



República de Moçambique
Ministério da Saúde

BILL & MELINDA
GATES foundation

Moçambique

Contas de Saúde 2015



ÍNDICE

ÍNDICE.....	i
Prefacio.....	ii
Agradecimentos	iii
Ficha Técnica	v
Acrônimos	vi
Sumário Executivo	vii
1. Antecedentes: Financiamento à Saúde em Moçambique.....	1
2. Metodologia das Contas de Saúde.....	3
2.1 Realizações	3
2.2 Desafios	4
3. Resultado das Contas de Saúde – 2015.....	5
3.1 Despesas em Saúde per capita	5
3.2 Apresentação dos Resultados das Contas de Saúde - 2015, por Questão Política.....	6
3.2.1 Como são financiadas as despesas de saúde e o que isso significa para a sustentabilidade do financiamento da saúde?	6
3.2.2 Como são agrupados os recursos de saúde na prestação dos cuidados sanitários aos mais necessitados?	10
3.2.3 Que níveis do sistema de saúde recebem recursos sanitários?	11
3.2.4 Que bens e actividades de saúde são comprados?	13
3.2.5 Como são distribuídos os gastos de saúde por doença?	15
4. Considerações para a Institucionalização das Contas de Saúde em Moçambique.....	17
4.1 Investir na produção e divulgação regular das análises das Contas de Saúde	17
4.2 Explorar e ajudar a refinar os dados de saúde existentes, para simplificar a produção das Contas de Saúde	17
4.3 Continuar a envolver-se com os actores do sector público e privado.....	18
Bibliografia.....	19

Prefacio

As Contas Nacionais de Saúde (CNS) constituem ferramenta fundamental para descrever e medir o fluxo da despesa de Saúde, resultante de despesas realizadas por Instituições Públicas, Privadas e Agregados Familiares, obedecendo a metodologia padrão testada e aceite internacionalmente, designado *System Health Account* (Sistema de Contas Nacionais de Saúde (SHA) 2011).

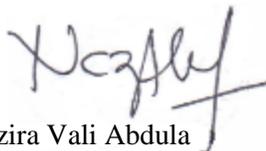
Em Moçambique, o primeiro exercício das CNS foi realizado em 1999 e cobria os anos de 1997 a 1998, o segundo em 2008 cobrindo o período 2004-2006, o terceiro em 2013, cobrindo o período 2007 a 2011 (MEGAS), o quarto em 2015, cobrindo o período 2012 e o quinto em 2017 cobrindo o período 2015 e que o Sexto será para o apuramento de resultados das CNS 2016 e 2017.

Com a produção do presente Relatório das CNS 2015, está lançado o desafio para a Institucionalização das Contas Nacionais de Saúde e torná-las como actividade rotineira no âmbito da planificação em saúde. O relatório tem a particularidade de apresentar no seu formato **03 (três) abordagens de conteúdo**, nomeadamente: **i.** a Metodologia da Contas Nacionais de Saúde 2015, **ii.** as Implicações de Política nas Contas Nacionais de Saúde e **iii.** a Política de Imunização em Moçambique; Compreende **04 (Quatro) Capítulos**, a saber: **I.** Introdução sobre o Financiamento em Saúde em Moçambique, **II.** Metodologia da elaboração das Contas Nacionais de Saúde, **III.** Resultados das Contas Nacionais de Saúde 2015 e **IV.** Considerações para a Institucionalização das Contas Nacionais de Saúde em Moçambique.

Este relatório permite nos medir e caracterizar a despesa em saúde, possibilitando desta forma uma planificação de forma mais eficaz e eficiente com vista a melhoria na provisão dos serviços de saúde em Moçambique. O Governo de Moçambique mantém o seu compromisso com assistência sanitária de qualidade. Finalmente, esperamos que este exercício analítico, possa contribuir na tomada de decisões para **Mais e Melhores Serviços de Saúde** no País.

Desta forma, apresentamos os nossos agradecimentos as entidades singulares e colectivas, que de forma directa ou indirecta, dedicaram parte considerável do seu tempo e energia, para a finalização deste relatório.

Maputo, 24 de Setembro de 2018



Nazira Vali Abdula

Ministra da Saúde da República de Moçambique

Agradecimentos

O presente relatório das Contas Nacionais de Saúde (CNS) 2015 é o culminar de todo um processo de quatro meses que envolveu o esforço de diversas entidades, individualidades e grupos de trabalho, cujo o contributo tornou possível este produto final.

O presente Relatório, das Contas Nacionais de Saúde (CNS) 2015, é o culminar de todo um processo de quatro meses de trabalho que envolveu o esforço de diversas entidades, individualidades e grupos de trabalho, cujo contributo foi imprescindível para este produto final.

Os resultados das CNS ilustrados neste Relatório, baseiam-se em dados recolhidos pela Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) do Ministério da Saúde (MISAU) – Departamento de Planificação e Economia Sanitária (DPES), com o envolvimento dos demais Órgãos Centrais e Provinciais do MISAU, Doadores e Parceiros de Desenvolvimento, Organizações não Governamentais (ONG), Empresas Público-Privadas, Ministérios, Instituições de Ensino e Investigação, Instituições Públicas, Órgãos tutelados e outras Agências Governamentais.

É importante também destacar a participação dos Técnicos e Assessores do Departamento de Planificação e Economia Sanitária (Daniel Nhachengo, Kádira Kará, Eunice Bauhafer, Virgínia Guibunda, Caetano Nhanice, Sandra Máquina e Assessora: Dra. Hafiza Ismail) e do Departamento de do Sistema de Informação (Assessora: Dra Eduarda Ribeiro) que directa e/ ou indirectamente contribuíram com dados e ideias que alimentaram o presente Relatório das CNS 2015.

Pelo apoio incondicional, colaboração e Assistência Técnica, vão os nossos agradecimentos, à Organização Mundial da Saúde nas pessoas do seu Representante Dra. Djamila Cabral, Dra Eva Pascoal (Co-Chair do Grupo das CNS), à ABT Associaties nas pessoas da Dra Karishmah Bwanee (responsável e Facilitadora da missão da ABT para as CNS em Moçambique), ao Dr. Daniel Daniel Aran, Dr. Amosse Ubisse e Dra Shipra Srihari (Facilitadores da ABT Associaties) que com perseverança levaram até final o presente Relatório.

Especiais e distintos agradecimentos, vão também à Dra Célia Gonçalves e ao Prof. Doutor João Carlos Mavimbe, então Directora e Director de Planificação e Cooperação Adjunto respectivamente, pelo lançamento e luz que norteou a elaboração das CNS 2015.

O MISAU/DPC expressa o seu profundo agradecimento ao Grupo Técnico das Contas Nacionais de Saúde (GTCNS), aos Ministérios, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Supervisão de Seguros de Moçambique, às Direcções Provinciais de Saúde e Direcções Nacionais do MISAU, que através dos seus Pontos Focais participaram activamente no processo e deram a sua indispensável contribuição.

Os agradecimentos são extensivos ao Dr. Zacarias Zindoga, Secretário Permanente do MISAU e Presidente do Comité Director das Contas Nacionais de Saúde e, também aos membros deste Comité por terem acompanhado e orientado no sentido crítico e construtivo o GTCNS.

Finalmente, pela continuidade do processo e orientação até final, estendem-se os agradecimentos para Dra. Marina Karaginalis e Dra. Saozinha Agostinho, Directora e Directora de Planificação e Cooperação Adjunta respectivamente, por terem levado acabo o exercício das CNS.

Maputo aos 21 de Fevereiro de 2018

Ficha Técnica

Direcção e Coordenação

- Dra Marina Karagianis, Directora de Planificação e Cooperação
- Prof. Doutor João Carlos Mavimbe, então Director de Planificação e Cooperação Adjunto
- Dra Saozinha Agostinho, Directora de Planificação e Cooperação Adjunta

Facilitação, Assistência e Orientação Técnica

- Dra Karishmah Bhuwane, Dra. Shipra Srihari ABT Associates e Dr. Daniel Aran da ABT Associates
- Dra. Eva Pascoal, Organização Mundial da Saúde em Moçambique,

Compilação e Redacção:

- Dra Karishmah Bhuwane e Dr. Daniel Aran, ABT Associates

Grupo Técnico das Contas Nacionais de Saúde (GTCNS)

- Daniel Simone Nhachengo, Coordenador do GTCNS (Chefe do Departamento de Planificação e Economia Sanitária)
- Amosse Ubisse (Contraparte Moçambicana para ABT Associates e DPC)
- Kádira Kará (Técnica do Departamento de Planificação e Economia Sanitária)
- Nelita Nassone (Técnica do Departamento de Monitoria & Avaliação)
- Madina Issagy (Técnica da Direcção Nacional de Assistência Médica)
- Rabeca Lígia Vilanculos (Técnica da Direcção de Administração e Finanças)
- Salomão Lourenço (Assessor da Direcção de Administração e Finanças)
- Sábito Racide (Técnico da Direcção Provincial de Saúde do Maputo)
- Eunice Bauhofer (Assistente Administrativa do Departamento de Planificação e Economia Sanitária)
- Ofélia Carlos Maimela (Técnica do Departamento de Informação para a Saúde)
- Fidel André João (Técnico da Direcção Provincial de Saúde da Zambézia)
- José Fanso Fernando (Técnico da Direcção Provincial de Saúde de Nampula)

Edição e Impressão

ABT Associates e Organização Mundial da Saúde

Maputo, aos 02 de Setembro de 2018

Acrónimos

DALY	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação <i>(Directorate of Planning and Cooperation)</i>
IFE	Inquérito de Fundos Externos <i>(Database of External Funds)</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística <i>(National Statistics Institute)</i>
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social de Moçambique <i>(National Social Security Institute)</i>
IOF	Inquérito Domiciliário ao Orçamento Familiar
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico <i>(Organization for Economic Co-operation and Development)</i>
SIS-MA	Sistema de Informação de Saúde de Moçambique para Monitoria e Avaliação <i>(Mozambique Health Information System for Monitoring and Evaluation)</i>
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado <i>(Government Financial Administration System)</i>
DGS/ THE	Despesas Gerais em Saúde <i>(Total Health Expenditure)</i>
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde <i>(World Health Organization)</i>

Sumário Executivo

O presente relatório resume os resultados das Contas de Saúde – 2015, em Moçambique. As Contas de Saúde medem as despesas totais do sector da saúde, para os residentes de Moçambique e monitoram estas despesas por dimensões, tais como, fonte de fundos, tipo de provedor, tipo de bens e serviços adquiridos e por doença / áreas prioritárias de saúde. A equipa de Contas de Saúde de Moçambique desenvolveu as Contas de Saúde a partir do Quadro do Sistema de Contas de Saúde - 2011 e através da metodologia recomendada pela OMS.

Contas de Saúde - 2015: Principais Indicadores

- Despesas Totais em Saúde (THE/DTS): **MZN 46.1bn/ USD 1.2bn**
- THE/DTS per capita: **MZN 1,647/ USD 42**
- THE/DTS por Produto Interno Bruto: **10.2%**
- Despesas correntes / THE: **93%**

Estes resultados fornecem informações-chave necessárias para que o Ministério da Saúde possa compreender o desempenho do financiamento para o sector da saúde. Fornecem perspectivas sobre a sustentabilidade do financiamento à saúde, o capital do financiamento à saúde e a eficiência das despesas em saúde. Ademais, podem servir de evidência útil para negociações no aumento dos recursos nacionais de saúde e fornecer visões sobre áreas que precisem de análises mais aprofundadas.

Resumo dos Resultados das Contas de Saúde - 2015

Figura 1 fornece o resumo dos resultados das Contas de Saúde - 2015. Cinquenta e cinco por cento das despesas actuais em saúde são financiadas por doadores externos, contra 58% em 2012. O financiamento do Governo para a saúde aumentou de 24% em 2012 para 27% em 2015. O cálculo de gastos domésticos melhorou desde 2012, representando 11% das despesas de saúde em 2015.

Metade das actuais despesas em saúde são agrupadas para fornecer serviços às populações em geral e são controladas pelo Governo. Os esquemas que mobilizam o financiamento exterior e se destinam à essa finalidade, representam cerca de 17% dos gastos totais. Aproximadamente um terço dos gastos decorrem dos esquemas de financiamento privados ou seja, ONGs, esquemas domésticos, e esquemas de seguros ou de entidades empregadoras.

Os provedores de serviços primários, definidos como unidades sanitárias, que predominantemente oferecem serviços ambulatoriais e os provedores de serviços preventivos, respondem em aproximadamente um terço dos gastos actuais em saúde. Pelo menos 2% dos gastos correspondem aos provedores comunitários, 6% aos provedores de cuidados secundários e 2% aos provedores de cuidados terciários.

Os serviços de atendimento hospitalar e ambulatorio, foram responsáveis por 40% dos gastos em 2015, 26% dos gastos são correspondentes aos cuidados preventivos e um pouco menos de 24% ao apoio à coordenação e administração do sector da saúde. Pelo menos 46% das despesas foram para as doenças infecciosas (35% para o HIV/SIDA, 7% Malária e 4% para outras doenças infecciosas), 6% para a saúde reprodutiva e 4% para deficiências nutricionais.

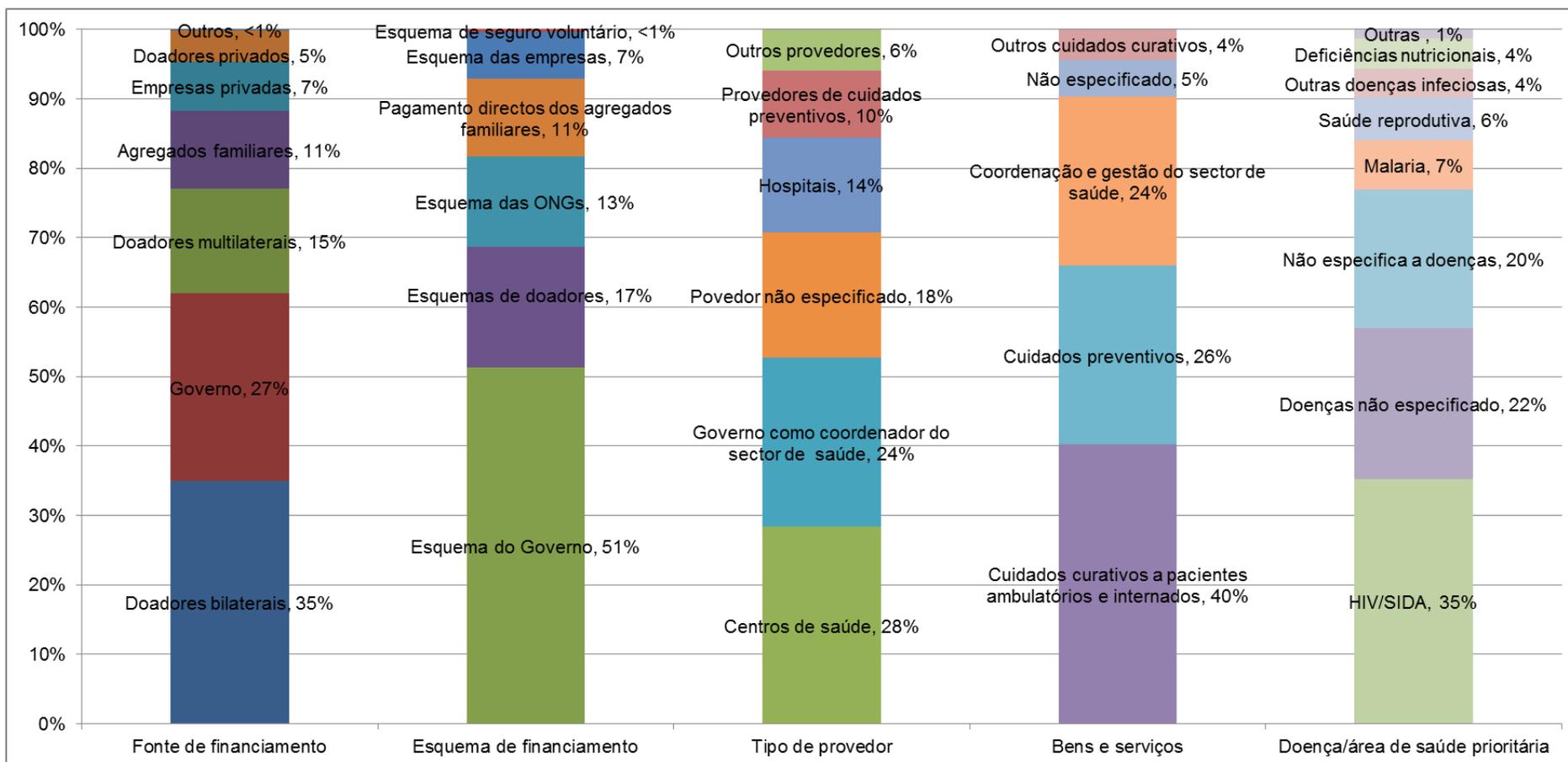
Observações políticas e institucionalização das Contas de Saúde

A sustentabilidade do financiamento da saúde continua a ser um desafio em Moçambique, desde as Contas de Saúde - 2012. Um ónus de dois terços dos gastos em saúde é sustentado por doadores externos e por famílias. Estas são as duas (2) fontes problemáticas de financiamento por confiar: o financiamento de doadores é imprevisível e enfrenta diversas pressões de outros sectores, e os gastos domiciliares correm riscos de empobrecimento ou pior, famílias que não buscam por cuidados devido a barreiras de financiamento. As Contas de Saúde 2015 também fornecem uma visão sobre as áreas que podem merecer análise mais aprofundada: por exemplo, redução das despesas ao nível da comunidade, análise das despesas e suas tendências em medicamentos por doenças.

Moçambique beneficia duma grande quantidade de dados secundários, tais como, inquéritos domiciliários regulares, banco de dados que reflectem os gastos dos doadores no sector da saúde e do SIS-MA para a recolha de dados de utilização da saúde. Estes dados não só ajudam a reduzir os custos da recolha de dados para a produção das Contas de Saúde, mas também auxiliam na produção eficaz e eficiente das Contas de Saúde, para que possam sustentar os ciclos anuais de planificação e orçamentação. O sucesso e a precisão das futuras Contas de Saúde dependem significativamente da melhoria da qualidade destes dados secundários. Outros dados secundários também poderiam ajudar, desde que haja uma melhor compilação, por exemplo, mais dados ao nível provincial ou distrital, tais como a distribuição de medicamentos, poderiam beneficiar duma compilação nacional. Isto ajudará a garantir que futuras Contas de Saúde analisem questões importantes do Ministério da Saúde, como os gastos com os medicamentos.

O exercício das Contas de Saúde - 2015, foi coordenado pela Direcção de Plano e Cooperação do Ministério da Saúde. A equipa beneficiou-se duma formação virada à experiência prática em metodologia de Contas de Saúde. Com este conhecimento e experiência, a Direcção continuará a monitorar os seus gastos em saúde para uma melhor planificação e orçamentação. Para que tal seja possível, a Direcção continuará a interagir com as partes interessadas por forma a melhorar a qualidade dos dados, para que a precisão das Contas de Saúde possa melhorar com os ciclos subsequentes.

Figura 1. Resumo dos Resultados das Contas de Saúde - 2015



1. Antecedentes: Financiamento à Saúde em Moçambique

A visão da Estratégia de Financiamento à Saúde em Moçambique consiste em ter “um sistema de financiamento equitativo, sustentável e eficiente, que permita a prestação de serviços de saúde de qualidade à todos moçambicanos, sem discriminação” (Ministério da Saúde, 2015). A estratégia estabelece três medidas-chave para a concretização desta visão - (i) aumentar a sustentabilidade do financiamento da saúde, (ii) melhorar a eficiência da alocação de recursos, e (iii) melhorar a eficiência da utilização dos recursos no sector da saúde (Ministério da Saúde, 2015).

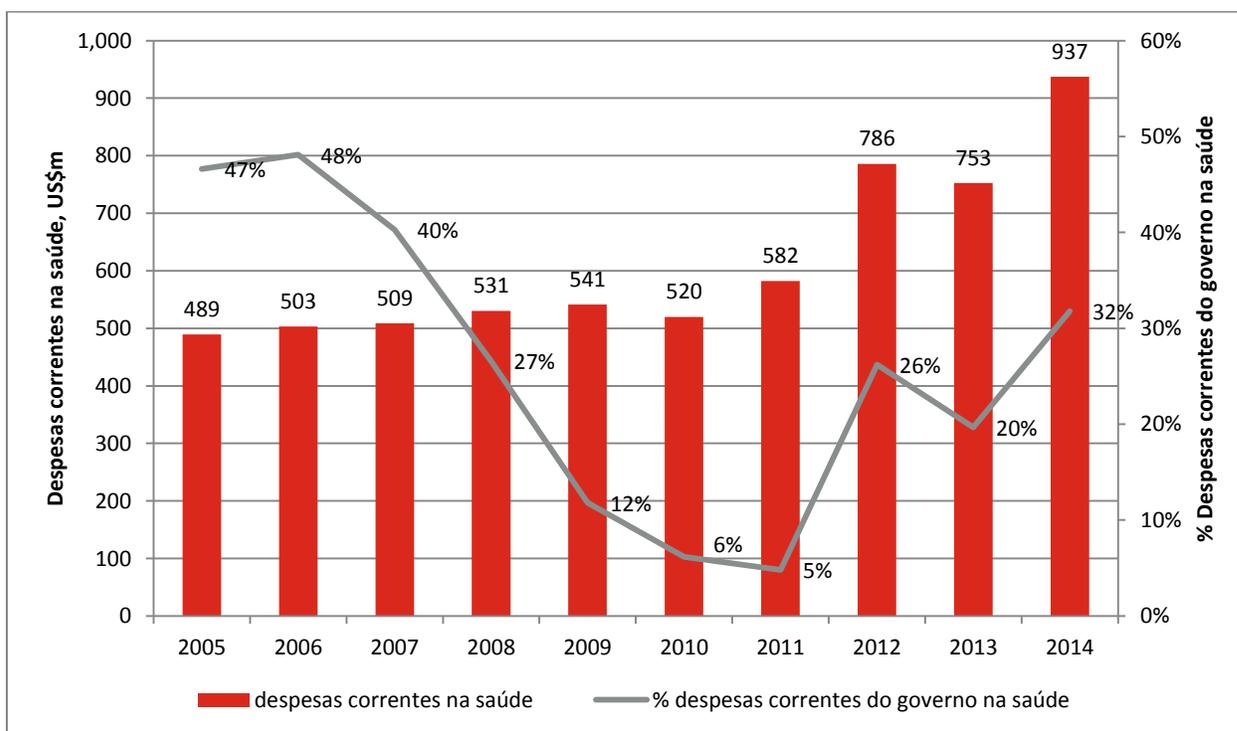
As despesas actuais de saúde em Moçambique aumentaram progressivamente na última década, com aumentos significativos em 2012 e 2014 (Figura 2). O total de gastos em saúde quase dobrou entre 2005 e 2014. A proporção dos gastos actuais de saúde pelo Governo, tem sido volátil durante este mesmo período, por exemplo, de 48% em 2006 para 5% em 2011 (OMS, 2017).

Indicadores de Moçambique, 2015

- Esperança de vida à nascença = 57.6 anos
- Taxa de fertilidade = 5.3
- População total = 28.010,691
- Prevalência do HIV (% da população entre os 15-49 anos) = 12.7
- Rácio da pobreza per capita em linhas da pobreza nacional (% da população) = 46.1 (2014)

Fonte: Banco de Dados do Banco Mundial.
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
 Acessado em Dezembro de 2017

Figura 2: Despesas totais com saúde em Moçambique, 2005-2014



Considerando a necessidade de evidências para informar à implementação e monitoria da estratégia, o Ministério da Saúde com o apoio dos parceiros, realizou as Contas de Saúde referentes ao ano fiscal 2015, considerado como ano-base para a monitoria. O exercício é realizado pela terceira vez em Moçambique (exercícios anteriores foram realizados para os anos fiscais 2002/2006 e 2012). As Contas de Saúde são uma importante ferramenta de monitoria das despesas, para apoiar aos decisores e controlar os gastos de saúde e para a tomada de decisões políticas informadas. A monitoria das despesas pode servir para:

- Medir o desempenho dos sistemas de saúde, por exemplo, equidade, sustentabilidade e eficiência;
- Fornecer evidências para advertir reformas, por exemplo, negociar o aumento do financiamento interno da saúde; introduzir mecanismos de centralização de riscos; e,
- Monitorar as reformas de financiamento da saúde ao longo do tempo.

Com base nas necessidades políticas identificadas no início do exercício, o exercício actual visa fornecer contributos para esclarecer cinco questões políticas:

- Quem financia os gastos da saúde e como isto tem mudado ao longo do tempo?
- Qual é o papel dos agregados familiares no financiamento à saúde?
- Como os recursos de saúde são agrupados para fornecer assistência médica aos mais necessitados?
- Que níveis do sistema sanitário recebem recursos de saúde?
- Que bens e actividades de saúde são comprados?
- Como é que as despesas de saúde são atribuídas às diferentes prioridades de doenças/saúde?

Este relatório resume os resultados das Contas de Saúde - 2015, através das questões políticas acima identificadas, e suas implicações. O relatório conclui e recomenda para a institucionalização das Contas de Saúde em Moçambique.

2. Metodologia das Contas de Saúde

As Contas de Saúde monitoram quanto é gasto em saúde entre os residentes de um determinado país, durante um período de doze (12) meses. As Contas de Saúde em Moçambique - 2015, baseiam-se num Quadro do Sistema de Contas de Saúde - 2011, desenvolvido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), OMS e pela Eurostat (OCDE, OMS, Eurostat, 2011). Este Quadro é internacionalmente aceite e já foi implementado por mais de 75 países para monitorar os seus gastos em saúde. O presente relatório fornece resultados das despesas de saúde para o ano fiscal 2015. O relatório foi elaborado pela Direcção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde (DPC), com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates e da Abt Associates. O exercício teve lugar entre Março 2016 e Dezembro 2017.

O resumo dos principais pontos fortes e desafios do exercício 2015 é fornecido abaixo. Mais detalhes sobre a metodologia e as tabelas detalhadas das Contas de Saúde podem ser encontrados no Relatório da Metodologia (Ministério da Saúde, 2017).

2.1 Realizações

As Contas de Saúde - 2015, foram o primeiro exercício conduzido e coordenado pela DPC. A equipa da DPC foi treinada sob o Quadro do SHA/SCS - 2011 e recebeu assistência técnica ao longo de todos os exercícios referentes às Contas de Saúde. Esta equipa possui **experiência e conhecimentos técnicos, para produzir as Contas de Saúde** no futuro.

As Contas de Saúde utilizam os dados das despesas de saúde e outros dados complementares, incluindo os custos dos recursos humanos, da utilização sanitária e da unidade dos serviços. Na medida do possível, as Contas de Saúde utilizam os dados existentes, colectados através dos sistemas governamentais. Em Moçambique, **grande parte dos dados secundários** sobre os gastos em saúde e outros dados complementares, encontram-se disponíveis. Por exemplo, os gastos dos agregados familiares estão disponíveis

- no Inquérito ao Orçamento Familiar (IOF) do Instituto Nacional de Estatística (INE, *National Statistics Institute*),
- os gastos do Governo no Sistema Público de Gestão de Informação Financeira (e-SISTAFE),
- os gastos dos doadores nas bases de dados de IFE e ODAMoz e as despesas de Segurança Social,
- no Relatório Anual do INSS (Instituto Nacional de Segurança Social).

A existência de grandes quantidades de dados secundários constitui uma vantagem significativa para Moçambique e ajuda a tornar as Contas de Saúde mais rápidas e rentáveis, sem necessidade da recolha de dados primários.

A DPC interagiu com várias partes interessadas – por exemplo, o INE, INSS, Associação Industrial de Moçambique, e o Ministério de Finanças – para explicar a importância de monitorar os gastos de saúde e o papel vital que estas desempenham no fornecimento dos dados de saúde. “Este **envolvimento contínuo com os principais intervenientes**, não só contribuirá para melhorar a coordenação no sector, como também contribuirá para a produção precisa das Contas de Saúde no

futuro, ajudando assim, a melhorar as taxas de resposta durante a recolha de dados e a reforçar o processo de validação de dados”.

2.2 Desafios

A **taxa de resposta para grupos de actores do sector privado** foi muito baixa do que o esperado, o que afectou a precisão dos gastos em saúde nesses grupos. Certos métodos de estimativa (por exemplo, a ponderação das despesas de saúde dos empregadores privados por gastos/funcionários e a ponderação das despesas das seguradoras por gastos/titulares de apólice), podem ser utilizados para ponderar os casos de não-resposta, mas isso não compensa o déficite dos dados brutos. Por forma a registar os gastos por ONGs, a equipa tentou usar as respostas dos seus respectivos doadores para, na medida do possível, estimar os gastos de saúde. No entanto, nem sempre este procedimento se applicava; portanto, as baixas taxas de respostas podem eventualmente conduzir à subestimação dos gastos para este grupo. Ao mesmo tempo, a equipa de Contas de Saúde acredita que os dados na posse da maior parte das ONGs do sector da saúde foram recolhidos, o que de certa forma chega a mitigar as tendências de não-resposta.

Melhorar **a qualidade e a integralidade dos dados secundários**, ajudará significativamente o Ministério da Saúde a produzir Contas de Saúde mais precisas e rápidas no futuro. A falta de informação compilada de saúde ao nível nacional, também torna difícil a recolha de dados para as Contas de Saúde e para a planificação central em geral.

Os dados das Contas de Saúde são mais úteis quando são suficientemente recentes, pois ajudam a esclarecer a tomada de decisão, por exemplo, são capazes de sustentar os ciclos anuais de planificação e orçamentação. Devido a indisponibilidade da equipa da DPC, a produção das Contas de Saúde - 2015, levou aproximadamente dois (2) anos. A monitoria das despesas é uma ferramenta importante na tomada de decisão para o Ministério, e é fundamental que o Ministério da Saúde aloque membros da equipa **que possam disponibilizar tempo suficiente para produzir e analisar as Contas de Saúde**, regularmente (Ministério da Saúde, 2017).

3. Resultado das Contas de Saúde – 2015

O total de gastos de saúde em 2015 foi de 46.1 bilhões de Meticais (1.2 bilhões de USD). Cerca de 93% dos gastos (MZN 42.8 bilhões), foram nas despesas actuais em saúde, ou seja, os gastos com bens e serviços consumidos em 2015.

Sem ajustes à inflação, os gastos em saúde aumentaram em 65%; contudo, este crescimento baixou significativamente para 9.1% da taxa de crescimento real entre 2012 e 2015. A Tabela 2 fornece indicadores-chave das despesas de saúde entre as Contas de Saúde 2012 e 2015. Nesta tabela, os gastos totais de saúde foram usados para comparar as Contas de Saúde - 2012. No entanto, as despesas actuais são o indicador usado para comparar com os países que também usaram o Quadro do SHA/SCS – 2011, na produção das Contas de Saúde.

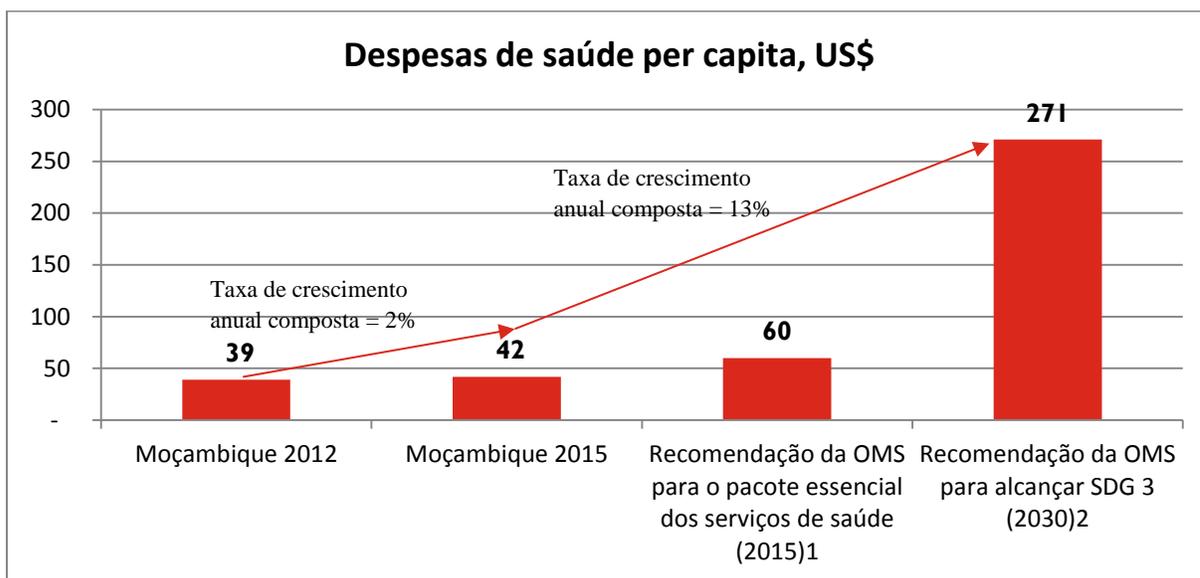
Tabela 1. Principais Indicadores de Despesas de Saúde em Moçambique

Indicador	2012	2015
THE/TDS	MZN 28.0bn/ USD 1.0bn	MZN 46.1bn/ USD 1.2bn
Despesas Actuais de Saúde (CHE/DAS)	MZN 24.3bn/ USD 872m	MZN 42.8bn/ USD 1.1bn
THE/TDS <i>per capita</i>	MZN 1,089/ USD 39	MZN 1,647/ USD 42
THE/DTS como % do Produto Interno Bruto	7.6%	10.2%

3.1 Despesas em Saúde per capita

Desde 2008, a Força-tarefa sobre Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde, produziu estimativas dos custos do reforço dos sistemas de saúde em 49 países de baixa renda, para fornecer um pacote essencial dos serviços de saúde à sua população. Em 2009, na sua primeira análise, estimou que precisar-se-ia de \$60 *per capita* até 2015 para alcançar este objectivo (Força-tarefa sobre Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde, 2009). Esta análise foi actualizada em 2017 e estimou-se que seria necessário \$271 *per capita* até 2030 para alcançar o Objectivo 3 do Desenvolvimento Sustentável - *Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos e em todas as idades* (Stenberg, 2017). Para que Moçambique possa alcançar este objectivo até 2030, seria necessária uma taxa média de crescimento anual de 13% (Figura 3). Isto é significativamente maior em relação à taxa média de crescimento anual de 2%, alcançada entre 2012 e 2015.

Figura 3. Indicadores das Despesas em Saúde per capita

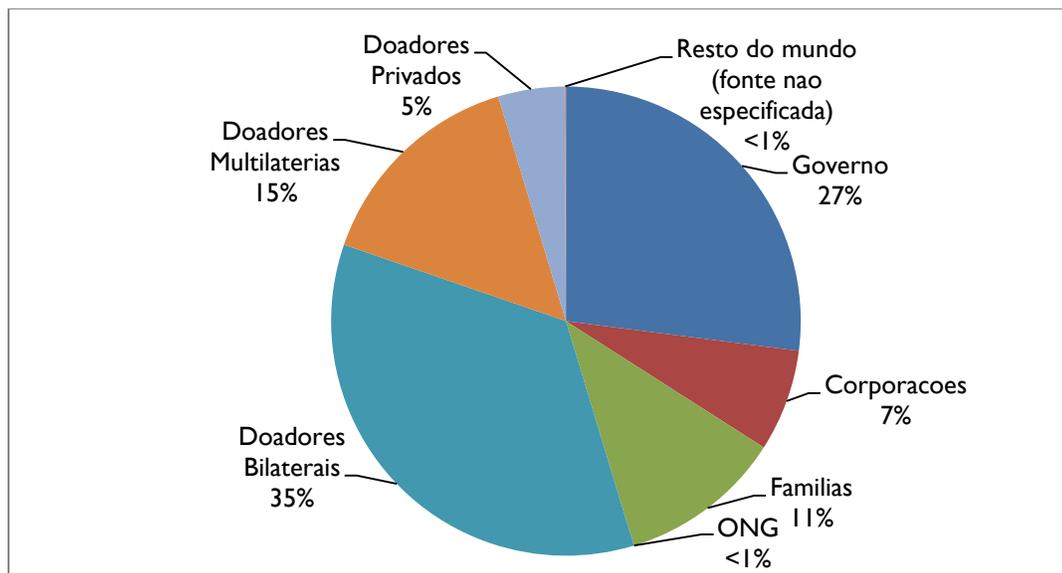


3.2 Apresentação dos Resultados das Contas de Saúde - 2015, por Questão Política

3.2.1 Como são financiadas as despesas de saúde e o que isso significa para a sustentabilidade do financiamento da saúde?

Como são financiadas as despesas de saúde e o que isso significa para a sustentabilidade do financiamento da saúde? Mais da metade dos gastos de saúde (55%) em 2015 foram financiados por doadores externos (bilaterais, multilaterais e fundações). O Governo forneceu a segunda maior fonte de financiamento para a saúde, representando 27% das despesas totais de saúde em 2015 (Figura 4). As famílias contribuíram em 11% dos gastos de saúde, embora isso seja provavelmente subestimado.

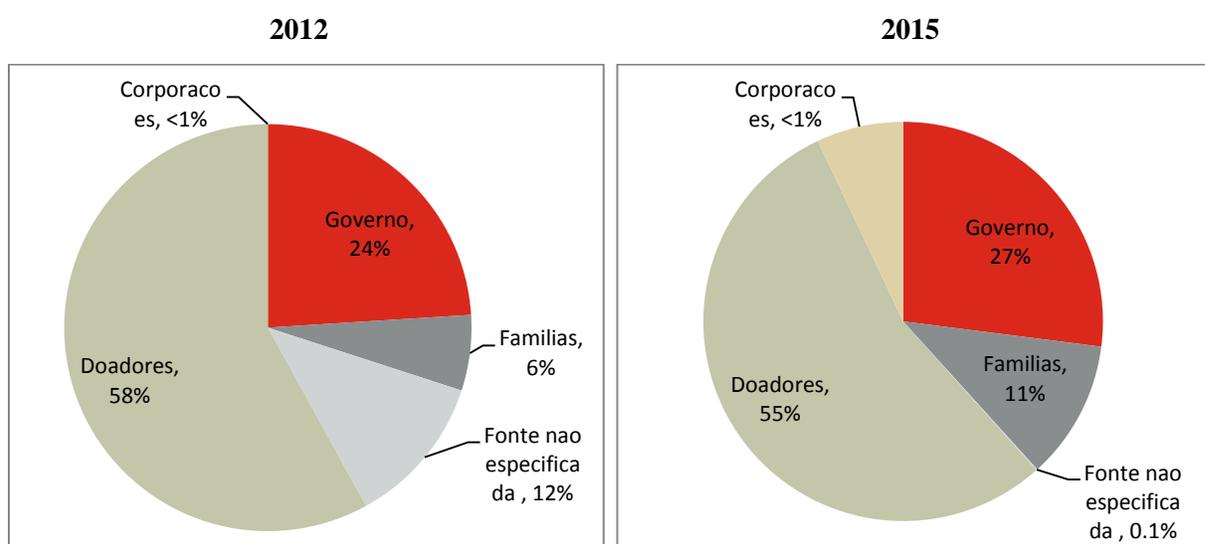
Figura 4. Despesas Actuais de Saúde por Fonte de Financiamento, 2015



A natureza de financiamento dos doadores causa preocupação, devido ao progresso da **sustentabilidade dos gastos de saúde**. Os orçamentos de ajuda cada vez mais restritos nos países doadores, aumentam a incerteza sobre como os recursos serão distribuídos entre os países beneficiários; o sector da saúde enfrenta a concorrência de outros sectores ao nível do *dinheiro de ajuda* e mesmo quando a ajuda à saúde é prometida, nem sempre se traduz em desembolso real.

A proporção dos gastos de saúde pelos doadores permaneceu estável desde as últimas Contas de Saúde (58% dos gastos de saúde em 2012 vs. 55% em 2015) (Figura 5). O mesmo ocorreu igualmente com o Governo, cuja proporção dos gastos de saúde foi de 24% em 2012 e 27% em 2015. Entretanto, importa considerar a comparação com certa advertência, dada a mudança na metodologia para estimar os gastos dos agregados familiares¹.

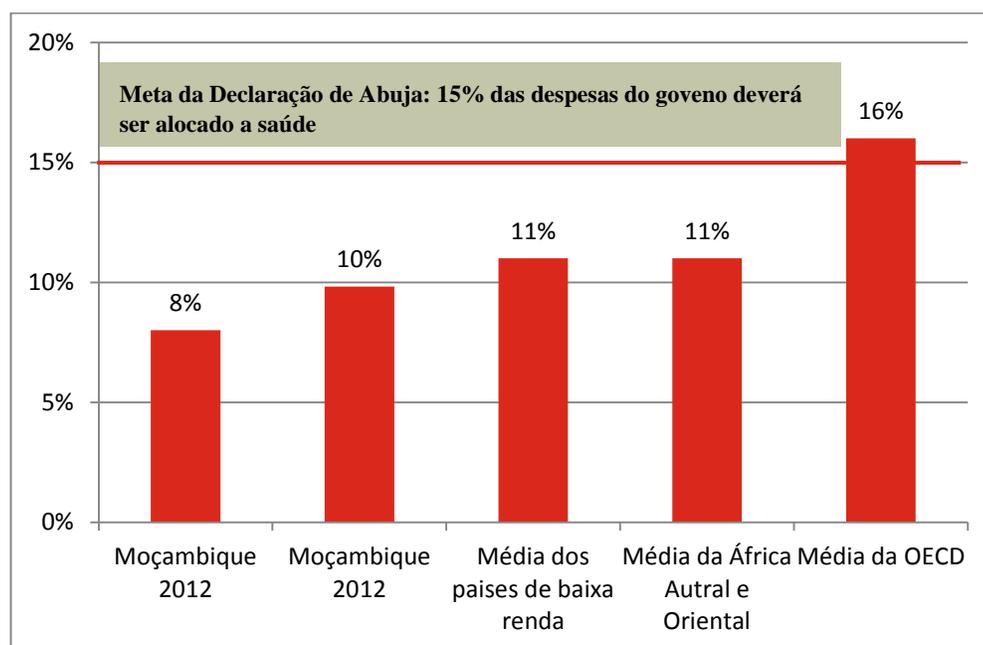
Figura 5. Despesas de Saúde por Fonte de Financiamento, 2012 e 2015



O papel do governo nas despesas em saúde: A Declaração de Abuja

Em 2001, os países da União Africana comprometeram-se a alocar pelo menos 15% dos seus gastos governamentais totais na saúde (OMS 2011). Esta referência serviu como uma meta fundamental para os países Africanos avaliarem se estão a contribuir com recursos suficientes para a saúde. Conforme ilustra a Figura 6, o indicador da Declaração de Abuja para Moçambique (10%), é ligeiramente inferior em relação aos países de baixa renda e à média regional, porém, insere-se significativamente abaixo da Declaração de Abuja.

¹ As Contas de Saúde - 2012, extrapolaram os dados do IOF 2007/2008, para estimar os gastos de saúde dos agregados familiares. Em contrapartida, as Contas de Saúde - 2015, usaram os dados do IOF 20014/2015 ou seja, dados do mesmo ano da análise das Contas de Saúde. Mais detalhes encontram-se disponíveis no Relatório da Metodologia e nas Tabelas das Contas de Saúde (Ministério da Saúde, 2017).

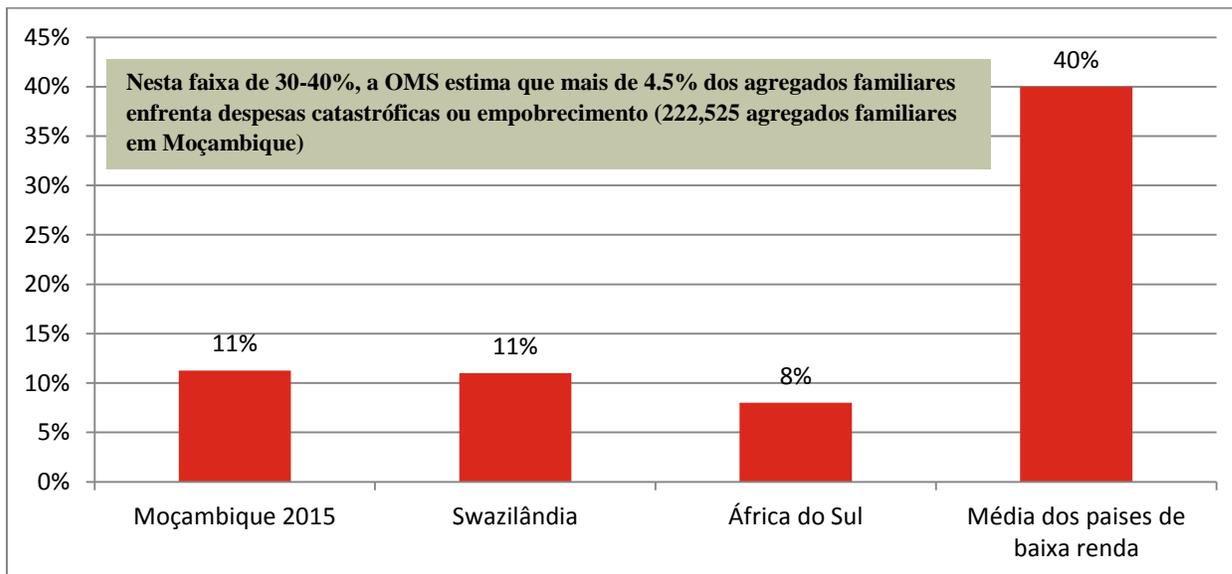
Figura 6. Despesas do Governo em Saúde como % das Despesas Totais do Governo

Despesas Próprias dos Agregados Familiares em Saúde

Os pagamentos directos por parte das próprias famílias aos serviços essenciais de saúde são ineficientes e arriscam ao empobrecimento dos agregados familiares. Ao suportar os encargos dos custos totais dos serviços de saúde no momento da necessidade, os pagamentos directos constituem uma barreira financeira para aceder aos cuidados de saúde. Estes podem empobrecer as famílias que procuram por cuidados ou impedi-las de procurar, sempre que precisarem. A contribuição dos pagamentos próprios dos agregados familiares às despesas totais de saúde é usada como referência para a equidade no financiamento à saúde. A estimativa dos gastos próprios em Moçambique é subestimada, usando os dados actuais disponíveis do IOF. Embora a Figura 7 ilustra baixos gastos dos agregados familiares para Moçambique em 2015 (11% dos gastos actuais de saúde), a realidade pode estar em consonância com a dos outros países de baixa renda (40% dos gastos actuais de saúde)².

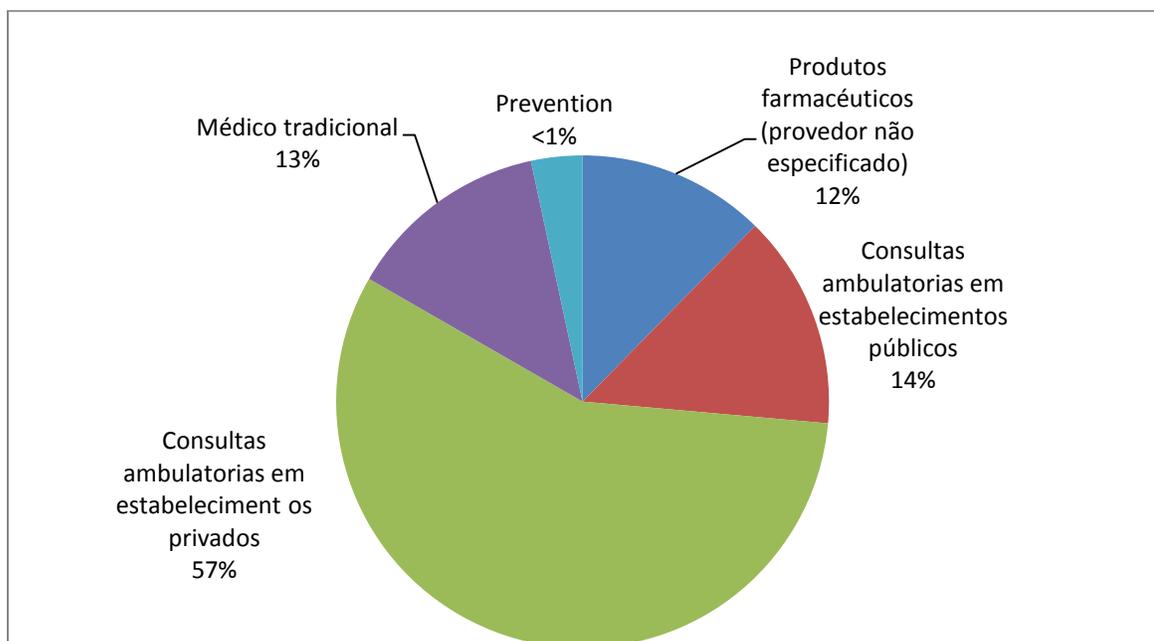
² A OMS estima que quando os gastos próprios são maiores que 20% dos gastos totais em saúde, o risco de gastos catastróficos e de empobrecimento aumenta significativamente. Por outro lado, quando os gastos próprios estão entre 15 e 20% dos gastos totais de saúde, menos de 0.5% dos agregados familiares incorrerem à gastos catastróficos. Quando este rácio se encontra entre 30-40%, que está em linha com a média dos países de baixa renda, aproximadamente 3% das famílias enfrentam gastos catastróficos e 1.5 % o empobrecimento (OMS, 2010).

Figura 7. Estimativas de Moçambique e Regionais dos Pagamento Próprio para a Saúde



Uma análise mais aprofundada dos gastos domésticos das Contas de Saúde mostra quais bens e serviços e onde, as famílias pagam por conta própria. Uma avaliação aprofundada pode ajudar a compreender as causas subjacentes. Mais da metade dos pagamentos próprios são feitos em instalações privadas para consultas ambulatoriais (Figura 8). Por outro lado, as famílias gastam aproximadamente o mesmo valor em bens e serviços nos médicos tradicionais e nos serviços ambulatoriais em unidades públicas (13% e 14% dos gastos domésticos, respectivamente).

Figura 8. Bens e Serviços de Saúde pagos por conta própria pelas Famílias



Implicação Política: O Financiamento ao sector da Saúde em Moçambique, continua dependente de Doadores e Agregados Familiares.

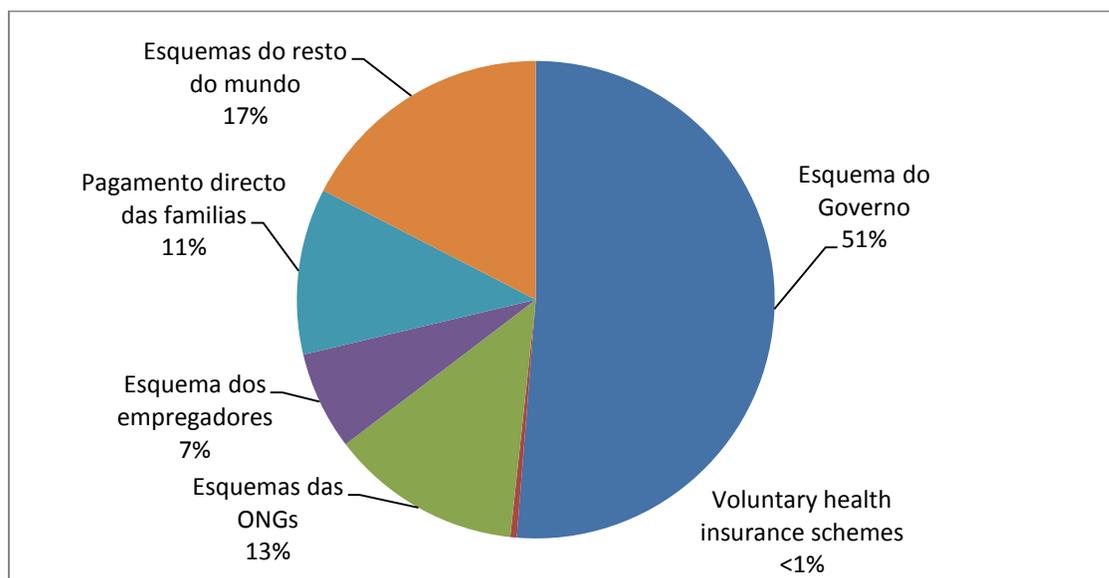
Aproximadamente dois terços das despesas actuais de saúde provém de doadores externos e de agregados familiares. Esta foi a mesma situação em 2012. Isto demonstra a contínua dependência de Moçambique em (i) uma fonte de financiamento imprevisível e em risco de declínio, e (ii) outra fonte que coloca em risco o empobrecimento das famílias, assim que procurarem por cuidados de saúde.

A proporção de gastos por família, é na realidade, provavelmente mais alta, e suscita discussões com o INE para melhorar a precisão das perguntas sobre as despesas de saúde no inquérito domiciliário, para ajudar a melhorar a precisão das futuras Contas de Saúde. Análises aprofundadas do espaço fiscal, podem ajudar a identificar as oportunidades para aumentar os recursos nacionais de saúde, por exemplo, impostos em cigarros, transacções em moedas destinadas à saúde, ou aumento proporcional da receita fiscal geral para a saúde (em conformidade com a Declaração de Abuja). Países que introduziram impostos à “saúde”, por exemplo, em bebidas e alimentos doces, também verificaram aumento nas receitas públicas e nos benefícios para a saúde (através da redução do consumo de bebidas e alimentos açucarados) (Theodore 2017, Wright 2017).

3.2.2 Como são agrupados os recursos de saúde na prestação dos cuidados sanitários aos mais necessitados?

As Contas de Saúde analisam as despesas por regime de financiamento, ou por “acordos, através dos quais, os serviços de saúde são pagos e obtidos pelas populações” (OECD, OMS, Eurostat, 2011). A categorização dos gastos de saúde por regime de financiamento ajuda os planificadores de saúde a entender como os fundos são arrecadados e colectados, como são agrupados para fornecer serviços e quem tem direito à estes serviços. Um país pode ter múltiplos esquemas de justaposição e não existe uma referência “ideal” pela qual as despesas devem ser atribuídas à estes regimes. No entanto, alguns esquemas são mais equitativos em relação aos outros (por exemplo, regimes com grandes proporções de gastos próprios são menos equitativos em relação aos esquemas contributivos). Os esquemas governamentais nacionais podem também ter a vantagem de um grande conjunto de riscos unificados, que podem recolher fundos a partir dum vasto grupo de contribuintes e atribuí-los aos mais necessitados.

Pouco mais da metade das actuais despesas em saúde (51%), apoiam os regimes governamentais; estes regimes são financiados por diferentes fontes (por exemplo, doadores e receitas fiscais do Governo), mas são agrupados ao nível nacional para prestar serviços através do sistema governamental (Figura 9). Os doadores canalizam cerca de 44% do seu financiamento através dos regimes governamentais, por exemplo, através do fundo comum do sector da saúde - *PROSAÚDE*. O Governo também serve como o agente ou o “Gestor” do financiamento para este regime, demonstrando que tem influência programática sobre pelo menos metade dos gastos de saúde em Moçambique.

Figura 9. Despesas Actuais de Saúde por Regime de Financiamento de Saúde, 2015

Os esquemas de doadores são um outro importante mecanismo de prestação de serviços. Estes esquemas são geralmente aqueles cujos recursos são agrupados no exterior e geridos por uma organização estrangeira que desenvolve os benefícios do regime, por exemplo, onde a sede dos doadores desenvolve projectos que são implementadas em Moçambique. Quando os doadores desembolsam valores para ONGs locais, que por sua vez elaboram os benefícios do regime, são considerados como esquemas das ONGs (estes receberam 13% dos gastos de saúde em 2015).

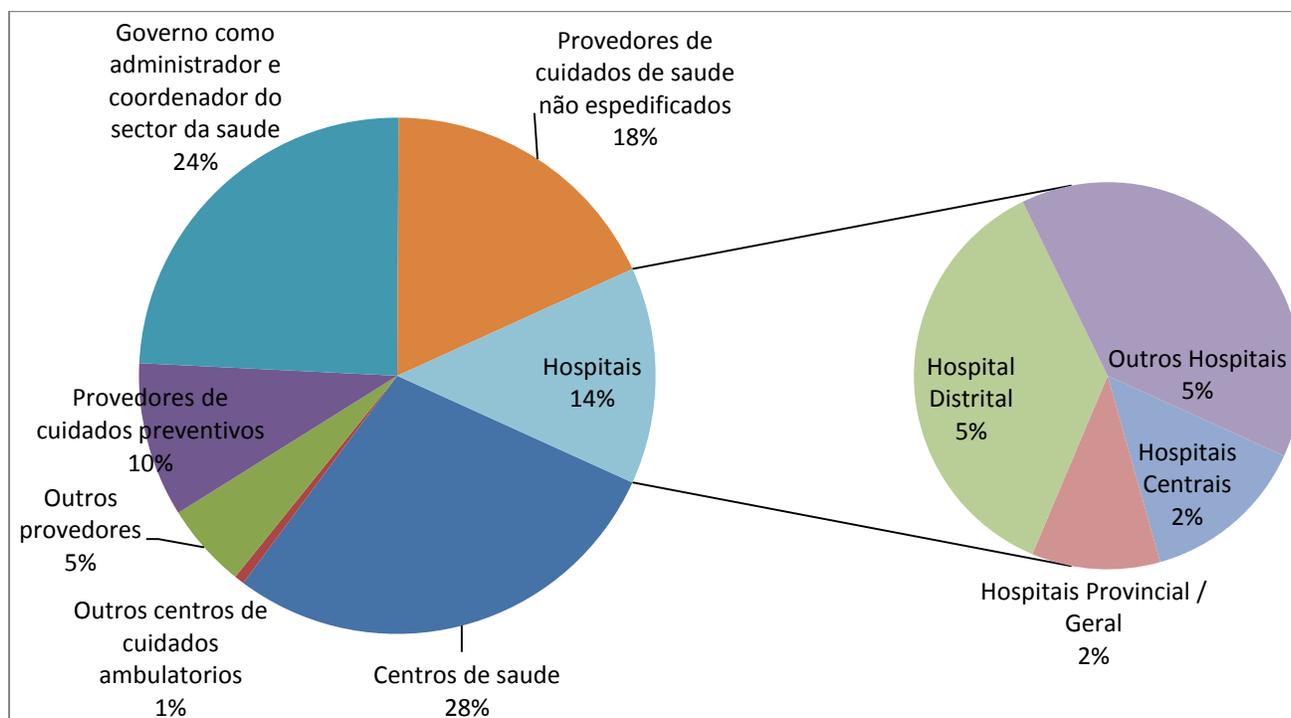
Os regimes de pagamento directo (ou gastos próprios) por agregados familiares, representam pelo menos 11% dos gastos de saúde. Estudos indicam que altos níveis de gastos por famílias perigam o empobrecimento e aos gastos catastróficos (Xu et al, 2010). O compromisso de Moçambique com a Cobertura Universal de Saúde exigirá um acompanhamento directo dos gastos domésticos de saúde, para reduzir as barreiras financeiras das famílias, ao acesso dos serviços de saúde.

3.2.3 Que níveis do sistema de saúde recebem recursos sanitários?

Os centros públicos de saúde não-especializados representam a maior proporção dos gastos de saúde (28% em 2015), seguidos pelos hospitais (14%). Todas as unidades sanitárias que predominantemente oferecem serviços ambulatoriais (centros públicos de saúde especializados e não-especializados), juntamente com os provedores de serviços de prevenção, representam cerca de 38% dos gastos de saúde. Portanto, pode-se dizer que, mais de um terço dos gastos de saúde são atribuídos aos serviços primários. Pelo menos 2% dos gastos são provenientes dos provedores comunitários (por exemplo, trabalhadores comunitários de saúde, médicos tradicionais). Os provedores secundários dos serviços de saúde (hospitais distritais e provinciais) representaram 6% dos gastos e os terciários (hospitais centrais, de saúde mental e outros especializados), apenas 2%. Estas proporções são provavelmente subestimadas, uma vez que os pagamentos feitos por agregados familiares, não foram classificados por provedor de saúde.

A Figura 10 ilustra quais provedores de saúde fornecem bens e serviços sanitários. A análise por tipo de provedor reflecte a natureza da organização que fornece os bens e serviços, e não necessariamente os serviços por estes prestados. Portanto, os gastos dos cuidados curativos, cuidados preventivos e administrativos por hospital, são classificados como provedor hospitalar. A categoria de prestadores de cuidados preventivos, representa organizações cujo principal objectivo é prestar serviços de prevenção. Os provedores de cuidados preventivos são tipicamente as ONGs e alguns programas do Governo.

Figura 10. Despesas Actuais de Saúde por Provedor de Saúde, 2015



Dezoito por cento das despesas actuais em saúde não foram atribuídas a um tipo específico de provedor: estas despesas são por agregado familiar (a equipa de Contas de Saúde não recebeu os dados brutos do IOF para categorizar os gastos desta forma), e por corporações e doadores, cujas respostas não incluíam detalhes suficientes por tipo de provedor.

A categoria do Governo como administrador e coordenador do sector da saúde representa as unidades governamentais que fornecem planificação e políticas à saúde e outro apoio e reforço ao sistema de saúde. Estas são tipicamente as unidades do Governo central (por exemplo, DPC, Departamento de Finanças, Central de Medicamentos e Artigos Médicos (*Central Medical Stores*), bem como algumas actividades das Direcções Provinciais de Saúde. Esta categoria não inclui custos administrativos de provedores directos de bens e serviços sanitários, tais como hospitais e centros de saúde, cujos custos administrativos são classificados como centros hospitalares ou de saúde. Quase um quarto dos gastos de saúde em Moçambique, são das unidades governamentais, no seu papel como administradores. O fortalecimento do sistema de saúde é um papel importante que o Governo desempenha e, o investimento de recursos nesta área é louvável. Embora não haja referência para a proporção de gastos para esta categoria, há necessidade duma análise mais aprofundada para entender se há algum ganho de eficiência que poderia libertar os recursos, para fornecer bens e serviços sanitários directos.

Implicação Política: As análises das despesas por nível de serviço de saúde, suscitam um estudo mais aprofundado na prestação de cuidados ao nível comunitário e administrativo.

Os gastos ao nível comunitário estimam-se em cerca de 2% em 2015, incluindo os dos médicos tradicionais. Dada a importância das actividades de prevenção para reduzir os custos dos serviços e evitar que as condições se tornem cada vez mais graves e dispendiosas, existem oportunidades para maior investimento na prestação dos serviços sanitários ao nível comunitário. Os investimentos na provisão comunitária podem ajudar a reduzir a carga sobre os funcionários sobrecarregados nos centros de saúde e hospitais. Estes podem também reduzir as barreiras financeiras entre as famílias, no acesso aos serviços de saúde, através da redução do tempo e dos custos relacionados ao transporte.

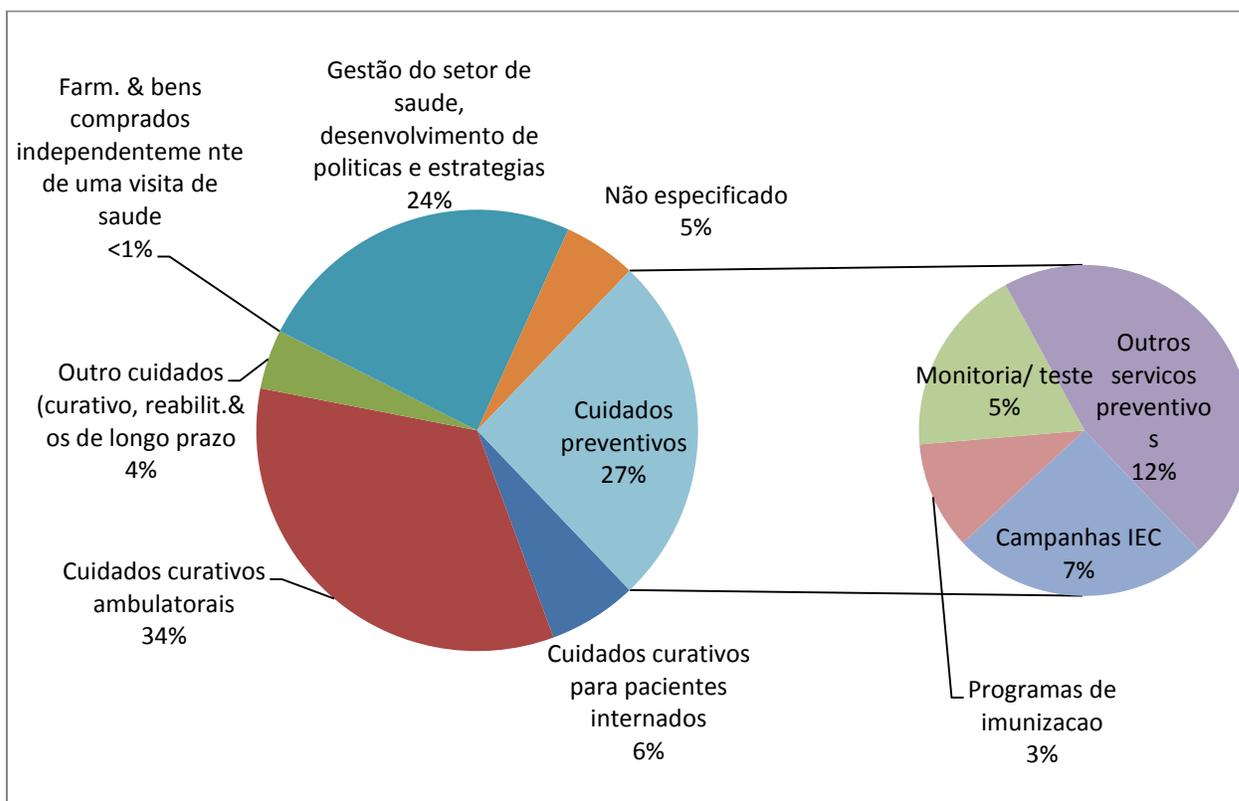
Uma análise realizada em 2013, envolvendo mais de 20 estudos de avaliação do impacto dos trabalhadores de saúde comunitária orientados à prestação dos serviços de HIV/SIDA, revelou mudanças comportamentais melhoradas dos pacientes, maior utilização dos serviços de prevenção e terapêuticos e melhor retenção de pacientes portadores do HIV/SIDA no tratamento (Gwai et al 2013). Na Etiópia, desde 2004, os investimentos em Extensionistas de Saúde e em Promotores de Saúde Comunitária, são considerados como uma contribuição significativa na redução da mortalidade materna e da mortalidade de menores de 5 anos (Perry et al. 2017).

É possível que os gastos por trabalhadores de saúde comunitária também tenham sido incluídos nos gastos por centro de saúde. Uma monitoria mais detalhada das despesas por provedores de saúde comunitária e por médicos tradicionais que desempenham um papel importante na sociedade Moçambicana, ajudará o Ministério da Saúde a entender os principais intervenientes e a coordenar melhor os serviços de saúde. As modificações ao IOF, também podem ajudar a compreender melhor o papel desses provedores.

3.2.4 Que bens e actividades de saúde são comprados?

Quarenta e quatro por cento dos gastos actuais em saúde são usados no fornecimento de serviços terapêuticos para a população - 34% nos serviços ambulatoriais, 6% nos serviços de internamento e 4% em outros serviços terapêuticos, tais como cuidados ao domicílio, de reabilitação e em cuidados prolongados (Figura 11). Mais de um quarto dos gastos actuais em saúde (27%) são usados no fornecimento de serviços de prevenção e promoção de saúde. As campanhas de Informação, Educação e Comunicação /IEC (por exemplo, nutrição ou HIV/SIDA), representam 7%, as de testagem 5%, os programas de imunização 3% e 12% sem classificação, devido aos dados fornecidos.

Figura 11. Despesas actuais de saúde por tipo de bens e serviços de saúde, 2015



Implicação Política: São necessários mais dados para melhor entender as despesas em medicamentos e as oportunidades para melhorar a eficiência.

A elevada proporção de despesas com saúde para prevenção é louvável e deve ser mantida. É igualmente importante que se mantenha a monitoria da proporção de despesas com prevenção vs. cuidados curativos, uma vez que existe um risco de as despesas com os cuidados curativos aumentarem à medida que a procura e os custos por tratamentos mais sofisticados aumentam. Esforços contínuos para monitorar e melhorar a coordenação e gestão de sistema de saúde em Moçambique será importante para garantir que a proporção das despesas em saúde para bens e serviços directos de saúde sejam maximizados.

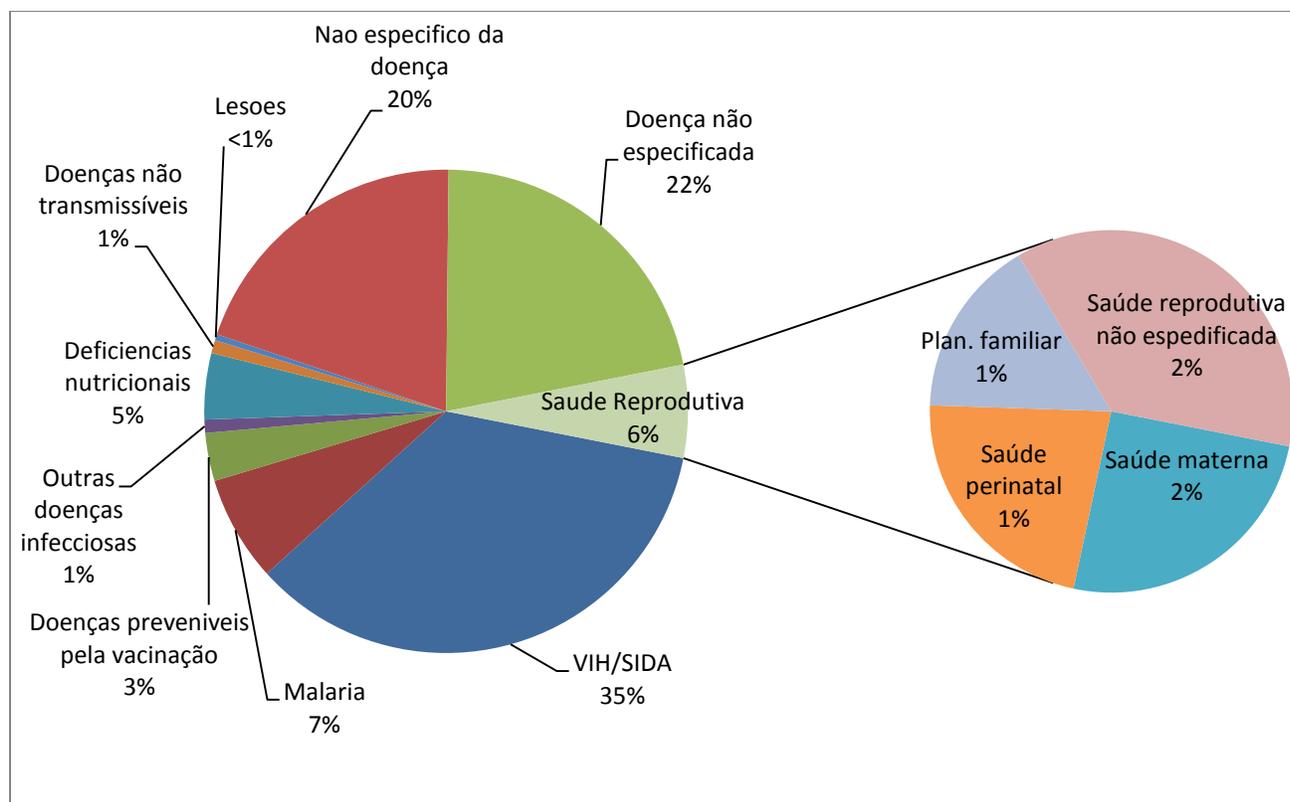
O IOF 2014/15, questionou às famílias sobre os seus gastos em medicamentos, mas não necessariamente em que provedor de medicamentos estes compravam, ou se os gastos em medicamentos estavam relacionados a um serviço terapêutico ou à auto-medicação. Igualmente, as despesas do Governo em medicamentos não foram desagregadas para análises posteriores. Registos de distribuição de medicamentos por distritos e por tipo de unidade sanitária, combinados a uma melhor compilação das despesas em medicamentos ao nível nacional, ajudarão o Ministério da Saúde a compreender melhor o uso dos medicamentos. Geralmente, os medicamentos são o principal indutor de custos nos serviços de saúde e um maior controlo pode identificar oportunidades de melhoria da eficiência. Ademais, ter uma melhor compreensão das despesas em medicamentos e demonstrar uma utilização eficiente, servirá bastante nas negociações para o aumento dos recursos na saúde, junto ao Ministério da Economia e Finanças.

3.2.5 Como são distribuídos os gastos de saúde por doença?

As Contas de Saúde - 2015, representam o primeiro exercício que analisa as despesas de saúde por doença ou por área de saúde prioritária. Esta análise seguiu a metodologia recomendada pela OMS, que utiliza os dados ponderados de utilização, para a intensidade do uso de recursos (ou custo unitário), para calcular as “chaves de alocação”, que alocam os gastos totais de saúde por doença ou por área de saúde prioritária. A Figura 12 mostra os resultados desta análise.

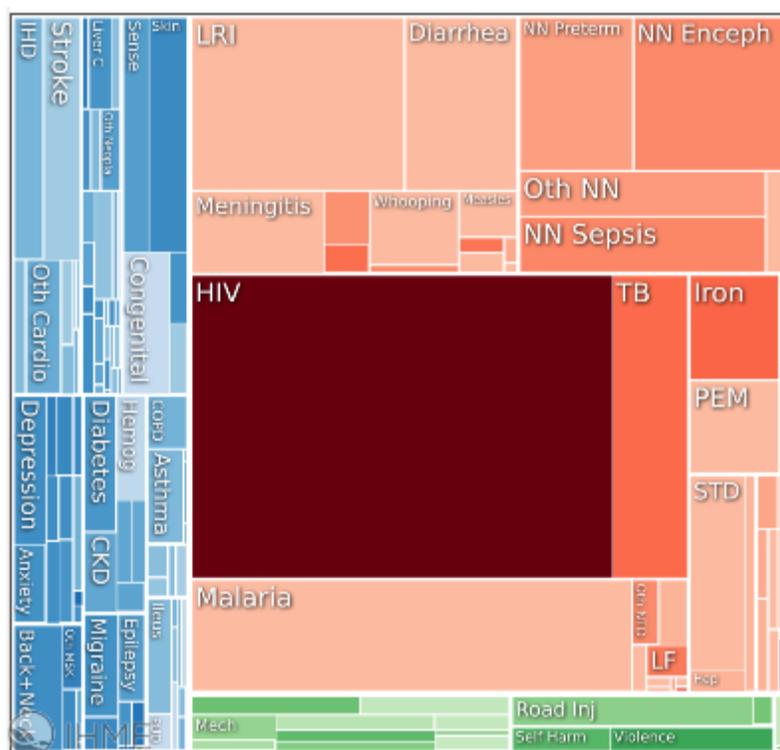
Em 2015, as doenças infecciosas recebem a maior proporção dos gastos de saúde (46%), seguidas da saúde reprodutiva (6%) e das deficiências nutricionais (5%). Para alguns gastos, a distribuição por doença pode ser menos útil e, nesses casos, as despesas foram classificadas como “doença não-específica” (20%). Esta categoria inclui as despesas do Governo central para os gastos da gestão geral do sector, ou os gastos para as actividades de reforço ao sistema de saúde, que apoiam todos os esforços de combate contra doenças e áreas de saúde prioritárias. Para este exercício, a equipa não teve dados suficientes para analisar 22% dos gastos actuais de saúde por doença ou por área de saúde. Com os dados orçamentais e de utilização melhorados, os exercícios futuros de Contas de Saúde podem classificar estas despesas, conforme acima referido.

Figura 12. Despesas actuais de saúde por doença ou por área de saúde prioritária, 2015



O ónus de doenças em Moçambique, calculado por anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), um ano após os gastos em saúde analisados acima, encontra-se ilustrado na Figura 13. O azul representa as doenças não-transmissíveis, o vermelho as doenças infecciosas e o verde as lesões. As áreas sombreadas representam aumentos maiores em DALYs. Para 2016, o maior ónus de doenças provém das doenças infecciosas. Uma comparação temporal dos gastos de saúde e da mortalidade ou DALYs, não chega a ser suficiente para tomar decisões sobre a alocação de recursos. No entanto, analisar estas tendências ao longo do tempo, pode ajudar a avaliar se os recursos estão alinhados à carga de doenças em Moçambique. Além disso, análises de dados de utilização em relação aos gastos, também podem ajudar a avaliar se as despesas de saúde estão a melhorar a utilização e o comportamento dos serviços da saúde.

Figura 13. Ónus de Doenças em Moçambique - 2016, Anos de Vida Ajustados por Incapacidade



ASD: Transtornos do Espectro Autista, CKD: Doença Renal Crônica, CMP: Cardiomiopatia e Miocardite, DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, HTN HD: Cardiopatia Hipertensiva, IHD: Cardiopatia Isquêmica, Ferro: Anemia por Deficiência de Ferro, LF: Linfática Filariosis, LRI: Infecções Respiratórias Inferiores, Mech: Exposição à Forças Mecânicas, MSK: Distúrbios Osteomusculares, NN: neo-natal, PEM: Desnutrição Proteico-calórica, PUD: Doença da Úlcera Péptica, SIDS: Síndrome da Morte Súbita, RHD: Doença Cardíaca Reumática.

4. Considerações para a Institucionalização das Contas de Saúde em Moçambique

4.1 Investir na produção e divulgação regular das análises das Contas de Saúde

As Contas de Saúde são uma ferramenta importante para ajudar o Governo a compreender o panorama dos gastos de saúde em Moçambique. A institucionalização das Contas de Saúde ajuda a garantir que os dados das despesas em saúde estejam disponíveis em tempo oportuno aos decisores, para apoiar na tomada de decisões mais informadas, relativas à angariação de fundos para a saúde, agrupamento e controlo dos recursos de saúde e como alocar esses recursos. As Contas de Saúde devem ser produzidas de forma rápida, para sustentarem os ciclos anuais de planificação e orçamento. A produção regular dos dados das Contas de Saúde é necessária, mas não é suficiente. Os dados devem ser organizados de forma prática e amplamente disseminados entre todos os intervenientes. É importante manter um ciclo regular de produção e uso. Isto requer bastante compromisso, em **alocar tempo suficiente para produzir e analisar as Contas de Saúde**, regularmente. Requer também, organizar uma equipa estável, com conhecimento e experiência necessária em monitoria de despesas. Importa que, a equipa de Contas de Saúde anteriormente treinada na metodologia das Contas de Saúde, cujos seus membros hoje têm experiência prática, seja mantida para actividades futuras.

4.2 Explorar e ajudar a refinar os dados de saúde existentes, para simplificar a produção das Contas de Saúde

A grande disponibilidade dos dados de saúde e de financiamento de saúde em Moçambique fornece uma excelente oportunidade para tornar a produção das Contas de Saúde mais económica e eficaz. O IOF do INE, é a principal fonte de informação para estimar os gastos dos agregados familiares, mas no seu formato actual, provavelmente subestima os gastos em saúde e torna grande parte dos seus dados inutilizáveis para as Contas de Saúde. A existência de Assistência Oficial ao Desenvolvimento da Base de Dados de Moçambique e a Base de Dados IFE que regista os gastos de saúde dos doadores, permitem que Moçambique possa contornar a recolha de dados primários das organizações individuais, contudo, precisa bastante de dados recentes e completos. Os dados de distribuição de medicamentos não são compilados ao nível central, o que dificulta a análise dos gastos em medicamentos por região ou por tipo de provedor. A base de dados SIS-MA, é uma fonte vital de dados para o cálculo de “chaves de alocação”, para desagregar as despesas. Em 2015, o SIS-MA não se encontrava devidamente implementado e os dados de utilização foram compilados a partir de várias fontes. Mas para futuros exercícios de Contas de Saúde, este sistema será o Sistema Nacional de Informação de Saúde, que compilará os dados de utilização de forma rápida e precisa.

Para que grande parte dos dados secundários disponíveis sejam úteis para a produção das Contas de Saúde, cabe a DPC, envolver-se com os proprietários desses dados. Primeiro, a DPC deve trabalhar com organizações tais como o INE, Central de Medicamentos e Artigos Médicos, o Ministério dos Negócios Estrangeiros, SIS-MA, para solicitar os dados necessários para que a recolha de dados possa ser adaptada às necessidades exigidas. Por exemplo, adicionar ou refinar perguntas do IOF ou simplificar a Base de Dados IFE, para melhorar a qualidade dos dados fornecidos pelos inquiridos. Em segundo lugar, ao interagir com os proprietários dos dados para que compreendam o ciclo das

Contas de Saúde, a DPC ajudará a garantir a recepção dos dados necessários, em tempo oportuno e no formato exigido.

4.3 Continuar a envolver-se com os actores do sector público e privado

Ao longo do exercício de Contas de Saúde - 2015, a DPC interagiu com vários actores, por exemplo, INE, INSS, Associação Industrial de Moçambique, Ministério de Finanças, para explicar a importância de monitorar as despesas de saúde, e o papel vital que estes actores desempenham no fornecimento dos dados de saúde. É importante manter este compromisso para incutir a responsabilidade mútua. A DPC deve continuar a **engajar-se com estas partes interessadas**, para aumentar a taxa de respostas durante a colecta de dados, e aumentar o seu envolvimento no processo de validação de dados e envolvê-los, para ajudar a identificar questões políticas prementes que as Contas de Saúde podem ajudar a compreender. Ademais, é fundamental disseminar os resultados aos intervenientes, para que também possam usá-los na sua tomada de decisão.

Bibliografia

- Mwai G. W. et al. *Jornal da Sociedade Internacional sobre o SIDA* 2013, 16:18586.
<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>
- Xu, K., P. Saksena, M. Jowett, C. Indikadahena, J. Kutzin and D. Evans. 2010. Explorar os Limiares das Despesas de Saúde, para Proteger-se contra os Riscos Financeiros. Gebebra: OMS.
- Ministério da Saúde. 2018. *Contas de Saúde 2015, Moçambique: Metodologia e Tabelas de Contas de Saúde*. Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2015a. *Contas Nacionais de Saúde 2012, em Moçambique*. Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2015b. *Estratégia de Financiamento para o Sector de Saúde*. Maputo:: Ministério da saúde de Moçambique.
- Ministério da Saúde. 2014. *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-19*. Maputo:: Ministério da Saúde de Moçambique.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 2017. *Inquerito Ao Orçamento Familiar 2014/15*. Maputo.
- OCDE, OMS e Eurostat. 2011. *Sistema de Contas de Saúde, Publicação da OCDE*. doi: 10.1787/9789264116016-en
- Perry, H., R. Zulliger, K. Scott, d. Javadi, J. Gergen, K. Shelley et al 2017. *Estudos de Casos de Programas Comunitários Alargados de Profissionais de Saúde. Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil da USAID*
- Força-tarefa sobre Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde. 2009. *Limitações ao Dimensionamento e aos Custos: Relatório do Grupo 1 de Trabalho*. Genebra: Parceria Internacional para a Saúde.
- Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R., Soucat, A. 2017. *Financiamento dos Sistemas Transformadores de Saúde para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Saúde: um modelo para os recurso necessários previstos em 67 países de renda médio e baixa*.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)
- Theodore, K., 2017. *Pesquisa sobre a Eficácia da Tributação no Álcool, Tabaco e nas Bebidas Adoçadas, em Caribe*. Apresentação no Seminário Sub-regional Caribenho sobre a Tributação em Álcool, Tabaco e nas Bebidas Adoçadas. Bridgetown, Barbados.
- OMS. 2017. *Banco de Dados das Despesas Globais de Saúde*.
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> Accessed 29 December 2017
- OMS. 2011. *Declaração de Abuja: Dez Anos Depois..*
http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1 (Acessado em 29 de Dezembro de 2019)
- Wright, A., K. Smith, and M. Hellowell. 2017. *Lições Políticas a partir dos Impostos da Saúde: Uma Revisão Sistemática de Estudos Empíricos*. *BMC Saúde Pública* (2017) 17:583. DOI 10.1186/s12889-017-4497-z