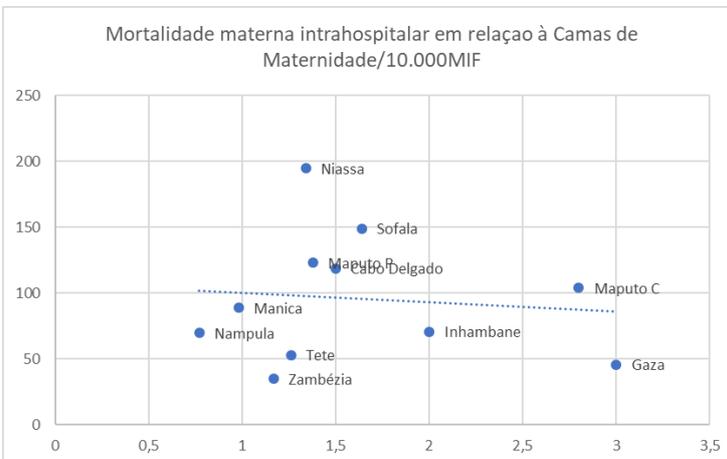
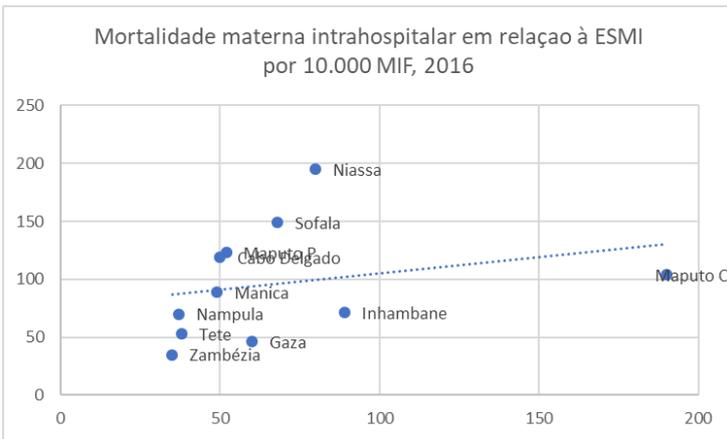
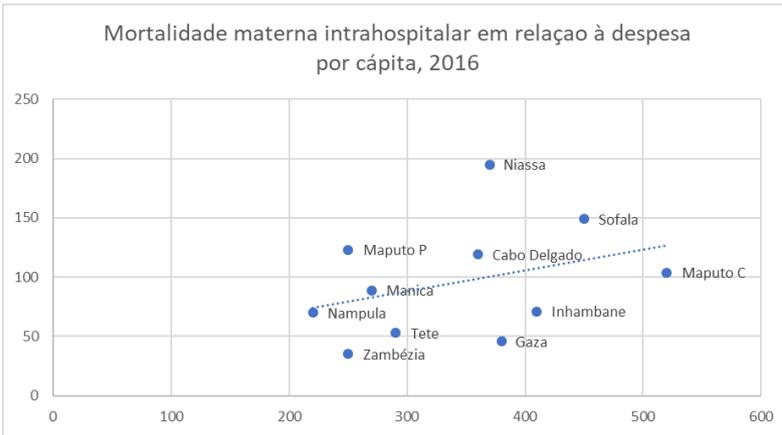
Poderia uma melhora das unidades de saúde e uma abertura além das 8,7 horas por dia atuais¹³¹ representar um ganho de eficiência ao diminuir a demanda do nível quaternário?

Uma **análise de eficácia/ eficiência agregada** foi iniciada ao nível da DPC e será continuada em 2018. O objetivo é observar como melhoram (se for o caso) os indicadores de saúde quando são aumentados os recursos de todo tipo: Recursos Humanos (Enfermeiros, ESMI, APE, médicos, densidade de técnicos de saúde, etc.), recursos materiais (Camas, camas de maternidade), infraestrutura (número de US, densidade de população por US, hospitais), recursos financeiros (Mzn por capita).

De momento foi analisada a relação entre a Maternidade materna intrahospitalar em 2015 e 2016 e o uso de recursos. O resultado da análise foi que **incrementar os recursos humanos, materiais e financeiros não oferecia melhoras na redução da mortalidade materna**, incluindo médicos e ESMI. Introduzir mais camas de maternidade começava a ter algum efeito e só uma variável está negativamente correlacionada com a MMR intrahospitalar, como esperado: O número de hospitais. As províncias com mais capacidade cirúrgica têm uma taxa menor de mortalidade materna intrahospitalar, o que é um resultado esperável. Os 4 gráficos seguintes mostram esta situação:

¹³⁰ Direção Nacional de Assistência Médica DNAM (2017): Indicadores de gestão hospitalar.

¹³¹ World Bank (2015): *Mozambique Health Service Delivery*. Maputo



Será precisa uma reflexão com os níveis especializados do MISAU sobre possíveis vias de melhoria da eficiência na escolha de procedimentos médicos custo-efetivos.

II) Recursos Humanos

Os recursos humanos são uma peça central dos sistemas de saúde, e quando a disponibilidade de recursos humanos cai por baixo dum determinado nível, não se pode esperar que os sistemas de saúde operem de forma efetiva¹³². Os custos relacionados com recursos humanos usualmente ocupam uma grande parte do orçamento do sector da saúde, incidem de forma chave na qualidade e eficiência da prestação do serviço.

As ineficiências podem ocorrer em todos os estágios, desde a planificação e formação de recursos humanos, até a supervisão, compensação, absentéismo, ou perda de recursos humanos formados.

A evidência que temos para Moçambique indica um desequilíbrio de recursos humanos virado para os perfis básicos não médicos (regime geral), que ocupam um 48% do orçamento do sector¹³³. Entre 2009 e 2012, quando a contratação de pessoal de regime geral passou a ser gerida pelos distritos e se multiplicou por 30¹³⁴.

A alocação de recursos humanos de forma desequilibrada entre Maputo e o resto das províncias é um tema em estudo atualmente, bem como as inequidades territoriais em alocação de recursos, mais também em Unidades de Atendimento (UA).

A “produção” de consultas médicas para o nível de recursos humanos disponível é relativamente elevada, com 17,4 pacientes por dia¹³⁵. As unidades sanitárias rurais têm a taxa mais elevada com 17,6 pacientes visitados por dia, e os hospitais têm a taxa mais reduzida com 8,9 pacientes por dia.

O estudo sobre eficiência na prestação do serviço de saúde encontrou deficiências na gestão de recursos humanos, especialmente:

- **Absentismo laboral** de 23,9% dos trabalhadores de saúde um dia determinado em visita inesperada. Esta percentagem aumenta até 33% no caso dos hospitais.
- **A fiabilidade do diagnóstico médico** foi dum 57% dos casos.
- **A aderência aos guies de diagnóstico** foi do 37%, e de 30% para as complicações de saúde materna e neonatal.

O estudo sobre Tempos e Movimentos (2018) revela que os profissionais “clínicos” atendem os utentes uma média de 3-4 horas diárias. O cumprimento dos elementos básicos do atendimento está muito por em baixo daquilo esperado (Tempo dedicado

¹³² WHO: *World Health Report 2006. Working together for health*. Geneva.

¹³³ Ministério da Saúde: *Contas Nacionais de Saúde 2012*

¹³⁴ World Bank (2015): *Health Public Expenditure Report*. Maputo.

¹³⁵ World Bank (2015): *Mozambique Health Service Delivery Report*. Maputo.

menor, incluindo em partos, seguimento de protocolos, registos). É estimada uma média de 2,2 horas por dia sem nenhuma tarefa¹³⁶.

Tomando em conta o Plano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRH), será necessária uma reflexão com os quadros envolvidos em esta área para buscar opções de melhoria da eficiência na prestação do serviço e na gestão do pessoal.

III) Medicamentos

A área de medicamentos é uma das mais relevantes nos sistemas de saúde, com tendência global para a escalção de custos.

Também é uma área onde as ineficiências são analisadas, especialmente:

- Prescrição por acima do necessário (uso irracional/ incentivos económicos)
- Não uso de genéricos
- Procedimentos de aquisição que encarecem o produto
- Fraca gestão que leva a não-uso no ponto de prestação do serviço (transporte, caducidade, não correspondência com necessidades)
- Percas

Em Moçambique, a taxa de disponibilidade de medicamentos nas unidades sobre o total necessário é baixa (47%)¹³⁷, sendo menor para unidades sanitárias (41%) e mais elevado nos hospitais (66%). A disponibilidade de vacinas é de 75%, sendo interessantemente maior em zonas rurais (77%) que urbanas (61%). Um 72% dos centros de saúde têm médios para guardar as vacunas de forma segura.

Um estudo aprofundado está a ser realizado sobre os processos de aquisição de medicamentos em Moçambique, que pode dar indicações sobre possíveis melhoras na eficiência.

Algumas possíveis fontes de ineficiência na área de medicamentos, dado o complexo processo de aquisição, podem ser:

- Na priorização/ Seleção:
 - As compras são realizadas sobre consumos prévios mais contingência e não sobre perfil epidemiológico quantificado
- Na aquisição:
 - Os concursos locais têm maiores custos de transação (comparativamente à concursos internacionais)
- Na distribuição
 - Dificuldade para alcançar unidades sanitárias periféricas nos distritos, uma vez já realizado tudo o custo de aquisição e transporte até o distrito
- No uso

¹³⁶ Cabral, Jorge, Baltazar Chilundo, and Denise Giles. 2018. *Um Estudo de Tempos e Movimentos nos Cuidados Primários de Saúde em Moçambique*. Maputo, Moçambique: ThinkWell.

¹³⁷ World Bank (2015): Mozambique Health Service Delivery. Maputo. Op. Cit

- Dificuldades para realizar diagnósticos acurados comportam um uso excessivo de medicamentos

Será necessária uma reflexão com o sector de medicamentos para priorizar medidas de eficiência.

IV) Administração e aquisições - Subministros, equipamento E infraestruturas

Como uma das maiores fontes de ineficiência nos sistemas de saúde, será preciso realizar um análise sobre o uso da gestão dos bens e serviços médicos ou não médicos, bem como sobre manutenção e reparações, para encontrar as fórmulas de maior eficiência.

V) Percas

A OMS detalha as percas (desvios) como uma das maiores fontes de ineficiência nos sectores de saúde. Seria interessante analisa a situação em Moçambique e propor medidas para mitigar possíveis práticas não adequadas a ética e legalidade.

7.3 Opções de política para melhorar a eficiência alocativa no sector da saúde

A OMS propõe opções teóricas de melhoria da eficiência alocativa, mais adverte de que não existe uma clara evidência empírica sobre os resultados positivos para a maior parte de estas medidas¹³⁸:

- **Controlo de custos nos sistemas de provisão pública orçamentando por inputs**, para aumentar o acesso aos serviços de saúde
 - Os governos teoricamente controlam o sistema, mais a eficiência alocativa dependerá da adequação do orçamento e da sua alocação entre usos alternativos.
 - O controlo dos orçamentos gerais é uma das ferramentas mais efetivas para controlar custos.
- **Uso de guies de prática clínica**, para melhorar a qualidade, controlar o uso de procedimentos inadequados, e conter custos. A evidencia é positiva.
- **Uso de formulários de prescrição controlados**: Teoricamente pode diminuir o uso de medicamentos não necessários, mais a evidência não é concluinte.
- **Melhorar a formação médica**, para aumentar o acesso aos serviços de saúde e ter um correto equilíbrio nos recursos humanos.
- **Melhorar as unidades de saúde**, para aumentar o acesso aos serviços
- **Financiar produtos custo-efetivos**: A custo-efetividade das intervenções é uma área chave dentro do guião da OMS para melhorar a eficiência alocativa, que deve ser promovida desde a política pública.

¹³⁸ Liu X. (2003): *Policy tools for allocative efficiency of health systems*. WHO: Geneva, Switzerland

- O Programa CHOICE da OMS desenvolveu ferramentas para analisar o custo-eficiência das intervenções de provisão de serviços de saúde, respondendo a perguntas como: Estão os recursos atuais a conseguir os máximos resultados de saúde? ¿Como alocar novos recursos para o sistema?
- Também será importante pôr o foco na prevenção como forma custo-efetiva de evitar doenças ou tratá-las em estágios menos desenvolvidos, em vez de priorizar níveis terciários.
- **Certificados de necessidade de investimento em capital e tetos de investimento:** Existe evidência da efetividade de estas medidas para controlar o investimento em capital e o custo da assistência médica.
- **Pagamentos por resultado:** Não existe evidência de contribuição para a contenção de custos com a mesma qualidade de provisão em sistemas de pagamento por resultado.

Uma grande parte das recomendações adicionais da OMS sobre eficiência alocativa são na área de **pagamentos aos fornecedores**. Moçambique não tem a complexidade administrativa nem a colisão de incentivos que supõe ter múltiplos fornecedores privados na saúde, mais é importante considerar esta área e as suas implicações para futuras discussões.

A maior dificuldade de estes sistemas são os **incentivos** dos fornecedores a buscar a rentabilidade dos investimentos, o qual faz que:

- i) Produzam mais serviços daqueles necessários: diagnósticos, operações, etc., com baixo custo-efetividade geral¹³⁹,
- ii) Aumentem o preço de todos os serviços por terem reembolso (*cost-escalation*)
- iii) Aumente a prescrição de medicamentos¹⁴⁰
- iv) Produzam menos serviços ou menor qualidade se o pagamento é por capita
- v) Filtrem os pacientes (*cream skimming*) e excluam aos doentes não rentáveis, de forma explícita, ou também de forma implícita (oferecendo menor qualidade) se a lei obriga a cobrir a todos.
- vi) Derivem para o sector público os pacientes não rentáveis, complexos e crónicos, com todas as implicações em termos de custo e eficiência que isto tem.

A saúde é um sector tão relevante e complexo que dificilmente pode funcionar como um “mercado”, e se recomenda ter intervenção pública para equilibrar os incentivos dos intervenientes, especialmente no **custo-efetividade**¹⁴¹.

¹³⁹ Os estudos explicam como os fornecedores privados na China, financiados com fundos públicos, têm incentivos a aplicar os máximos procedimentos médicos, já que têm benefício económico em cada procedimento. É um problema que se repete nos sistemas que se apoiam no sector privado. Liu (2003).

¹⁴⁰ Um estudo na Ghana quantificou o aumento da prescrição de 4 para 6 medicamentos por paciente e visita, depois da introdução do Seguro de Saúde com fornecedores privados, Witter and Garshong (2009): *Something old or something new? Social health insurance in Ghana*. BMC International Health and Human Rights Journal.

¹⁴¹ Liu, X. (2003): *Policy tools for allocative efficiency of health services*. WHO. Geneva, Switzerland.

7.4 Opções de política para melhorar a eficiência técnica

O PESS 2014-19 desenvolve opções de melhoria da eficiência técnica:

1. Desenvolver um pacote básico/mínimo de serviços de saúde por nível de atenção, que responda às necessidades de saúde e que seja custo-efetivo.
2. Desenvolver e implementar mecanismos de melhora do **desempenho hospitalar**
3. Identificar **áreas de ineficiência** e desenvolver medidas de mitigação:
 - a. Produtividade do pessoal
 - b. Práticas clínicas: Procedimentos, intervenções
 - c. Aquisições
 - d. Desperdício
 - e. Uso indevido de medicamentos e material médico
4. Mobilizar **recursos adicionais** para a implementação do pacote básico/mínimo de serviços de saúde, incluindo realocação/ reinvestimento de recursos poupados.
5. Introduzir mecanismos de **programação de atividades** orientadas para resultados na planificação anual, orçamentação, monitoria e avaliação nos vários níveis de atenção de saúde.

Resultados esperados:

- Aumentada a percentagem de US que implementam o pacote básico de serviços incluindo COEmB e COEmC
- Melhorada a alocação de recursos por província
- Aumentada a produtividade do pessoal (UA/profissional)
- Aumentado o % de distritos que submetem informação completa dentro do prazo dentro do SIS
- Aumentada a taxa de execução orçamental, desagregada por província e distrito
- Reduzidos os índices de desperdício/ineficiências

Medidas concretas:

1. Implantar um sistema robusto de Monitoria e Avaliação do sector que possa medir a eficiência, eficácia e impacto dos programas (pg. 85)
2. Farmácia: Melhorar o uso racional de medicamentos e produtos de saúde pg.89
3. Realizar avaliação das ineficiências no Serviço Nacional de Saúde (pg. 94)

A versão preliminar 4 da **Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (EFSS)** inclui algumas dos capítulos sobre eficiência, com as seguintes linhas:

a) **Eficiência na alocação dos recursos:**

- Desenvolver um **sistema de informação de gestão**, para obter informação sobre demanda e uso da rede sanitária, carga de trabalho, custos operacionais e despesas de capital necessárias, iniciando nos hospitais para depois chegar a todo o sistema.
- Definir **regras de alocação baseadas em análises de procura:**

- Avaliar as necessidades da população em termos de cuidados de saúde e capacidade do sistema para absorver financiamento
- Introduzir ferramentas digitais para analisar a procura de cuidados de saúde
- Definir as regras de alocação da despesa com base nas necessidades:
 - Rever as normas de alocação baseadas em análise da procura e na lista de serviços essenciais nos níveis de cuidados primário e secundário.
 - Introduzir uma fórmula de alocação com base nas necessidades

b) Eficiência no uso dos recursos:

- Realizar análises sobre as fontes de ineficiência técnica no sistema de saúde, em áreas como:
 - Recursos Humanos (mil de RRHH, produtividade, 48% orçamento de pessoal para administração, desmotivação)
 - Medicamentos: Genéricos, qualidade, desabastecimento
 - Assistência médica: Qualidade de prestação de serviços em baixo do ideal
 - Fugas no sistema
- Introduzir um sistema de rastreamento de recursos ao nível local e provincial: Monitorização da despesa
 - i. Monitorização da despesa
 - ii. Melhora da arrecadação e do reporte das receitas geradas no sector
- Avaliar o potencial de subcontratação: Análise de custos e eficiência da provisão atual de serviços (alimentação hospitalar, limpeza).
- Definir um plano de desembolsos dos doadores para melhorar a execução dos fundos externos disponíveis fora da CUT

7.5 Recomendações na área de eficácia e eficiência

- **Realizar uma análise global de eficácia e eficiência** do uso dos recursos com os indicadores disponíveis e com os dados do balanço anual do PESS
- Valorar o papel da DPC na análise e reporte permanente da eficiência do SNS
- Trabalho interno com os sectores para planificar e monitorar os avanços em eficiência:
 - Intervenções custo-eficientes
 - Recursos Humanos
 - Medicamentos
 - Administração e gestão: Subministros, equipamento e infraestrutura
 - Percas