



República de Moçambique
Ministério da Saúde



MOÇAMBIQUE
CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE

2012





**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO**

CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE - 2012

Novembro de 2015



Prefácio

As Contas Nacionais de Saúde descrevem a estrutura de financiamento e o fluxo de despesas do Sistema Nacional de Saúde, tendo como base a identificação objectiva das fontes de financiamento e a aplicação dos recursos disponibilizados. A compatibilização do financiamento e da despesa em saúde é uma pressuposto fundamental para garantia de gestão criteriosa, monitoria mobilização subsequente de recursos para o sector. O ano de 2010 marcou o início deste exercício, cobrindo os anos 2004-2006, seguido do exercício para o ano 2012 apresentado neste relatório.

Deste modo, está lançado o desafio para o Ministério da Saúde e todos os seus Parceiros para a consolidação das contas nacionais e torná-las uma como actividade integrada no processo de planificação em saúde. O Relatório que se apresenta compreende sete capítulos, sendo os iniciais descritivos e explicativos sobre a metodologia usada e os últimos onde são apresentados os resultados do exercício, onde se fazem comparações com outros países, finalizando com implicações, desafios para a sua institucionalização.

Em nome do Ministério da Saúde e em meu nome pessoal gostaria de expressar meu profundo reconhecimento a todas as Entidades singulares e colectivas, que de forma directa ou indirecta, com o seu conhecimento, experiência e dedicação contribuíram para a elaboração desta valiosa informação relativa ao financiamento do sector de Saúde em Moçambique. Gostaria também realçar que este relatório deve servir de um documento trabalho e de referência para todos os gestores do Serviço Nacional de Saúde, com vista a melhoria da gestão com eficácia, eficiência equidade e qualidade dos serviços de saúde prestados ao cidadão. Para terminar gostaria de encorajar a todos os intervenientes que participaram na elaboração deste relatório, em particular à Direcção de Planificação e Cooperação, a advogarem pela continuidade deste exercício e a sua integração e utilização em todos os processos de planificação e gestão dos recursos do Serviço Nacional de Saúde a todos os níveis.

O Nosso Maior Valor é a Vida

Maputo, 10 de Agosto de 2016

Nazira Vali Abdula



Ministra da Saúde

AGRADECIMENTOS

A produção do terceiro relatório das contas Nacionais de Saúde (CNS) de Moçambique relativo ao exercício de 2012, resulta do esforço concertado de diversas entidades, instituições públicas e privadas. Considerando a complexidade do sector de saúde, a recolha de dados não foi isenta de imensos desafios. Foram necessários quase dois anos para reunir esta informação; no entanto, as perspectivas que proporciona são de valor inestimável. Pretendemos utilizar os dados das CNS nas nossas políticas e iniciativas de planeamento no futuro.

As estimativas das CNS baseiam-se nos dados recolhidos pela Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) do Ministério de Saúde (MISAU)-Departamento de Planificação e Economia Sanitária juntos dos Doadores e parceiros de Desenvolvimento, Agencias Implementadoras, Organizações Não Governamentais (ONG), Empresas Privadas e inúmeros outros Ministérios e Agencias Governamentais.

O Grupo Técnico das contas Nacionais de saúde (GTCNS) foi liderado pelo prof. Doutor João Carlos de Timóteo Mavimbe, Director de Planificação e Cooperação Adjunto, cuja equipe técnica para além de representantes do Ministério das Finanças (Direcção de Planificação e Orçamento, Direcção Nacional de Contabilidade Publica, Autoridade Tributaria), Universidade Eduardo Mondlane, (Faculdade de Medicina e de Economia), Instituto Nacional de Estatística e demais Instituições público-privadas, integrou igualmente uma equipe multidisciplinar constituído pelos técnicos de planificação, sistema de informação para saúde, pontos focais de Planificação, Orçamentação, Monitoria e Avaliação das Direcções Nacionais de Saúde, coordenada tecnicamente pelo Dr. Daniel F. Simone Nhachengo Chefe do Departamento de Planificação e Economia Sanitária; para todos um inesquecível agradecimento.

Os agradecimentos estendem se para o Projecto de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde e Acção Social (FORSSAS) da USAID, implementado pela Deloitte que prestou assistência técnica mediante a colaboração de Dra. Rubama Ahmed, Dra. Carolina Pereira, Doutor Ibrahim Shehata e Dra. Emily Barkin.

Estes são igualmente extensivos ao apoio e orientação da Doutora Célia Gonçalves do Misau, Dra. Eva Pascoal da OMS/Moçambique e da OMS/Genebra, Dr. Humberto Cossa do Banco Mundial, Doutor Elias Mangujo Cuambe da USAID/Moçambique e da Dra Hafiza Ismail do projecto forças pelas suas ricas e apreciadas contribuições para os resultados das CNS 2012.

Ficha Técnica

Direcção

- **Dra. Célia de Deus Gonçalves, Directora de Planificação e Cooperação**
- Professor Doutor João Carlos de Timóteo Mavimbe, Director de Planificação e Cooperação Adjunto

Coordenação Técnica

- **Dr. Daniel F. Simone Nhachengo Chefe do Departamento de Planificação e Economia Sanitária**
- Doutor Nelson Cuamba, Director do Projecto FORSSAS.

Assistência e Orientação Técnica

- **Organização Mundial de saúde de Moçambique e Geneva**
- Projecto de fortalecimento dos sistemas de saúde e acção social (FORSSAS) da USAID

Composição da equipe Técnica

- ✓ **Dr. Manuel Macassa**
- ✓ Dra. Carolina Pereira
- ✓ Dra. Vânia Tembe
- ✓ Dr. Alberto Thevede

Índice

PREFACIO	I
AGRADECIMENTOS	II
FICHA TÉCNICA	III
ABREVIATURAS	VI
SUMÁRIO EXECUTIVO	VIII
I. ENQUADRAMENTO	1
<i>Contexto Nacional</i>	1
<i>O Sistema de Saúde em Moçambique</i>	3
II. CONTAS DE SAÚDE DE 2012 DE MOÇAMBIQUE	6
<i>Histórico do Desenvolvimento das CNS</i>	6
<i>Conceito e Aplicação das CNS</i>	7
<i>Objectivos Estratégicos da Segunda Ronda de CNS em Moçambique</i>	7
<i>Organização do presente Relatório</i>	7
III. METODOLOGIA DAS CNS	9
<i>Descrição da Abordagem</i>	9
<i>Fontes de Dados</i>	9
<i>Recolha de Dados</i>	12
<i>Limitações e Considerações</i>	14
IV. CONCLUSÕES GERAIS DAS CNS	16
<i>Introdução</i>	16
<i>Síntese das Conclusões</i>	16
<i>Financiamento de Despesas Correntes de Saúde: Como é que os Cuidados de Saúde são financiados?</i>	18
<i>Funções dos Cuidados de Saúde: Que Serviços e/ou Produtos são Adquiridos com Fundos da Saúde?</i>	26
<i>Áreas Prioritárias da Saúde: Quanto é que é Destinado a Cada Programa?</i>	29
<i>Factores de Prestação: Quais são os Insumos Necessários para Produzir Bens e Serviços de Saúde?</i>	31
V. COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS	33
VI. IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS	39
VII. DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO	45
<i>Aperfeiçoar a Governação e a Planificação Global</i>	45
<i>Fortalecer a Procura e o Uso</i>	48
<i>Manter a Produção e Melhorar a Gestão de Dados</i>	49
<i>Traduzir e Divulgar as Conclusões CNS</i>	51
ANEXO A: CLASSIFICAÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE	56
ANEXO B: CÁLCULO DAS DESPESAS DE SAÚDE PAGAS DIRECTAMENTE PELAS FAMÍLIAS	59
ANEXO C: FONTES DE DADOS	62
ANEXO D: MATRIZES DE CNS	71

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1. Fluxo de Recursos Públicos no Sector da Saúde	4
Figura 2. Sumário dos Indicadores Financeiros Chave da Saúde, 2012.....	16
Figura 3. CHE por <i>Fonte</i> de Financiamento.....	18
Figura 4. Despesas com Programas de Saúde pelos Empregadores ^a	22
Figura 5. CHE por Prestador, 2012	23
Figura 6. Despesas de Saúde dos Agregados Familiares por Prestador, 2012	24
Figura 7. Despesas de Saúde do Governo por Prestador, 2012.....	26
Figura 8. CHE por Função, 2012.....	27
Figura 9. Despesas de Capital incorridas pelo Governo, 2012.....	28
Figura 10. Despesas de Capital incorridas por Doadores, 2012.....	28
Figura 11. Despesas de Capital incorridas por ONGs, 2012	28
Figura 12. CHE por Área Prioritária, 2012	29
Figura 13. CHE por Factores de Prestação, 2012.....	32
Figura 14. Comparações Internacionais Seleccionadas, THE como % do PIB e PPP Per capita, 2012	33
Figura 15. Esperança de Vida vs. Gasto em Saúde Per Capita, África Austral e Oriental 2012.....	34
Figura 16. Esperança de Vida vs. Despesas de Saúde <i>Per capita</i> , Países de Baixos Rendimentos, 2012 ...	35
Figura 17. CHE por Função nos Países de Baixo Rendimento, Médio Rendimento e Alto Rendimento em 2011-2012.....	36
Figura 18. CHE por Fonte entre os Países de Baixo Rendimento, Médio Rendimento e Alto Rendimento em 2011-2012.....	37
Figure 19. Angariação de Receitas em Moçambique (% do PIB).....	40
Figura 20. Parcerias público-privadas “saudáveis”	41
Figura 21. Tarefas-chave para o Processo de CNS	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Progresso Face a Metas Seleccionadas dos ODM, 2012	2
Tabela 2. Classificações das CNS no SCS 2011.....	10
Tabela 3. Indicadores Prioritários de Despesas de Saúde.....	11
Tabela 4. Sumário das Conclusões Gerais das CNS.....	17
Tabela 5. CHE por Receitas dos Esquemas de Financiamento e Esquemas de Financiamento, 2012 (Milhões de Mts)	20
Tabela 6. CHE por Prestador, 2012.....	23
Tabela 7. Despesas de Saúde dos Agregados por Prestador e Serviços, 2012	24
Tabela 8. Fundos Geridos pelo Governo por Prestador, 2012.....	26
Tabela 9. CHE por Função, 2012	27
Tabela 10. Despesas de Capital, 2012.....	28
Tabela 11. CHE por Área Prioritária, 2012.....	29
Tabela 12. CHE por Prestador e Factores de Prestação, 2012d.....	31
Tabela 13. Moçambique, Principais Causas de Morte, 2010	44
Tabela 14. Tarefas e Responsabilidades da Equipa de CNS	46

ABREVIATURAS

AE	Área de Enumeração
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CHE	Despesa de saúde corrente (<i>Current Health Expenditures</i>)
CICS	Classificação Internacional para Contas de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNS	Contas Nacionais de Saúde
CTA	Confederação das Associações Económicas de Moçambique
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DFID	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional
DNT	Doença não transmissível
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPES	Departamento de Planificação e Economia Sanitária
DPPF	Direcção Provincial de Planificação e Finanças
DPS	Direcção Provincial de Saúde
ECSA	África Oriental, Central e Austral
e-SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
FORSSAS	Fortalecimento dos Sistemas de Saúde e Acção Social
GTF	Grupo Técnico de Trabalho para a Estratégia de Financiamento do Sector Saúde
HAPT	Ferramenta de Produção das Contas de Saúde
HER	Análise das Despesas de Saúde (<i>Health Expenditure Review</i>)
IAF	Inquérito aos Agregados Familiares - refere-se a 2002-2003
iHEA	Associação Internacional de Economia da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
IOF	Inquérito aos Orçamentos Familiares - refere-se a 2008-2009
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
JICA	Agência Japonesa de Cooperação Internacional
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
MD	Ministério da Defesa
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MEGAS	Medição de Gastos em SIDA
MICOA	Ministério para Coordenação da Acção Ambiental
MINAG	Ministério da Agricultura
MINED	Ministério da Educação

MINT	Ministério do Interior
MISAU	Ministério da Saúde
MITRAB	Ministério do Trabalho
MMAS	Ministério da Mulher e da Acção Social
MoPH	Ministério de Saúde Pública, Turquia
MPD	Ministério da Planificação e Desenvolvimento
Mts	Metical Moçambicano Nova Família
NASA	Avaliação Nacional de Gastos em SIDA
NEC	Sem classificação
NHIS	Sistema Nacional de Seguros de Saúde (Gana)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODA	Ajuda ao Desenvolvimento Ultramarino
ODAMoz	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento a Moçambique
OHS	Serviços Saúde Ocupacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OOP	Pagamentos directos (das famílias)
PARP	Plano de Acção para Redução da Pobreza
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PNGSDP	Programa de Desenvolvimento Sustentável de Papua Nova Guiné
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PROL	Programa de Reforma dos Órgãos Locais
RCA	República Centro-Africana
RDC	República Democrática do Congo
REO	Relatório de Execução Orçamental e Financeira do Sector da Saúde
SCS	Sistema de Contas de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
THE	Despesa Total em Saúde (<i>Total Health Expenditures</i>)
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e o Desenvolvimento
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USD	Dólar Norte-Americano

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Ministério da Saúde (MISAU) encontra-se, presentemente, a desenvolver uma estratégia de financiamento do sector da saúde. De modo a contribuir para este processo, estão em curso diversos estudos, nomeadamente uma análise situacional, um estudo do panorama de seguros e um exercício de Contas Nacionais de Saúde (CNS), de forma a obter-se a informação de referência necessária para modelar um quadro de financiamento de cuidados de saúde. O objectivo principal das CNS 2012 é fazer o seguimento dos fluxos de recursos no sector da saúde e monitorizar o desempenho do sector da saúde relativamente aos recursos que lhe são alocados. Proporcionará às partes interessadas informação sobre o pacote global de recursos, a qual poderá ser usada para complementar o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 como base para o investimento no sector.

As CNS 2012 para Moçambique contribuem para a compreensão dos esquemas de financiamento da saúde, das receitas desses mesmos esquemas, dos prestadores de cuidados de saúde e das funções da saúde. Sempre que possível, compara essas despesas com as reportadas nas primeiras estimativas de CNS referentes ao período 2002-2006.

Conclusões Gerais

Gastos totais. Situados em mais de 24 biliões de Meticais (US\$ 872 milhões), a despesa corrente de saúde em Moçambique (CHE) em 2012 quase triplicou em relação a 2006. No entanto, ainda está longe de ser suficiente para o financiamento dos serviços essenciais de cuidados de saúde. O gasto anual *per capita* foi de apenas 1.026,00 Mts (US\$ 36,81). Este valor é 40 por cento mais baixo do que os 1.672,00 Mts (US\$ 60,00) recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2010) e um valor precário quando comparado com os vizinhos da África Oriental e Austral, que gastaram, em média, 4.181,00 Mts (US\$ 149,70) *per capita* em 2012. Os gastos *per capita* na África do Sul foram significativamente mais elevados em 2012, aumentando esta média. No entanto, todos os países que fazem fronteira com Moçambique - com excepção do Malawi - gastaram mais *per capita* do que Moçambique. Não restam dúvidas que a saúde continua a não receber financiamento suficiente em Moçambique e que existe uma forte necessidade de disponibilizar mais recursos para melhorar a qualidade da prestação de serviços e o acesso aos mesmos.

Fontes e esquemas de financiamento A Despesa Corrente de Saúde, ou CHE, corresponde ao somatório dos desembolsos correntes em questões de saúde pagos em numerário ou fornecidos em espécie por entidades públicas, tais como o Ministério da Saúde, outros ministérios, organizações para-públicas ou agências de segurança social, ou ainda por entidades promotoras de sistemas de saúde obrigatórios por lei. Inclui eventuais financiamentos de doadores canalizados através do governo e entidades obrigatórias. A CHE representa seis por cento do PIB moçambicano. Apesar de quase metade da totalidade dos fundos dedicados à saúde serem geridos e organizados por esquemas de financiamento governamentais, 58 por cento dos recursos vieram de doadores e apenas 24 por cento de receitas próprias do governo. A longo prazo tal será insustentável. Os gastos do governo em saúde representam oito por cento da totalidade dos gastos do governo, consideravelmente abaixo dos 15% recomendados pela Declaração de Abuja. As despesas directas (*Out-of-pocket* - OOP) dos agregados familiares cobrem seis por cento (embora a solidez e a fiabilidade dos dados seja questionável) enquanto outros fundos privados abrangem o restante.

Prestadores. As unidades de saúde são os principais beneficiários dos gastos de 2012, totalizando quase 40 por cento da CHE. Os hospitais são responsáveis por quase 21 por cento, com um ligeiro aumento em relação aos 20 por cento em 2006; as unidades de consultas externas totalizam 18 por cento, representando

um aumento drástico em relação ao valor inferior a um ponto percentual em 2006. Os prestadores de cuidados preventivos também assumem relevância enquanto beneficiários dos recursos de saúde, consumindo quase 20 por cento dos gastos globais em cuidados de saúde.

Funções. Os gastos em serviços de cuidados curativos são responsáveis por 40 por cento da CHE. A prevenção de doenças transmissíveis, assim como actividades de aconselhamento e prevenção no âmbito da saúde materno-infantil representam 27 por cento. As despesas na administração geral da saúde são significativas, totalizando mais de 26 por cento da CHE. Os gastos em fármacos e outros consumíveis médicos através de farmácias independentes é insignificante - é possível que os agregados familiares tenham reportado os seus gastos em medicamentos como parte dos gastos em consultas externas e em hospitalizações. As despesas de investimentos no sector da saúde (realizadas a partir de uma conta separada) - investimentos na construção de estabelecimentos de saúde, compra de equipamento e veículos, bem como educação, formação prática e investigação - representam 13 por cento das despesas de saúde totais (THE).

Áreas prioritárias. Em 2012, os gastos em HIV/SIDA consumiram 32 por cento da CHE. Na ordem dos 7,8 biliões de Mts (US\$ 279,9 milhões), este valor reflecte um aumento de cinco por cento em relação às previsões de 2011 da NASA (CNCS 2014). HIV, tuberculose, malária e saúde reprodutiva em conjunto representam mais de 40 por cento da CHE.

Limitações do Estudo

Apesar de todos os esforços envidados pelo MISAU e do apoio técnico e financeiro por parte da USAID e da OMS, este estudo enfrentou determinadas limitações.

Dados do sector público. Obter informação junto das agências e departamentos governamentais foi um processo moroso e árduo, no qual se recorreu a todos os canais de comunicação (chamadas telefónicas, visitas sucessivas e cartas oficiais do MISAU). Muitas entidades do sector público não responderam, mesmo quando informadas que se tratava de um exercício do governo. Quando finalmente responderam ao pedido de dados, a informação nem sempre coincidia com aquela fornecida por outras instituições públicas. Na medida do possível, a equipa das CNS cruzou e triangulou os dados obtidos a fim de apresentar as conclusões delineadas no presente relatório. Trata-se de uma questão particularmente importante para os futuros esforços no sentido da institucionalização das CNS. Os dados relativos à despesa do sector público deveriam ser muito mais fáceis de obter e reportar à entidade responsável pelas futuras estimativas de CNS.

Dados dos agregados familiares. Os dados referentes aos agregados familiares não haviam sido recolhidos desde 2008. Portanto, o estudo a partir do qual foi reportada a OOP dos agregados está ultrapassado e não tem o nível de detalhe necessário para um exercício de CNS. Foram usados os relatórios de utilização dos serviços de saúde para desagregar as despesas OOP em serviços de ambulatório e hospitalizações. Em estimativas futuras, será importante basear as estimativas de OOP em estudos de utilização e despesas de saúde dos agregados familiares mais actuais e rigorosos.

Dados do sector privado. A reposta por parte dos empregadores privados, seguradoras e do sector privado em geral foi baixa. É provável que as despesas do sector privado tenham sido significativamente subestimadas neste exercício. É necessário envolver completamente este sector antes do próximo exercício.

Classificações SCS 2011. O nível de detalhe exigido nos questionários realizados para este exercício (em conformidade com o enquadramento SCS 2011) pode ter levado a alguma relutância e/ou confusão por parte dos inquiridos a reportar correctamente - ou a tudo - mesmo após garantia verbal e por escrito de que toda a informação seria tratada de forma confidencial e reportada de forma agregada.

Recomendações de Políticas

Após analisar os resultados das CNS, os autores delinearão as seguintes recomendações, a fim de fortalecer a estratégia de financiamento da saúde do sistema nacional de saúde em Moçambique.

Financiamento

Aumentar os recursos internos para a saúde. Podem ser consideradas diversas fontes de financiamento para programas de saúde, que não dependem de doadores: (1) investigar "novas" opções para geração de receitas internas; (2) imposto afecto à saúde; (3) parcerias público-privadas; (4) conversão de dívida; e (5) empréstimos com condições favoráveis junto de bancos internacionais de desenvolvimento.

Melhoria da Alocação

Rever investimentos em doenças não transmissíveis (DNT). De todos os programas verticais, os gastos em 2012 em HIV/SIDA levam a fatia de leão, apesar de 95 por cento da mesma ser financiada através de fontes externas. Com um aumento previsto das doenças não transmissíveis (DNT) em Moçambique ao longo da próxima década, o governo poderá considerar relevante rever as suas prioridades em matéria de gastos para decidir onde poderá gastar os seus recursos próprios de modo mais eficiente.

Reduzir as despesas administrativas. Mais de um quarto dos gastos é dedicado às despesas administrativas do governo. A complexidade administrativa existe a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde, o que pode resultar em gastos ineficientes e em duplicação (Lindelöw et al. 2004). Moçambique poderia fazer um melhor uso das mudanças organizacionais e tecnológicas que revolucionaram a administração de cuidados de saúde na região. Esta é claramente uma área em que a eficiência pode ser melhorada. Os formuladores de políticas deveriam assumir a liderança em reformas visando a simplificação administrativa, a fim de assegurar resultados atempados, inovadores e menos dispendiosos.

Institucionalização das CNS: Desafios e Oportunidades para a Institucionalização

Melhorar a governação e o planeamento global. Os papéis e responsabilidades para o exercício de CNS deveriam ser estabelecidos atempadamente, com uma equipa qualificada dedicada ao exercício. A equipa deveria ser liderada por uma administração forte, supervisionando os técnicos responsáveis por recolher, apurar e analisar os dados. O papel da Comissão Directora das CNS em Moçambique deveria ser revisto. Composta por intervenientes multisectoriais dos sectores público e privado, a Comissão Directora deveria servir para comunicar as preocupações em matéria de políticas à equipa das CNS, interpretar as conclusões das CNS e desenvolver as implicações nas políticas. Se bem gerida, a Comissão Directora pode ser crucial para a apropriação, por parte de Moçambique, do processo de CNS e para a produção de um conjunto sólido de contas de saúde.

Fortalecer a procura e o uso de CNS. Complementar as CNS com outras actividades da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) que fazem uso dos dados e conhecimentos técnicos das CNS irá incrementar o valor e a procura das CNS. A DPC está numa boa posição para o fazer, uma vez que apoia tanto o rastreamento de despesas públicas como outros processos de planeamento a longo prazo. Estabelecer a ligação entre as CNS e outras iniciativas mais alargadas de planeamento nacional pode servir de apoio à produção sustentada de dados de CNS, bem como o seu uso para contribuir para a formulação de políticas. Além de servir como um contributo valioso para a primeira estratégia de financiamento da saúde de Moçambique, abordar as lacunas de financiamento identificadas pelo PESS irá obrigar a análises para entender a eficiência e a equidade dos gastos em saúde. Os dados de referência das CNS poderão servir de apoio a essa tarefa.

Manter a produção e melhorar a gestão de dados. Moçambique deveria considerar tornar obrigatória a produção de rotina de CNS através de legislação formal. A legislação clarifica os papéis e as responsabilidades dos intervenientes e concede legitimidade ao MISAU para negociar a recolha de dados, a sua tradução e promoção para uso nas políticas. Dedicar recursos humanos e financeiros adequados dentro do MISAU e reduzir a necessidade de assistência externa também é fundamental para aumentar a apropriação nacional do processo. Caso o MISAU não tenha condições para dedicar recursos às CNS, uma

opção poderá ser subcontratar académicos ou o Instituto Nacional de Estatística (INE) ou estabelecer uma parceria com os mesmos para o processo de produção. No mínimo, o MISAU deveria priorizar o trabalho com o INE e, sempre que possível, aproveitar para incluir questões apropriadas relacionadas com as despesas de saúde das famílias nos instrumentos do INE.

Comissionar um novo inquérito aos agregados familiares. As despesas OOP dos agregados familiares são extrapoladas do Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) de 2008-2009. Os comentários sobre as conclusões preliminares das CNS sugerem que a carga dos agregados foi significativamente subestimada. É possível obter poucas informações relevantes, uma vez que os números referentes aos gastos OOP estão ultrapassados e não estão desagregados no nível necessário. Não foi fornecida uma subdivisão entre serviços de ambulatório e de hospitalização. A informação sobre custos acessórios, pagamentos em espécie ou informais não está disponível. É importante ter um entendimento preciso sobre quanto as famílias gastam em cuidados de saúde para assegurar que os mecanismos adequados, incluindo a partilha de riscos e outros mecanismos de protecção financeira, estão em vigor para permitir o acesso e evitar despesa catastrófica.

Traduzir e disseminar as conclusões das CNS. O MISAU lançou o exercício actual de CNS e espera que este contribua para a formulação de políticas, facilite a tomada de decisão, lance novas luzes para as estratégias do sector da saúde e fundamente a monitorização de mudanças. Está previsto que os resultados das CNS sejam apresentados no âmbito de uma oficina de trabalho sobre a análise situacional do financiamento da saúde em Março de 2015. O ajuste dos dados das CNS às necessidades dos decisores, por exemplo, em forma de resumos de políticas, já foi discutido com o MISAU. Os resumos focar-se-ão em prioridades estratégicas chave em matérias de saúde (tais como saúde materno-infantil). Utilizarão as conclusões das CNS e dados não-financeiros para informar as lideranças do MISAU e outros intervenientes relevantes, incluindo o Ministério da Economia e Finanças (MEF). O Departamento de Planificação e Economia Sanitária (DPES) tem programada a publicação de resumos trimestrais de políticas após a publicação e disseminação das conclusões das CNS 2012.

As conclusões das CNS demonstram um envolvimento crescente do sector privado no sistema de cuidados de saúde em Moçambique, no entanto ainda pouco se sabe sobre a dinâmica ou sobre os gastos de entidades privadas e de que forma estes impactam o financiamento nacional de cuidados de saúde. Os dados recolhidos durante o processo de CNS não foram suficientes para demonstrar as tendências do sector privado em matéria de gastos de saúde e a relutância do sector privado em partilhar informação constituiu uma limitação significativa para os resultados do estudo de CNS. Recomenda-se que a informação relativamente ao papel dos gastos em saúde do sector privado seja considerada obrigatória em futuros estudos de CNS.

I. ENQUADRAMENTO

Contexto Nacional

1. Moçambique é um país com uma economia de baixo rendimento (Produto Interno Bruto *per capita* de \$1.045 ou menos) localizado no sudeste Africano, a oeste do Oceano Índico. A população encontra-se distribuída pelas 10 províncias do país, a capital e 53 autarquias. As autarquias são órgãos locais com receitas e poderes orçamentais próprios. Pelo contrário, as províncias, dependem política e financeiramente do governo central. Cada província é subdividida em distritos, compostos por postos administrativos e localidades.

2. Moçambique permaneceu altamente centralizado até ao final da guerra civil em 1992. Desde então, a autoridade e as responsabilidades em matéria de despesas foram gradualmente delegadas do governo central para as autoridades provinciais e distritais e para as autarquias. Apesar dos esforços no sentido da reforma do sector público - sobretudo através do Projecto de Reforma dos Órgãos Locais (PROL) apoiado pelo Banco Mundial e da aprovação da Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE), para criar "unidades orçamentais" sub-nacionais - a descentralização tem-se revelado um processo moroso, que se vem estendendo ao longo de duas décadas (USAID 2010).

3. A estratégia de descentralização de Moçambique foi oficialmente ratificada pela Assembleia da República em Dezembro de 2012. A estratégia visa fortalecer as instituições governamentais aos níveis sub-nacionais e promover a administração democrática própria ao nível municipal. O plano é que mais vilas obtenham o estatuto de autarquia e assumam uma maior autonomia financeira e administrativa ao longo dos próximos anos.

Indicadores Socioeconómicos

4. O produto interno bruto (PIB) per capita de Moçambique em 2012 atingiu um pico de 15.886,00 Mts (US\$ 585,98) *per capita*, quase triplicando em relação a 2002 (INE 2014, Banco Mundial 2014)¹. Foram criados mais de dois milhões de empregos durante este período com o crescimento económico em 2012-2013 a ultrapassar os sete por cento (ILO 2014, INE 2014, Banco Mundial 2014). O aumento do investimento directo estrangeiro foi complementado por um forte desempenho nos sectores dos serviços financeiros, transportes, comunicações e construção (BAD 2012).

5. Em 2012 o país ficou no 185.º lugar num total de 187 países no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - entre os mais baixos do mundo - em grande parte devido à sua esperança média de vida, níveis de alfabetização e condições gerais de vida (UNDP 2012)². Apenas um pouco mais de metade da população adulta é considerada alfabetizada com um progresso mais acentuado entre a população do sexo masculino.

Apenas 15 por cento concluiu o ensino secundário; apenas cinco por cento está matriculado no ensino universitário (UNESCO 2014). Adicionalmente, um milhão de utilizadores de internet e sete milhões de

¹ O INE apenas disponibiliza dados referentes a 2000-2009, motivo pelo qual foram usados dados do Banco Mundial para efeitos de comparação

² Quando convertido para uma escala entre 0 (nível mais baixo de desenvolvimento) e 1 (nível mais alto de desenvolvimento), isto traduz-se num valor de IDH em 2012 de 0,33 com base da metodologia revista da UNDP para cálculos de IDH. O INE calculou um valor de 0,47 com base na antiga metodologia e nos dados do censo mais recente.

subscritores de serviços de comunicações móveis em Moçambique, colocam o país entre os menos conectados ao nível global (UNICEF 2014).

6. Estimativas recentes do Banco Mundial revelam que cerca de duas em cada três pessoas em Moçambique vive abaixo no limiar nacional de pobreza, com uma lacuna de rendimento que tem aumentado consistentemente ao longo da última década (Banco Mundial 2014). Chegar aos grupos mais pobres foi um desafio, sendo necessária uma melhor canalização da assistência para alcançar os grupos mais vulneráveis no país, nomeadamente as mulheres das áreas rurais. Embora tenham sido atribuídos os mesmos direitos constitucionais às mulheres e aos homens, em geral, as mulheres rurais e pobres não estão representadas da mesma forma na força laboral, sendo incapazes de aceder a serviços básicos de saúde e educação e não participam activamente na política. A tabela 1 apresenta o progresso de Moçambique face a indicadores seleccionados dos objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) relativos à região.

Tabela 1. Progresso Face a Metas Seleccionadas dos ODM, 2012

	Moçambique	África Oriental e Austral
Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome		
População a viver abaixo do limiar da pobreza	60% (dados de 2011)	44% (dados de 2011)
Prevalência de crianças com insuficiência ponderal abaixo dos cinco anos de idade	15%	18%
Objectivo 2: Alcançar o ensino primário universal		
Índice de alfabetização de população com mais de 15 anos	52% (dados de 2011)	66%
Objectivo 3: Promover a igualdade de género e empoderar as mulheres		
Proporção de lugares ocupados por mulheres na Assembleia da República	39%	26%
Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil		
Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos (por 1.000 nados vivos)	91	77
Proporção de crianças com 1 ano imunizadas contra o sarampo	82%	82%
Esperança de vida à nascença	50 anos	59 anos
Objectivo 5: Melhorar a saúde materna		
Rácio de mortalidade materna (por 10.000,00 nados vivos)	490	410
Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde capacitado	54%	42%
Objectivo 6: Combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças		
Prevalência de HIV entre a população adulta	11%	7%

Fontes: INE de Moçambique, MISAU de Moçambique, Instituto de Estatística da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Divisão de Estatísticas das Nações Unidas/ Base de dados sobre Informação de Género. Sempre que possível, foram referenciadas as estatísticas do INE.

Nota: África Oriental e Austral inclui Angola, Botswana, Burundi, Comores, Eriteia, Etiópia, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Seicheles, Somália, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue

7. A população de Moçambique atingiu quase 24 milhões em 2012 (INE 2014). Com uma densidade populacional de 31 pessoas por quilómetro quadrado, o país está escassamente povoado em comparação com os seus vizinhos (Banco Mundial 2014). A população do país continuou predominantemente rural, apesar de a proporção de residentes urbanos ter duplicado ao longo do tempo, de 15 por cento em 1982 para 31 por cento em 2012 (ONU 2014). A taxa de crescimento populacional tem vindo a decrescer, caindo para 2,5 por cento em 2012 (Banco Mundial 2014). O HIV/SIDA, infecções do trato respiratório inferior, e malária são as principais causas de morte, seguidos de doenças diarreicas, doenças do sistema circulatório,

condições perinatais, tuberculose e acidentes e ferimentos. O HIV/SIDA é responsável por 23 por cento de todas as mortes e a malária por 12 por cento (OMS 2010). As faixas etárias mais afectadas por estas doenças são muito diversas. Enquanto a malária é a principal causa de morte de crianças com menos de cinco anos, o HIV/SIDA é a principal causa de morte entre os adultos aproximadamente a partir dos 15 anos e continua a ser a principal causa de morte em adultos até que as pessoas atingem uma idade próxima dos 70 anos. (OMS 2010).

8. Moçambique encontra-se na fase inicial da sua transição demográfica ou envelhecimento populacional (Sugahara e Francisco 2011). Tipicamente, este processo resulta numa mudança no perfil de doenças, de transmissíveis para não transmissíveis, doenças crónicas. O número de mortes e ferimentos devido a acidentes rodoviários estão a aumentar (Ramão et al. 2003, OMS 2010). Um estudo de 2006 revelou que das 1.135 das mortes registadas em Maputo, os acidentes rodoviários foram responsáveis por 44 por cento de todas as mortes por acidente (OMS 2006). Estes dados sugerem que serão necessários recursos adicionais em algumas das áreas "emergentes" de doenças crónicas e acidentes rodoviários.

O Sistema de Saúde em Moçambique

9. Após a sua independência de Portugal em 1975, o governo moçambicano estabeleceu um sistema nacional de cuidados de saúde primários para alcançar a sua população rural pobre. O sistema teve tanto sucesso que a Organização Mundial de Saúde (OMS) o citou com um modelo para os países em desenvolvimento (Walt & Melamed 1983). Nessa altura, quase um quarto do orçamento de estado era dedicado aos cuidados de saúde. Mais de 90 por cento da população fora vacinada e 1200 centros de saúde rurais foram construídos e equipados com pessoal. A guerra civil levou à destruição de centenas de centros de saúde. Quase metade das áreas rurais em algumas províncias estiveram privadas de todos os serviços de saúde por muitos anos. Os gastos do governo em cuidados de saúde reduziram para 2 por cento do orçamento nacional, reflectindo a mudança das prioridades em detrimento da saúde, à medida que o país lutava para se recuperar.

10. As circunstâncias económicas em Moçambique actualmente apresentam uma mudança significativa, de acordo com os dados mais recentes do Banco Mundial referentes a 2013. Moçambique enfrenta uma transição económica no seguimento da recém-descoberta de reservas de gás natural e dos investimentos crescentes em infra-estruturas. No entanto, em aproximadamente sete por cento do PIB, os gastos em despesas de saúde não se encontram ao mesmo nível que o crescimento económico. Os parceiros de desenvolvimento financiam uma porção significativa do orçamento de Moçambique para a saúde, principalmente através de um financiamento comum (*basket funding*) denominado PROSAÚDE. O PROSAÚDE é o Fundo Comum do Sector da Saúde em Moçambique que recebe contribuições de doadores e outros parceiros para dedicar a projectos ou programas de saúde específicos. No entanto, tem havido uma grande volatilidade nesta fonte de financiamento devido a mutações nas dotações orçamentais dos doadores. Parte deste financiamento presta assistência financeira directa ao Ministério da Saúde (MISAU), enquanto o restante se destina a regiões específicas do país ou áreas programáticas.

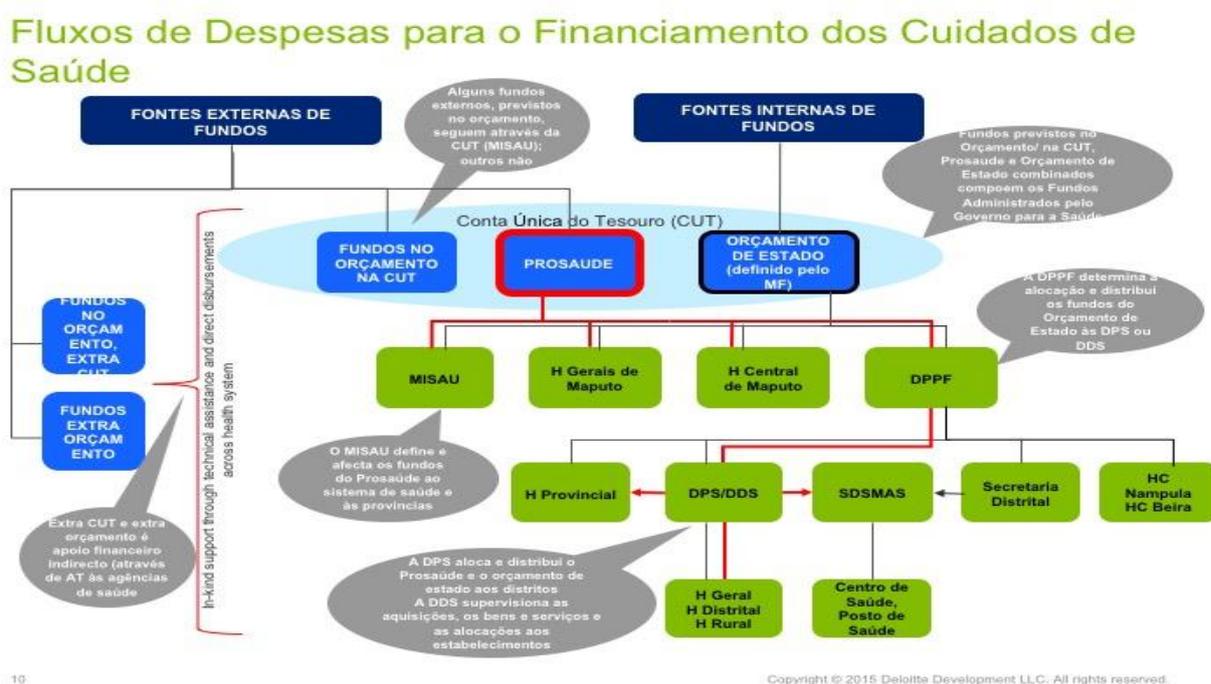
11. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) continua a ser o maior prestador de serviços de saúde em Moçambique. Os serviços de saúde em Moçambique são prestados, no nível primário, pelos postos de saúde e centros de saúde (1.388); hospitais rurais (25) e hospitais distritais (17), no nível secundário; hospitais gerais (6) e provinciais (7), no nível terciário e quaternário pelos hospitais centrais (4) (MISAU 2014). Sendo o equivalente a aproximadamente uma unidade de saúde por 16.000 habitantes.

12. O esquema financeiro e logístico relativo ao sector da saúde em Moçambique é algo complexo (*Figura 1*). Os cuidados de nível primário e secundários ministrados pelos hospitais gerais são geridos pela antiga Direcção Distrital de Saúde (DDS), agora denominada de Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). Esta gestão inclui a planificação organizacional, a gestão orçamental, a gestão de

recursos humanos, a supervisão e a inspecção. Os SDSMAS são subordinados à Direcção Provincial de Saúde (DPS), que é responsável pela administração geral das actividades de saúde nas províncias. Além dos salários, não existem transferências financeiras para os estabelecimentos individuais. Em vez disso, os estabelecimentos recebem transferências de recursos em espécie, sendo as aquisições realizadas ao nível central, provincial ou distrital dependendo do contributo específico (Lindelöw et al. 2004). Os SDSMAS são responsáveis por prestar serviços através de pontos locais de cuidados primários e gerir e administrar todas as unidades de saúde nos distritos e em muitas autarquias.

13. Menos de metade da população tem acesso a cuidados primários, secundários, terciários e quaternários (MISAU 2013). Os hospitais públicos têm dependido, tradicionalmente, de um misto de transferências do orçamento e receitas oriundas dos pagamentos dos utilizadores. Em Moçambique, as taxas de utilização referentes a consultas, custos clínicos de serviços de hospitalização e comparticipação no pagamento de medicamentos têm sido cobrados no ponto de serviço desde 1977. A cobrança destas taxas, inicialmente era mais motivada pela necessidade de incentivar o uso cuidadoso e reflectido dos serviços de saúde, do que uma fonte de receitas relevante. A tabela de taxas de utilização, tipicamente incluía uma longa lista de isenções, abrangendo o motivo da consulta (ex.: cuidados preventivos e doenças sexualmente transmissíveis) e as características do indivíduo que recorria aos cuidados (ex.: crianças com menos de cinco anos, idosos, portadores de deficiência, mulheres grávidas e pobres). Teoricamente, os fundos recolhidos são mantidos pelos estabelecimentos de saúde. No entanto, os registos e os mecanismos de controlo são frágeis e não é claro até que ponto tal acontece. Além disso, a governação efectiva, supervisão e cobrança de taxas de utilização não são reguladas.

Figura 1. Fluxo de Recursos Públicos no Sector da Saúde



Fonte: Relatório de Análise Situacional. Deloitte. 2015.

14. Os estabelecimentos privados de cuidados de saúde estão a emergir como forma de complementar as prestações e o financiamento do sector público. Uma pequena parte da população, maioritariamente concentrada em Maputo e nas grandes cidades, está coberta por cuidados de saúde privados. A medicina tradicional também é amplamente praticada com três em cada quatro pessoas a recorrer aos

curandeiros/médicos tradicionais para obter cuidados de saúde antes de irem aos cuidados institucionalizados (OMS 2013).

15. O governo formulou diversas políticas relevantes, numa tentativa de fortalecer o sector da saúde. Estas políticas estão articuladas em diversos documentos do governo, tais como o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019, o Plano Económico e Social (PESS), o Plano de Acção para Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014 e o Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2010-2014. O PESS 2014-2019, que é o mapa para o sector da saúde, visa habilitar o MISAU para fazer uma análise crítica e identificar as áreas centrais ao seu mandato e, de forma estratégica, alocar os seus limitados recursos a áreas prioritárias nas quais o impacto será maior - de acordo com o PARP e outros quadros nacionais de políticas.

16. Para alcançar o PARP e os ODM, foi atribuída ao sector da saúde, a responsabilidade, no âmbito do 3º objectivo estratégico do PARP, de se centrar no objectivo último de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar social dos moçambicanos. Espera-se que tal motive a produção agrícola e a produtividade e crie mais empregos (PARP 2011). Uma meta chave em termos da política do actual governo moçambicano é a ampliação da cobertura dos cuidados de saúde. Os requisitos financeiros e a gestão desta ampliação são assuntos de alto interesse para as políticas e requerem informação considerável, para os quais os dados das CNS serão extremamente valiosos.

II. CONTAS DE SAÚDE DE 2012 DE MOÇAMBIQUE

Histórico do Desenvolvimento das CNS

17. As primeiras tentativas significativas de compilar dados sistemáticos sobre os fluxos globais de fundos da saúde tiveram início em 1998, através do projecto de Gestão e Planeamento Familiar financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Esta análise das despesas de saúde (HER) complementou diversos outros estudos sobre as questões do financiamento da saúde em Moçambique, em resposta ao interesse do MISAU em formular uma estratégia de financiamento da saúde. Apesar de as estimativas dos gastos em saúde pública para o período 1997-98 terem sido efectuadas, os dados relativos aos agregados familiares e aos empregadores não estavam disponíveis. O exercício não empregou o quadro padrão de CNS e não foram produzidas quaisquer matrizes. O relatório também continua ainda na sua versão preliminar (USAID 1999).

18. Em 2007, o MISAU envidou um novo esforço para compilar os dados referentes a despesas da saúde usando a abordagem das CNS. Dr. Manuel Ndimande da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC), que iniciou o exercício de HER anterior recebeu o crédito por reavivar as discussões em torno das CNS. Os contributos técnicos e o apoio financeiro externo foram providenciados pela USAID e pela OMS. Foi produzido um conjunto completo de estimativas nacionais de CNS, aplicando a Classificação Internacional para Contas de Saúde (CICS) do Sistema de Contas de Saúde (SCS), referente ao período 2004-2006. As conclusões foram publicadas em 2010.

19. Motivadas pelo plano estratégico nacional do sector da saúde, PESS 2014-2019, as estimativas das CNS têm como objectivo proporcionar uma melhor compreensão do fluxo de fundos do sistema de cuidados de saúde com vista a melhorar a alocação de recursos e aumentar a eficiência. Pretende-se que a informação seja uma fonte de evidências para uso dos formuladores de políticas para a mobilização de recursos e para direccionar investimentos no sector da saúde em Moçambique.

20. No final de 2012, o MISAU decidiu prosseguir com a sua segunda ronda de estimativas de CNS. Dentro do MISAU, a direcção mandatada é a DPC. A actividade recai, mais especificamente, no mandato no Departamento de Planificação e Economia Sanitária (DPES), o departamento de economia sanitária dentro da DPC. O DPES também é responsável por gerir o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), o PES e a análise orçamental. Dentro do DPES, foi treinada uma pequena equipa para liderar e coordenar o estudo de CNS.

21. CNS é um quadro reconhecido internacionalmente para medir o volume total da despesa e rastrear o fluxo de fundos dentro do sistema de saúde de um país. O conjunto padrão de tabelas de CNS fornece informação comparável e abrangente ao nível do país sobre a geração, alocação e utilização dos recursos do sistema de saúde. Ilustra o fluxo de despesas reais em saúde a partir de diversas fontes de financiamento (ex.: doadores, Ministério da Economia e Finanças [MEF]) para aqueles que determinam como os fundos são utilizados (ex.: MISAU, parceiros de execução e organizações não governamentais [ONGs]). Além disso, as CNS desagregam as despesas por utilização final, prestadores que efectuaram o serviço e subgrupos populacionais que beneficiaram.

22. Para facilitar a comparação com pares e vizinhos e ao longo do tempo, os países são encorajados a seguir a metodologia de CNS padrão. No entanto, existe flexibilidade para desagregar por determinadas funções de saúde e incluir prestadores ou programas específicos do país.

23. O presente relatório descreve as conclusões da segunda ronda de CNS em Moçambique. O exercício foi realizado em 2013-2014 para o ano civil de 2012. Foi implementado pela DPC com o apoio técnico do projecto de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde e Acção Social (FORSSAS), financiado pela USAID, e pela OMS. As conclusões serão usadas como uma plataforma para contribuir para as decisões de políticas relacionadas com a alocação de recursos no sector da saúde.

Conceito e Aplicação das CNS

24. As CNS respondem a questões fundamentais, tais como quem paga pelos cuidados de saúde, quanto e por que serviços. Permitindo aos decisores nacionais priorizar fundos e formular políticas que promovam uma alocação de recursos mais sustentável, equitativa e eficiente. As CNS são mais do que uma ferramenta para rastreamento de recursos - as CNS fornecem as evidências necessárias para implementar políticas que visam aliviar a sobrecarga financeira das famílias em matéria de saúde e orientam os governos no processo de ajuste dos seus próprios investimentos no sector da saúde, como resposta ao influxo de assistência externa. O conhecimento da distribuição de recursos ao longo do sistema de saúde pode ajudar os países a fazerem uma análise comparativa do seu desempenho face às metas e aos objectivos estabelecidos e mensurar se intervenções financeiras específicas estão a ter o impacto desejado na saúde. Como parte do processo, as CNS promovem a transparência e a responsabilização no sistema de saúde, documentam as lacunas de recursos e podem ajudar a defender a necessidade de recursos adicionais para o sector da saúde.

Objectivos Estratégicos da Segunda Ronda de CNS em Moçambique

25. O objectivo global do estudo de CNS é estimar a despesa corrente de saúde (CHE)^{3,4} em 2012, a fim de orientar a formulação e o desenvolvimento de políticas. Os objectivos específicos, de acordo com o PESS, incluem:

- Monitorizar as tendências da CHE, com vista a projectar as necessidades futuras de financiamento;
- Determinar a distribuição de CHE por fontes de financiamento e instituições que administram os fundos; bem como por prestador de serviços de saúde e por funções (ou seja, os serviços que são adquiridos);
- Motivar a mudança no processo de orçamentação da saúde pública quer ao nível central quer ao nível provincial; assim como identificar sectores da saúde com financiamento insuficiente;
- Avaliar o financiamento de doadores em relação ao financiamento interno e as respectivas implicações para a sustentabilidade a longo prazo do sector da saúde em Moçambique; e
- Apoiar a formulação de uma estratégia de financiamento da saúde para explorar mecanismos alternativos de financiamento para o sector da saúde

Organização do presente Relatório

26. Este relatório encontra-se organizado em sete secções. As Secções I e II fornecem informação de base sobre as CNS e o desenvolvimento das CNS em Moçambique. A Secção II descreve a metodologia utilizada para este exercício de CNS. A Secção IV apresenta as conclusões gerais das CNS. A Secção V aborda as comparações internacionais. A Secção VI contém as implicações destes dados nas políticas. A

³ Sempre que a CHE inclui apenas os gastos em bens e serviços de saúde inteiramente consumidos durante o período do exercício e não investimentos no sistema de saúde, cujo valor perdure além do exercício

⁴ Ao longo deste relatório, sempre que forem mencionados "gastos", refere-se de um modo geral a CHE, a não ser que indicado especificamente em contrário

Secção VII conclui discutindo os desafios, as oportunidades e a institucionalização das CNS em Moçambique.

III. METODOLOGIA DAS CNS

Descrição da Abordagem

27. O exercício de CNS de Moçambique relativo a 2012 foi realizado de acordo com o SCS 2011 e utilizou dados primários e secundários. Os dados foram recolhidos e analisados usando a Ferramenta de Produção de Contas de Saúde (HAPT): Versão 3.3.

28. O SCS 2011 apresenta melhorias relativamente ao quadro anterior de SCS, reforçando as classificações a fim de sustentar a produção de resultados mais detalhados e introduzindo novas classificações que ampliam o âmbito da análise e proporcionam uma perspectiva mais abrangente dos fluxos das despesas de saúde. A tabela 2 inclui definições, questões respondidas e exemplos de dimensões chave que compõem o novo quadro.

29. As CNS 2012 de Moçambique introduzem diversas evoluções em relação às estimativas anteriores relativas ao período 2004-2006:

- Segregação dos investimentos de capital da CHE total. *O SCS tradicionalmente centrava-se na despesa total em saúde (THE), que analisava os gastos em bens e serviços de saúde consumidos integralmente durante o período do exercício, bem como em investimentos no sistema de saúde, cujo valor perdurava além do período do exercício. O SCS 2011 separa esses dois tipos de despesa, sendo a CHE um novo indicador. A CHE representa apenas os gastos em consumo final; as despesas de investimento são seguidas e agregadas separadamente*
- Foco acentuado nas fontes e esquemas de receitas em vez das fontes de financiamento e agentes de financiamento
- Definição do custo dos insumos através de factores de produção, os quais estão melhor alinhados com o sistema integrado de administração financeira do estado, e-SISTAFE
- Definição de custos de doenças com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Fontes de Dados

30. Foi recolhido um grande leque de dados e informações a partir de diversos documentos estatais e informadores-chave. Foram usadas as seguintes fontes primárias de dados:

- Inquéritos a parceiros de desenvolvimento (doadores bilaterais e multilaterais)
- Inquéritos a ONGs (parceiros e agências de execução)
- Inquéritos ao nível das unidades de saúde
- Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) 2008-2009
- Inquéritos ao sector privado (seguradoras, empresas privadas, clínicas privadas).

31. Foram usadas as seguintes fontes secundárias de dados:

- Relatório de Execução Orçamental e Financeira do Sector da Saúde (REO) 2012
- Sistema de Administração Financeira do Estado, e-SISTAFE
- Base de dados oficial da ajuda ao desenvolvimento em Moçambique (ODAMoz) (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, MPD)

32. É importante salientar que nem sempre foi possível desagregar algumas das despesas ao nível funcional e do prestador. Essa impossibilidade deveu-se à falta de: 1) dados desagregados no inquérito às famílias que foi usado; 2) dados sólidos relativos a custos aos níveis dos hospitais e clínicas; e 3) dados referentes a

despesas ao nível dos prestadores. Para minimizar o número de pressupostos, a maioria dos valores relativos a despesas foram mantidos ao nível agregado.

Tabela 2. Classificações das CNS no SCS 2011

<p>Receitas dos esquemas de financiamento (FS-Financing Schemes)</p>	<p>Definição: Tipos de receitas recebidas ou colectadas pelos esquemas de financiamento</p> <p>Questões respondidas: Qual o volume de receitas angariado? De que forma é angariado? A partir de que unidades institucionais provêm as receitas para cada esquema de financiamento?</p> <p>Exemplos: Transferências financeiras directas do estrangeiro, pré-pagamento obrigatório, transferências do MF para outras agências governamentais</p>
<p>Esquemas de financiamento de cuidados de saúde (HF-Health Financing)</p>	<p>Definição: Os principais tipos de acordos de financiamento através dos quais as pessoas têm acesso a serviços de saúde. Os esquemas de financiamento da saúde incluem os pagamentos directos das famílias, bem como acordos de financiamento com terceiros.</p> <p>Questões respondidas: Como é que o dinheiro é angariado e canalizado para pagar cuidados de saúde?</p> <p>Exemplos: Programas governamentais conduzidos pelo MISAU, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), pagamento directo das famílias (OOP)</p>
<p>Prestadores de cuidados de saúde (HP-Health Providers)</p>	<p>Definição: Entidades responsáveis por prestar os serviços de saúde</p> <p>Questões respondidas: Qual é a estrutura organizacional característica da prestação de cuidados de saúde num país? Quem forneceu os bens e serviços aos consumidores?</p> <p>Exemplos: Hospitais públicos e privados, clínicas, postos de saúde</p>
<p>Funções de cuidados de saúde (HC-Health Care)</p>	<p>Definição: Bens, serviços ou actividades que os prestadores fornecem aos beneficiários</p> <p>Questões respondidas: Qual é a estrutura organizacional característica da prestação de cuidados de saúde num país? Quem forneceu os bens e serviços aos consumidores?</p> <p>Exemplos: Cuidados curativos, cuidados de enfermagem continuados, bens medicinais (ex.: fármacos), serviços preventivos, administração dos cuidados de saúde.</p>
<p>Factores de provisão (FP)</p>	<p>Definição: Insumos usados para prestar serviços de saúde</p> <p>Questões respondidas: Que conjunto de insumos de produção é que os fornecedores de bens e serviços de cuidados de saúde usam?</p> <p>Exemplos: Salários, serviços públicos, renda, materiais e serviços usados</p>
<p>Despesas de capital (HK)</p>	<p>Definição: Gastos em investimentos de longo prazo usados por mais do que um ano</p> <p>Questões respondidas: Que tipo de activos é que os prestadores adquiriram?</p> <p>Exemplos: Infra-estruturas, maquinaria e equipamento (formação de capital);</p>

	formação formal, investigação e desenvolvimento
--	---

33. Vide *Anexo 1* para uma explicação detalhada das principais classificações de CNS usadas ao longo deste relatório. A tabela 3 refere-se a indicadores chave no âmbito das despesas de saúde que as CNS podem ajudar a mensurar.

Tabela 3. Indicadores Prioritários de Despesas de Saúde

Despesa total de saúde (THE)	<p>A THE é definida como o somatório da despesa em actividades que - através da aplicação de tecnologia e conhecimentos médicos, paramédicos e de enfermagem - visam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a saúde e prevenir a doença • Curar a doença e reduzir a mortalidade prematura • Cuidar de pessoas afectadas por doenças crónicas que exigem cuidados de enfermagem • Cuidar de pessoas portadoras deficiências e incapacidades relacionadas com a saúde • Fornecer e administrar programas de saúde, seguros de saúde e outros acordos de financiamento <p>A THE inclui a despesa em bens e serviços de saúde consumidos integralmente durante o período do exercício, bem como em investimentos no sistema de saúde, cujo valor perdure além do período do exercício. Os códigos das Classificações Internacionais para Contas de Saúde (CICS) sintetizam os componentes incluídos nos cálculos de THE:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Código CICS</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HC.1</td> <td>Serviços de cuidados curativos</td> </tr> <tr> <td>HC.2</td> <td>Serviços de cuidados de reabilitação</td> </tr> <tr> <td>HC.3</td> <td>Serviços de cuidados continuados de enfermagem</td> </tr> <tr> <td>HC.4</td> <td>Serviços complementares aos cuidados de saúde</td> </tr> <tr> <td>HC.5</td> <td>Artigos médicos fornecidos a pacientes externos</td> </tr> <tr> <td><i>HC.1-HC.5</i></td> <td><i>Despesa total em saúde pessoal</i></td> </tr> <tr> <td>HC.6</td> <td>Serviços de prevenção e saúde pública</td> </tr> <tr> <td>HC.7</td> <td>Administração da saúde e seguros de saúde</td> </tr> <tr> <td><i>HC.6 + HC.7</i></td> <td><i>Despesa total em saúde colectiva</i></td> </tr> <tr> <td>HC.9</td> <td>Despesa em serviços não alocados por função</td> </tr> <tr> <td><i>HC.1-HC.9</i></td> <td><i>Total de despesas correntes</i></td> </tr> <tr> <td>HC.R.1</td> <td>Investimento (formação bruta de capital) em saúde</td> </tr> <tr> <td><i>HC.1-HC.9 + HC.R.1</i></td> <td><i>DESPEZA TOTAL EM SAÚDE</i></td> </tr> </tbody> </table> <p>A definição do SCS/OCDE de THE exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educação e formação de pessoal da saúde • Investigação e desenvolvimento na área da saúde • Alimentação, higiene e controlo de água potável • Saúde ambiental • Administração e prestação de serviços sociais em espécie para auxiliar a vida com doença e incapacidade <p>Para efeitos deste exercício, a educação e formação de pessoal da saúde e a investigação e desenvolvimento na área da saúde estão incluídas como investimentos de capital dentro da THE</p>	Código CICS	Descrição	HC.1	Serviços de cuidados curativos	HC.2	Serviços de cuidados de reabilitação	HC.3	Serviços de cuidados continuados de enfermagem	HC.4	Serviços complementares aos cuidados de saúde	HC.5	Artigos médicos fornecidos a pacientes externos	<i>HC.1-HC.5</i>	<i>Despesa total em saúde pessoal</i>	HC.6	Serviços de prevenção e saúde pública	HC.7	Administração da saúde e seguros de saúde	<i>HC.6 + HC.7</i>	<i>Despesa total em saúde colectiva</i>	HC.9	Despesa em serviços não alocados por função	<i>HC.1-HC.9</i>	<i>Total de despesas correntes</i>	HC.R.1	Investimento (formação bruta de capital) em saúde	<i>HC.1-HC.9 + HC.R.1</i>	<i>DESPEZA TOTAL EM SAÚDE</i>
Código CICS	Descrição																												
HC.1	Serviços de cuidados curativos																												
HC.2	Serviços de cuidados de reabilitação																												
HC.3	Serviços de cuidados continuados de enfermagem																												
HC.4	Serviços complementares aos cuidados de saúde																												
HC.5	Artigos médicos fornecidos a pacientes externos																												
<i>HC.1-HC.5</i>	<i>Despesa total em saúde pessoal</i>																												
HC.6	Serviços de prevenção e saúde pública																												
HC.7	Administração da saúde e seguros de saúde																												
<i>HC.6 + HC.7</i>	<i>Despesa total em saúde colectiva</i>																												
HC.9	Despesa em serviços não alocados por função																												
<i>HC.1-HC.9</i>	<i>Total de despesas correntes</i>																												
HC.R.1	Investimento (formação bruta de capital) em saúde																												
<i>HC.1-HC.9 + HC.R.1</i>	<i>DESPEZA TOTAL EM SAÚDE</i>																												

Despesa corrente de saúde (CHE)	A despesa corrente de saúde total consiste no somatório do total de serviços pessoais e colectivos, mas não inclui o investimento. O SCS 2011 foca-se na CHE em vez da THE.
Investimento em instalações médicas	Este artigo inclui formação bruta de capital de instituições prestadoras de cuidados de saúde internos (excluindo a venda a retalho e outros fornecedores de artigos médicos). O investimento público em saúde inclui a formação bruta de capital com financiamento público em instalações de saúde mais as transferências de capital para o sector privado para construção de hospitais e equipamento. O investimento privado em saúde inclui a formação bruta de capital privado nas indústrias de prestadores de cuidados de saúde (excluindo a venda a retalho de artigos médicos.) Exclui as transferências de capital recebidas do sector público
Despesa geral pública/do governo em saúde	As despesas públicas em saúde são aquelas incorridas por fundos públicos. Os fundos públicos são órgãos estatais, regionais e locais, assim como esquemas de segurança social.
Despesa externa ("resto do mundo") em saúde	As despesas do resto do mundo são aquelas incorridas através de subvenções bilaterais, multilaterais e internacionais e fundos contribuídos por instituições (incluindo fundações) e pessoas individuais fora do país. Refere-se, em grande parte, ao financiamento por parte de doadores.
Despesa privada em saúde	Porção da despesa total de saúde que é financiada por privados. As fontes privadas de fundos incluem os pagamentos directos (tanto ao balcão como em partilha de custos), programas de seguros privados, instituições de caridade e cuidados de saúde ocupacional.
<i>Despesa directa na saúde</i>	A despesa directa das famílias (<i>out-of-pocket</i>) inclui a partilha de custos, auto-medicação e outras despesas pagas directamente pelos agregados familiares, independentemente de o contacto com o sistema de cuidados de saúde ter sido estabelecido via encaminhamento ou por iniciativa própria do paciente.

34. É possível retirar importantes conclusões quando estas são examinadas como proporção da THE, CHE, despesa governamental e PIB (Figura 2).

Recolha de Dados

35. ***Parceiros de Desenvolvimento.*** A lista completa de doadores foi obtida junto do MEF. Foram enviados questionários a vinte e quatro doadores, acompanhados por um pedido oficial do MISAU solicitando a participação da entidade e explicando como a informação seria usada. Todos responderam. Embora a informação tenha sido usada principalmente para fazer o cruzamento da precisão da informação obtida junto das ONGs e dos parceiros de execução, em alguns casos, doadores com contabilidade desorganizada só conseguiram fornecer números do orçamento com estimativas muito grosseiras dos seus gastos.

36. ***ONGs.*** Foi obtida junto do MISAU uma lista de todas as ONGs e agências de execução em Moçambique. Foram identificadas aproximadamente 100 para o inquérito, apesar de alguns parceiros de desenvolvimento terem pedido especificamente que as suas agências de execução não fossem contactadas. No total, 40 ONGs e agências de execução responderam ao questionário. Considerando que os doadores são a principal fonte de fundos para os parceiros de execução, o estudo utilizou a informação obtida junto dos doadores para estimar a contribuição relativa e os serviços prestados por essas ONGs que não responderam ou que não foi possível contactar. Supõe-se que diversas ONGs locais que estavam em funcionamento em 2012 estejam inactivas.

37. ***Governo.*** A informação sobre as despesas de saúde do governo foi recolhida a partir do e-SISTAFE e de outros departamentos com contas de despesas separadas, entre os quais se encontram o Fundo de Assistência Médica, o Departamento Farmacêutico e a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM). Os dados sobre fármacos e suprimentos médicos com o nível de pormenor solicitado (por

exemplo, por tipo de medicamento e programa de doença) não estavam imediatamente disponíveis. Foram fornecidos dados agregados. As despesas do governo em programas incluindo a malária, tuberculose e saúde reprodutiva não estavam disponíveis.

38. Além do MISAU, diversos outros ministérios operam programas de saúde e recebem fundos. Estes incluem o Ministério da Defesa (MD), o Ministério do Interior (MINT), o Ministério da Educação (MINED) e o Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS). O MD e o MINT operam hospitais e estabelecimentos de saúde em Moçambique. Nenhum deles tem rubricas orçamentais separadas para as actividades de cuidados de saúde. A maioria das rubricas (salários, investimentos, custos recorrentes) são centralizadas.

39. O MINED apoia a Faculdade de Medicina na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), mas também não existem rubricas orçamentais separadas para a Faculdade de Medicina. Existe apenas um orçamento global para a UEM. O envolvimento do MINED no funcionamento de estabelecimentos de formação na área da saúde neste momento não está claro. No passado, foi prestada assistência ao MINED para estimular a investigação e conceber currículos de formação dentro do ensino superior na área do HIV/SIDA (*Nijmegen Institute for International Health* 2012). Historicamente, os programas de educação na área da saúde nas escolas também têm sido implementados em colaboração com o MISAU e os parceiros de desenvolvimento. Não foram disponibilizados dados (se existirem) para este estudo.

40. As conversações com o MMAS clarificaram que as intervenções na área da nutrição em 2012 foram direccionadas para a segurança alimentar, que não se inclui no sector da saúde. Portanto, essas despesas não foram incluídas no estudo. Entre os demais ministérios relevantes para este estudo incluem-se o Ministério da Agricultura (MINAG) e o Ministério para Coordenação da Acção Ambiental (MICOA), a fim de perceber se algumas das suas despesas foram direccionadas para a nutrição e a saúde ambiental, respectivamente. Esta informação não se encontrava directamente disponível.

41. O Ministério do Trabalho (MITRAB) oferece um pacote de segurança social através do Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) a todos os funcionários do sector privado. O pacote inclui um subsídio providenciado ao trabalhador em casos de ausência no local de trabalho por motivos de doença, licença de maternidade, acompanhamento às consultas médicas para crianças doentes, e hospitalização em casos de doença e/ou acidentes que não estejam relacionados com o local de trabalho. Os pormenores foram disponibilizados com um elevado nível de agregação.

42. **Estabelecimentos de Saúde Públicos.** Cerca de 1300 hospitais, clínicas e postos de saúde em todas as 10 províncias e na cidade de Maputo foram inquiridos. Foram recolhidos dados relativos a aproximadamente 389 estabelecimentos. De um modo geral, esta actividade foi mediada pela Direcção Provincial de Saúde (DPS) dentro de cada província - em diversos casos, um representante da DPS respondeu ao questionário para todos os estabelecimentos de uma determinada jurisdição. Prioridades conflitantes e pouco pessoal do DPES dedicado ao exercício de CNS resultou em questionários enviados aos inquiridos com poucas orientações e/ou sem discussão prévia com o representante. Consequentemente, em diversos casos havia informação em falta ou reportada incorrectamente. Por esta razão, as estimativas sobre a subdivisão de despesas por função foram mapeadas face ao REO 2012.

43. **Unidades de Saúde Privadas.** Havia 154 organizações de serviços de saúde com fins lucrativos (incluindo consultórios de médicos privados) e 80 farmácias privadas a operar em 2012, com uma grande concentração em Maputo. Pressupõe-se que preços, níveis de actividade e, consequentemente, os níveis de rendimento variem drasticamente. Aproximadamente 10 por cento de todas as empresas inquiridas responderam.

44. **Despesa Directa (OOP) das Famílias.** A despesa OOP refere-se a todas as despesas feitas pelos agregados familiares - incluindo gratificações e pagamentos em espécie - a prestadores de serviços de saúde. Os gastos das famílias para as CNS 2004-2006 basearam-se no Inquérito aos Agregados Familiares (IAF) de 2002-2003; os gastos dos agregados familiares para este estudo basearam-se em estimativas do IOF 2008-2009. Tal como aconteceu com os dados usados no último exercício, esta informação encontra-se ultrapassada. Uma vez que os dados em bruto não foram partilhados, foi impossível determinar o peso de cada agregado familiar dentro da amostra para fazer extrapolações mais precisas. Além disso, o IOF não fornece informação com o nível de pormenor necessário para um exercício de CNS. As principais omissões incluem a subdivisão entre despesas de ambulatório e hospitalização (a subdivisão foi feita mais tarde, em separado, recorrendo aos dados de utilização de pacientes da Informação Estatística Sumária Nacional [MISAU 2013a]). Embora não estejam disponíveis os dados por tipo de estabelecimento, existem algumas ideias sobre quanto é que foi gasto nos sectores público, privado e de medicina tradicional. As despesas de saúde das famílias no IOF assumem apenas os custos relacionados com os serviços e não aqueles associados com o transporte, alimentação, alojamento e eventuais pagamentos informais ("por baixo da mesa") quando se procuram cuidados de saúde. Os dados sobre os últimos não foram recolhidos. O INE nas suas extrapolações das despesas das famílias em 2008 também faz menção ao facto de o aumento do preço dos bens e serviços de saúde não serem proporcionais à inflação global. Os dados sobre as despesas OOP representados neste relatório baseiam-se na análise do IOF 2008-2009 comissionada pela OMS. Vide *Anexo B* para mais informação.

45. **Empregadores.** Os empregadores foram inquiridos para entender em que medida os empregadores fornecem seguros de saúde através do local de trabalho e, sempre que aplicável, quais os empregadores que gerem as suas próprias unidades de saúde ou fornecem programas de prevenção no local de trabalho. A fim de estimar as contribuições dos empregadores para a saúde, foi gerada uma listagem de empresas (nos sectores da agricultura, banca, comunicações, construção, energia, petróleo e gás, indústria transformadora, retalho, hospitaleiro e transportes), com sede em Maputo, com mais de 500 funcionários. Foram identificadas mais de 130 empresas privadas. Todas foram inquiridas, no entanto menos de 10 por cento responderam. A informação prestada pelos inquiridos foi considerada dentro de cada sector e extrapolada para estimar a despesa total em saúde pelos empregadores.

46. **Seguradoras.** Foi enviado o questionário a 17 empresas que oferecem seguros. Apenas três empresas responderam ao questionário.

Limitações e Considerações

47. O compromisso do governo e dos demais intervenientes em assegurar procedimentos institucionalizados para recolha, reporte e recuperação de dados relativos ao financiamento da saúde tem sido deficitário. Obter informação junto das agências e departamentos governamentais tem sido um processo longo e trabalhoso, considerando a multiplicidade de canais de comunicação usados (chamadas telefónicas, visitas sucessivas e cartas oficiais do MISAU). Mesmo nos casos em que a informação foi recolhida, a qualidade desta permanece insatisfatória. A qualidade e a fiabilidade dos dados são consideradas limitações neste estudo.

48. A equipa reconhece limitações significativas na abordagem da estimativa de OOP. Em estimativas futuras, será importante basear as estimativas de OOP em estudos de utilização e despesas de saúde dos agregados familiares mais actuais e rigorosos. Portanto, é necessário considerar o alavancamento de outros instrumentos do INE sempre que possível. É necessária uma colaboração mais estreita entre o MISAU e o INE.

49. A resposta por parte dos empregadores privados e do sector privado em geral foi baixa. É necessário envolver completamente este sector no futuro para evitar a ausência de resposta.

50. O nível de detalhe exigido nos questionários realizados para este exercício (em conformidade com as classificações do SCS 2011) pode ter levado a alguma relutância e/ou confusão por parte dos inquiridos em reportar correctamente - ou a tudo - mesmo após garantia verbal e por escrito de que toda a informação seria tratada de forma confidencial e reportada de forma agregada. Além disso, foi dado apoio mínimo aos inquiridos, nomeadamente aos dos estabelecimentos, para responderem aos questionários

51. As recomendações para melhorias em rondas futuras de CNS em Moçambique são apresentadas na secção VII deste relatório.

Nos cálculos que se seguem, é importante ter em atenção que nem sempre os totais apresentam um somatório de 100 por cento devido aos arredondamentos.

IV. CONCLUSÕES GERAIS DAS CNS

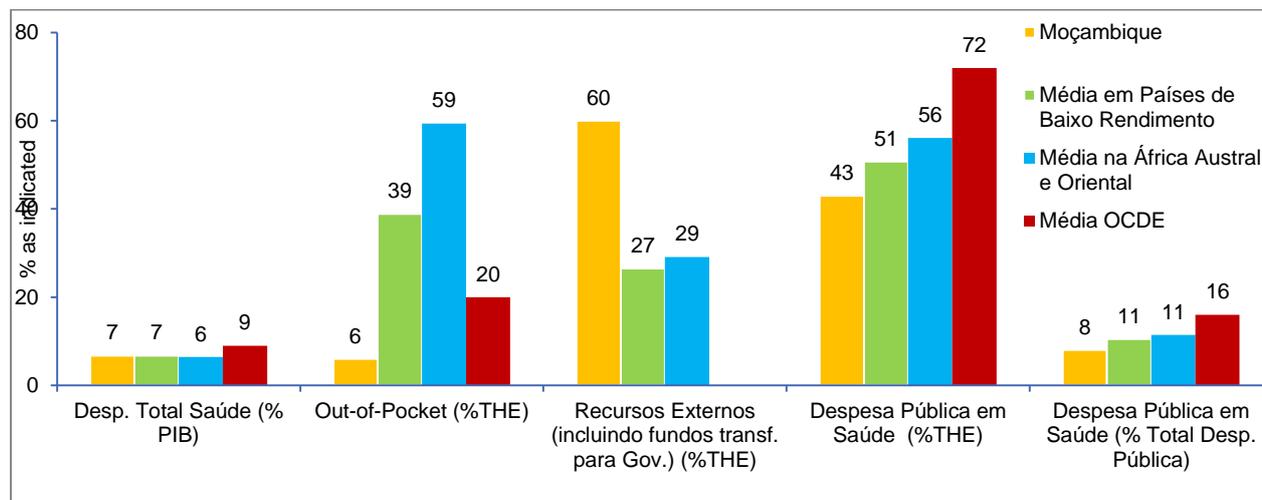
Introdução

52. O último exercício das CNS de Moçambique proporcionou uma visão geral da despesa e da alocação de recursos no âmbito do sistema de saúde do país. As conclusões contribuíram para informar diversas políticas e processos de planeamento até à data. No entanto, ao passo que as CNS isoladas oferecem uma visão geral abrangente das despesas de saúde num dado ano, o verdadeiro valor das CNS é a capacidade de comparar as despesas ao longo de diferentes períodos. À medida que a procura de dados sobre as despesas de saúde aumenta, o mesmo deverá acontecer com a necessidade de institucionalizar o processo. As conclusões das CNS de 2012, juntamente com outros estudos de rastreamento de recursos, informarão a estratégia de financiamento do sector da saúde. As conclusões poderão também ser usadas como uma ferramenta de promoção da mobilização de recursos adicionais para o sector da saúde.

Síntese das Conclusões

53. As delimitações dos gastos em saúde, de acordo com o SCS 2011 definem gastos centrais apenas como despesas em bens e serviços de cuidados de saúde consumidos integralmente ao longo do período contabilístico de um ano (despesas de saúde "correntes"). As mesmas não incluem os investimentos no sistema de saúde cujo valor perdure além do exercício.

Figura 2. Sumário dos Indicadores Financeiros Chave da Saúde, 2012



Fonte: Base de Dados de Despesas de Saúde da OMS

Nota: Para Moçambique, os valores são apresentados como uma porção da THE e não da CHE. Isto destina-se a facilitar a comparação porque nem todos os países já usaram o quadro do SCS 2011 (em países em que as CNS não foram elaboradas para um dado ano, a OMS apresenta as suas próprias estimativas através da triangulação de várias fontes de dados do país). As despesas relacionadas com despesas de longo prazo (investimentos) encontram-se assim incluídas. **Este não é o caso para o resto do presente relatório no qual os números são apresentados com base na CHE.** Por favor, consulte a Tabela 3 para mais informação sobre as definições de cada um dos indicadores-chave.

Além disso, por favor, note o seguinte, de acordo com a forma como a OMS calculou as alocações, tanto para os países de baixos rendimentos, como para os vizinhos regionais:

- A base de receitas para as despesas gerais do Governo, na **Figura 2**, inclui múltiplos fundos, tais como fundos externos (Moçambique: 21,2% recursos próprios; 22,0% outros fundos)
- Os fundos externos incluem fundos que são disponibilizados directamente para actividades de saúde por unidades não residentes (incluindo doadores), bem como os que são "geridos" pelo Governo (Moçambique: 42,2% geridos directamente; 17,8% geridos pelo MISAU)

- Devido à sobreposição apresentada neste método, os totais percentuais não serão iguais a 100% no que se refere a participações de financiamento governamentais, privadas e externas.

54. A CHE 2012 em Moçambique é de 24.316.181.511 Mts, apenas cerca de seis por cento do PIB do país, o que representa uma despesa de saúde *per capita* de 1.026 Mts/US\$ 36,81. A participação da despesa pública (incluindo fundos externos para a saúde, canalizados através do governo) atribuída a todas as actividades de saúde é de oito por cento, inferior à participação estimada nas CNS de 2006 (MISAU 2012).⁵ Moçambique não só ficou atrás dos seus vizinhos regionais e pares de rendimentos (Figura 2), como esta participação é consideravelmente inferior aos 15 por cento recomendados pela Declaração Abuja. Da CHE total, os esquemas de financiamento do Governo totalizam 46 por cento (isto inclui transferências de receitas domésticas, **bem como** transferências distribuídas pelo Governo de *origem estrangeira*); esquemas de financiamento de doadores, 39 por cento (43 por cento); esquemas de pré-pagamento voluntário, nove por cento e pagamentos directos das famílias, seis por cento (de acordo com as extrapolações dos dados do IOF 2008-2009). A despesa OOP em saúde foi de 57 Mts (US\$ 2,05) por pessoa.

55. Combinados, os hospitais seguidos pelos centros de cuidados em ambulatório (clínicas e postos de saúde) são os principais prestadores de cuidados curativos, representando 21 por cento e 18 por cento da CHE, respectivamente, das funções de cuidados de saúde, cerca de 40 por cento das despesas são direccionadas para os cuidados curativos. Vinte e sete por cento dos custos são direccionados para os cuidados preventivos.

Tabela 4. Sumário das Conclusões Gerais das CNS

Indicadores	2012
População Total	23.700.715
PIB real total	376.509.558.490 Mts
Rendimento <i>per capita</i>	15.886 Mts
Taxa de câmbio média (US\$: Mts) (Taxas Operacionais de Câmbio da ONU)	27,87 Mts
Total de despesas correntes de saúde (CHE)	24.316.181.511 Mts
Total da formação do capital	3.642.656.643 Mts
Despesa total de saúde (THE)	27.958.838.154 Mts
CHE <i>per capita</i>	1.026 Mts
CHE como % do PIB real	6,5%
Despesa do Governo em saúde como % da despesa total do governo	8,4%
Esquemas de financiamento como % da CHE	
Esquemas governamentais e esquemas obrigatórios de financiamento contributivo para os cuidados de saúde	46%
Esquemas voluntários de pagamento dos cuidados de saúde (incluindo o financiamento empresarial)	10%
Pagamentos directos das famílias	6%
Resto do mundo (parceiros de desenvolvimento)	38%
Pagamentos directos das famílias OOP	
Total de despesa OOP como % da CHE	6%
Total da despesa OOP per capita	57 Mts
Distribuição de Prestadores como % da CHE	
Hospitais	21%
Centros de cuidados em ambulatório	18%
Prestadores de cuidados preventivos	18%
Administração da saúde	32%
Outros	11%
Distribuição de Funções como % da CHE	
Cuidados curativos	40%
Cuidados preventivos	27%

⁵Esta participação poderá variar do valor reportado no REO de 2012. Por exemplo, itens como pagamentos de pensões e subsídios educacionais ao pessoal que poderão constar do orçamento da saúde não são incluídos na definição de actividades do sector da saúde (*Tabela 3*).

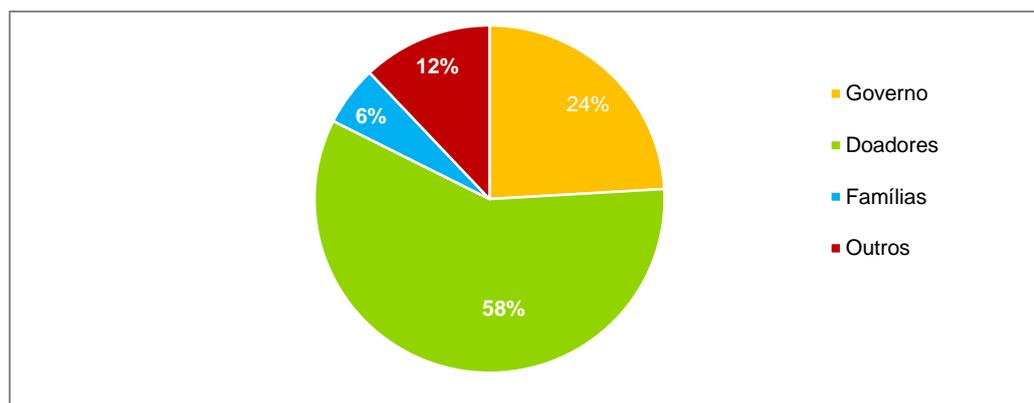
Governança, e administração financeira e do sistema de saúde	26%
Outros	7%

Financiamento de Despesas Correntes de Saúde: Como é que os Cuidados de Saúde são financiados?

56. **Receitas dos Esquemas de Financiamento.** Compreender como é que as receitas são angariadas e, conseqüentemente, como é que os fundos de saúde são geridos ou distribuídos, reflecte o movimento do financiamento a partir de um estádio (ex.: angariação de receitas) até ao próximo (ex.: gestão e distribuição). Além disso, ajuda a determinar quão dependente o sistema de saúde de um país está relativamente a instituições externas. A assistência externa dos doadores continuou como a fonte primária de receita para o sector da saúde em Moçambique em 2012 (**Figura 3**).

57. **Esquemas de Financiamento.** O sector da saúde em Moçambique obtém níveis variados de financiamento a partir de fontes tradicionais, principalmente públicas, privadas e de doadores. Essas receitas são agrupadas de várias formas. O Governo financia actualmente o sector da saúde através da receita doméstica, nomeadamente transferências internas (por exemplo, alocações a partir do orçamento do governo central para o MISAU e subsídios para as direcções provinciais). O MISAU, bem como as direcções provinciais e um número selecto de hospitais em Moçambique, também administram um nível considerável de assistência externa.

Figura 3. CHE por Fonte de Financiamento



58. Os fundos externos e verticais (fundos verticais) predominam em Moçambique. É importante lidar com esta questão, uma vez que a existência de múltiplas fontes de financiamento agrava a fragmentação do sistema de financiamento da saúde. Cria complexidades, ineficiências e confusão, dificultando a tarefa do governo de orçamentar, desembolsar e rastrear, com eficácia, fundos de cuidados de saúde. No entanto, a infinidade de doadores e a assistência fragmentada ao longo dos anos abriam o caminho para a criação do fundo comum de saúde anteriormente mencionado, o PROSAÚDE. Os fundos do PROSAÚDE são geridos geralmente tanto a nível central como provincial. A tabela 5 mostra uma desagregação da CHE por esquema de financiamento e as receitas de cada um desses esquemas (ou seja, a forma como os esquemas são financiados).

59. Quase metade do financiamento para os esquemas do governo provém de fontes externas, incluindo o PROSAÚDE. No entanto, os parceiros de desenvolvimento ainda direccionam a maior parte da sua assistência através de transferências estrangeiras, incluindo doações em espécie (particularmente no caso dos fármacos). Esses fundos são geridos normalmente por parceiros responsáveis pela execução ou por ONGs internacionais/locais. Com 58 por cento do financiamento actual da saúde, a partir de fontes externas, é importante que Moçambique reduza a sua dependência da ajuda e considere novas fontes alternativas de financiamento, preferencialmente de origem interna. A dependência dos doadores é particularmente elevada no caso dos programas de HIV que consomem quase um terço dos fundos dos

cuidados de saúde (*Figura 10*). Poderão ser consideradas várias fontes de financiamento não provenientes de doadores para programas de saúde: investigação de "novas" opções para a criação de receita doméstica; impostos afectos à saúde; parcerias público-privadas; conversão de dívida; bem como empréstimos com condições especiais concedidos por bancos de desenvolvimento internacional. Os três primeiros poderão ser fontes recorrentes de financiamento, ao passo que os dois últimos são normalmente fontes isoladas e, se muito elevadas, poderão afectar negativamente a economia de Moçambique. Essas opções são discutidas de forma mais aprofundada na *Secção VI* do presente relatório.

Tabela 5. CHE por Receitas dos Esquemas de Financiamento e Esquemas de Financiamento, 2012 (Milhões de Mts)

		<i>Receitas dos Esquemas de Financiamento</i>									
		Transferências a partir da receita doméstica do governo (alocada para fins de saúde)	Transferências distribuídas pelo governo a partir de origem estrangeira (Fundos Verticais)	Outras transferências distribuídas pelo governo a partir de origem estrangeira (PROSAÚDE-)	Pré-pagamento obrigatório e outras contribuições sociais	Pré-pagamento voluntário	Receitas de corporações	Receitas dos agregados	Transferências estrangeiras directas	Total	Participação (%)
<i>Esquemas de Financiamento</i>	Esquemas Governamentais										
	MISAU	3.797,48	2.382,86	1.317,11						7.497,45	30,8%
	Administração Estatal e local	2.052,64	288,58	892,60						3.233,82	13,3%
	Esquemas de seguros de saúde contributivos obrigatórios				379,53					379,53	1,6%
	Pré-pagamento voluntário e esquemas de financiamento empresarial					395,35	2.150,33			2.545,68	10,4%
	Pagamentos directos das famílias (OOP)							1.352,00		1.352,00	5,6%
	Parceiros de Desenvolvimento								9.266,63	9.266,63	38,1%
	Total	5.850,13	2.712,49	2.209,71	379,53	395,35	2.150,33	1.352,00	9.266,63	24.316,18	100,0%

60. Os pagamentos OOP dos agregados são pagamentos directos, efectuados pelos utentes dos serviços de saúde no momento da prestação do serviço. Os agregados individuais financiaram apenas seis por cento das despesas de saúde em 2012. Em termos absolutos, isto reflecte um aumento de 11 por cento face a 2006. No entanto, como porção da CHE, este valor representa um declínio percentual significativo. Em 2006, os pagamentos OOP dos agregados compreendiam cerca de 10 por cento da CHE. Uma das razões para a queda poderá estar relacionada com o aumento substancial da CHE ao longo dos últimos oito anos (que é tal que a participação da despesa dos agregados sofreu um declínio). Além disso, o custo da visita às instalações públicas também caiu de 10 Mts (US\$ 0,36) para 5 Mts (US\$ 0,18). **Tanto nas CNS de 2006 como no corrente exercício**, é importante ressaltar as limitações nos dados dos agregados (parágrafo 44, Anexo B).

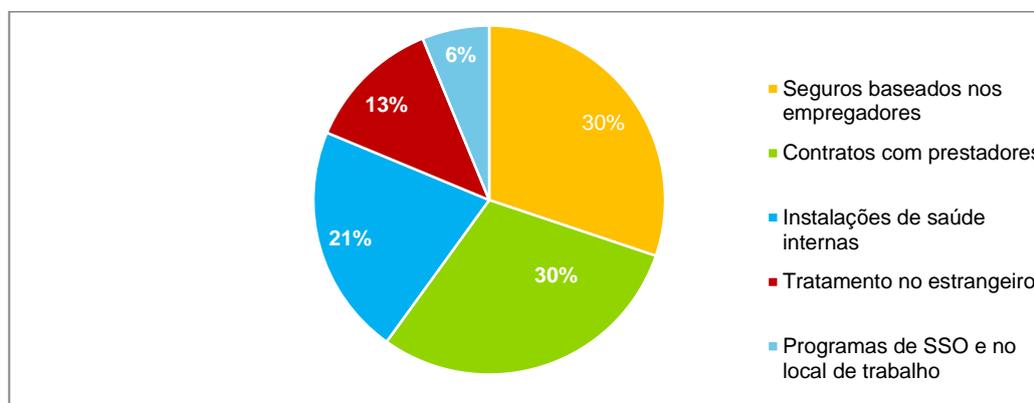
61. Os esquemas de pagamento voluntário dos cuidados de saúde compreendem quase 10 por cento da CHE, todavia é assumido que este número se encontra consideravelmente subestimado. Incluídos nestes esquemas encontram-se o seguro com base no empregador e outros esquemas de financiamento empresarial. Nas situações nas quais os trabalhadores são "obrigados" a inscrever-se automaticamente no esquema de seguro de saúde da sua empresa, isto não é obrigatório por lei ou regulado pelo governo e, conseqüentemente, é classificado como um esquema voluntário.

62. Embora a indústria dos seguros de saúde ainda esteja a surgir em Moçambique, os empregadores em Moçambique adquirem tipicamente um seguro de grupo, através de um contrato entre o empregador (corporação) e a entidade seguradora. Com base nas nossas conclusões, a partir de uma amostra limitada de empregadores, aproximadamente um terço das despesas do empregador relativas à saúde em Moçambique são direccionadas para o seguro com base no empregador. O prémio pago pelo empregador encontra-se, normalmente, relacionado com o risco a nível do grupo, mas as contribuições pagas pelos indivíduos não se encontram normalmente relacionadas com o risco. Muitos desses empregadores que responderam ao questionário CNS alegam ter pago 100 por cento dos prémios de seguro sem pré-pagamento adicional dos trabalhadores. Dezassete por cento dos esquemas de pagamento dos cuidados de saúde são geridos por companhias seguradoras privadas com os restantes a serem geridos por corporações.

63. Os esquemas de financiamento empresarial são normalmente financiados por receitas corporativas destinadas a fins de saúde. Tais esquemas permitem que as empresas prestem ou financiem serviços de saúde para os seus trabalhadores sem o envolvimento de um esquema do tipo seguro. Isto poderá incluir instalações internas de saúde, a prestação de serviços de saúde ocupacional (SSO) e programas de mão-de-obra. Os SSO têm vindo a tornar-se cada vez mais importantes em Moçambique com o aumento das lesões laborais ao longo da última década (Hämäläinen et al. 2009; ILO 2009). Os programas de SSO não podem funcionar isolados, particularmente em países como Moçambique, nos quais os encargos com cuidados de saúde associados ao HIV/SIDA, malária e tuberculose são elevados. A *Lei do trabalho de 2007* e a *Lei de 2009 de protecção de trabalhadores com HIV/SIDA* proíbem ainda a discriminação na contratação, retenção, formação e promoção dos trabalhadores com base na sua condição HIV e encoraja os empregadores a facultarem informação e serviços de prevenção HIV. Foram envidados esforços consideráveis para incentivar os empregadores privados a implementar de políticas e programas HIV no local de trabalho.

64. Embora uma proporção significativa de empregadores tenham as suas próprias instalações de saúde, a maioria poderá não estar registada oficialmente. Os empregadores poderão também contratar serviços de saúde para os seus trabalhadores, através de prestadores externos de cuidados de saúde. Cerca de metade das despesas de saúde do empregador destinam-se a esses programas. Muitos empregadores também oferecem benefícios aos trabalhadores que procuram tratamento no estrangeiro (sobretudo na África do Sul). Os pacotes de prestações de saúde oferecidos por alguns empregadores são uma combinação complexa de serviços no local e no exterior, por vezes usando prestadores diferentes e com planos de reembolso diferentes para grupos diferentes de pessoal. Em resultado dessas medidas, é difícil dividir claramente os custos dos cuidados de saúde entre os serviços internos e os externos. A **Figura 4** apresenta a distribuição das despesas de saúde pelos empregadores que responderam ao questionário de CNS.

Figura 4. Despesas com Programas de Saúde pelos Empregadores^a



^a Inquiridos incluídos: *Águas da Região de Maputo, Banco Comercial e de Investimento, Banco Nacional de Investimentos, Banco Único, CMCAfricaAustral, Electricidade de Moçambique, Jindal Steel e Power Limited Moçambique, Mauritius Commercial Bank Moçambique, Moçambique Cellular e Nestlé Moçambique*

65. Os dados obtidos junto das companhias de seguros são extremamente limitados e insuficientes para retirar conclusões. Das 15 companhias inquiridas, pressupõe-se que aproximadamente metade ofereça seguros de saúde. O total de pedidos de crédito de seguros em 2012, pelas três companhias que responderam — *Emosse, Real Seguros e Seguradora Internacional de Moçambique* — totalizaram 151.820.950 Mts (US\$ 5.447.468), ou menos de um por cento das despesas totais de saúde. Aproximadamente 62 por cento das despesas consumidas pelas companhias de seguros foram direccionadas para hospitalizações, 23 por cento para cuidados ambulatoriais e 15 por cento para fármacos.

Prestadores de Cuidados de Saúde: Quem É Que Usa Fundos da Saúde para a Prestação de Cuidados?

66. Os prestadores de cuidados de saúde são definidos como as entidades ou instituições que recebem financiamento em troca da produção de um bem ou serviço, com o fim de melhorar ou manter a saúde e o bem-estar de um indivíduo. Em 2012, os hospitais e os centros de ambulatório prestaram a maior proporção de serviços, sendo responsáveis por 40 por cento da CHE. A participação das despesas atribuídas a esses prestadores quase duplicou desde 2006. Isto encontra-se a par com um aumento visível das despesas pelos prestadores de cuidados preventivos, que compreendem 18 por cento do total de despesas. As despesas de saúde da administração geral contribuem para quase um terço do total de despesas de saúde. A duplicação das despesas da administração geral, como participação na CHE desde 2006, poderá ser atribuída ao aumento do planeamento nacional e provincial geral, à luz das prioridades renovadas do sector de saúde e da necessidade de reforço dos sistemas.⁶

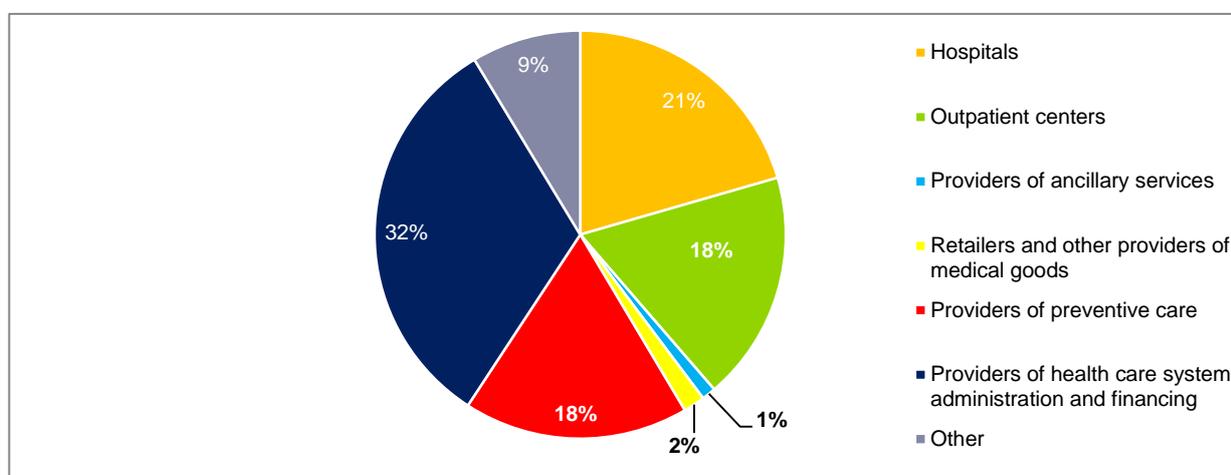
⁶ É importante notar que as CNS de 2006 atribuem 35 por cento do total de despesas a institutos que prestam "outros serviços relacionados com a saúde."

De acordo com o SCS 1.0, esses institutos incluem centros de pesquisa, instituições académicas e entidades similares. Esta categoria destina-se apenas a ser usada se as despesas nacionais de saúde forem definidas de forma mais abrangente do que a definição do SCS. De acordo com o SCS de 2011, a maioria das despesas incorridas por essas instituições estão incluídas nas despesas de capital e não na CHE.

Tabela 6. CHE por Prestador, 2012

Prestador	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
Hospitais	4.961,27	20,5%
Centros de ambulatório	4.417,68	18,2%
Prestadores de serviços complementares	265,77	1,1%
Retalhistas e outros fornecedores de produtos médicos	408,88	1,7%
Prestadores de cuidados preventivos	4.280,62	17,7%
Prestadores da administração e financiamento do sistema de cuidados de saúde	7.792,31	32,2%
Outros	2.189,65	8,6%
Total	24.316,18	100%

Figura 5. CHE por Prestador, 2012



67. A administração geral refere-se aos custos administrativos aos níveis central e provincial e não capta os custos das instalações específicas. Os custos da administração pública, suportados pelos prestadores de cuidados de saúde, tais como os registos dos pacientes e a gestão do hospital são atribuídos às instituições prestadoras, não às administrações gerais.

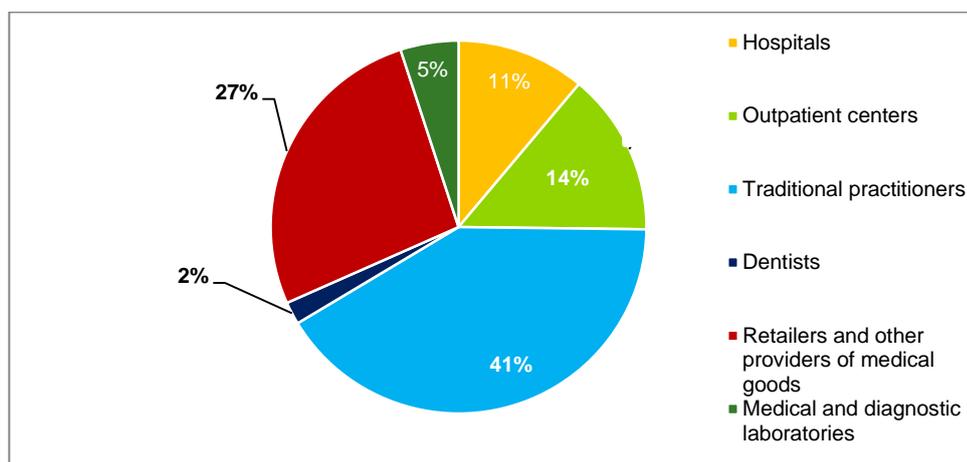
68. **Fundos dos agregados.** De acordo com um estudo recente da OMS (versão preliminar de 2014), mais de três quartos das consultas clínicas ocorrem em instalações públicas de saúde e apenas 10 por cento nos consultórios de curandeiros. No entanto, os agregados familiares incorrem em cerca de 40 por cento das suas despesas totais de saúde na medicina tradicional. Em Moçambique, particularmente no Norte e nas áreas rurais, os curandeiros são frequentemente mais procurados do que os médicos. Os curandeiros em Moçambique totalizam cerca de 70.000; os médicos certificados apenas 1.500. Além disso, os hospitais e os equipamentos médicos nem sempre se encontram disponíveis nas províncias e as populações locais confiam mais frequentemente na medicina tradicional do que nas receitas das farmácias.

Tabela 7. Despesas de Saúde dos Agregados por Prestador e Serviços, 2012

Prestador	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
Hospitais	152,49	11,3%
Centros de ambulatório		
Cuidados curativos gerais de ambulatório	157,87	11,7%
Terapia física	36,21	2,7%
Médicos tradicionais		
Todos os outros cuidados de ambulatório	480,59	35,5%
Terapia física	73,90	5,5%
Dentistas	27,52	2,0%
Laboratórios médicos e de diagnóstico		
Serviços de laboratório	50,43	3,7%
Serviços de imagiologia	18,53	1,4%
Retalhistas e outros fornecedores de produtos médicos		
Fármacos e outros produtos médicos não duradouros	341,91	25,3%
Lentes e outros produtos de visão	12,55	0,9%
Total	1.352,00	100%

Fonte: IOF 2008/09.

Figura 6. Despesas de Saúde dos Agregados Familiares por Prestador, 2012⁷



Fonte: IOF 2008/09.

69. A participação das despesas directas das famílias (OOP) direccionadas para a venda a retalho e outros fornecedores de produtos médicos caiu de cerca de dois terços do total de despesas dos agregados familiares em 2006 para pouco mais de um quarto em 2012. É possível que os agregados familiares tenham reportado as suas despesas com medicamentos, como parte da despesa de ambulatório e hospitalização. O declínio poderá também ser atribuído ao progresso rumo ao uso racionalizado da medicina. Tem-se assistido, nos últimos anos, a investimentos na formação sobre o uso racional de medicamentos para profissionais de saúde, incluindo pessoal farmacêutico a todos os níveis (USAID 2012). Os serviços de cuidados de ambulatório constituem a terceira maior participação de serviços, contribuindo para 14 por cento do total das despesas OOP.

70. É importante notar que quaisquer despesas reportadas na venda a retalho e outros fornecedores de produtos médicos terão de estar relacionadas com aquisições de consumo de fármacos e outros produtos

⁷ A previsão de consumo de medicamentos inclui apenas os medicamentos vendidos em farmácias dentro e fora dos estabelecimentos médicos, mas não aqueles consumidos pelos pacientes durante a sua estadia/o seu tratamento num hospital ou numa clínica de cuidados ambulatoriais. Os cálculos estão correctos dentro das limitações de dados.

médicos não duradouros. As despesas relacionadas com fármacos e produtos médicos usados ao longo do tratamento (i.e. um "factor de insumo"/"factor de produção") são atribuídas aos cuidados curativos.

71. Finalmente, os números apresentados não incluem quaisquer custos complementares associados à procura de cuidados de saúde, tais como comida, alojamento e transporte. O IOF também não captou pagamentos em espécie ou pagamentos informais. Os pagamentos informais — definidos como transferências em numerário ou em espécie para prestadores de serviços que são efectuadas fora dos canais oficiais de pagamentos, frequentemente para compras destinadas a serem cobertas pelo sistema de cuidados de saúde — aumentam as preocupações com o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos serviços prestados (Lewis 2007). Os pacientes efectuam comumente pagamentos informais, para adquirir serviços de maior qualidade, incluindo tempos de espera mais curtos. Vários estudos concluíram que os pagamentos informais em alguns países em desenvolvimento, incluindo o Quênia, poderão chegar a 50 - 80 por cento do total dos pagamentos directos (Belli 2004; Cherecheşa et al. 2013; OCDE 2008; Perkins 2009; Sharma 2005; Tomini et al. 2013). Se os pagamentos informais fossem tão significativos em Moçambique, o total de despesa OOP como participação da CHE seria o dobro. Os pagamentos informais poderão também induzir os pacientes a postergar ou renunciar aos cuidados de saúde, levando à deterioração das condições de saúde e a despesas mais elevadas a longo prazo.

72. **Fundos geridos pelas administrações de saúde central e local.** A maioria dos fundos (51 por cento) geridos pela administração pública são direccionados para fins administrativos. Esta percentagem é quase duas vezes superior à da vizinha África do Sul (McIntyre & Thiede 2010). A administração da saúde pública custa um total de 241 Mts (\$US 8,65) per capita. Conforme acima mencionado, a administração geral é composta por custos, a nível central e provincial, associados à prestação de serviços de saúde. Os mesmos poderão incluir capacitação, formação e assistência técnica para o MISAU e direcções provinciais para melhorar a gestão dos programas de saúde aos níveis central e provincial. A complexidade administrativa existe a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde, o que pode resultar em gastos ineficientes e em duplicação (Lindelöw et al. 2004). Moçambique poderia beneficiar mais das mudanças organizacionais e tecnológicas que revolucionaram a administração de cuidados de saúde na região. Um exemplo simples — em Moçambique, as cartas formais continuam a ser a forma preferida de correspondência em detrimento do email, o que resulta não só numa enorme quantidade de documentos em papel, mas também em custos de impressão e de entrega.

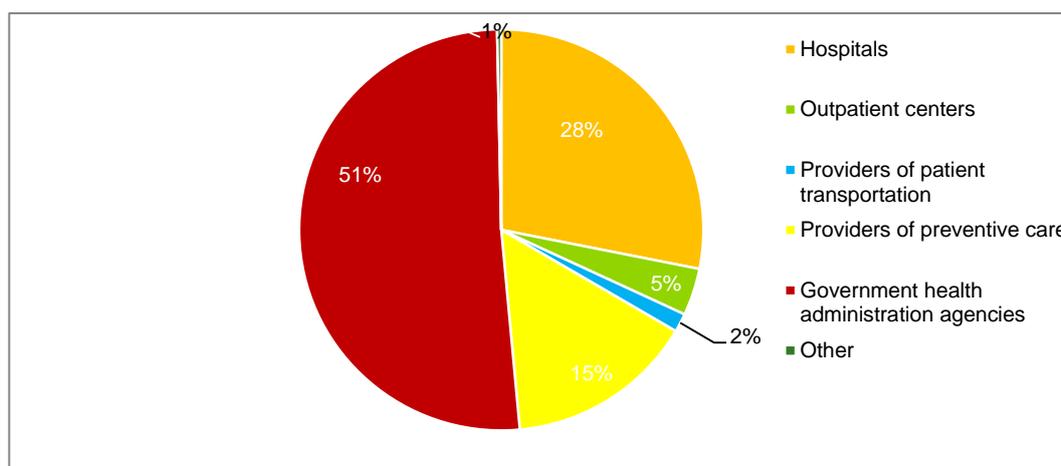
73. Os hospitais constituem os maiores consumidores a seguir, utilizando cerca de 28 por cento dos fundos geridos pela administração pública. Os centros de ambulatório recebem apenas quatro por cento. Isto poderá ser explicado pela natureza do financiamento em Moçambique, onde à excepção dos salários, existem transferências financeiras mínimas para instalações individuais. As instalações recebem comumente transferências de recursos em espécie, com a aquisição a acontecer, tanto a nível central, como provincial ou distrital, dependendo do insumo específico.

74. Finalmente, importa notar que alguns fundos geridos pelo governo são também atribuídos a instituições que prestam serviços relacionados com a saúde, incluindo instituições de educação e formação (184.881.099,37 Mts/US\$ 6.633.695). Essas despesas, no entanto, não estão incluídas na CHE, mas sim numa conta separada de despesas de capital.

Tabela 8. Fundos Geridos pelo Governo por Prestador, 2012

Prestador	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
Hospitais	3.120,34	28,1%
Centros de ambulatório	424,34	3,8%
Prestadores de transporte de pacientes	169,07	1,5%
Prestadores de cuidados preventivos	1.673,31	15,1%
Agências de administração da saúde pública	5.687,07	51,1%
Outros	36,68	0,33%
Total	11.110,81	100%

Figura 7. Despesas de Saúde do Governo por Prestador, 2012



Funções dos Cuidados de Saúde: Que Serviços e/ou Produtos são Adquiridos com Fundos da Saúde?

75. Funções de cuidados de saúde referem-se aos bens e serviços prestados dentro dos limites das contas de saúde: estas geralmente incluem cuidados curativos em ambulatório e hospitalização, cuidados preventivos e outras actividades que promovam uma vida saudável e sensibilização (frequentemente através de campanhas e actividades junto da comunidade), aquisições pelo consumidor de fármacos e outros produtos não duradouros e administração da saúde.

76. Os serviços de cuidados curativos em ambulatório e hospitalização consomem ligeiramente menos de 40 por cento da CHE. Os serviços de saúde pública e de prevenção consomem 27 por cento da despesa total. Quase 30 por cento deste montante é direccionado para a informação, educação e programas de aconselhamento seguidos por 29 por cento para a vigilância epidemiológica e risco e programas de controlo de doença. Vinte e oito por cento do financiamento destina-se à imunização, oito por cento para a detecção de doenças e o restante para outros cuidados preventivos, incluindo a resposta a calamidades e controlo do estado de saúde.

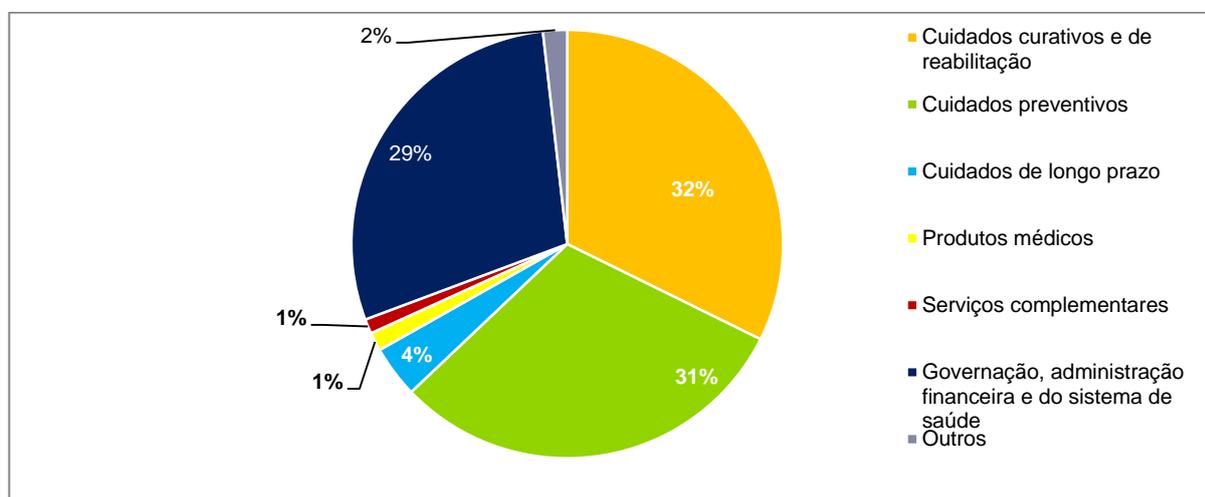
77. Os serviços relativos à administração, gestão e coordenação da prestação geral de serviços de saúde correspondem a 26 por cento da CHE. Em apenas dois por cento da despesa total, a despesa dos agregados com fármacos adquiridos a partir de farmácias independentes é insignificante; os agregados poderão ter incluído esta despesa nas suas despesas com cuidados curativos. Participações muito menores da despesa, quatro por cento e dois por cento, vão para os cuidados a longo prazo e para serviços complementares (tais como transporte de pacientes), respectivamente.

78. A despesa em cuidados de ambulatório aumentou de 15 por cento em 2006 para mais de 20 por cento em 2012, ao passo que a despesa com os cuidados preventivos aumentou de 20 por cento para 28 por cento no mesmo período. A despesa com hospitalizações permaneceu mais ou menos a mesma.

Tabela 9. CHE por Função, 2012

Função	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
Cuidados curativos e de reabilitação	9.661,48	39,7%
Cuidados preventivos	6.589,70	27,1%
Cuidados de longo prazo	842,55	3,5%
Produtos médicos	490,50	2,0%
Serviços complementares	266,08	1,1%
Governança, e administração financeira e do sistema de saúde	6.412,90	26,4%
Outros	52,97	0,22%
Total	24.316,18	100%

Figura 8. CHE por Função, 2012



79. **Despesas de Capital.** Embora não incluídas na CHE, as despesas de capital representam 13 por cento da THE. Como participação da THE, isto é consistente com 2006. Estas correspondem a investimentos em capital humano e físico e investigação e desenvolvimento, mantidos numa conta em separado. A tabela 10 apresenta um sumário de despesas de capital em 2012. A maior participação de despesas é gasta em educação e formação do pessoal da saúde (47 por cento) seguida pelos investimentos em infra-estruturas (42 por cento). As **Figuras 9-11** mostram esta distribuição pela administração pública, doadores e ONGs. Dada a forma como as despesas com as instalações foram reportadas (a DPS a reportar de modo agregado para todas as instalações numa dada jurisdição), a distribuição das despesas de capital por tipo de estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas e postos de saúde) não foram disponibilizadas. Os fundos públicos e externos encontram-se largamente direccionados para os investimentos em infra-estruturas, apesar de um terço dos fundos doados serem destinados à educação e formação. Setenta por cento dos fundos das ONG são destinados à educação e formação, seguidos por 12 por cento para a investigação e desenvolvimento. A investigação e desenvolvimento na área da saúde é, apesar disso, subfinanciada, consumindo apenas dois por cento de todas as despesas de capital.

Tabela 10. Despesas de Capital, 2012

Função	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
Construções residenciais e não residenciais	1.528,31	42,0%
Equipamento médico	144,29	3,9%
Equipamento de transporte	8,01	<1%
Equipamento TIC	4,46	<1%
Maquinaria e outros equipamentos necessários	72,09	2,0%
Investigação e desenvolvimento	225,90	1,8%
Educação e formação em saúde	1.659,59	45,6%
Total	3.642,45	100%

Figura 9. Despesas de Capital incorridas pelo Governo, 2012

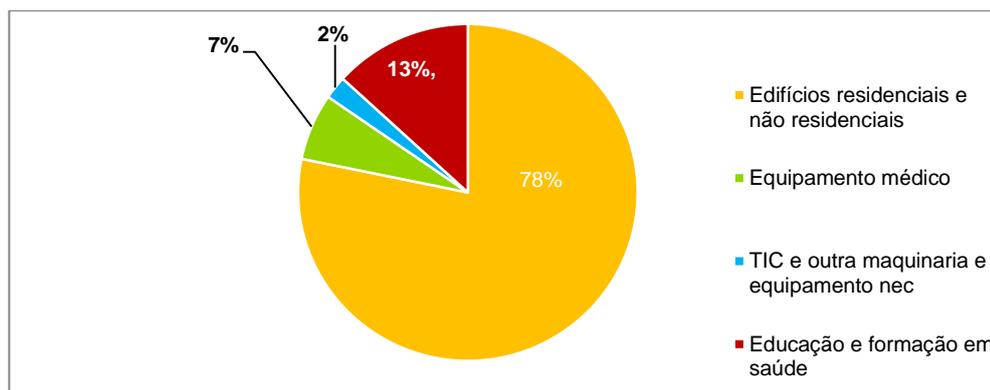


Figura 10. Despesas de Capital incorridas por Doadores, 2012

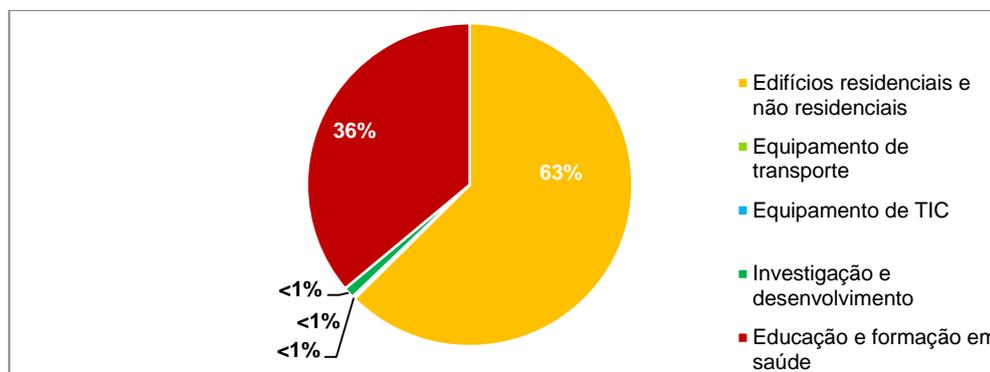
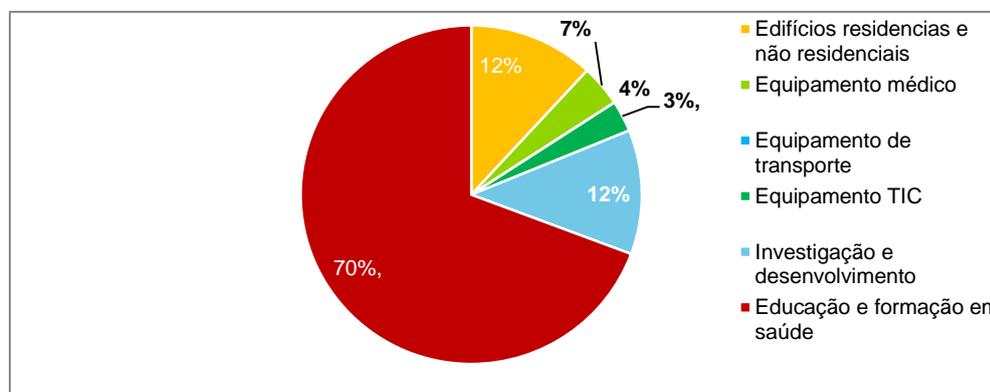


Figura 11. Despesas de Capital incorridas por ONGs, 2012



Áreas Prioritárias da Saúde: Quanto é que é Destinado a Cada Programa?

80. Entender os níveis de financiamento por áreas de saúde prioritárias — HIV/SIDA, tuberculose, malária, saúde reprodutiva, deficiências nutricionais e doenças não transmissíveis (DNT) — é essencial para avaliar se os níveis de financiamento existentes são razoáveis relativamente ao encargo com a doença e quando comparados com o pacote geral do sector da saúde. Isto é vital para informar as estratégias de planificação e de financiamento da saúde, tais como a concepção de um pacote de benefícios. Não existem outras análises conhecidas de programas de saúde prioritários em Moçambique além das duas Avaliações Nacionais da Despesa com a SIDA (NASA), uma relativamente a 2004-2006, a outra a 2011-2012.

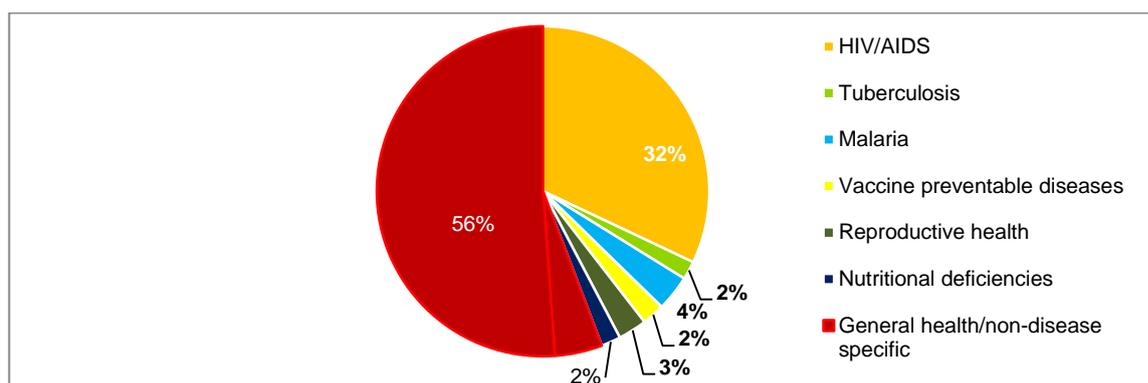
81. A despesa com o HIV/SIDA compreende aproximadamente um terço da CHE. Em 7,8 biliões de Mts (US\$ 279,9 milhões) em 2012, reflecte um aumento de cinco por cento face às estimativas da NASA para 2011 (CNCS 2014). Sempre que existe despesa numa co-infecção (ex.: HIV e tuberculose) ou um serviço ou mercadoria que sirva mais do que um propósito (ex.: uso de preservativo para prevenção do HIV e planeamento familiar), a metodologia CNS atribui a despesa ao seu fim primário. HIV, tuberculose, malária e saúde reprodutiva em conjunto representam mais de 40 por cento da CHE.

Tabela 11. CHE por Área Prioritária, 2012

Área de Saúde Prioritária	Despesa (Milhões de Mts)	Participação (%)
HIV/SIDA	7.794,44	32,1%
Tuberculose ^b	431,04	1,8%
Malária ^c	857,73	3,5%
Doenças evitáveis por vacinas e outras doenças/condições infecciosas ^c	524,32	2,2%
Saúde reprodutiva	689,29	2,8%
Deficiências nutricionais ^c	450,06	1,9%
Saúde geral/não específica de uma doença (inclui DNT)	13.570,30	55,8%
Total	24.316,18	100%

^b Estes dados foram obtidos directamente a partir do Departamento do Programa de Tuberculose do MISAU, em Abril de 2014, com uma subdivisão por financiamento público, do PROSAÚDE e externo ^c A despesa com HIV/SIDA, tuberculose e malária para crianças com menos de cinco anos encontra-se incluída nessas respectivas categorias. A despesa com a nutrição das crianças está incluída nas deficiências nutricionais.

Figura 12. CHE por Área Prioritária, 2012



82. Os dados sobre os programas de saúde prioritários deverão, apesar disso, ser interpretados com precaução. A despesa com as doenças foi obtida a partir do questionário aos doadores e às ONGs, ao passo que os projectos e investimentos do governo (via relatórios de orçamento e e-SISTAFE) foram avaliados linha por linha e codificados em conformidade. Em situações de incerteza, o item foi codificado como "saúde geral." Obter a despesa das instalações de saúde por doença também não foi possível. O financiamento das DNTs está incluído na "saúde geral" como recursos para estes programas que não se encontram especificados claramente em nenhum lugar. Houve limitações gerais na obtenção de informação

precisa a partir dos departamentos de programa do MISAU que alegam não possuírem registos desta informação para 2012.

Factores de Prestação: Quais são os Insumos Necessários para Produzir Bens e Serviços de Saúde?

83. Os dados da despesa relativos aos insumos necessários para produzir os bens e serviços dos cuidados de saúde poderão ter vários usos a nível de políticas. As necessidades específicas das políticas poderão exigir informação relativa aos pagamentos totais aos recursos humanos, despesa em fármacos e outros insumos significativos. O planeamento financeiro também confia na informação sobre o volume e na mistura da despesa de factores. A subdivisão que se segue examina o custo dos insumos para os prestadores-chave no âmbito do sector da saúde de Moçambique.

Tabela 12. CHE por Prestador e Factores de Prestação, 2012d

	Hospitais (Milhões de Mts)	Participação da despesa de hospitalização total (%)	Centros de ambulatório (Milhões de Mts)	Participação da despesa total dos centros de ambulatório (%)	Prestadores de cuidados preventivos (Milhões de Mts)	Participação da despesa total dos prestadores de cuidados preventivos de (%)	Agências governamentais de administração da saúde e (Milhões)	Participação da despesa total do governo com a administração da	Total (Milhões de Mts)	Participação na despesa total (%)
Remuneração de trabalhadores	1.955,85	39,4%	679,76	15,4%	2.055,63	48,0%	2.166,18	27,8%	6.669,50	31,1%
Serviços de cuidados de saúde (incluindo serviços laboratoriais)	12,07	24,3%	426,63	9,7%	478,90	11,2%	146,79	1,9%	1.064,39	5,0%
Fármacos			1.011,39	22,9%	341,58	8,0%	1.812,32	23,3%	3.165,29	14,9%
Outros produtos de cuidados de saúde	0,30	<1%	154,07	3,5%	209,43	4,9%	497,68	6,4%	861,48	4,1%
Outros bens e serviços de cuidados extra saúde	36,28	0,73%	221,92	5,0%	457,36	10,7%	2.008,09	25,8%	2.723,65	12,8%
Outros materiais e serviços usados	1.121,76	22,6%	329,15	7,5%	339,22	7,9%	586,94	7,5%	2.377,07	11,2%
Outros itens de despesa em insumos	1.835,02	36,7%	1.594,77	36,1%	398,49	9,3%	574,30	7,4%	4.402,58	20,7%
Total	4.961,27	100,0%	4.417,68	100,0%	4.280,61	100,0%	7.792,30	100,0%	21.451,88	100,0%

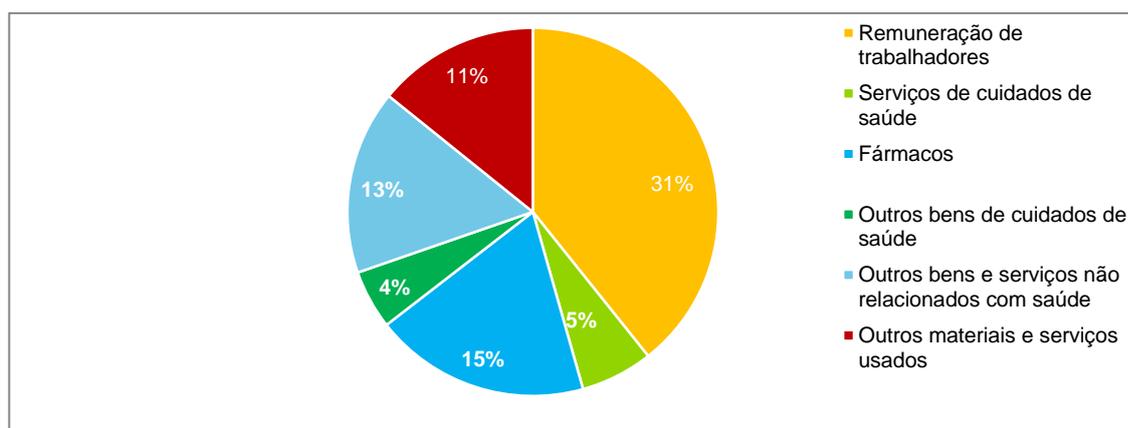
^d Prestadores de serviços complementares, farmácias a retalho e prestadores de saúde ocupacional foram excluídos devido à insuficiência de dados

^e A informação relativamente a agências governamentais de administração não foi difícil de obter, uma vez que o sistema e-SISTAFE é um sistema de registo de despesas baseado em insumos

84. A remuneração dos trabalhadores consome a maior participação de despesas em todos os prestadores. Um terço da despesa total destina-se a este item. A remuneração dos trabalhadores inclui os salários e vencimentos e todas as formas de benefícios sociais, pagamentos de horas extraordinárias ou trabalho nocturno, bónus e ajudas de custo. A mesma inclui também incentivos especiais disponibilizados para o pessoal da saúde que trabalha em condições adversas. Os fármacos compreendem 15 por cento da despesa total. A CMAM é responsável pela gestão geral do canal de fornecimento de medicamentos e consumíveis para o país e pela quantificação e planeamento do fornecimento de medicamentos essenciais que são largamente financiados pelo PROSAÚDE. Alguns parceiros prestam assistência financeira directa ao MISAU, ao passo que outros prestam a localizações geográficas ou programas de doenças específicos. Com base na necessidade estimada e nos recursos disponíveis, a CMAM adquire, de modo centralizado, os artigos necessários de acordo com as directrizes de aquisição estabelecidas.

85. Quase 10 por cento dos fundos são direccionados para os bens e serviços dos cuidados de saúde, tais como serviços de imagiologia e trabalhos de laboratório. Trinta por cento dos fundos são gastos em bens e serviços não relacionados com os cuidados de saúde, ou seja, em bens e serviços necessários para as operações de rotina. Esses poderão incluir economato, *software* e material geral de escritório, combustível e ferramentas para operar veículos e serviços públicos (electricidade, água, entre outros). Outros materiais e serviços usados incluem o consumo de capital fixo. Outros itens de insumos de despesa, os quais consomem um quinto da despesa total, incluem custos financeiros associados, tais como pagamentos de juros sobre empréstimos, taxa, entre outros.

Figura 13. CHE por Factores de Prestação, 2012

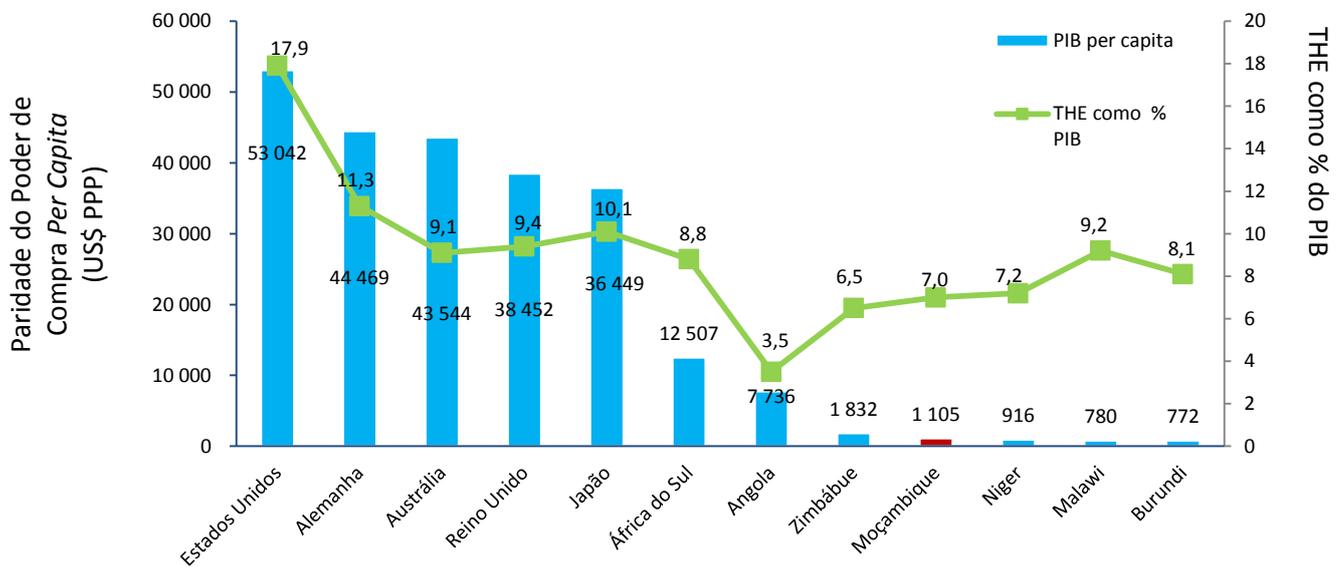


V. COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS

Despesas Per Capita

86. Os países gostam de examinar se existe alguma correlação entre o rendimento (medido pela paridade do poder de compra [PPP] per capita) e quanto um país decide dedicar à despesa com a saúde (Figura 14).

Figura 14. Comparações Internacionais Seleccionadas, THE como % do PIB e PPP Per capita, 2012

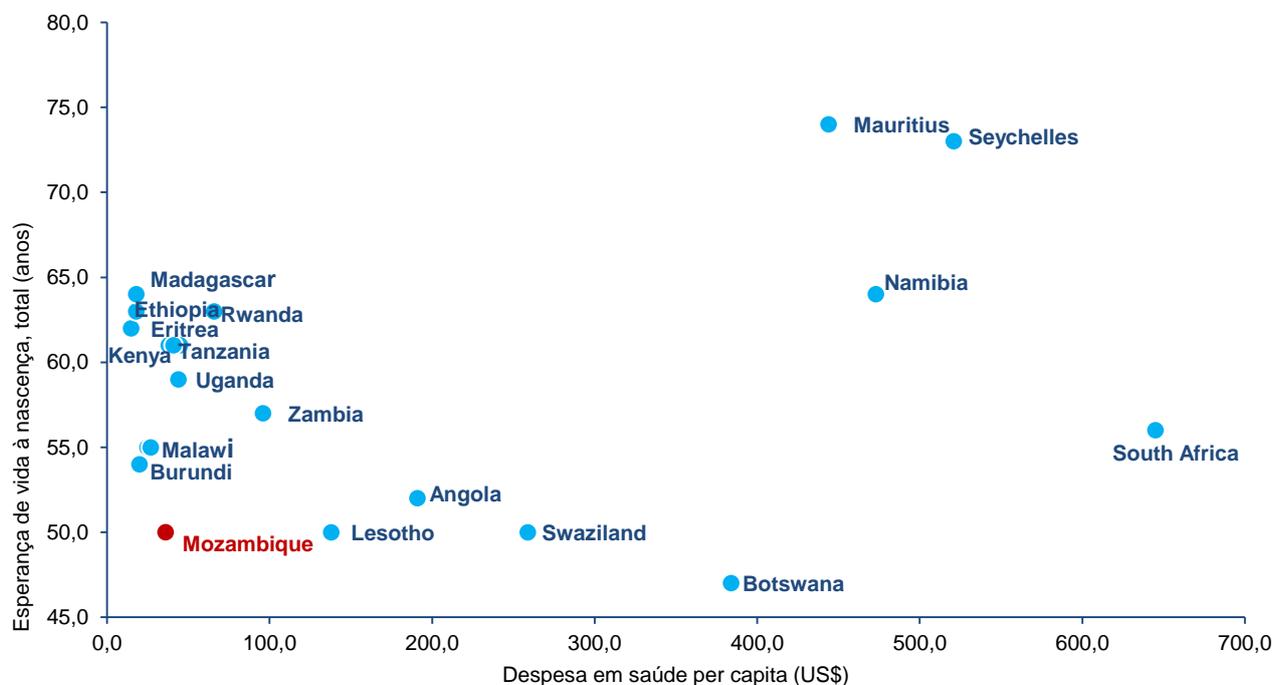


87. Claramente, os países com rendimentos mais elevados possuem os recursos para direccionar uma maior parte do PIB para a saúde, conforme ilustrado pelos cinco membros da OCDE. No entanto, nem sempre pode ser necessário que o façam. A necessidade de despende mais dependerá do misto de serviços que estão a ser oferecidos. Por exemplo, os países com elevada prevalência de doenças (em Moçambique e outras partes da África Subsaariana) poderão ser obrigados a despende mais para cobrir os custos, tanto com tratamentos, como com prevenção—e particularmente mais à medida que o financiamento pelos doadores começa a desaparecer.

88. A média de despesa com a saúde *per capita* na África Oriental e Austral atingiu 4.181 Mts (US\$ 149,70) em 2012; a esperança média de vida era de 58,6 anos (Figura 15). Moçambique com uma despesa em saúde *per capita* de 1.026 Mts (US\$ 36,81) e uma esperança de vida de 50 anos fica atrás em ambas as contas. Cinco vizinhos regionais gastaram menos em cuidados de saúde do que Moçambique ao longo deste período—Burundi, Eritreia, Etiópia, Madagáscar e Malawi. Curiosamente, todos apresentam

uma esperança de vida mais elevada do que Moçambique. Apenas o Botswana apresenta uma esperança de vida inferior a Moçambique, em larga medida devido à sua epidemia de SIDA.⁸

Figura 15. Esperança de Vida vs. Gasto em Saúde Per Capita, África Austral e Oriental 2012



Fonte: Banco de Dados do Banco Mundial

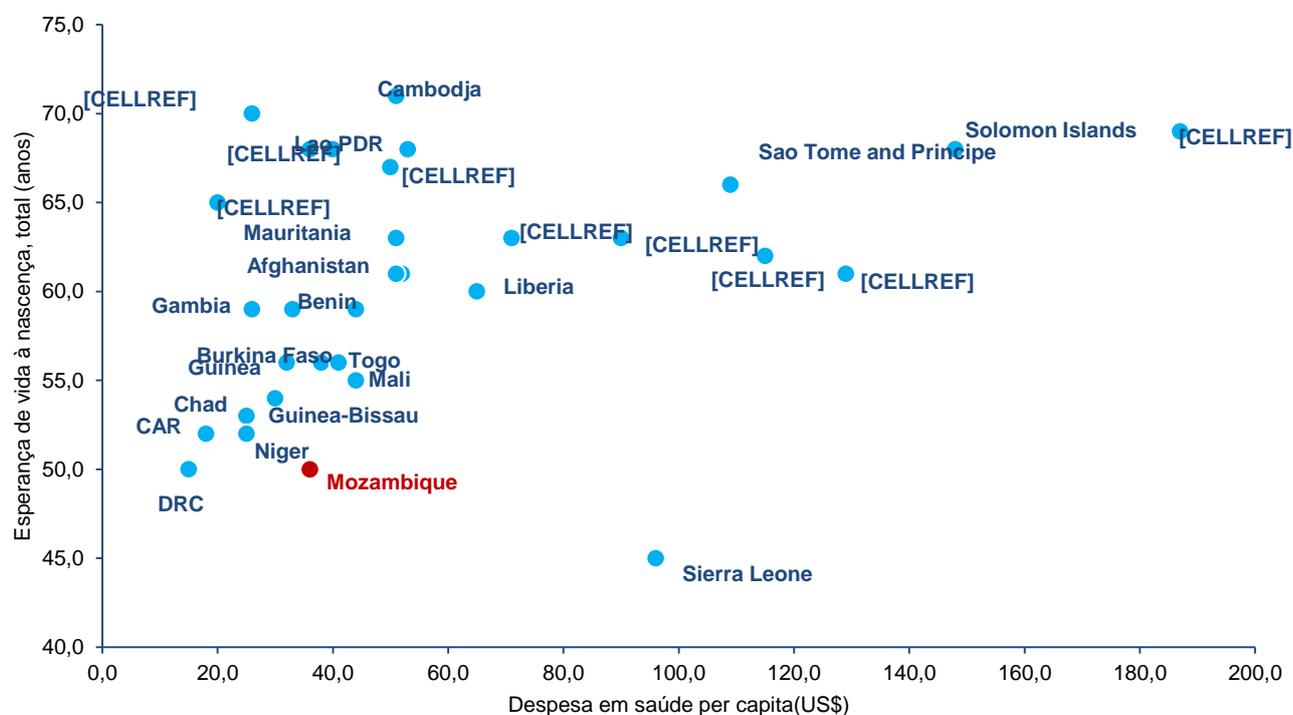
89. A média das despesas de saúde *per capita* entre os países de baixos rendimentos⁹ atingiu 1.676 Mts (US\$ 60,15) em 2012 (de acordo com as recomendações da OMS de uma despesa de saúde *per capita* de US\$ 60 *per capita*); a esperança média de vida foi de 60,0 anos (Figura 16). Entre os países de baixos rendimentos, Moçambique apresenta a segunda esperança de vida mais baixa — ficando apenas atrás da Serra Leoa. Uma vez mais, esses países despendem, de longe, menos *per capita* na saúde — tais como a República Democrática do Congo (RDC) (418 Mts/US\$ 15), Myanmar (557 Mts/US\$ 20) e o Bangladesh (725 Mts/US\$ 26) — apresentam esperanças de vida significativamente mais elevadas, as quais se situam nos 52 anos, 70 anos e 68 anos, respectivamente.

⁸ A resposta nacional à epidemia, o tratamento gratuito do HIV (medicamentos anti-retrovirais) e o aumento da despesa

com a saúde *per capita* está agora a lograr resultados positivos. As variações da esperança de vida no Botswana constituem um bom indicador do referido: após cair de 63 anos em 1990 para 45 anos em 2006, a esperança de vida aumentou para 47 anos em 2012 (Banco Mundial 2014).

⁹ Os países de baixos rendimentos são definidos pelo Banco Mundial como aqueles países com um rendimento nacional bruto inferior a US\$ 1.045 *per capita*

Figura 16. Esperança de Vida vs. Despesas de Saúde *Per capita*, Países de Baixos Rendimentos, 2012



Fonte: Banco de Dados do Banco Mundial

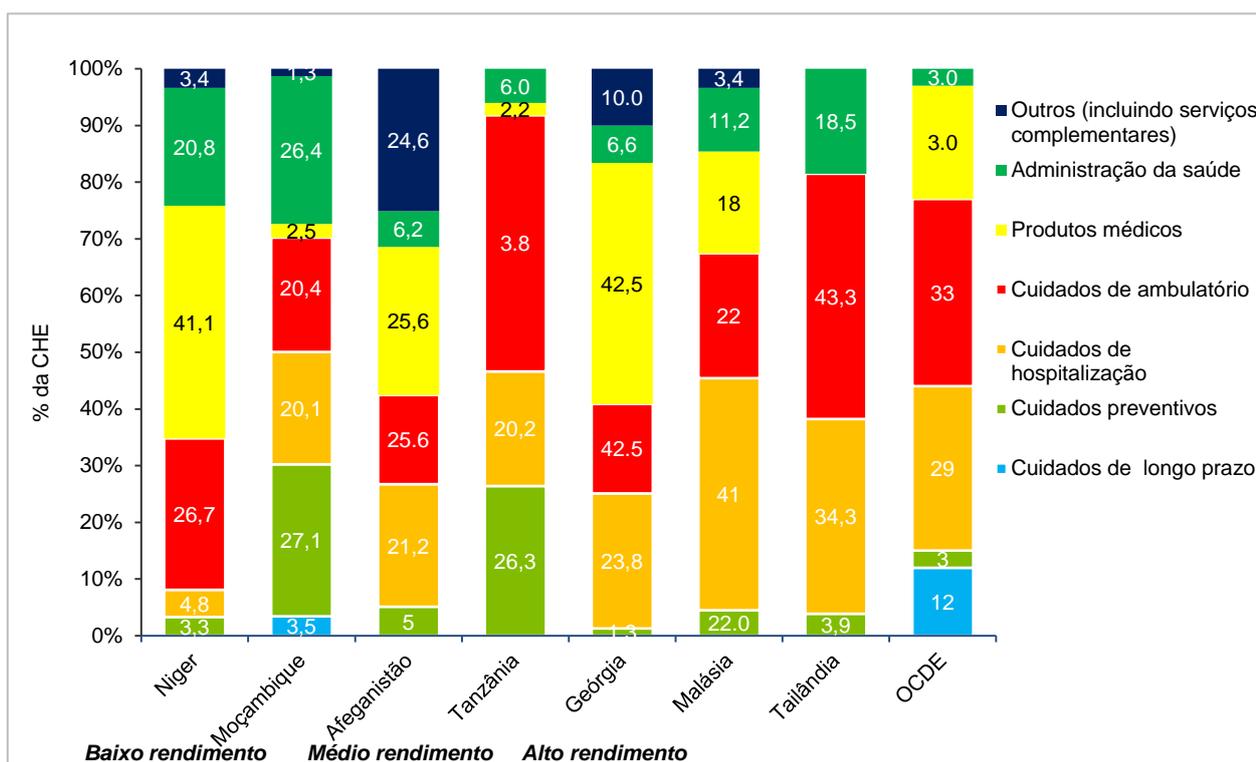
Nota: Os países de baixos rendimentos constantes da Figura 14 que também são vizinhos regionais não se encontram apresentados na Figura 15; no entanto, os mesmos encontram-se incluídos nos apuramentos apresentados na narrativa abaixo.

90. Uma razão para a discrepância entre a despesa e a longevidade é que esses números correspondem a esperanças médias de vida e a taxas de despesa *per capita*, o que disfarça as desigualdades. Por exemplo, inúmeros estudos concluíram que aqueles que possuem rendimentos inferiores e menos educação tendem a morrer mais cedo. A esperança de vida também varia por etnia. Outra razão pela qual alguns países atingem uma esperança de vida mais elevada, com baixa despesa com a saúde, é que a água limpa potável e os cuidados preventivos de saúde poderão ser fornecidos com poucos custos. Se existir água limpa e cuidados preventivos universais, as taxas de esperança de vida poderão ser elevadas. Muitos países com recursos limitados e crescimento económico mínimo tornaram os cuidados de saúde prioritários. Moçambique, que está a experienciar um crescimento constante, possui ainda mais potencial para o fazer. Tornou-se menos uma questão de gastar mais e mais de gastar de forma mais eficiente. O Ruanda, a Tanzânia e o Uganda estão entre os países considerados de "baixo rendimento, elevado bem-estar" (Deaton 2008). Estes estão no processo de adopção de políticas que não só reduzem a desigualdade, mas também aumentam a saúde e o bem-estar geral. Os resultados dessas políticas prioritárias são significativos e podem ser medidos por indicadores de sobrevivência, tais como a esperança média de vida.

Despesas por Função

91. No decurso da elaboração do exercício de CNS, uma área de interesse para o MISAU era um melhor entendimento dos diferentes tipos de serviços adquiridos por outros países (países de rendimento e países de médio e elevado rendimento). A **Figura 17** apresenta a despesa num leque de países que realizaram estimativas de CNS para 2011 ou 2012. Exceptuando Moçambique, todos esses países realizaram, no mínimo, três rondas de estimativas de CNS ao longo da última década. As CNS estão igualmente a ser usadas activamente como um instrumento de políticas nesses países.

Figura 17. CHE por Função nos Países de Baixo Rendimento, Médio Rendimento e Alto Rendimento em 2011-2012¹⁰



Fonte: Relatórios CNS (Vários)

Nota: Para os países que usam o SCS 2011, foi feito um ajuste para incluir apenas a CHE

92. Não existem tendências claras entre os países com um estado de rendimento similar, provavelmente porque cada um possui sistemas de saúde muito únicos, com necessidades e prioridades de saúde diversas. À excepção da Geórgia, todos os países incorrem a maioria das suas despesas em serviços curativos — primeiramente direccionadas para cuidados em ambulatório. Moçambique e a Tanzânia despendem, cada um, uma proporção similar da CHE em cuidados preventivos, devido, em larga medida, à elevada prevalência das doenças transmissíveis, nomeadamente o HIV/SIDA. De todos os países constantes da **Figura 16**, Moçambique é o que gasta mais em administração. A Nigéria é o segundo mais próximo.

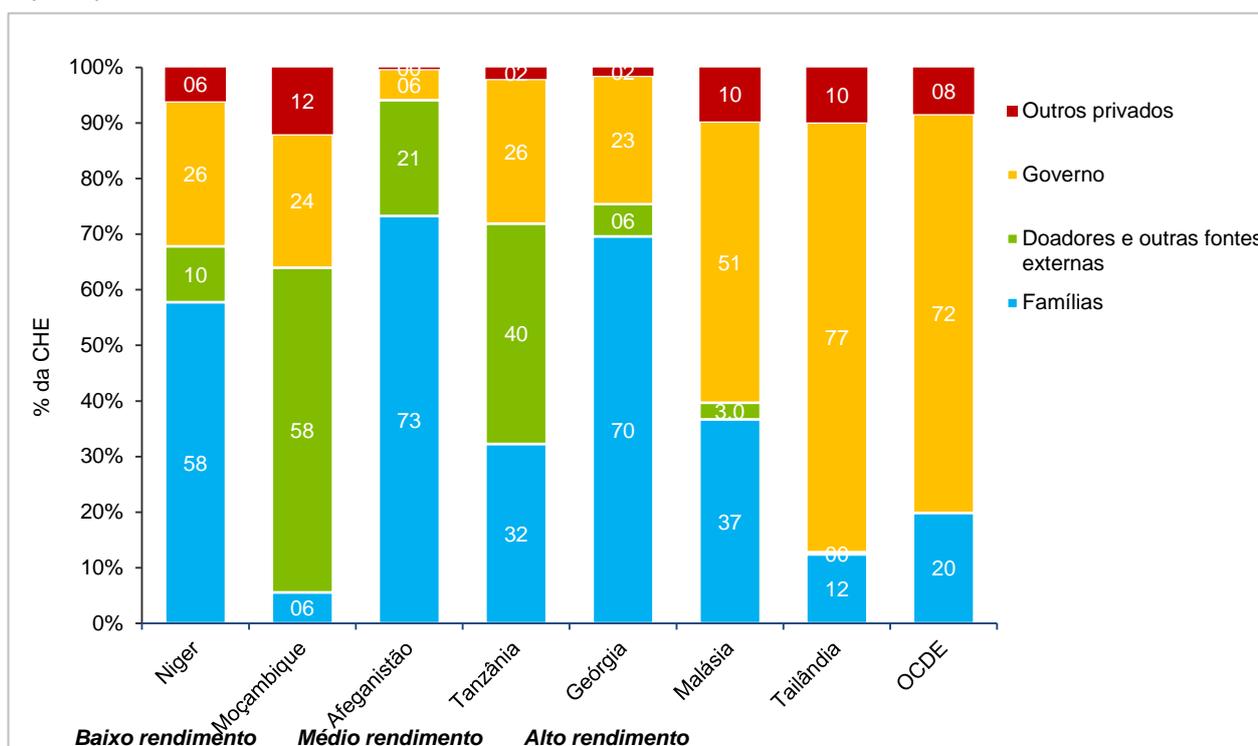
¹⁰ Uma vez que muitos países em desenvolvimento ainda não usaram o SCC 2011 e precisamos de fornecer um ponto de referência das diversas regiões geográficas, ajustámos, conforme se pode ver nos gráficos, de forma a que os países a usar o SCS incluíssem apenas a CHE.

93. Os países estão a escrutinar, cuidadosamente, os resultados das CNS e a tomar medidas com base nas suas implicações. As CNS constituem uma linha de base importante para fins de modelação e previsão. Por exemplo, as despesas da Tailândia com os cuidados preventivos têm sido historicamente baixas. Em 2011, os cuidados preventivos consumiram apenas quatro por cento da CHE. O país tem usado, desde então, dados de referência das CNS para traçar vários cenários no âmbito do seu CFMP, destacando como é que o governo poderá despende mais nos programas de saúde públicos e preventivos.

Despesas por Fonte

94. É igualmente útil examinar as fontes a partir das quais os países obtêm financiamento para o sector da saúde (Figura 18).

Figura 18. CHE por Fonte entre os Países de Baixo Rendimento, Médio Rendimento e Alto Rendimento em 2011-2012



Fonte: Relatórios Nacionais de CNS (Vários)

95. Moçambique provou ser o mais dependente dos doadores entre os países constantes da Figura 18. Os recursos externos correspondem a uma participação da CHE, de longe inferior, na Nigéria e na Tanzânia. A Tanzânia tem sido particularmente sonante sobre os seus esforços para reduzir a dependência relativamente aos doadores, ao longo de todos os sectores. O país planeia fazer isto, em primeiro lugar, através do aumento das receitas dos impostos: aumentando os impostos directos sobre o rendimento, reduzindo os impostos indirectos e diminuindo a dependência da Tanzânia relativamente aos impostos de importação e exportação (Fórum de Política 2010).

96. As despesas OOP são significativas em quase todos os países. Como participação da CHE, as despesas OOP são particularmente alarmantes no Afeganistão, na Geórgia e na Nigéria. Apesar de as despesas OOP como participação da CHE terem caído em cinco por cento desde as CNS de 2010 Afeganistão, o governo

ainda está a esforçar-se para que sejam destinados recursos a esquemas de financiamento com base na comunidade, programas de segurança social ou alguma combinação. A Geórgia, por outro lado, não possui nenhum esquema obrigatório de segurança social, nem um serviço nacional de saúde estilo *Semashko* com acesso universal para os cidadãos. Os agregados familiares registados como estando abaixo do limiar da pobreza têm direito a vales com os quais podem contratar apólices de seguros de saúde privados. Espera-se que os Georgianos que não vivem abaixo do limiar da pobreza contratem os seus próprios seguros de saúde privados, cobrindo voluntariamente ou pagando os serviços do seu bolso. O sistema de saúde da Nigéria sofre de uma falta crónica de recursos e um pequeno número de prestadores de saúde em comparação com a população. Os pagamentos informais compreendem a maior parte das despesas OOP na Nigéria. A Tanzânia sofreu, de forma crónica, as despesas OOP superiores a 40 por cento da CHE. Os dados das CNS estão a ser muito usados pelo governo, notavelmente para responder ao elevado encargo financeiro dos agregados familiares com a saúde—por exemplo, reforçando os mecanismos de pré-pagamento para reduzir os pagamentos no ponto de serviço.

VI. IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS

97. Apesar dos investimentos consideráveis de Moçambique em infra-estruturas de cuidados de saúde (Tabela 10) e da elevada utilização de serviços primários de cuidados de saúde, a carência crónica de recursos, o financiamento vertical e desafios ao nível da administração limitam a cobertura e a qualidade dos serviços (Sheer et al. 2013). Moçambique posiciona-se entre os países com constrangimentos humanos mais elevados do mundo, com 2,4 médicos e 21 enfermeiras por 100.000 pessoas (MISAU 2008). O estado de saúde dos Moçambicanos continua muito pobre. A esperança de vida à nascença de apenas 50 anos está entre as mais baixas do mundo. Uma em cada 16 crianças moçambicanas morre antes do primeiro aniversário e uma em cada 11 morre antes do quinto aniversário (Banco Mundial 2014). Existem também desigualdades na saúde entre as regiões, entre residentes rurais e urbanos e grupos socioeconómicos. A mortalidade infantil é mais elevada nas áreas rurais do que nas áreas urbanas. Por província, essas taxas atingiram os valores mais elevados na Zambézia e os mais baixos em Inhambane (MISAU et al. 2011). A taxa de mortalidade neonatal é de 30 mortes por cada 1.000 nados vivos, a taxa de mortalidade pós-natal é de 34 mortes por cada 1.000 nados vivos e a taxa de mortalidade perinatal é de 43 por cada 1.000 gravidezes (MISAU et al. 2011).

98. **Tendências globais de financiamento dos cuidados de saúde.** A CHE aumentou substancialmente entre 2006 e 2012, tanto a despesa em termos absolutos como a despesa *per capita*. A CHE quase triplicou de 8,5 biliões de Mts (US \$372,0 milhões¹¹) em 2006 para 24,3 biliões de Mts (US \$872,5 milhões) em 2012. A CHE *per capita* duplicou de 505 Mts (US\$ 18,12) em 2006 para 1.026 Mts (US\$ 36,81) em 2012¹². Contudo, mesmo no melhor cenário do PESS, existe a necessidade de mobilizar 284 Mts (US\$ 8.86) adicionais *per capita*, em média, por ano, ao longo dos cinco anos do programa, para atingir os seus objectivos—os mesmos incluem a redução da mortalidade abaixo dos cinco anos (de 77 para 61 mortes por cada 100.000 nados vivos) em 21 por cento e a mortalidade materna em 7 por cento (398 para 373 mortes por cada 100.000 nados vivos) (MISAU 2013). É evidente que Moçambique precisa de mais recursos para atingir tanto os ODM como os seus próprios objectivos a nível de saúde.

99. **Financiadores de serviços gerais de cuidados de saúde.** Talvez a conclusão mais gritante das CNS sejam as contribuições dos doadores. Em consistência com as CNS de 2006, os doadores financiaram 58 por cento das despesas do sector da saúde. Embora a maior parte das mesmas seja orientada pela escalada das intervenções em matéria de HIV (metade do financiamento dos doadores destina-se à epidemia), tal não é sustentável, particularmente dadas as expectativas de que o financiamento dos doadores provavelmente diminua ao longo dos próximos cinco anos (em média, a assistência do governo dos EUA sofreu um declínio de 12 por cento anualmente desde 2010) (MISAU 2013). Apesar de o governo gerir 35 por cento de todos os fundos doados, a sua própria contribuição através de recursos internos (sobretudo receitas de impostos) é de apenas 24 por cento. Apesar de um aumento em termos absolutos, como participação da CHE, este número é cinco por cento inferior a 2006.

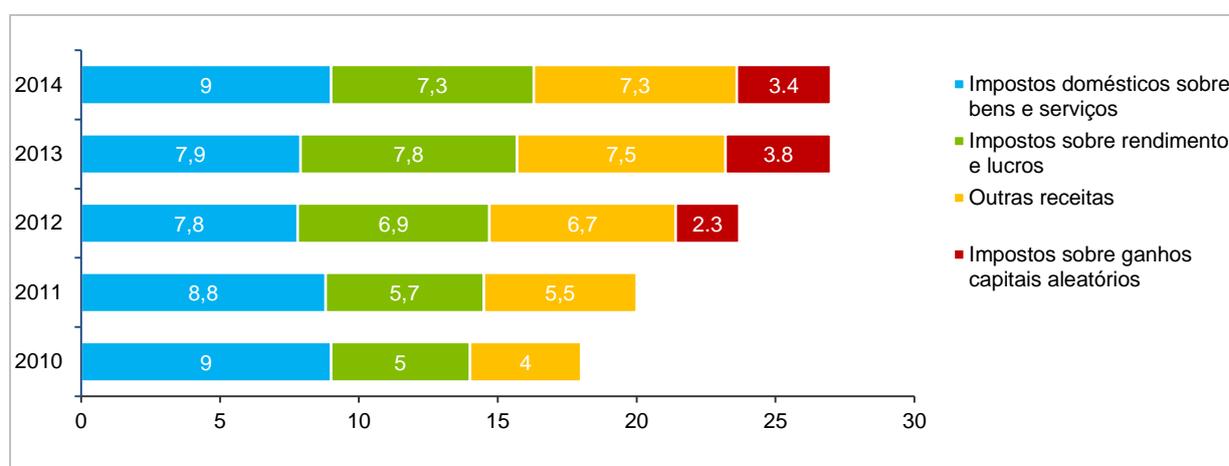
100. Existem várias opções para o aumento da mobilização de recursos domésticos em Moçambique, mas a viabilidade de cada uma, dado o contexto do país, terá de ser considerada:

¹¹ As CNS 2002-2006 apresentam (tabela CNS) despesas de saúde absolutas e *per capita* em dólares norte-americanos. O relatório recomenda o uso de uma taxa de câmbio de US \$1: 26 Mts. Os valores em US\$ e Mts são extraídos das tabelas de CNS de 2006 e poderão não corresponder a esta taxa de câmbio.

¹² O valor de referência da população para as estimativas *per capita* no relatório de CNS de 2006 é de 20.530.714 (MISAU 2008); para o relatório de CNS de 2012, é de 23.700.715 (INE).

(1) **Aumentar a angariação de receitas.** Em linha com as suas receitas crescentes, Moçambique tem vindo a sofrer um grande aumento do PIB por tributação para financiar a despesa do sector público, o que inclui a despesa da saúde. Em 2012, Moçambique assistiu a um aumento de quase 15 por cento da sua receita proveniente da tributação (Figura 19). Isto sugere que o mesmo poderá ter capacidade — mesmo capacidade substancial — de angariar mais dinheiro para o sector público através da tributação. Poderá também ser possível que Moçambique consiga receita pública substancial a partir de fontes não tributárias. Com uma aceleração esperada do crescimento de Moçambique a médio prazo, o país poderia aumentar, talvez um ou dois por cento do PIB, em receita adicional e atribuí-la ao orçamento destinado à saúde.

Figure 19. Angariação de Receitas em Moçambique (% do PIB)



Fonte: Relatório de País do FMI N.º 14/148 do País

Por exemplo, no Botswana, as receitas públicas provenientes da indústria mineira excedem as receitas fiscais (UNCTAD 2007). Isto também acontece na Papua Nova Guiné. No entanto, para evitar eventual má gestão pública, as receitas das maiores minas do país são recolhidas para um fundo específico—o Programa de Desenvolvimento Sustentável de Papua Nova Guiné (PNGSDP)—que é usado para programas de desenvolvimento, nos quais se incluem a saúde. O PNGSDP recebe receitas substanciais das minas. Em 2008-2009, os dividendos das minas para o PNGSDP cifravam-se em US\$ 180 milhões. Como muitos dos projectos do PNGSDP são multissetoriais, é difícil perceber quanto é que está a ser direccionado para a saúde. No entanto, um projecto de US\$ 9 milhões na área da saúde e educação na Província Oriental representou um acréscimo substancial à despesa com a saúde.

Com o crescimento estrutural de Moçambique, a expansão da extracção de carvão no país é promissora. Em Dezembro de 2014, só a Mitsui do Japão investiu US\$ 1 bilião nos projectos do carvão da Vale em Moçambique (England e Pearson 2014). O país poderia aproveitar o carvão como uma potencial fonte de receita e investir os rendimentos num fundo de desenvolvimento similar ao PNGSDP.

É importante notar que, mesmo se for possível aumentar a receita fiscal em um ou dois por cento do PIB, não existe garantia de que este montante seria—ou sequer devesse—ser gasto na saúde. Além disso, não é suposto que a decisão de aumentar ou gastar mais receita pública seja tomada com referência a apenas um sector, tal como a saúde. As considerações orçamentais macroeconómicas constituem também um factor importante na decisão sobre o montante e o momento das alterações à tributação e à despesa. Saber se é apropriado aumentar a tributação e se é correcto despendar essa

receita extra na saúde é claramente mais complicado do que um apelo emocional directo de que gastar mais na saúde será necessariamente o correcto. Uma análise do espaço fiscal poderá trazer algumas luzes para saber se existe “margem orçamental” para aumentar a despesa com a saúde, sem afectar outros sectores.

(2) Afectação dos impostos à saúde. Lógica similar se aplica à afectação de impostos (existentes) à saúde. Vários países implementaram um Imposto Sobre o Valor Acrescentado (IVA ou um imposto sobre as vendas que está afecto à saúde. Um exemplo é o Gana, onde o Esquema Nacional de Segurança de Saúde (NHIS) é financiado através de pagamentos individuais de prémios e um Imposto da Segurança Nacional de Saúde de 2,5 por cento angariado através dos mesmos mecanismos usados no IVA já existente (12,5 por cento). Os fundos adicionais resultantes dos impostos (aproximadamente três por cento do orçamento total do NHIS) contribuíram significativamente para o aumento das inscrições de sete por cento em 2005 para mais de metade da população actualmente. O Gabão, por outro lado, implementou um imposto específico sobre as companhias de telemóveis que é usado directamente para cobrir os indivíduos que não são capazes de contribuir para a Segurança Nacional de Saúde. Com mais de sete milhões de subscritores de telemóveis em Moçambique, esta é uma possibilidade a considerar (UNICEF 2014).

Outros países implementaram "impostos do pecado"— cobrados sobre as mercadorias consideradas nocivas para a sociedade, tais como o tabaco e o álcool — e direccionaram os fundos para as actividades de promoção da saúde. Existem vários argumentos pró e contra os impostos do pecado. Embora os impostos se destinem a desencorajar os hábitos não saudáveis, os mesmos são frequentemente regressivos uma vez que esses produtos são frequentemente mais consumidos (ou, pelo menos, numa maior proporção) pelos pobres. Alguns países destinam parte ou a totalidade das suas receitas dos impostos sobre o tabaco ao sector da saúde e alguns afectam as receitas especificamente ao controlo do tabaco. A Guatemala e o Djibouti afectam todas as suas receitas dos impostos sobre o tabaco à saúde mas outros países destinam uma proporção das suas receitas dos impostos sobre o tabaco (ex.: dois por cento na Mongólia, Tailândia e Qatar, um por cento na Bulgária).

O consumo de cigarros em Moçambique atingiu 5,1 biliões de unidades em 2012, um triplo aumento face aos níveis de 1990. Até 2022, espera-se um aumento para 6,7 milhões de unidades (ERC 2014). O preço médio de um pacote de cigarros Marlboro no país é de 100 Mts (US\$ 3,60) o que é consideravelmente mais elevado do que os 72 Mts (US \$2,58) em média, para os cigarros de marca da África Subsaariana. A média do imposto especial sobre os produtos tabaqueiros de marca da região é de 70 por cento; em Moçambique, é de 65 por cento (apesar de um aumento para 75 por cento estar actualmente sob consideração) (OMS 2013a).

Um estudo notou que um aumento global de 10 por cento dos impostos sobre os cigarros aumentaria as receitas dos impostos sobre os cigarros em aproximadamente sete por cento (Jha et al. 2006). No entanto, como não existem actualmente dados sobre a elasticidade do preço dos cigarros em Moçambique, o impacto sobre o consumo (e subsequentemente sobre a receita) não é claro, mas justifica uma investigação. Os impostos adicionais sobre o tabaco para a saúde exigem um forte consenso político e social, sustentado por legislação e uma governação eficaz para a implementação.

Existem outras possibilidades relacionadas que podem ser exploradas em Moçambique. Por exemplo, marcas de bebidas alcoólicas baratas, tais como a Tentação, são populares entre os jovens. No entanto, o seu alto teor de álcool poderá ser prejudicial para a saúde. Os impostos sobre esses produtos destinados à saúde constituem outra opção. Dado o número crescente dos acidentes rodoviários em Moçambique, uma consideração poderá ser também o encaminhamento dos impostos (multas) angariados devido à condução sob o efeito do álcool para a saúde.

Figura 20. Parcerias público-privadas “saudáveis”

41



(3) Estabelecer parcerias público-privadas. Essas parcerias poderão ser eficazes na mobilização de recursos para atingir objectivos ao nível da saúde (Figura 20). O sector privado florescente em Moçambique tem potencial para suportar a prestação de serviços de saúde — através de assistência técnica, de gestão e financeira — conforme exemplificado através do trabalho de várias companhias mineiras. A Vale, por exemplo, reabilitou duas clínicas de saúde em Moatize e colaborou com a USAID numa clínica nocturna e num projecto de aconselhamento de HIV. A Rio Tinto também abriu uma série de clínicas de saúde móveis ao longo do país, enquanto a Jindal Steel and Power assumiu um número de projectos de prevenção da malária em Maputo e Cahora Bassa. Um parceiro de desenvolvimento esteve recentemente em conversações, com fundos de investimento na área da medicina na região, para apoiar Moçambique. Esses fundos poderão ajudar as instalações de cuidados de saúde a desenvolver a sua capacidade administrativa e a melhorar a qualidade dos seus serviços médicos.

As parcerias público-privadas são complexas, exigentes e consomem tempo. O planeamento exaustivo, a boa comunicação, o forte compromisso de ambas as partes e a regulação efectiva da monitorização e a aplicação pelo governo são críticos. Para maximizar o benefício a partir dessas parcerias, Moçambique deveria conduzir uma análise exaustiva das necessidades de infra-estruturas de saúde e de serviços básicos e considerar todas as opções para satisfazer essas necessidades. A condução de um estudo exaustivo de viabilidade que compare a prestação pelo sector público com a prestação pelo sector privado e que leve em conta a acessibilidade, o valor do dinheiro e a transferência do risco serão importantes à medida que o país avança.

(4) Investigar a conversão da dívida. Moçambique poderá querer investigar as possibilidades em torno da conversão da sua dívida em investimentos na saúde, de acordo com a iniciativa Debt2Health do Fundo Global. A iniciativa é uma forma de "conversão da dívida", na qual os países credores que têm dinheiro a haver dos países em desenvolvimento concordam em cancelar uma parte da dívida, sob condição de os países em desenvolvimento em questão investirem os montantes reduzidos especificados em programas de HIV, tuberculose e malária aprovados pelo Fundo Global. A Austrália perdoou US \$75 milhões em dívida pela Indonésia. A Indonésia investiu, subsequentemente, US\$ 36 milhões em programas de saúde. A Alemanha cancelou, similarmente, US \$51 milhões em dívida do Paquistão. O Paquistão reinvestiu depois metade desse montante em programas aprovados pelo Fundo Global no país (ou aproximadamente 45 por cento do custo anual do programa de HIV do país). Na África Subsaariana, existem actualmente acordos de conversão da dívida com a Costa do Marfim, a Etiópia e o Quénia (Fundo Global 2014).

(5) Aumentar os empréstimos com condições especiais. Moçambique contraiu, nos últimos anos, vários empréstimos de Assistência ao Desenvolvimento Ultramarino (ODA) com o Japão, mais recentemente para o Projecto de Desenvolvimento da Central Eléctrica de Ciclo Combinado de Maputo e do Projecto de Reabilitação da Estrada Mandimba-Lichinga (JICA 2013; JICA 2014). Uma consideração importante para o sector da saúde, esses empréstimos garantiram elementos de, pelo menos, 25 por cento, devido à sua baixa taxa de juro e/ou calendários de pagamento a longo prazo (até 40 anos). Esses acordos bilaterais, tipicamente entre governos focam-se na apropriação do país ao nível do programa, enquanto limita o encargo do país doador. Cerca de um terço dos pagamentos de ajudas ao desenvolvimento da Alemanha e mais de metade da França são efectuados sob a forma de empréstimos, apesar de isto não ser aparente no sector da saúde de Moçambique (Action for Global Health 2015). De acordo com o OpenAidData (2015), apenas o Banco Mundial disponibilizou empréstimos ODA a Moçambique para programas de saúde.

101. *Esquemas de Financiamento.* As conclusões das CNS contribuíram pouco para a clarificação das contribuições dos empregadores para o sector da saúde. Fornecer benefícios de saúde é normalmente uma preocupação secundária para as empresas mais interessadas no seu negócio central, o que faz com que

muitas organizações não mantêm estatísticas relativamente ao nível e custos dos seus pacotes de benefícios. No entanto, com base em alguns questionários que foram feitos, é evidente que esses benefícios são em excesso relativamente àqueles que são exigidos pela lei. Alguns prestadores externos poderão possuir informação sobre contas junto dos clientes empresariais, mas esses números subestimam potencialmente as contribuições do empregador, se os trabalhadores puderem também ser reembolsados pelos serviços adquiridos. Para melhor avaliar as contribuições dos empregadores, terão de ser feitas uma série de entrevistas presenciais ao pessoal envolvido nesta área com a coordenação da Confederação das Associações Económicas (CTA). Os entrevistados deverão incluir os directores de recursos humanos e o pessoal do posto de saúde da empresa.

102. **Prestadores de cuidados de saúde.** As instalações de saúde são os maiores receptores da despesa de 2012, contando com quase 40 por cento. Os hospitais totalizam aproximadamente 21 por cento, um aumento marginal em relação aos 20 em 2006 e as instalações de ambulatório 18 por cento, um aumento drástico face ao valor inferior a um por cento em 2006. Os prestadores de cuidados preventivos são também os importantes beneficiários dos recursos da saúde, contando com quase 20 por cento da despesa geral de saúde. Se as despesas dos retalhistas e das farmácias privadas forem excluídas, os agregados familiares fazem aproximadamente 20 por cento dos seus gastos OOP em instalações públicas, 24 por cento em instalações privadas (incluindo clínicas a retalho) e 56 por cento em curandeiros. Esta é uma observação curiosa dado que 86 por cento das consultas têm supostamente lugar nas instalações públicas, quatro por cento nas clínicas privadas e 10 por cento em consultórios de medicina tradicional (acta da OMS 2014). Embora a solidez dos dados dos agregados familiares seja questionável, esta questão merece *per se* investigação adicional. Por exemplo, existem evidências circunstanciais de que 75 por cento das pessoas visitam curandeiros, antes de procurar cuidados institucionalizados (OMS 2013). Não é claro se a consulta inicial ou a consulta final a esses consultórios têm sido registadas. A obtenção de um entendimento exaustivo da forma como os curandeiros operam também é importante. O departamento de Medicina Tradicional do MISAU poderá desempenhar um papel aqui. O comissionamento de um novo questionário aos agregados familiares é fortemente recomendado.

103. **Despesa em funções de cuidados de saúde.** Os recursos da saúde são despendidos, em larga medida, em serviços de cuidados de saúde curativos. Os serviços curativos de saúde totalizam 40 por cento da CHE (20 por cento em ambulatório, aumentando de 15 por cento, e aproximadamente 20 por cento em hospitalização, consistentes com 2006). A prevenção de doenças transmissíveis, incluindo as actividades de aconselhamento e de prevenção, relacionadas com a saúde maternal e infantil, totalizam 27 por cento. As despesas na administração geral da saúde são significativas, aproximadamente 26 por cento tal como em 2006. É claramente uma área se poderá ser conseguir uma melhoria da eficiência. Os legisladores deverão exercer a liderança em reformas de simplificação administrativa, para garantir resultados atempados, inovadores e menos dispendiosos. Seria interessante conduzir um estudo para compreender o custo anual das "deficiências" do sistema administrativo. Além disso, o questionário de monitorização da despesa pública, para examinar a despesa da saúde pública, poderá ser útil para a identificação de fugas.

104. **Despesa em doenças.** Em pouco mais de 32 por cento da CHE, apenas as despesas com HIV/SIDA são proporcionais à sua percentagem de mortalidade (Tabela 13). A malária é a segunda maior causa de morte em Moçambique, apesar de consumir menos de quatro por cento dos fundos. Das dez maiores causas de mortalidade, quatro são DNT, responsáveis por mais do que uma em quatro mortes. Ao longo do tempo, poderá esperar-se que este número aumente com a urbanização e à medida que novos factores emergem. Um em cada três moçambicanos já sofre de hipertensão (Damasceno et al. 2009). O aumento do consumo do tabaco ao longo da próxima década, conforme atrás indicado, levará provavelmente ao aumento do número de mortes devidas ao cancro de pulmão (em consequência do fumo activo e passivo).

105. Durante este exercício, não foi possível separar a despesa com as DNT das despesas gerais de saúde, uma vez que as entidades inquiridas não anotaram nenhuma dessas despesas. No futuro, será importante

examinar, mais de perto, as despesas com as DNT. Deveria igualmente ser solicitado aos agregados familiares para reportarem os seus encargos com DNT — por exemplo, as suas despesas com cancro, diabetes, hipertensão e saúde mental.

Tabela 13. Moçambique, Principais Causas de Morte, 2010

Causa de morte	Número de mortes (2010)	% do total de mortes (2010)
HIV/SIDA	71.805	23,2%
Malária	38.304	12,4%
Gripe e pneumonia	30.936	10,0%
Doenças diarreicas	18.407	6,0%
Derrames	15.760	5,1%
Doenças coronárias	12.941	4,2%
Baixo peso à nascença	10.804	3,5%
Trauma no parto	9.181	3,0%
Tuberculose	8.849	2,9%
Acidentes rodoviários	6.670	2,2%
Total	223.657	72,5%

Fonte: Base de Dados de Mortalidade da OMS (dados apenas disponíveis para 2010)

VII. DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO

106. Moçambique embarcou numa tarefa ambiciosa, usando o quadro do SCS 2011, para a sua segunda ronda de estimativas. É um dos primeiros países da região a fazê-lo. Pares incluindo a Etiópia — que realizou o seu quinto exercício de CNS em 2014 — escolheram usar o calendário SCS mais antigo. Outros países que realizaram um exercício CNS recentemente com o SCS 1.0 incluem o Afeganistão (segunda ronda), Benim (terceira ronda) e St. Kitts e Nevis (primeira ronda). Os países com mais experiência nas CNS, que optaram pelo SCS 2011 no último ano, incluem o Burkina Faso (sexta ronda), a Nigéria (quinta ronda) e as Fiji (quarta ronda). A realização do exercício CNS de 2012 em Moçambique foi repleta de desafios. Considerações importantes para a próxima ronda e como é que o país pretende tornar o CNS num processo "institucionalizado" mais rotineiro encontram-se detalhados abaixo.

Aperfeiçoar a Governação e a Planificação Global

107. Neste momento, é visível que faltam muitos dos componentes essenciais para a sustentabilidade das CNS a longo prazo, em Moçambique. Em primeiro lugar, parece não haver um plano bem reflectido de como o processo CNS deveria ser mantido a longo prazo. O planeamento é limitado a um objectivo de curto prazo para a elaboração de um relatório ou um conjunto de números. Os desafios do processo de recolha de dados não são bem entendidos, havendo expectativas de esta poder ser realizada com poucos recursos e numa questão de meses. O processo geral tem sido *ad-hoc* com entusiasmo para o exercício no início, seguido por um período de estagnação e depois uma corrida rumo à conclusão. Existem várias formas pelas quais isto poderá ser evitado no futuro:

108. ***Estabelecer uma Equipa de CNS.*** Os papéis e as responsabilidades terão de ser delegados antecipadamente. Apesar de o MISAU ter concordado “alojar” novamente as CNS durante a segunda ronda de estimativas, o processo em si tornou-se ligeiramente accidental porque a delegação não foi feita de forma adequada. Inicialmente, foram alocados vários colaboradores da DPC, a tempo parcial, para apoiar a actividade mas, ao longo do tempo, este número encolheu. Observou-se que a maioria das equipas de CNS começam com quatro ou cinco membros (dependendo do orçamento e da disponibilidade), apesar de na realidade uma ou duas pessoas façam a maioria do trabalho. Independentemente do tamanho da equipa, exige-se que a equipa desempenhe certas tarefas que implicam aptidões específicas que pareçam estar em falta em Moçambique. A liderança da equipa é responsável pela promoção e gestão da equipa de CNS. A(s) pessoa(s) deverá(ão) ter experiência, ser(em) funcionário(s) respeitado(s) do governo de estatuto sénior-médio com um vasto entendimento do sector da saúde e dos problemas dos sistemas de saúde do país. A liderança de equipa terá também de perceber o valor das CNS e o seu potencial uso no país. Um pleno entendimento do público-alvo das CNS e contactos sólidos no sistema de saúde são fundamentais.

109. As tarefas ao nível técnico são a recolha, o apuramento e a análise de dados, aptidões típicas dos funcionários públicos de categoria média. Aqueles que forem mandatados deverão possuir um entendimento sólido acerca da contabilidade do governo e familiaridade com as fontes de dados da saúde. A equipa técnica deverá também ser formada em metodologia das CNS com um entendimento das classificações CNS. A Tabela 13 resume as principais responsabilidades técnicas e de gestão.

110. Os parceiros de desenvolvimento também desempenham um papel importante na valorização do processo — seja através do financiamento, da assistência técnica ou de uma combinação de ambos — mas terão de ser tomadas medidas para garantir que não existe duplicação de esforços. Os parceiros que prometem apoiar o MISAU com o exercício terão de estar comprometidos, ao longo de todos os estádios do processo, não periodicamente nos momentos em que é "conveniente." A comunicação aberta e eficiente

entre MISAU e os parceiros é importante. O objectivo final de umas CNS bem-sucedidas é apoiar as decisões de financiamento da saúde do país, não acrescentar mais um cartaz na parede. Nesta medida, o MISAU não deverá ficar excessivamente dependente do apoio externo para a condução do exercício, um assunto a ser tratado mais à frente, nesta secção.

Tabela 14. Tarefas e Responsabilidades da Equipa de CNS

Liderança da Equipa	Pessoal Técnico
<i>Gerir a Equipa</i>	<i>Apoiar na documentação de:</i>
Supervisionar todo o trabalho técnico	Interesses de política das partes interessadas nas CNS
Garantir o acompanhamento de todas as tarefas seniores (ou delegar)	Actualização do processo CNS
Manter sempre a motivação	Definições das despesas e limites
<i>Gerir as partes interessadas</i>	<i>Recolher dados primários</i>
Liderar, defender, promover o esforço e o processo CNS	Actualizar instrumentos de questionário, conforme necessário
Ligar as CNS às questões importantes de políticas	Contactar organizações para explicar que dados são necessários
Coordenar e garantir as contribuições de todas as partes interessadas	Dar seguimento a contactos para obter dados completos
Garantir que todos os membros da equipa estão a cumprir as tarefas que lhe foram atribuídas	Introduzir dados, se necessário; documentar cuidadosamente todas as fontes, referências e cálculos
<i>Liderar o esforço da recolha de dados</i>	<i>Recolher dados secundários</i>
Rever as formas de recolha de dados	Identificar e segurar cópias de dados secundários
Facilitar a recolha de dados a partir das partes interessadas chave, mantendo o seu interesse na actividade	Rever e recolher dados relevantes
Ajudar a obter permissões/aprovações para o pessoal técnico aceder aos dados das partes interessadas em questão	Introduzir dados, se necessário; documentar cuidadosamente todas as fontes, referências e cálculos (incluindo múltiplas fontes dos mesmos dados)
<i>Supervisionar a análise de dados e a interpretação de resultados</i>	<i>Apurar dados</i>
Estar a par das lacunas de dados e dos conflitos e liderar a equipa na resolução dos problemas	Garantir que todos os dados são introduzidos na HAPT; Identificar erros, dados em falta, dados conflitantes
Identificar os problemas da política de saúde através da análise de dados (poderá ser feito sob consulta das pessoas interessadas chave)	Rever recursos de dados primários e secundários, para resolver erros, dados em falta, dados conflitantes
<i>Participar na criação de documentos de CNS (relatórios, resumos de políticas, apresentações, etc.)</i>	<i>Analisar dados</i>
Ajudar na elaboração de diferentes documentos para diferentes audiências	Identificar e resolver lacunas e conflitos de dados
Contribuir para a redacção de documentos	Combinar dados CNS com dados não financeiros
Gerir a redacção, a revisão e produção de documentos	Preparar gráficos e tabelas
<i>Disseminar conclusões</i>	<i>Anotar metodologia e resultados</i>
Planear, organizar e apresentar em:	
- Reuniões com as partes interessadas (que deverão ser mantidas a par do processo CNS através de actualizações regulares)	
- Fóruns locais e internacionais	

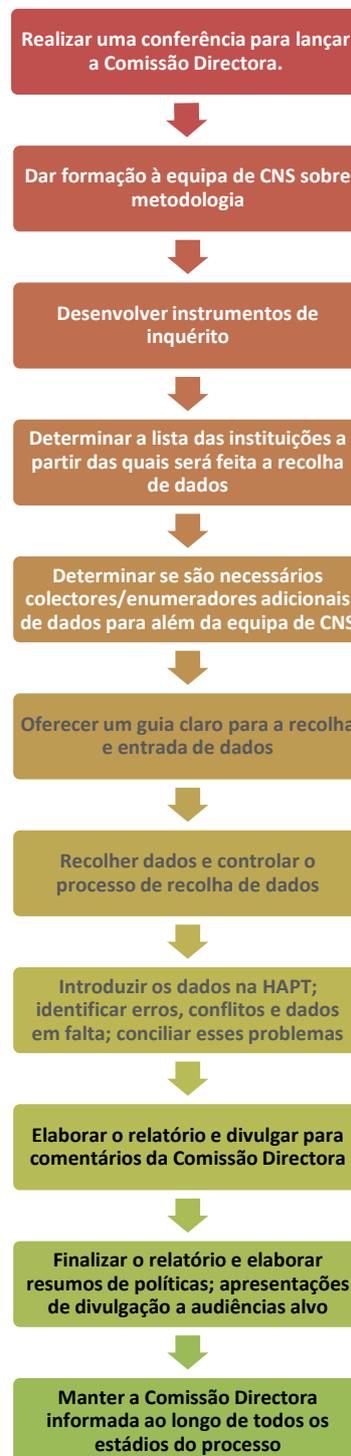
111. **Rever a Comissão Directora.** A Comissão Directora das CNS, na sua forma actual, não tem sido efectiva. A dado momento, podem ter existido até trinta membros da Comissão Directora das CNS em Moçambique. A representação dos sectores privado e público é forte (os membros variam entre o INE e a associação de ONGs e os institutos académicos incluindo a UEM). No entanto, não é claro se os membros estão a par do facto de desempenharem um papel para além de estarem actualizados sobre o processo do exercício CNS.

112. A Comissão Directora serve para comunicar as preocupações em termos de política à equipa das CNS, interpretar as conclusões das CNS e formular as implicações nas políticas. Um papel crítico que a mesma poderá desempenhar no processo é facilitar as dificuldades que a equipa encontre ao longo do processo de recolha de dados. À excepção de alguns membros da Comissão — nomeadamente, a CTA e a Direcção Nacional de Assistência Médica que se dirigiram às empresas e às clínicas privadas para dados, respectivamente numa tentativa de obter dados (embora sem sucesso) — não é evidente que quaisquer dos outros tenham feito um esforço concertado para o fazer ao longo deste exercício.

113. No futuro, este paradigma de simplesmente “sentar-se à mesa” terá de mudar. A Comissão Directora deverá ter ligações significativas aos decisores chave em matéria de saúde e serem reunidos pela liderança das CNS no MISAU. Se bem gerida, a Comissão Directora poderá ser crucial para a apropriação por parte de Moçambique do processo de CNS e produção de um conjunto sólido de contas da saúde. A liderança das CNS, juntamente com a equipa técnica das CNS, deverá criar uma estratégia clara de comunicações que poderá ter de ser adaptada a cada membro existente e potencial da Comissão Directora — para mostrar a relevância das CNS para o seu trabalho e interesses. Por outras palavras, para obter um envolvimento da parte interessada, a equipa das CNS necessitará de mostrar "Que CNS poderá elaborar para cada parte interessada."

114. A fim de evitar a confusão à volta das expectativas que surgiram ao longo da actual ronda de estimativas, a equipa de CNS precisará de considerar que tipo de relação é que a mesma deseja ter com a Comissão Directora. A relação e as expectativas deverão ser delineadas a partir do início (similar

Figura 21. Tarefas-chave para o Processo de CNS



ao Grupo Técnico de Trabalho para a Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (GTF) mas, de longe, mais fortemente impostas. A equipa de CNS e a Comissão Directora deverão também estabelecer um calendário de reuniões e determinar as linhas de comunicação.

115. **Desenvolver um plano de trabalho.** O exercício de CNS de 2012 foi atormentado por problemas relacionados com a sua organização — e recomenda-se que na próxima ronda seja seguido um processo similar ao do PESS. Um plano concreto de trabalho para futuros exercícios de CNS será útil. Deverão ser considerados vários elementos: (1) tarefas que constituem a actividade; (2) estratégias e acções necessárias para concluir essas tarefas; (3) atribuição de tarefas a cada membro da equipa; e (4) calendário para a conclusão da tarefa. A Figura 14 traça o processo típico para condução de um exercício CNS.

Fortalecer a Procura e o Uso

116. **Perceber o mérito das CNS.** Moçambique terá de considerar os benefícios que a condução das CNS acrescentará ao país— a capacidade de monitorizar a despesa corrente, projectar a despesa futura e definir políticas de saúde informadas que irão maximizar a saúde e o bem-estar da população. Enquanto os exercícios de rotina ajudarão o reporte das despesas de saúde actuais, a produção CNS não deverá ser considerada como condicionante para satisfazer os requisitos de ajudas/empréstimos. Nesta natureza, o país deverá reorientar o seu pensamento, de uma abordagem com base no projecto, orientada para a produção *ad-hoc* de estimativas de CNS, para uma alicerçada na construção de processos e instituições sustentáveis. Embora o envolvimento dos membros da sociedade civil, do sector privado e de outras instituições domésticas seja importante, um forte apoio e liderança do governo mais alargado é necessário, se se pretender que as CNS sejam "propriedade do país".

117. **Complementar o processo de compilação das CNS com outras actividades da DPC que fazem uso dos dados e dos conhecimentos específicos das CNS.** Isto aumentará o valor das CNS. A DPC já se encontra bem posicionada para fazer isso, uma vez que a mesma apoia tanto a monitorização da despesa pública, como outros processos de planeamento a longo prazo. Houve também discussão acerca do DPES usar as CNS para informar o próximo MTEF para o sector da saúde. Isto ajudará alinhar melhor as despesas com os orçamentos, uma matéria de grande importância para a DPC neste momento. Combinadas, as ferramentas poderão também destacar como é que o governo poderá investir melhor e apresentar resultados em programas prioritários, de acordo com o PES anual. Uma vez que o MTEF é traçado anualmente, o mesmo poderá encorajar maior produção de rotina de CNS. A ligação das CNS a iniciativas mais alargadas de planeamento do país poderá apoiar a produção sustentada de dados de CNS, bem como o seu uso para informar as políticas.

118. **Usar as CNS como ferramenta para a tomada de decisão.** Existem várias oportunidades iminentes para as CNS influenciarem as políticas. As CNS actuais têm sido largamente motivadas pelas conclusões do PESS. As estimativas conservadoras do PESS revelam uma carência financeira de quase 90 biliões de Mts (\$US 3 biliões) para implementar a reforma do sector da saúde e aumentar a cobertura da saúde em Moçambique entre 2014 e 2019 (MISAU 2013). Com um financiamento externo que se espera que venha a cair durante este período, a mobilização dos recursos domésticos tornou-se uma prioridade. É necessário o reporte preciso e regular das despesas de saúde para ajudar o governo a tratar desta lacuna do financiamento e satisfazer as necessidades da população. Para implementar o PESS com sucesso, o MISAU deveria (MISAU 2013):

- Desenvolver um orçamento plurianual para 2015 – 2019;
- Definir prioridades da saúde para garantir a sua prioridade no financiamento;
- Aumentar o financiamento do governo para a saúde para, pelo menos, 15 por cento, para atingir o objectivo definido pela Declaração de Abuja;
- Reforçar o diálogo com o MEF;
- Explorar meios para melhorar a mobilização de recursos através das parcerias público-privadas.

119. Em paralelo, Moçambique está a embarcar na sua primeira estratégia de financiamento, para apoiar a sua transição para um sistema de saúde mais sustentável. Isto surge no despertar dos números alarmantes relacionados com a pobreza (55 por cento no limiar da pobreza ou abaixo do mesmo) e acesso inadequado aos serviços de saúde para as populações mais vulneráveis (MPD 2011). O GTF, que supervisiona o desenvolvimento da estratégia de financiamento da saúde, é liderado pelo MISAU e apoiado por diversos parceiros. Os parceiros incluem a OMS, a USAID, o Banco Mundial, o DFID e a UNICEF que estão a atribuir recursos técnicos e financeiros consideráveis para apoiar a análise técnica crítica que será usada para informar a próxima estratégia de financiamento da saúde. É claro que muitas dessas análises (incluindo, mas não limitado à, análise do espaço fiscal e estratégia de mobilização de recursos) beneficiaram dos dados CNS actuais. De igual forma, a abordagem da lacuna de financiamento pelo PESS exigirá análises, para entender a eficiência e a equidade da despesa de saúde. Os dados da linha de base CNS poderão suportar isto.

Manter a Produção e Melhorar a Gestão de Dados

120. Primeiro, o MISAU terá de notar que a institucionalização não significa a elaboração de um exercício CNS anualmente. Os custos poderão ser elevados e não é provável que exista uma variação significativa em anos consecutivos. A capacitação para liderança de actividades de CNS não se encontra directamente correlacionada com o número de rondas de CNS que um país assumiu. Em países nos quais a produção de CNS foi financiada por doadores e conduzida por consultores externos, pouca apropriação e, conseqüentemente, pouco uso tem sido feito dos dados ao nível do país. O foco de Moçambique deverá ser no desenvolvimento das aptidões institucionais para "possuir" o processo de forma que sirva o orçamento anual e os processos de planeamento ao nível do país. Até à data, o país tem sido altamente dependente em relação ao apoio externo, o que se provou ser imprevisível. Para "liderar" as CNS nos próximos anos, Moçambique deverá:

121. ***Mandar actividades de CNS através de legislação formal.*** Talvez o maior obstáculo que a equipa CNS enfrentou nesta ronda tenha sido a relutância de certas entidades governamentais e privadas de Moçambique em partilhar dados. Mesmo após as autoridades de supervisão do governo terem emitido uma declaração, as entidades não responderam. O seguimento das comunicações, as chamadas telefónicas e as reuniões presenciais, todos se provaram inúteis. Vários países, tais como a Geórgia e a Jordânia mandam a produção de rotina das CNS — incluindo a recolha das entradas de dados, a partir das fontes públicas e privadas, a delineação de planos de trabalho e dos papéis das partes interessadas na questão. A legislação clarifica os papéis e as responsabilidades das partes interessadas e prevê as casas institucionais com legitimidade na negociação para a recolha de dados, a tradução e a promoção para uso nas políticas. A legislação formal poderá levar tempo a ser aprovada em Moçambique, particularmente considerando as recentes alterações políticas. Entretanto, poderão ser emitidos memorandos de entendimento entre o MISAU e as partes interessadas em questão, como sucede no Egipto. Se o passado constitui alguma indicação do futuro, Moçambique necessitará de ser mais rígido e talvez até aplicar sanções por falta de resposta.

122. As respostas do sector privado — instalações de saúde, empresas e companhias de seguros — foram insignificantes no mínimo. Essas entidades têm sido avessas à prestação de qualquer informação. A comunicação antecipada ao sector privado das necessidades das CNS e o seu envolvimento no planeamento estratégico para o sector da saúde, constituem meios potenciais de avaliação do interesse.

123. ***Dedicar recursos humanos e financeiros adequados às CNS.*** Tanto para criar credibilidade junto dos interessados, como para sustentar a produção de CNS, o envolvimento do MISAU é essencial. As aptidões, se apenas detidas por alguns produtores individuais das CNS, irão deteriorar-se significativamente com a perda natural do pessoal individual — como foi o caso de Moçambique em Julho de 2014. Aqueles que continuaram o processo fizeram-no apenas a título temporário. Os constrangimentos

a nível das capacidades no MISAU são evidentes. Os estatísticos, os contabilistas da saúde e os economistas da saúde são escassos (e, se disponíveis, são frequentemente financiados por doadores). Além disso, os trabalhadores especializados encontram-se fragmentados entre uma variedade de prioridades em competição.

124. **Estabelecer parcerias.** Uma possibilidade para o MISAU, se o mesmo não for capaz de destinar recursos às CNS é subcontratar ou estabelecer uma parceria para o processo de produção. Por exemplo, o Ministério da Saúde Pública (MoPH) na Tailândia designou o Programa Internacional da Política da Saúde, um braço de pesquisa do Departamento da Política e Estratégia da Saúde do MoPH com um estado autónomo, para alojar as CNS a longo prazo. Na Turquia, o Instituto Estatístico é responsável pela recolha de dados, ao passo que a Faculdade de Saúde Pública afiliada do Ministério da Saúde presta apoio técnico e revê os dados. O MISAU poderia, de igual forma, beneficiar, em grande medida, através da celebração de parcerias com as universidades ou com o INE, para disponibilizar contributos técnicos que são necessários para as CNS. Uma fraqueza inata da produção CNS em Moçambique é o foco exclusivo na recolha de dados com pouca consideração pela sua análise e interpretação. A experiência estatística do INE acrescentaria imenso valor ao processo. Os estatísticos do INE poderão facilmente entender as CNS, especialmente quando vistas como uma componente ou como uma conta satélite das Contas do Rendimento Nacional. Eles também já estão familiarizados com muitas das fontes de dados para as CNS.

125. Qualquer acordo com a academia ou com o INE deveria ser a longo prazo e conduzido pelas lideranças de todas as partes, para garantir o compromisso com o processo. Um memorando de entendimento formal ofereceria alguma estrutura ao acordo. Será importante discutir as disposições do memorando de entendimento o mais cedo possível. À medida que os países procuram elaborar as CNS de modo rotineiro, a coordenação com os departamentos nacionais de estatística é fundamental. Os vizinhos regionais de Moçambique, o Quênia e o Uganda, poderão atestá-lo. Os ministérios da saúde de ambos os países colaboraram com os seus respectivos departamentos de estatística, para desenhar questões apropriadas sobre as despesas de saúde dos agregados. No mínimo, o MISAU deveria priorizar o trabalho com o INE para incorporar as questões pertinentes, sobre as despesas de saúde dos agregados familiares, nos seus questionários em curso (IOF ou outros). Isto ajudará a garantir que os dados apresentados em qualquer relatório CNS são precisos e atempados.

126. **Entender o sistema de saúde.** O SCS 2011 exige um entendimento aprofundado de vários componentes do sistema de saúde. O nível de entendimento atingido está relacionado com o uso das fontes de dados disponíveis e com o uso das classificações revistas. Sem ser exaustivo, como potenciais fontes de dados, para as "novas" classificações no SCS 2011, poderá ser considerado o seguinte:

- **Capital.** e-SISTAFE para entidades públicas e licenças de construção para o sector privado, relatórios financeiros dos prestadores de serviços de cuidados de saúde privados, importação de registos de produtos (de capital) seleccionados
- **Esquemas de financiamento.** Tanto para entidades (unidades) públicas como privadas, poderiam ser usados relatórios empresariais comerciais por tipo de actividade (ex.: por tipo de benefícios de seguro disponibilizados), bem como uma análise completa das suas características e regras: modo de participação, direito a benefícios, método para angariação de fundos, centralização, etc.
- **Receitas dos esquemas de financiamento.** e-SISTAFE para unidades governamentais, relatórios de taxas de utilização recebidas para a prestação pública de cuidados de saúde, bem como declarações de rendimentos de companhias de seguros, poderão ser muito úteis.

127. **Harmonizar o processo de reporte.** O e-SISTAFE é uma ferramenta poderosa que informou, em grande medida, os dados da despesa pública apresentados nestas CNS actuais. O desenvolvimento adicional deste sistema e o mapeamento das classificações e-SISTAFE com as do SCS 2011 poderão agilizar o reporte. Se as despesas de saúde dos doadores e das ONGs poderem ser automatizadas e

introduzidas no e-SISTAFE ao invés do relatório manual para o MISAU, isto também constituiria um avanço considerável.

Traduzir e Divulgar as Conclusões CNS

128. O MISAU lançou o actual exercício CNS na esperança de que o mesmo apoiasse a concepção de políticas, facilitasse a tomada de decisões, esclarecesse as estratégias do sector da saúde e substanciasse a monitorização de alterações. Espera-se que os resultados das CNS sejam apresentados no contexto de uma oficina de trabalho sobre a análise situacional do financiamento da saúde no início de 2015. Esta oficina de trabalho, como suporte da estratégia de financiamento da saúde, será complementada por uma apresentação sobre o panorama de seguros de saúde em Moçambique. As lideranças do MISAU, o MEF e os parceiros estão entre aqueles que se esperam estar presentes.

129. Moçambique deveria reforçar o seu compromisso com o aperfeiçoamento da divulgação e partilha de informação. Por exemplo, com as primeiras CNS da Tanzânia pouco foi feito na área da divulgação. Desde então houve um esforço muito maior, para melhorar a divulgação na segunda e na terceira rondas. A segunda ronda de estimativas foi largamente divulgada na Revista Conjunta Anual do Sector da Saúde, na qual todos os parceiros de desenvolvimento foram apresentados como membros fundamentais do sector público (incluindo o Ministério das Finanças) e do sector privado. Os resultados das CNS foram publicados *online* na página do Ministério da Saúde e da Acção Social. Além disso, os resumos de políticas sobre programas prioritários (ex.: saúde reprodutiva) foram publicados *online* em conjugação com o projecto Sistemas de Saúde 20/20 financiado pelo USAID. As conclusões foram também apresentadas na reunião da Associação Internacional da Economia da Saúde (iHEA), realizada em Beijing em Julho de 2009. Para a última ronda das CNS, foram envidados esforços para usar os meios de comunicação e os jornais locais. Juntas, essas várias vias de divulgação ajudaram a promover a transparência no processo de definição de políticas.

130. Até os países de baixos rendimentos, nos quais a estratégia de divulgação ainda não se encontra implementada, poderão divulgar, em grande medida, os dados e as análises. Por exemplo, nas CNS do Afeganistão as conclusões foram sublinhadas com muito alarde através de uma cerimónia de lançamento em Abril de 2011. Os funcionários séniores de outros ministérios (incluindo o Ministério das Finanças), representantes da Organização Central de Estatística, directores de hospitais, ONGs e doadores estavam entre os convidados. O evento recebeu cobertura significativa na televisão local e na rádio e motivou a discussão de como usar os dados para informar a política de saúde. Tanto o relatório das CNS de 2010 como o de 2012 se encontram publicamente disponíveis na página do Ministério da Saúde Pública e foram traduzidos para as línguas locais. Mesmo antes do seu lançamento oficial, os dados já haviam sido comunicados, por correio electrónico, a vários ministérios.

131. Existem inúmeras lições que Moçambique poderá aprender com os seus pares. A adaptação dos dados das CNS às necessidades dos decisores, sob a forma de resumos de políticas, já foi discutida com o MISAU. Os resumos focar-se-ão em prioridades estratégicas chave em matérias de saúde (tais como saúde materno-infantil). Utilizarão tanto as conclusões das CNS como dados não financeiros para informar as lideranças do MISAU e outros intervenientes relevantes, incluindo o MEF. O DPES planeia a publicação trimestral de resumos de políticas após a publicação e disseminação das conclusões das CNS 2012.

REFERÊNCIAS

Action for Global Health. 2015. ODA Health Tracker. Disponível em <http://www.actionforglobalhealth.eu/our-work/financing-for-health/oda-health-tracker.html>. Obtido em Janeiro de 2015.

African Development Bank Group 2012. African Economic Outlook 2012: Mozambique Abidjan, Costa do Marfim.

Belli P. 2004. Formal and informal household spending on health – a multi-country study in Central and Eastern Europe. Cambridge, MA: Faculdade de Saúde Pública de Harvard

Cherecheşa R, Ungureanua M, Sandua P, Rusa I. 2013. Defining informal payments in healthcare: A systematic review. *Health Policy* **110(2-3)**:105-14.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. 2014. Moçambique Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) Para O Período: 2010-2011. Maputo, Moçambique.

Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo D, Lunet N. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Mozambique: urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension* **54(1)**:77-83.

Deaton A. Income, Health and Wellbeing Around the World: Evidence from the Gallup World Poll. 2008. *J Econ Perspect* **22(2)**: 53–72.

England A and Pearson S. 2014. Mitsui invests \$1bn in Vale's Mozambique coal projects. *Financial Times*. 14 de Dezembro de 2014.

ERC Group. 2014. World Cigarettes Mozambique. Suffolk, United Kingdom.

Fundo Global. 2015. Debt2Health Factsheet. Disponível em <http://www.theglobalfund.org/en/partners/innovativefinancing>. Obtido em Janeiro de 2015.

Hämäläinen P, Leena Saarela K, Takala J. 2009. Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level. *J Safety Res* **40 (2)**:125-39.

Instituto Nacional de Estatística. 2014. Portal de Dados Moçambique. Disponível em <http://www.ine.gov.mz>. Obtido em Agosto de 2014.

Instituto Nacional de Estatística, U.S. Census Bureau, MEASURE Evaluation, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Mortality in Mozambique: Results from a 2007–2008 Post-Census Mortality Survey. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.

Organização Internacional do Trabalho ILOStat. 2014. Disponível em <http://www.ilo.org/ilostat>. Obtido em Agosto de 2014.

Organização Internacional do Trabalho 2009. National Profile of Working Conditions in Mozambique. Genebra, Suíça: Secretariado Internacional do Trabalho.

Fundo Monetário Internacional. 2013. Republic of Mozambique: Staff report for the 2013 Article IV Consultation. *Relatório de País do FMI N.º 13/200*. Washington, D.C: O Fundo Monetário Internacional.

Agência Japonesa de Cooperação Internacional. Signing of Japanese ODA Loan Agreement with the Republic of Mozambique—Constructing a High-Efficiency Thermal Power Plant with Low Environmental Load for Stable Power Supply. Comunicado de Imprensa. 14 de Janeiro de 2014. Disponível em http://www.jica.go.jp/english/news/press/2013/20140114_01.html

Agência Japonesa de Cooperação Internacional. Signing of Japanese ODA Loan Agreement with the Republic of Mozambique—Improvement of Distribution Efficiency through Road Upgrading, Contributions to Economic Growth in Southern Africa. Comunicado de Imprensa. 29 de Novembro de 2013. Disponível em http://www.jica.go.jp/english/news/press/2013/131206_04.html

Jha P, Frank J, Chaloupka JM, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC et al. 2006. Tobacco addiction. In: Disease control priorities in developing countries. Jamison DT, Breman JG, MeaSCSm AR, eds. Washington, D.C.: O Banco Mundial

Lewis M. Informal payments and the financing of healthcare in developing and transition countries. 2007. *Health Aff (Millwood)* **26(4)**:984-97.

Lindelöw M, Ward P, Zorzi N. Primary Health Care in Mozambique: Service Delivery in a Complex Hierarchy. 2010. Africa Region Human Development Working Paper Series, no. 69. Washington, D.C.: O Banco Mundial.

McIntyre D, Thiede M. 2010. South Africa: Health Care Financing and Expenditure. Cidade do Cabo, África do Sul: Universidade da Cidade do Cabo.

Ministério da Planificação e Desenvolvimento. 2011. Plano de Acção para Redução da Pobreza 2011-2014. Maputo, Moçambique.

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

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

Ministério de Saúde. 2013a. Informação Estatística Sumária Nacional. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde. 2012. Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) 2012. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde. 2008. Plano de desenvolvimento de recursos humanos 2008 –2015. Maputo, Moçambique.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, ICF International. 2011. Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde. Calverton, MD: MISAU, INE, ICFI.

Ministério da Saúde, OMS, USAID. 2008. Contas Nacionais de Saúde de Moçambique - 2004-2006. Maputo, Moçambique.

Nijmegen Institute for International Health. 2012. Apoio ao Programa de HIV/SIDA no Ministério da Educação, Divisão de Ensino Superior, em Moçambique. Nijmegen, Países Baixos.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e o Banco Mundial. 2008. Reviews of Health Systems: Turkey 2008. Paris, France: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, Mwakajonga T, Ngobola O. 2008. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy* **110(2-3)**:105-14.

Policy Forum. 2010. Dependency on Foreign Aid: How the situation could be saved. An analysis of Tanzania's Budget 2010/2011. Dar es Salaam, Tanzânia.

Ramão F, Nizamo H, Mapasse D, Rafico M, José J, Mataruca S, Efron L, Omondi L, Leifert T, Bicho J. 2003. Road traffic injuries in Mozambique. *Inj Control Saf Promot* **10(1-2)**:63-7.

SCSrma S, Smith S, Sonneveldt E. 2005. Formal and informal fees for maternal health services in five countries: policies, practices, and perspectives. POLICY Working Paper Series, No. 16.

Sherr K, Cuembelo F, Michel C, Gimbel S, Micek M, Kariaganis M, Pio A, Manuel JL, Pfeiffer J, Gloyd S. 2013. Strengthening integrated primary health care in Sofala, Mozambique. *BMC Health Serv Res* **13** Suppl 2:S4.

Statistics Denmark, Statistisk sentralbyra, Statistiska centralbyran. IOF 2008/09. 2010. Summary report from a series of missions to the National Statistical Institute of Mozambique. Estocolmo, Suécia.

Sugahara G, Francisco A. Population Ageing in Mozambique: Threat or Opportunity? 2011. Boletim N°37e. Maputo, Moçambique: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

Tomini S, Packard T, Tomini F. Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania: evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2008. 2013. *Health Policy Plan* **28(4)**:419-28.

USAID. 1999. Health Expenditure Review Mozambique (Draft). Washington, D.C: USAID.

USAID. 2010. Mozambique In-Country Assessment Report. Washington, D.C: USAID.

Walt G, Melamed A. 1983. Mozambique: Toward a People's Health Service. Londres, RU: Zed Books.

United Nations Children's Fund. 2014. State of the World's Children. Nova Iorque, NY: UNICEF

United Nations Development Programme. 2012. Human Development Report 2012. Nova Iorque, NY: PNUD.

United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization Institute for Statistics. 2014. UIS Database. Disponível em <http://data.uis.unesco.org> Obtido em Agosto de 2014.

Divisão de Estatística das Nações Unidas 2014. UNData. Disponível em <https://data.ONU.org>. Obtido em Agosto de 2014.

Banco Mundial. World Databank. 2014. Disponível em: <http://databank.worldbank.org> Obtido em Agosto de 2014.

Banco Mundial. 2012. Creating Evidence for Better Health Financing Decisions. Washington, D.C: O Banco Mundial.

Banco Mundial. 2012a. Study on the Institutionalization of National Health Accounts in the East, Central and Southern Africa Region. Discussion Paper. Washington, D.C: O Banco Mundial.

Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde 2014. Despesas dos Agregados Familiares em Saúde (Versão Preliminar). Maputo, Moçambique.

Organização Mundial da Saúde 2013. African Traditional Medicine Day. Centro de Imprensa da OMS. Maputo, Moçambique.

Organização Mundial da Saúde 2013a. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Genebra, Suíça: A Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial da Saúde 2010. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Genebra, Suíça: A Organização Mundial da Saúde

Organização Mundial da Saúde 2006. WHO supported road safety activities in Mozambique. Maputo, Moçambique.

Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e o Desenvolvimento 2007. World Investment Report 2007: Transnational Corporations, Extractive Industries and Development. Genebra, Suíça: Nações Unidas.

UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. 2013. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013. Nova Iorque, NY: UNICEF.

ANEXO A: CLASSIFICAÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE

As principais classificações usadas para estimar as despesas de saúde em Moçambique estão em conformidade com o Sistemas das Contas de Saúde de 2011 (OCDE 2011):

Prestadores

- *HP.1 Hospitais.* Estabelecimentos licenciados, envolvidos primeiramente na prestação de serviços médicos, de diagnóstico e tratamento, que incluem médicos, enfermeiros e outros serviços de saúde a pacientes hospitalizados e serviços especializados de alojamento necessários para pacientes hospitalizados. Os hospitais poderão também prestar serviços de ambulatório como uma actividade secundária. Os hospitais públicos incluem hospitais centrais, gerais, provinciais e distritais.
- *HP.3 Serviços de cuidados em ambulatório.* Os estabelecimentos, ao prestarem serviços de cuidados de saúde directamente a pacientes em ambulatório que não necessitam de serviços de hospitalização. Os centros públicos de cuidados em ambulatório incluem centros de saúde e postos de saúde. Os cuidados privados em ambulatório incluem clínicas privadas, consultórios médicos privados e médicos tradicionais
- *HP. 4. Prestadores de serviços complementares.* Os prestadores de serviços complementares incluem as organizações que prestam serviços complementares (ex.: análises ao sangue), directamente, a pacientes em ambulatório que não se encontram abrangidos pelos hospitais, unidades de cuidados de enfermagem, prestadores de cuidados em ambulatório ou outros prestadores.
- *HP.5 Venda a retalho e outros fornecedores de bens médicos.* Estabelecimentos que vendem bens médicos ao público em geral, para consumo ou utilização pessoal ou do agregado familiar. Esses não incluem farmácias em instalações de hospitalização ou ambulatório.
- *HP.6 Prestadores de cuidados preventivos.* Esses incluem a administração governamental e privada e a disponibilização de programas de saúde pública, tais como programas de promoção e protecção da saúde (por exemplo, campanhas de vacinação).
- *HP.7 Administração geral de saúde.* Inclui o MISAU, as direcções provinciais de saúde e outros ministérios que recebem fundos para fins administrativos (ou seja, salários, despesas gerais, desenvolvimento de sistemas de informação ou actividades de formação).
- *HP. 8 Serviços de saúde de outras indústrias.* Inclui indústrias não classificadas em outra categoria que prestam cuidados de saúde como produtores secundários ou outros produtores. Os produtores de cuidados de saúde ocupacional encontram-se classificados aqui.

- *HP. 9 Serviços de saúde do resto do mundo.* Inclui o valor dos serviços de saúde prestados por outras indústrias (resto do mundo). Unidades não-residentes (ou seja, estabelecimentos no estrangeiro que prestam cuidados de saúde, para uso final por Moçambicanos) encontram-se classificadas aqui.

Funções

A prestação de serviços está separada em três categorias principais no enquadramento das CNS: Cuidados médicos "curativos", "cuidados de reabilitação" e "prevenção e saúde pública."

- *HC 1. Cuidados curativos.* Cuidados nos quais a principal intenção médica é aliviar os sintomas da doença ou lesão, para reduzir a gravidade de uma doença ou lesão ou para proteger contra o agravamento e/ou complicação de uma doença e/ou lesão que poderia ameaçar a vida ou as funções normais."
- *HC 1.1.* Cuidados curativos de hospitalizações incluem as despesas incorridas, ao longo de uma estadia, durante a noite no hospital; enquanto *HC 1.3.* Os cuidados curativos em ambulatório referem-se a serviços prestados a pacientes em ambulatório, por médicos, em estabelecimentos da indústria de cuidados de saúde em ambulatório ou em enfermarias de hospitais especializadas em ambulatório. Incluídas nestes encontram-se as despesas administrativas *incorridas ao nível das instalações*, incluindo os salários do pessoal e as despesas relacionadas com fármacos e bens médicos usados no decurso do tratamento.
- *HC.2. Serviços de cuidados de reabilitação.* Estes são considerados serviços nos quais o ênfase reside sobre a melhoria dos níveis funcionais das pessoas servidas e em que as limitações funcionais se devem a um evento recente de doença ou lesão ou são de natureza recorrente (regressão ou progressão). Em Moçambique, parece que os episódios de cuidados de reabilitação são tratados no decurso dos cuidados curativos e, por esta razão, não pode ser desagregado.
- *HC 4. Serviços complementares.* Compreende uma variedade de serviços, sobretudo, prestados por pessoal técnico paramédico ou médico com ou sem a supervisão directa de um médico, tais como laboratório, imagiologia de diagnóstico e transporte de pacientes (serviços de ambulância).
- *HC 5. Farmacêuticos e bens duradouros não-médicos.* Inclui todas as despesas das farmácias a retalho e outros fornecedores de bens médicos, e são *separados* dos custos incorridos nos hospitais e centros de cuidados em ambulatório. Por outras palavras, *HC 5* captura *apenas* as despesas incorridas *fora de um estabelecimento de saúde*. Ao nível do prestador, *HP 5.* Venda a retalho e outros fornecedores de bens médicos referem-se apenas a farmácias a retalho e exclui as farmácias e fornecedores incorporados num estabelecimento hospitalar.
- *HC.6. Prevenção e saúde pública.* Não inclui cuidados preventivos prestados como parte do tratamento em ambulatório. Engloba serviços "designados para reforçar o estado de saúde da população como distintos dos serviços curativos que reparam a disfunção da saúde."

- *HC 7. Administração da saúde.* Inclui todas as actividades, tais como a formulação, administração, a coordenação e monitorização das políticas, planos, programas e orçamentos gerais de saúde, bem como a formação e capacitação institucional dos funcionários públicos (pessoal não médico). Enquanto todos os custos relativos a essas actividades e que ocorrem ao nível central são capturados sob o HC. 7, aqueles que ocorrem ao nível do estabelecimento estão incluídos sob o HC.1. Cuidados Curativos.
- *HC 9. Outros serviços de saúde não classificados em outra categoria.* A saúde ocupacional está incluída aqui.

Despesas de Capital

- *HK.1. Formação do capital.* Compreende “a formação bruta de capital das instituições domésticas prestadoras de cuidados de saúde, excluindo as listadas sob HP.5 Venda a retalho e outros fornecedores de produtos médicos.” Isto inclui, principalmente, a despesa em itens, tais como a construção de edifícios e equipamento para prestadores de saúde.
- *HKR.5. Educação e formação de pessoal de saúde.* Inclui a prestação governamental e privada de educação e formação de pessoal de saúde, incluindo a administração, inspecção ou apoio de instituições que oferecem educação e formação do pessoal da saúde.

ANEXO B: CÁLCULO DAS DESPESAS DE SAÚDE PAGAS DIRECTAMENTE PELAS FAMÍLIAS

Síntese

Os dados sobre as despesas de saúde dos agregados familiares são estimados a partir do IOF 2008-2009 realizado pelo INE, de Setembro de 2008 a Setembro de 2009. A amostra de 10.848 agregados familiares ao longo de 1.060 áreas de enumeração (AE) representou a nação, as zonas rurais e urbanas, bem como o nível provincial. Em cada AE urbana, foram seleccionados 12 agregados familiares para serem entrevistados; nas áreas rurais, nove agregados familiares.

As despesas dos agregados familiares apenas com a saúde compreendem apenas um módulo do IOF. Este módulo examina o seguinte:

- Despesas dos agregados familiares em diferentes fornecedores: estabelecimentos públicos, estabelecimentos privados (incluindo retalhistas e outros fornecedores de produtos médicos) e curandeiros
- Despesas dos agregados familiares em diferentes bens e serviços incluindo: cuidados dentários, serviços de diagnóstico, fármacos e outros produtos médicos não duradouros, lentes e outros produtos de visão. A despesa com cuidados de hospitalizações e em ambulatório não foi disponibilizada.

Existem várias limitações do IOF. O processamento de dados constitui o maior problema para este questionário devido às actividades de processamento de dados concorrentes, relacionadas com os Censos da População de 2007. Nessa altura, os relatórios indicam que existia apenas um programador no Departamento dos Censos e de Questionários que limitou as actividades a apenas um questionário e/ou censo de cada vez. O sistema inicial de introdução de dados teve muitos problemas e foi substituído por um novo sistema em Junho de 2009. O novo sistema incluiu a dupla introdução de dados com verificação. Os erros detectados na verificação foram corrigidos por referência aos questionários. No entanto, não existia um sistema para a validação de dados na sequência da introdução de dados (Statistics Denmark et al.2010).

A obtenção dos dados relativos à despesa dos agregados familiares com a saúde foi um desafio com a duração de um ano por várias razões. Ao longo do decurso deste exercício, os dados foram partilhados duas vezes em diferentes formatos. Em nenhuma das vezes, o conjunto de dados da despesa bruta dos agregados familiares foi partilhado com a equipa das CNS:

(1) Junho de 2014 (INE): O INE partilhou estatísticas sumárias sobre as despesas de saúde dos agregados familiares (IOF). Folhas de Excel separadas listavam as despesas de 2008-2009 com fármacos e outros produtos médicos não duradouros, serviços públicos de saúde e curandeiros tradicionais para a *amostra de população*, por região, e extrapolavam isso para 2013. As notas de acompanhamento declaram que a taxa de inflação, o crescimento da população e as tendências da despesa entre 2013 (o último IAF) e 2008 foram usados como base para essa extrapolação. A equipa das CNS usou os dados dos censos do INE para extrapolar esses dados para toda a população. No entanto, como os dados

brutos não foram partilhados, foi impossível determinar o peso de cada agregado familiar dentro da amostra, para fazer extrapolações precisas. A subdivisão entre serviços em ambulatório e de hospitalização foi, mais tarde, desenvolvida através do uso de dados de utilização de pacientes (MISAU 2013a). Uma justificação para a diminuição das despesas de saúde dos agregados familiares *per capita* é a redução de 50 por cento nos custos das consultas nos estabelecimentos.

(2) **Novembro de 2014 (OMS):** A OMS contratou uma análise separada das despesas dos agregados familiares com base no IOF 2008-2009. O contexto para esta análise foi retirado de um relatório da OMS/OCDE sobre o cálculo das despesas dos agregados familiares (Rannan-Eliya 2008). De forma similar aos cálculos anteriores que foram partilhados, os pagamentos informais não foram capturados na análise financiada pela OMS. Com isto em mente, é importante notar o seguinte:

- As despesas dos agregados familiares, em medicamentos, produtos médicos e serviços de diagnóstico, que não estão incluídos como parte do tratamento num estabelecimento de saúde público e que são adquiridos a partir de um vendedor privado são considerados como *pagamentos directos ao sector privado*.
- Taxas para os funcionários públicos/pessoal de saúde para tratamento preferencial em instalações públicas de saúde (tais como tempos de espera mais curtos) são considerados *pagamentos informais*.

Tal como com os dados partilhados pelo INE, a análise da OMS não apresenta uma subdivisão entre serviços de hospitalização e ambulatório. Nem existe qualquer consideração de despesas direccionadas para os serviços de saúde dos cuidados preventivos. Ao extrapolar de 2008 para 2013, a análise da OMS considera a taxa de crescimento da população e examina os preços dos bens e serviços específicos (consultas, fármacos e outros produtos médicos). As taxas usadas não foram disponibilizadas na análise. Enquanto o INE apresentou dados apenas para a amostra da população, os dados apresentados nesta análise estendem-se, presumivelmente, a toda a população (os dados para a amostra da população não foram partilhados).

A versão preliminar deste relatório usou dados recebidos do INE em Junho de 2014. A pedido do MISAU, o relatório actual confia no relatório da OMS de Novembro de 2014. Como o último não disponibiliza uma subdivisão entre os serviços de hospitalização e ambulatório, nós recorremos novamente aos dados de utilização dos paciente para preencher esta lacuna (MISAU 1203a). *Por favor, note-se que o relatório da OMS é referido como tal ao longo do restante desta secção, o mesmo também utiliza dados do IOF 2008-2009 que foram recolhidos pelo INE. O mesmo mantém-se não claro porque existem várias variações entre os dados que foram partilhados original e directamente pelo INE e pela análise da OMS.*

Variações entre a Análise do INE e a da OMS

- Despesa total dos agregados familiares em despesas de saúde
 - O INE estima o total das despesas de saúde em serviços de saúde (excluindo fármacos mas incluindo cuidados dentários, serviços terapêuticos e serviços de diagnóstico) em 726.208.904,33 Mts (US\$ 26.057.011) alocadas conforme se segue:
 - Cuidados públicos: 16 por cento
 - Cuidados privados: 24 por cento
 - Curandeiros: 60 por cento
 - A análise da OMS estima as despesas de saúde com serviços de saúde (excluindo os fármacos, os cuidados dentários e os serviços de diagnóstico) em 787.697.878 Mts (US\$ 28.263.289) alocadas conforme se segue:

- Cuidados públicos: 16 por cento
 - Cuidados privados: 23 por cento
 - Curandeiros: 61 por cento
- Se a análise da OMS seguir a análise do INE e incluir os cuidados dentários, os serviços terapêuticos e os serviços de diagnóstico nessas estimativas, o total de despesas aumenta para 997.635.220 Mts (US\$ 35.796.025) e são alocadas conforme se segue
 - Cuidados públicos: 20 por cento
 - Cuidados privados: 25 por cento
 - Curandeiros: 55 por cento
- Despesa total dos agregados familiares em fármacos e produtos médicos:
 - O INE estima 297.365.301 Mts (US\$ 10.669.727). Nesta análise, é importante notar que todas as despesas que eram classificadas como estando incluídas no decurso do tratamento (cuidado de hospitalização, terapia física, etc.) foram omitidas da despesa total dos agregados familiares sobre as despesas farmacêuticas e, ao invés disso, tratadas como parte das despesas dos agregados familiares com cuidados.
 - A análise da OMS estima 354.458.893 Mts (US\$ 12.718.295)
- Total de despesa do agregado familiar em todos os serviços de cuidados de saúde e produtos médicos:
 - O INE estima 996.887.570 Mts (US\$ 35.769.199)
 - A análise da OMS estima 1.352.004.113 Mts (US\$ 48.511.091)
- Despesas de saúde *per capita*
 - O INE reporta uma despesa de saúde anual *per capita* dos agregados familiares em 2002 de 48 Mts; em 2008, de 36 Mts (US\$ 1,50). Quando extrapolada para 2012, usando as taxas projectadas disponibilizadas pelo INE, a despesa de saúde anual *per capita* atinge os 42 Mts (US\$ 1,51¹³).
 - A análise da OMS compara a despesa de saúde anual *per capita* de 2006 (exercício de CNS anterior) com 2012 (pressuposto de que 2012 é extrapolado a partir de um questionário prévio). Em 2006, o número é reportada como 61 Mts (US\$ 2,35); em 2012, como 57 Mts (US\$ 2,05).

Note-se que, apesar dessas diferenças na despesa agregada, a alteração geral na participação das despesas dos agregados familiares, entre os prestadores e as funções da saúde é insignificante.

¹³ Taxa Operacional de Câmbio ONU em 2006: US\$ 1: 24,11 Mts

ANEXO C: FONTES DE DADOS

Parceiro de Desenvolvimento/Agência Doadora	Contactado	Respondeu
Agência Belga para o Desenvolvimento	X	X
Agência Canadana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA)	X	X
Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament	X	X
Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA)	X	X
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)	X	X
União Europeia (UE)	X	X
Agência de Cooperação Internacional de Flandres (FICA)	X	X
Agência Francesa para o Desenvolvimento (AFD)	X	X
Aliança GAVI	X	X
Fundo Global	X	X
Cooperação Irlandesa	X	X
Cooperação Italiana	X	X
Agência Japonesa de Cooperação Internacional (JICA)	X	X
Agência Espanhola para o Desenvolvimento Internacional	X	X
Agência Suíça para o Desenvolvimento Internacional (SDC)	X	X
Banco Mundial	X	X
Organização Mundial da Saúde (OMS)	X	X
Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DfID)	X	X
Nações Unidas - Fundo para Ajuda de Emergência e Direitos das Crianças (UNICEF)	X	X
Nações Unidas – UNAIDS	X	X
Programa Alimentar Mundial da ONU	X	X
UNITAID	X	X
Governo dos Estados Unidos – não-PEPFAR	X	X
Governo dos Estados Unidos – PEPFAR	X	X

Parceiro de Desenvolvimento/Agência Doadora	Contactado	Respondeu
AAB	X	
Abt Associates	X	
Action Aid	X	
AECOM Water	X	
Fundação Aga Khan	X	X
AIHA	X	
AISPI	X	
AMODEFA	X	
APHL	X	
Arial Pediatrics Foundation	X	X
Arquitetos Sem Fronteiras	X	
ASCP	X	

Parceiro de Desenvolvimento/Agência Doadora	Contactado	Respondeu
ASM	X	
Barcelona Center for International Health	X	
Batá-Centro de Iniciativas para la Cooperación	X	
Associação de Dadores de Sangue	X	
Bread for the World	X	
Bosque y Comunidad	X	
CARE	X	X
Central Contraceptive Procurement	X	
Centro de Colaboração em Saúde	X	
Center for Disease Control (CDC)	X	X
Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva (ICRH)	X	
Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM)	X	
CESAL	X	
Chemonics	X	X
ChildFund	X	X
Clinton Foundation	X	
Cidadania e Participação (CEP)	X	
CLSO	X	
COALIZAO	X	
Conselho Cristão de Moçambique	X	X
Consellho Interhospitalário de Cooperation (CIC)	X	
COOPI	X	
Cruz Roja Española	X	
Deloitte Consulting LLP	X	X
DKT International	X	
Dorcas Aid International	X	
Douleurs Sans Frontieres (DSF)	X	X
DREAM	X	X
Eductrade	X	X
Elizabeth Glaiser Pedriatic Aids Foundation (EGPAF)	X	X
Family Heath International (FHI) 360	X	X
Federação das Mulheres para a Paz Mundial	X	X
F.Ulls del Món	X	
Friends in Global Health	X	X
Fundación Manhiça	X	X
Ghent University	X	X
Gorongosa Restoration Project	X	
HANDICAP International	X	X
Heath Alliance International (HAI)	X	X
Helen Keller International	X	
Help Age International	X	X
International Relief Development (IRD)	X	
Institute of Tropical Medicine, Antuérpia	X	
Instituto Superior de Ciências e Saúde (ISCISA)	X	X
International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP)	X	X
International Center for Reproductive Health (ICRH)	X	X
International Youth Foundation	X	
JEMBI	X	

Parceiro de Desenvolvimento/Agência Doadora	Contactado	Respondeu
JHPIEGO	X	X
John Hopkins University	X	
John Snow Incorporated (JSI)	X	X
KNCV Tuberculosis Foundation	X	X
Lepra Moçambique	X	
Light for the World (LFTW)	X	X
Malária Consortium	X	X
Management Sciences for Health (MSH)		
Medicins Sans Frontieres (MSF) –Bélgica	X	X
Medicins Sans Frontieres (MSF) -Suíça	X	X
Medicos com Africa CUAMM	X	X
Médicos del Mundo España	X	X
Medicos Mundi Moçambique	X	X
Missão Contra Lepra	X	X
NY AIDS Institute	X	X
Oxfam	X	
Path	X	
Pathfinder	X	X
Plan International	X	
Population Services International (PSI) Moçambique	X	X
Prosalus	X	
Research Triangle Institute (RTI)	X	
Samaritan's Purse	X	
Save The Children	X	
Self	X	
Sociedade Civil	X	X
Solidarmed	X	X
TEBA Development	X	
Universidad de Cordoba	X	
Universidade Católica de Moçambique	X	
Universidade Eduardo Mondlane (UEM)	X	
University of California - San Francisco (UCSF)	X	
University of North Carolina	X	
University of Saskatchewan	X	
University of Washington (I-TECH)	X	X
University Research Corporation (URC)	X	
Vanderbilt University Medical Center	X	
Voluntary Service Overseas (VSO)	X	X
Village Reach	X	
World Vision	X	X

Empresa (Empregador)	Contactado	Respondeu
A Forjadora	X	
Aberdare Intelec	X	
Acai Industrias	X	
ACE International	X	
Açucareira de Mafambisse	X	

Empresa (Empregador)	Contactado	Respondeu
Açucareira de Maragra	X	
Açucareira de Xinavane	X	
Administração Nacional de Estradas	X	
Aeroportos de Moçambique	X	
African Baking Corporation (Moçambique)	X	
Agrifocus	X	
Águas da Região de Maputo	X	X
Aloe Vera	X	
Anardako	X	
Astro Industrial	X	
Banco Comercial e de Investimentos (BCI)	X	X
Banco de Moçambique	X	
Banco Mercantil e de Investimentos (BMI)	X	
Banco Nacional de Investimentos (BNI)	X	X
Banco Oportunidade	X	
Banco Pro Credit	X	
Banco Tchuma	X	
Banco Terra	X	
Banco Único	X	X
Barclays Bank Moçambique	X	
BP Moçambique	X	
British American Tobacco Mozambique	X	
Camargo Correa Moçambique	X	
Cervejas de Moçambique	X	
Cimentos de Moçambique	X	
Cimpor Betão Moçambique (CIMBETÃO)	X	
CMA CGM Mozambique	X	
CMC África Austral	X	X
Coca-Cola Sabco Moçambique	X	
Companhia Agro-Pecuária de Moçambique (AGRIMO)	X	
Companhia de Desenvolvimento Mineiro (CDM)	X	
Companhia Industrial da Matola (CIM)	X	
Companhia Moçambicana de Hidrocarbonetos	X	
Conduril - Construtora Durience Delegação de Moçambique	X	
Construa	X	
Construções e Serviços (CETA)	X	
Cornelder de Moçambique SA	X	
Corredor de Desenvolvimento do Norte (CDN)	X	
DP World Maputo	X	
Electricidade de Moçambique (EDM)	X	X
Empresa de Gemas e Pedras Lapidadas	X	
Empresa do Vale do Zambeze	X	
Empresa Nacional de Hidrocarbonetos	X	
ENI	X	
Entrepasto Comercial de Moçambique	X	
Entrepasto Frigorifico de Pesca de Moçambique (Efripel)	X	
Ferpinta Moçambique (IBPS)	X	
First National Bank Moçambique (FNB)	X	

Empresa (Empregador)	Contactado	Respondeu
G4S Security Services Moçambique	X	
Gespetro	X	
Grupo ARJ - Fabrica Cimentos	X	
Grupo Visabeira	X	
Hariche Group	X	
Hidroeléctrica de Cahora Bassa	X	
Highest Moçambique	X	
Hotel Avenida	X	
Hotel Cardoso	X	
Hotel Tivoli	X	
Intelec Holdings SA	X	
International Comercial Bank	X	
Jindal Steel and Power Limited (JSPL)	X	X
Kangela Comercial Comércio	X	
Kawena SA	X	
Kenmare	X	
Kudumba Investments	X	
Linhas Aéreas de Moçambique (LAM)	X	
Listas Telefónicas de Moçambique	X	
Madeiras Alman - África	X	
Manica Freight Services	X	
Matola Cargo Terminal	X	
Mauritius Commercial Bank	X	X
Mega - Distribuição de Moçambique	X	
Millenium BIM	X	
Moçambique Celular SA (mCel)	X	X
Moçambique Expresso (MEX)	X	
Mocargo - Empresa Moçambicana de Cargas	X	
Mota Engil Eng de Construção SA	X	
Motola Gas Company	X	
Motraco	X	
Movitel	X	
Moza Banco	X	
Mozal	X	
Mozambique Leaf Tobacco	X	
Mozfoods SA (ex Grupo Moçfer SA)	X	
Mozline	X	
MPDC - Sociedade de Desenvolvimento do Porto de Maputo	X	
Nestlé Moçambique	X	X
Olam Moçambique	X	
Osel-Odebrecht Servicos	X	
Parmalat	X	
Pescamar - Sociedade de Pescas de Mariscos	X	
Pestana Rovuma Hotel	X	
Petrogal Moçambique	X	
Petróleos de Moçambique (Petromoc)	X	
Petronas	X	
Polana Serena Hotel	X	

Empresa (Empregador)	Contactado	Respondeu
Portos e Caminhos de Ferro de Moçambique (CETA)	X	
Portucel Moçambique	X	
Rádio Moçambique	X	
Radisson Blu Hotel	X	
Rani International	X	
REN	X	
Rio Tinto	X	
Sasol Petroleum Temane	X	
Silvafer MZB- Comércio Transformação Ferro Ltd	X	
Soares da Costa	X	
Sociedade Moçambicana de Óleos & Sabões	X	
Socremo Banco e Microfinanças	X	
Sonil Sociedade do Niassa	X	
Standard Bank	X	
Stat Oil	X	
Tecnel Service	X	
Teixeira Duarte Engenharia e Construções Moçambique	X	
Telecomunicações de Moçambique (TDM)	X	
Televisa-Sociedade Técnica de Obras e Projectos	X	
Tongaat Hullet Açúcar	X	
Total Moçambique	X	
Toyota de Moçambique	X	
Transportes Carlos Mesquita	X	
Transportes Lalgy	X	
Transportes Públicos de Maputo (TPM)	X	
Tropigalia	X	
Turvisa- Empreendimentos Turísticos	X	
TV Cabo - Comunicação Multimédia	X	
Unicomo Moçambique Comércio	X	
United Bank for Africa Moçambique	X	
Vale Moçambique	X	
Vodacom	X	

Seguradoras	Contactado	Respondeu
Alexander Forbes	X	
Austral Seguros	X	
Friends Health (Medical Aid)	X	
Global Alliance	X	
Hollard Moçambique	X	
Impar	X	
Indico Seguros	X	
Liberty (Emosse)	X	
Male Seguros	X	
Maputo Seguros	X	
Mediplus	X	
Momentum	X	
Mozseguros	X	
Real Seguros	X	X

Seguradoras	Contactado	Respondeu
Seguradora Internacional de Moçambique (SIM)	X	X

Clínicas Privadas	Contactado	Respondeu
Clinica Acácia	X	
Ambulâncias/Evacuações S.O.S Netcare	X	
Amodefa	X	X
Centro de Aconselhamento Mozarte	X	
Centro de Reabilitação e Cultura física	X	
Centro de Vendas de óculos e refracção	X	
Centro Médico Afya	X	
Centro Médico Atlantis	X	
Centro Médico da LAC (laboratórios)	X	
Centro Médico Khovo	X	
Clínica Dentário Bonito Sorriso	X	
Clínica Dentário Crystal Smile	X	
Clínica Dentário Dental Care	X	
Clínica Dentário Sodente	X	X
Clínica Dentário Vitaldente	X	
Clínica Dente Odonto Arte	X	
Clínica Médico Bem estar	X	
Clínica Opticare	X	
Clínica Opticlínica	X	
Clínica Óptico de refracção Secom	X	
Clínica 222	X	X
Clínica Bethesda	X	
Clínica Cruz Azul	X	
Clínica da Sommershield	X	
Clínica Especial do HCM	X	
Clínica Pediátrica de Maputo	X	
Clínica Moyo	X	X
Clínica Shifaa	X	X
Clinicare	X	
Clivip Lda	X	
Consultório Dentário Mayet	X	
Consultório Médico BSD Sociedade Médica	X	
Consultório Médico Dente Feliz	X	
Consultório Médico Dente Feliz 2	X	
Consultório Médico Elim	X	
Consultório Médico Maxidente	X	
Consultório Médico MBILO e Farmácia	X	
Consultório Médico Phoenix	X	
Consultório Médico Sodente	X	
Consultório Médico Vital	X	
Consultório Médicos de Maputo	X	
Consultórios Sandra Maval	X	
Coopmed (Cooperativa Medica de Mocambique)	X	
Dentamed	X	
Empresa G4S	X	

Clínicas Privadas	Contactado	Respondeu
Exames de Refracção	X	
Exames de Refracção Óptica Visual	X	
Exames de Refracção Universal Óptica	X	
Gabinete de Atendimento Psicológico	X	
GineClínica /Obst. Amor e Saúde	X	
Greenwood Physiotherapy	X	
Hospital Privado de Maputo	X	
Instituto do Coração	X	X
ISTEM Clínica Dentária	X	
Laboratório de Análises Clínicas	X	
Laboratórios Lancet	X	
Malita	X	
Malupe Óptica	X	
Maputo Óptica e Ser	X	
Maputo Óptica e Serviços I	X	
Masana	X	
Matola Poly Clinic	X	
Mayet	X	
Medicina Física e Reabilitação	X	
Medioptica	X	
Naturopatia	X	
Ocean Path	X	
Optica Imperial	X	
PAT Lab	X	
Quiroprática	X	
Ramon	X	X
Reabilitações Real Life	X	
Rx Centro Médico Lda	X	
Saúde e Reabilitações	X	
TM Clínica Dentária	X	
Trauma	X	
Vida Consultório Médico	X	
Vida Mais Serviços de Emergência e Socorro	X	
Vida Plus	X	
Vidaplana Clínica da Gestante	X	
Xmind Bioquática	X	
Zenith Laboratório de Análises Clínicas	X	

Os estabelecimentos públicos de saúde não se encontram aqui listados, apesar de todos terem sido contactados através das DPS.

Agências e Departamentos Governamentais além do MISAU	Contactado	Respondeu
MINAG	X	
INE	X	X
INSS	X	X
MICOA	X	
MINED	X	
MITRAB-INSS	X	X

MMAS	X	X
MD	X	
MINT	X	X

ANEXO D: MATRIZES DE CNS

Esquemas de Financiamento da Saúde x Receitas dos Esquemas de Financiamento da Saúde (HF x FS)

Reported currency: New Metical (MZM)
Currency: New Metical (MZM)

Financing schemes	Revenues of health care financing schemes										FS							All FS								
	FS.1	FS.1.1	FS.2	FS.2.1	FS.2.nec	FS.3	FS.3.2	FS.4	FS.4.1	FS.5	FS.5.1	FS.5.2	FS.6	FS.6.1	FS.6.2	FS.7	FS.7.1		FS.7.1.1	FS.7.1.2	FS.7.2	FS.7.2.1	FS.7.2.1.1	FS.7.3		
	government domestic revenue allocated to health	Internal transfers and grants	Transfers distributed by government from foreign origin	Transfers distributed by government from foreign origin (Fundos Verticais)	Other transfers distributed by government from foreign origin (PROCSAUDE)	Social insurance contributions	Social insurance contributions from employers	Compulsory prepayment (other than FS.3)	Fundo de Assistência Médica	Voluntary prepayment	Voluntary prepayment from individuals/households	Voluntary prepayment from employees	Other domestic revenue n.e.c.	Other revenues from households n.e.c.	Other revenues from corporations n.e.c.	Direct foreign transfers	Direct foreign financial transfers	Direct bilateral financial transfers	Direct multilateral financial transfers	Direct foreign aid in kind	Direct foreign aid in goods	Direct bilateral aid in goods	Other direct foreign transfers (n.e.c.)			
HF.1	5,850.13	5,850.13	4,881.15	2,671.44	2,209.71	52.43	52.43	327.10	327.10															11,110.81		
HF.1.1	5,850.13	5,850.13	4,881.15	2,671.44	2,209.71																			10,731.27		
HF.1.1.1	3,797.48	3,797.48	3,699.97	2,382.86	1,317.11																			7,497.45		
HF.1.1.2	2,052.64	2,052.64	1,181.18	288.58	892.60																			3,233.82		
HF.1.2						52.43	52.43	327.10	327.10																379.53	
HF.1.2.1						52.43	52.43																		52.43	
HF.1.2.nec								327.10	327.10																	
HF.2										395.35	47.95	347.40	2,150.33		2,150.33										2,545.68	
HF.2.1										395.35	47.95	347.40													395.35	
HF.2.1.1										243.53	17.95	225.58													243.53	
HF.2.1.1.1										243.53	17.95	225.58													243.53	
HF.2.1.2										151.82	30.00	121.82													151.82	
HF.2.1.2.nec										151.82	30.00	121.82													151.82	
HF.2.3													2,150.33		2,150.33										2,150.33	
HF.2.3.1													1,910.37		1,910.37										1,910.37	
HF.2.3.2													239.97		239.97										239.97	
HF.3																1,352.00	1,352.00								1,352.00	
HF.3.1																1,352.00	1,352.00								1,352.00	
HF.4																9,266.63	8,221.27	7,245.39	975.88	758.88	758.88	758.88	286.49		9,266.63	
HF.4.2																9,246.98	8,201.62	7,225.74	975.88	758.88	758.88	758.88	286.49		9,246.98	
HF.4.2.2																9,246.98	8,201.62	7,225.74	975.88	758.88	758.88	758.88	286.49		9,246.98	
HF.4.2.2.1																269.32	269.32	269.32							269.32	
HF.4.2.2.2																8,977.67	7,932.30	6,956.42	975.88	758.88	758.88	758.88	286.49		8,977.67	
HF.4.nec																19.65	19.65	19.65							19.65	
All HF	5,850.13	5,850.13	4,922.20	2,712.49	2,209.71	52.43	52.43	327.10	327.10	395.35	47.95	347.40	3,502.34	1,352.00	2,150.33	9,266.63	8,201.62	7,225.74	975.88	758.88	758.88	758.88	286.49		24,316.18	
Memorandum items																										
Financing agents managing the financing schemes																										
HF.RL1.1	5,850.13	5,850.13	4,881.15	2,671.44	2,209.71	52.43	52.43	327.10	327.10																	11,110.81
HF.RL1.2										395.35	47.95	347.40	2,150.33		2,150.33											
HF.RL1.3													1,352.00	1,352.00												
HF.RL1.4																240.86	240.86	101.57	139.29							
HF.RL1.5																9,025.78	7,980.41	7,143.82	836.59	758.88	758.88	758.88	286.49			
Financing schemes and the related cost-sharing together																										
HF.RL2	5,850.13	5,850.13	4,881.15	2,671.44	2,209.71	52.43	52.43	327.10	327.10																	11,110.81
HF.RL3										395.35	47.95	347.40														

Esquemas de Financiamento da Saúde x Agentes Financiadores (HF x FA)

Reported currency: New Metical (MZM)

Currency: New Metical (MZM)

Financing agents (used for HF.RI.1)		FA.1	FA.1.1						FA.1.2	FA.1.3	FA.1.3.2	FA.2	FA.2.1	FA.3	FA.3.1	FA.3.2	FA.4	FA.5	FA.6	FA.6.1	FA.6.3	All FA
			General government	Central government	Ministry of Health	Nacional de Combate ao HIV/SIDA	Ministério da Defesa Nacional	Hospitais														
Financing schemes																						
HF.1	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	11,110.81	7,951.39	5,642.55	43.88	0.36	2,264.61	3,106.98	52.43	52.43											11,110.81	
	HF.1.1 Government schemes	10,731.27	7,624.29	5,315.45	43.88	0.36	2,264.61	3,106.98														10,731.27
	HF.1.1.1 Central government schemes	7,497.45	7,497.45	5,306.93	43.88	0.36	2,146.28															7,497.45
	HF.1.1.2 State/regional/local government schemes	3,233.82	126.84	8.51			118.32	3,106.98														3,233.82
	HF.1.2 Compulsory contributory health insurance schemes	379.53	327.10	327.10					52.43	52.43												379.53
	HF.1.2.1 Social health insurance schemes	52.43							52.43	52.43												52.43
	HF.1.2.nec Other compulsory contributory health insurance schemes (n.e.c.)	327.10	327.10	327.10																		327.10
HF.2	Voluntary health care payment schemes										395.35	395.35	2,150.33	340.93	1,809.40						2,545.68	
	HF.2.1 Voluntary health insurance schemes										395.35	395.35									395.35	
	HF.2.1.1 Primary/substitutory health insurance schemes										243.53	243.53									243.53	
	HF.2.1.1.1 Employer-based insurance (other than enterprises schemes)										243.53	243.53									243.53	
	HF.2.1.2 Complementary/supplementary insurance schemes										151.82	151.82									151.82	
	HF.2.1.2.nec Other voluntary health insurance schemes (n.e.c.)										151.82	151.82									151.82	
	HF.2.3 Enterprise financing schemes												2,150.33	340.93	1,809.40						2,150.33	
	HF.2.3.1 Enterprises (except health care providers) financing schemes												1,910.37	100.97	1,809.40						1,910.37	
	HF.2.3.2 Health care providers financing schemes												239.97	239.97							239.97	
HF.3	Household out-of-pocket payment																1,352.00				1,352.00	
	HF.3.1 Out-of-pocket excluding cost-sharing																1,352.00				1,352.00	
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)																240.85	9,025.78	7,641.27	1,384.50	9,266.63	
	HF.4.2 Voluntary schemes (non-resident)																240.78	9,006.13	7,621.62	1,384.50	9,246.91	
	HF.4.2.2 Other schemes (non-resident)																240.78	9,006.13	7,621.62	1,384.50	9,246.91	
	HF.4.2.2.1 Philanthropy/international NGOs schemes																0.07	269.25	269.25		269.32	
	HF.4.2.2.2 Foreign development agencies schemes																240.70	8,736.88	7,352.38	1,384.50	8,977.58	
	HF.4.nec Other rest of the world financing schemes (n.e.c.)																	19.65	19.65		19.65	
All HF		11,110.81	7,951.39	5,642.55	43.88	0.36	2,264.61	3,106.98	52.43	52.43	395.35	395.35	2,150.33	340.93	1,809.40		240.85	1,352.00	9,025.78	7,641.27	1,384.50	24,316.18

Esquemas de Financiamento da Saúde x Factores de Provisão (HP x FP)

Reported currency: New Metical (MZM)

Currency: New Metical (MZM)

Health care providers	Factors of health care provision				FP.3	Materials and services used																			FP.4	FP.5	FP.5.2	FP.nec	All FP					
	FP.1	FP.1.1	FP.1.2	FP.1.3		FP.3.1	FP.3.1.1	FP.3.1.nec	FP.3.2	FP.3.2.1	FP.3.2.1.1	FP.3.2.1.2	FP.3.2.1.3	FP.3.2.1.3.1	FP.3.2.1.3.2	FP.3.2.1.4	FP.3.2.1.5	FP.3.2.1.nec	FP.3.2.2	FP.3.2.2.1	FP.3.2.2.2	FP.3.2.2.4	FP.3.2.2.nec	FP.3.3						FP.3.3.1	FP.3.3.2	FP.3.3.nec	FP.3.4	FP.3.nec
	New Metical (MZM), Million	Wages and salaries	Social contributions	All other costs related to employees	Health care services	Laboratory & imaging services	Other health care services (n.e.c.)	Health care goods	Pharmaceuticals	ARV	TB drugs	Antimalarial medicines	ACT	Other animalarial medicines	Vaccines	Contraceptives	Other pharmaceuticals (n.e.c.)	Other health care goods	ITNs	Insecticides & spraying materials	Diagnostic equipment	Different other health care goods (n.e.c.)	Non-health care services	Training	Technical assistance	Other non-health care services (n.e.c.)	Non-health care goods	Other materials and services used (n.e.c.)	Consumption of fixed capital	Other items of spending on inputs	Other items of spending	Other factors of health care provision (n.e.c.)		
HP.1	1,955.85	1,920.71	35.14	1,170.41	12.07			12.07	0.30								0.30				0.30													
Hospitals	1,953.10	1,918.61	34.49	1,162.72	12.07			12.07	0.30								0.30				0.30													
HP.1.1	General hospitals																																	
HP.1.2	Mental health hospitals	2.75	2.10	0.65	7.33																													
HP.1.3	Specialised hospitals (other than mental health hospitals)				0.36																													
HP.3	679.76	548.06	11.79	119.91	2,143.15	426.63	12.34	414.29	1,165.46	1,011.39	762.20					249.19	154.07			34.54	119.53	216.04	16.68	199.36		5.88	329.15	1,566.03	1,566.03	28.74	4,417.68			
Medical practices	13.28	13.28		409.63	5.11			5.11	70.72	60.71						60.71	10.01			10.01		4.64	4.64			329.15	882.92	882.92			1,305.82			
HP.3.1.1	Offices of general medical practitioners	13.28	13.28	389.98	5.11			5.11	55.71	55.71						55.71										329.15	882.92	882.92			1,286.17			
HP.3.1.3	Offices of medical specialists (other than mental medical specialists)			19.65					15.01	5.00						5.00	10.01			10.01		4.64	4.64											
Dental practice																																		
HP.3.2	Other health care practitioners			13.77	10.17			10.17	3.59								3.59																	
HP.3.4	Ambulatory health care centres	428.61	428.61	1,408.05	327.72	12.34	315.38	1,063.03	946.21	762.11						184.10	116.82				24.53	92.29	17.29	5.96	11.33		100.36	100.36	28.74	1,965.76				
HP.3.4.9	All other ambulatory centres	428.61	428.61	1,408.05	327.72	12.34	315.38	1,063.03	946.21	762.11						184.10	116.82				24.53	92.29	17.29	5.96	11.33		100.36	100.36	28.74	1,965.76				
HP.3.5	Providers of home health care services	204.95	73.26	11.79	119.91	87.70	83.62	83.62	2.66	1.92						1.92	0.73				0.73	1.42		1.42		0.11	0.11				292.77			
HP.3.nec	Other providers of ambulatory health care (n.e.c.)	32.91	32.91	224.02					25.45	2.54	0.08					2.46	22.91				22.91	192.68	6.08	186.60		5.88	0.63	0.63			257.55			
HP.4	154.88	154.88		41.24	12.16	12.16																27.23	0.28			26.95	1.84	69.66	69.66		265.77			
Providers of patient transportation and emergency rescue	140.28	140.28		28.79	12.16	12.16																26.95	0.28			26.95	1.84	69.66	69.66		265.77			
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories	14.60	14.60	12.44	12.16	12.16																0.28	0.28			26.95	1.84	69.66	69.66		265.77			
HP.5	3.41	3.41		28.12	26.46	26.46	1.66	1.15								1.15	0.51					0.51					377.35	377.35		408.88				
Retailers and other providers of medical goods	3.41	3.41		28.12	26.46	26.46	1.66	1.15								1.15	0.51					0.51					377.35	377.35		408.88				
HP.5.1	Pharmacies																																	
HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical	3.41	3.41	28.12	26.46	26.46	1.66	1.15								1.15	0.51					0.51					364.80	364.80		396.33				
HP.6	2,065.63	2,034.55	19.84	11.24	1,826.50	478.90	478.90	551.01	341.58	49.21	3.06	201.65	100.82	100.82	25.14	62.52	209.43				209.43	389.77	181.06	150.67	58.04	67.59	339.22	34.11	313.00	313.00	41.30	4,280.62		
Providers of preventive care	2,166.18	2,153.83	4.75	7.60	5,051.83	146.79	146.79	2,310.00	1,812.32	262.62		19.04	9.52	9.52	25.14	62.52	209.43				209.43	389.77	181.06	150.67	58.04	67.59	339.22	34.11	313.00	313.00	41.30	4,280.62		
HP.7	Providers of health care system administration and Government health administration agencies	2,166.18	2,153.83	4.75	7.60	5,051.83	146.79	146.79	2,310.00	1,812.32	262.62		19.04	9.52	9.52	25.14	62.52	209.43			209.43	389.77	181.06	150.67	58.04	67.59	339.22	34.11	313.00	313.00	41.30	4,280.62		
HP.7.1	Government health administration agencies	2,166.18	2,153.83	4.75	7.60	5,051.83	146.79	146.79	2,310.00	1,812.32	262.62		19.04	9.52	9.52	25.14	62.52	209.43			209.43	389.77	181.06	150.67	58.04	67.59	339.22	34.11	313.00	313.00	41.30	4,280.62		
HP.8	41.06			41.06																		41.06	41.06				49.86	49.86						
Rest of economy				41.06																		41.06	41.06				49.86	49.86						
HP.8.2	All other industries as secondary providers of health care			41.06																		41.06	41.06				49.86	49.86						
HP.9	0.84	0.84		1,991.52	0.03		0.03	1,888.69	1,888.07	1,026.75					519.08	342.25	0.82				0.82	28.84	8.93	19.11		74.76	105.99	105.99			2,098.45			
Treatment abroad	0.84	0.84		1,991.52	0.03		0.03	1,888.69	1,888.07	1,026.75					519.08	342.25	0.82				0.82	28.84	8.93	19.11		74.76	105.99	105.99			2,098.45			
HP.nec	Other health care providers (n.e.c.)			0.29																							0.29	0.29						
All HP	7,026.65	6,816.37	36.38	173.89	12,294.11	1,103.05	24.50	1,078.55	5,917.41	5,054.52	2,100.77	3.06	220.69	110.34	110.34	519.08	25.14	1,935.44	862.89	111.74	111.74	37.51	602.19	2,682.94	742.40	533.47	1,407.06	137.04	2,453.67	#####	4,755.57	4,755.57	70.11	24,316.18