



Governo de Moçambique

Ministério da Saúde

Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) 2020-2030

Maputo, Maio 2021

Prefácio

O Ministério da Saúde ao elaborar a Estratégia de Financiamento do Sector Saúde, fê-lo com o objectivo de proporcionar a todos os intervenientes na área da saúde linhas mestras de orientação para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde. O propósito da EFSS é contribuir para o alcance da Cobertura Universal de Saúde (CSU), integrado no Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3: “Assegurar uma vida saudável e bem-estar para todos, em todas as idades”, através da

O financiamento é uma função essencial do Sistema de Saúde para garantir acesso universal, elevada qualidade, protecção financeira ao utente, bem como equidade e eficiência na distribuição e uso dos recursos.

O presente documento estratégico apresenta medidas de financiamento que reforçam as políticas de saúde conducentes ao desenvolvimento social e económico rumo ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no geral.

A Estratégia de Financiamento do Sector Saúde é um instrumento de crucial importância que assenta numa análise abrangente e profunda dos principais desafios do sector para os próximos 10 anos.

Permitam em nome do Ministério da Saúde e do Ministério da Economia e Finanças expressar o nosso profundo entusiasmo pelo alcance de mais uma meta que é a produção da Estratégia de Financiamento do Sector Saúde 2020-2030, incluída na **agenda de reformas** do sector para “**mais e melhores Serviços** prestados à população”.

O Governo está comprometido com um serviço público de saúde de qualidade que possa apoiar o desenvolvimento económico e social em Moçambique.

Maputo, de Maio de 2021

Armindo Daniel Tiago

Ministro da Saúde

Adriano Maleiane

Ministério da Economia e Finanças

Agradecimentos

O Ministério da Saúde agradece a todos os intervenientes que participaram no processo de diálogo e construção da presente estratégia, pela colaboração e disponibilidade.

Este trabalho coletivo recebeu contributos das diferentes Direcções Nacionais e Departamentos do MISAU, Direcções Provinciais de Saúde, Serviços Distritais, hospitais, outros ministérios (Economia e Finanças, Trabalho, Emprego e Segurança Social), sociedade civil e parceiros de cooperação, especialmente a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial.

A iniciativa da Estratégia de Financiamento do Sector foi lançada pelo então Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Manguela e consequentemente conduzida pelos respectivos sucessores, nomeadamente, a então Ministra da Saúde Dra Nazira Abdula e pelo Prof. Doutor Armindo Daniel Tiago, actual Ministro da Saúde, para os quais vão os nossos instetimáveis agradecimentos.

Igualmente, o MISAU estende a sua especial gratidão a equipa de consultores, redactores, revisores, integrantes de Grupo Técnico de Financiamento (GTF), membros do Conselho Técnico e membros do Conselho Consultivo do Ministro.

Ficha Técnica

Coordenação-Geral da EFSS

Dra. Marina Karagianis, Directora da DPC

Dra. Sãozinha Agostinho, Directora da DPC

Prof. Doutor João Carlos Mavimbe, Director Adjunto

Dra. Célia Gonçalves, Assessora do Ministro da Saúde

Equipa de redacção

Dr. Daniel Simone Nhachengo, Chefe do DPES

Dra. Cristina Manzanares (GIZ)

Dra. Georgina Bonet (OMS)

Grupo Técnico de Trabalho

Dr. António Mujovo (Assessor da Ministra para área de Seguro)

Dra. Leopoldina Massingue

Dra. Cidália Baloi

Dra. Caroline Phily

Dr. Santiago Goicoechea

Dr. Eusébio Chaquisse

Dra. Analcária Langa

Dra. Hafiza Ismail

dra. Kádira Kará

Sra. Eunice Bauhofer

Dra. Eva Pascoal (OMS)

Dr. Humberto Cossa (BM)

Dr. Miguel Angel San Joaquin Polo (BM)

Pontos focais do Planificação nas Direcções Nacionais e Instituições Subordinadas

Colaboradores

Direcções Nacionais do Ministério da Saúde

Ministério de Economia e Finanças (MEF)

Autoridade Tributária (AT)

Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique

Ministério de Trabalho

Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)

Revisão

Prof. Dr. XXXXX Quilambo (UEM)

Dr. Mbate Matandalassa (Canadá)

Dr. Elias Cuambe (USAID)

Dr. Andes Chivangue (UEM)

Índice de conteúdos

| | |
|---|-----------|
| Agradecimentos | 2 |
| Ficha Técnica..... | 3 |
| Índice de Gráficos | 6 |
| Índice de Tabelas | 6 |
| Glossário | 7 |
| Abreviaturas..... | 9 |
| Sumário executivo | 11 |
| Introdução | 13 |
| Contexto | 15 |
| Contexto internacional | 15 |
| Contexto nacional | 15 |
| Contexto macroeconómico e fiscal..... | 16 |
| Bem-estar e desigualdades..... | 17 |
| Análise da situação do sector da saúde | 18 |
| Estado de Saúde da população | 18 |
| Provisão de serviços de saúde..... | 19 |
| Utilização dos serviços de saúde | 19 |
| Eficiência na alocação e uso dos recursos | 20 |
| Financiamento do Sector Saúde | 21 |
| Pontos fortes e desafios | 27 |
| Quadro estratégico do financiamento ao SNS..... | 29 |
| Visão do Sistema Nacional de Saúde | 29 |
| Princípios e valores | 29 |
| Objectivos estratégicos de financiamento para o período 2020-2030 | 29 |
| Intervenções por objectivos estratégicos de financiamento em saúde..... | 30 |
| 1. Contribuir para o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade | 30 |
| 1.1 Implementação de um Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) a todos os cidadãos | 30 |
| 1.2 Reforma do sistema de pagamentos no ponto de uso (Taxa de usuário) | 31 |
| 1.3 Desenvolver Parcerias Público-Privadas | 32 |
| 2. Promover a eficiência na alocação e uso de recursos no SNS..... | 32 |
| 2.1 Aperfeiçoamento dos mecanismos de planificação e orçamentação | 32 |
| 2.2 Introdução de mecanismos estratégicos de alocação de recursos para incentivar a boa governação, eficiência e qualidade na prestação de serviços | 33 |
| 2.3 Medição da eficiência de forma contínua nas US para a tomada de decisão no uso dos recursos..... | 33 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| 2.4 | Opções de terciarização | 33 |
| 3. | Garantir o financiamento público suficiente e sustentável para o SNS..... | 33 |
| 3.1 | Priorização do Orçamento do Estado para a Saúde..... | 33 |
| 3.2 | Aumento e consignação de Impostos e Taxas relacionados com a saúde como medida de aumento de espaço fiscal | 38 |
| 3.3 | Alinhamento dos fundos externos com a provisão de serviços no SNS..... | 38 |
| 3.4 | Introdução progressiva do Seguro Social de Saúde obrigatório..... | 39 |
| 3.5 | Introdução de mecanismos de compensação por serviços prestados no SNS... | 40 |
| | Riscos e medidas de mitigação | 40 |
| | Conclusões | 42 |
| | Referências | 43 |
| | ANEXOS | 45 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|------------------------------|
| <i>Gráfico 1: Marco conceitual de financiamento ao Sistema de Saúde para o alcance da UHC</i> | 13 |
| <i>Gráfico 3: Financiamento global do sector saúde em Moçambique, 2015 (CNS), por fonte de financiamento</i> | 22 |
| <i>Gráfico 4: Despesa pública dedicada à saúde por fontes</i> | 22 |
| <i>Gráfico 5: Evolução da despesa pública dedicada à saúde</i> | Error! Bookmark not defined. |
| <i>Gráfico 6: Evolução da despesa do sector público de saúde com Recursos do Tesouro Vs despesa pública total.....</i> | 24 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|------------------------------|
| <i>Tabela 1: Projecção macro-fiscal 2017-2030</i> | 17 |
| <i>Tabela 2: Projecção da despesa pública em saúde 2019-2030</i> | Error! Bookmark not defined. |

Glossário

Consolidação fiscal: Processo de convergência entre o orçamento disponível e as despesas a serem planificadas.

Co-pagamentos no ponto de uso: Pagamentos requeridos no momento de utilização dos serviços de saúde, com interesse de redução de demanda ou de apoio ao financiamento dos serviços.

Crescimento real: Crescimento tendo em conta a inflação.

Despesa catastrófica: Despesa em serviços de saúde que pode levar o agregado familiar a uma situação de pobreza. Isto acontece quando o pagamento pelos serviços de saúde excede em 10% ou 25% do consumo familiar (existem diferentes formas de medir, ver ODS 3.8.2).

Economia informal: Actividade económica não registada, que não contribui com impostos gerais e que não oferece mecanismos de protecção ante os riscos da vida aos seus trabalhadores.

Efeitos distributivos: Efeitos sobre a distribuição do rendimento, da riqueza, do bem-estar e das oportunidades numa sociedade.

Eficiência alocativa: A melhor alternativa na combinação de serviços ou bens de saúde que pode incrementar os resultados finais do sistema de saúde acima do *status quo*.

Eficiência técnica: A melhor alternativa possível no uso ou combinação dos *inputs* que pode produzir o mesmo nível de bens e serviços ao mínimo custo possível.

Financiamento agregado: Mecanismo de financiamento de políticas públicas que agrega recursos dos cidadãos, diferentemente daqueles em que cada um paga o serviço que requer (financiamento fragmentado)

Financiamento progressivo: Mecanismo de financiamento de políticas públicas no qual os colectivos da Sociedade com maior capacidade contribuem com uma percentagem maior do seu rendimento ou riqueza

Impostos gerais: Impostos sobre rendimentos (do trabalho e do capital), riqueza, consumo e actividade económica no geral, que servem para financiar as despesas do Estado em todos os âmbitos, incluindo a política pública social.

Índice de Gini: Índice para medir a dispersão de rendimento numa sociedade. Atribui uma escala entre 0 e 1 dependendo da diferença entre os rendimentos na sociedade e a igualdade perfeita.

Inflação: Taxa de variação dos preços, geralmente calculada de forma inter-anual.

Pacote Essencial de Cuidados de Saúde: Definição dos cuidados de saúde essenciais disponíveis no Serviço Nacional de Saúde.

Per capita: Medição que relaciona uma variável com o número de habitantes.

Protecção financeira: Políticas activas para reduzir a carga financeira que as famílias assumem para obter serviços de saúde quando precisam. A forma mais efectiva de proteger financeiramente é organizar sistemas públicos de financiamento de serviços de saúde.

Taxa de usuario: Pagamento no momento do uso dos serviços de saúde.

Termos nominais: Variáveis económicas e financeiras expressadas sem ter em consideração a inflação.

Termos reais: Variáveis económicas e financeiras expressadas tendo em consideração a inflação.

Receitas próprias: É a receita pública proveniente de pagamentos por outros órgãos e instituições do Estado, ou por entidades privadas, pelos serviços prestados no âmbito das suas atribuições legais. Exemplo: Serviços de Atendimento Especial; Venda de Medicamentos; Propinas normais dos Institutos e Centros de Formação de Saúde; Registo de Medicamentos.

Receitas consignadas: É a receita pública proveniente de tributos, impostos, taxas ou contribuições especiais, estabelecido em dispositivo legal que a vincula na totalidade, ou em parte, a um ou mais objectivos específicos. Exemplo: Assistência Médica e Medicamentosa (100%); Talonário; Internamento

Recursos domésticos: Recursos financeiros arrecadados de fontes internas da economia (Recursos do Tesouro proveniente de receitas fiscais e não fiscais arrecadadas no país).

Redistribuição de riscos de saúde: Mecanismo que permite integrar os fundos angariados numa só administração, onde o risco relacionado com as distintas intervenções de saúde é assumido por todos os integrantes do fundo e não pelas pessoas individualmente.

Abreviaturas

ASMED: Assistência Médica e Medicamentosa

AT: Autoridade Tributária

CFMP: Cenário Fiscal de Meio Prazo

CSP: Cuidados de Saúde Primários

CSU: Cobertura de Saúde Universal

CUT: Conta Única do Tesouro

DNT: Doenças Não Transmissíveis

DPS: Direção Provincial de Saúde

EFSS: Estratégia de Financiamento do Sector Saúde

FAE: Funcionários e Agentes do Estado

FMI: Fundo Monetário Internacional

GdM: Governo de Moçambique

ICE: Imposto de Consumos Específicos

IMASIDA: Inquérito de Imunização, Malária e HIV-SIDA

INCAM: Inquérito sobre as Causas de Mortalidade

INSS: Instituto Nacional de Segurança Social

IOF: Inquérito de Orçamento Familiar

MAEFP: Ministério da Administração Estatal e Função Pública

MEF: Ministério da Economia e Finanças

MISAU: Ministério da Saúde

MITESS: Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social

NV: Nados vivos

OE: Orçamento de Estado

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial da Saúde

PECS: Pacote Essencial de Cuidados de Saúde

PES: Plano Económico e Social

PESS: Plano Estratégico do Sector Saúde

PECS: Pacote Essencial de Cuidados de Saúde

PIB: Produto Interior Bruto

PNS: Política Nacional de Saúde

PQG: Plano Quinquenal do governo

UHC: Universal Health Coverage/Cobertura Universal em Saúde

REO: Relatório de Execução Orçamental

RHS: Recursos Humanos de Saúde

RMM: Rácio de Mortalidade Materna

TBM: Taxa bruta de mortalidade

TBN: Taxa bruta de natalidade

TGF: Taxa global de fecundidade

SARA: Service Availability and Readiness Assessment - Relatório

SDSMAS: Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UGB: Unidade Gestora Beneficiária

UGE: Unidade Gestora Executora

Sumário executivo

A presente Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) define os objectivos e intervenções estratégicas para o estabelecimento de um sistema de financiamento equitativo, eficiente e sustentável do sector saúde, possibilitando, desse modo, a prestação de cuidados de saúde eficazes, humanizados e com qualidade a todos os cidadãos, sem deixar ninguém para trás.

Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030 definem metas para criar um contexto favorável de apoio aos países, rumo à Cobertura Universal de Saúde (CSU). Os ODS definem na sua meta 3.8 (CSU) uma cobertura efectiva e abrangente dos serviços de saúde tendo em conta a protecção financeira à população.

O progresso no alcance da CSU passa por reduzir barreiras na busca e provisão de cuidados de saúde. Moçambique avançou de forma muito significativa na cobertura das necessidades de saúde e no financiamento do sector, com o objectivo de alcançar o desiderato de uma Cobertura Universal efectiva. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), incluindo o subsistema comunitário, é a materialização do esforço realizado para prover serviços promotivos, preventivos, curativos e reabilitativos a toda a população. A principal fonte de financiamento deste sistema de provisão pública é o Orçamento do Estado (OE), através de uma tributação geral diversificada que está alinhada com o objetivo de oferecer protecção financeira ao cidadão.

No entanto, permanecem desafios no SNS, nomeadamente no que concerne à cobertura insuficiente de serviços, especialmente em zonas rurais; à qualidade abaixo do padrão esperado; às ineficiências na gestão de serviços e recursos; e o risco de despesa catastrófica resultante dos pagamentos directos ao acesso dos serviços públicos de saúde no nível hospitalar especializado.

A agenda de Reformas do Ministério da Saúde em Moçambique (MISAU), pretende contribuir para superar os referidos desafios, tendo em conta a complexidade e a interligação de todos os aspectos relacionados com a gestão do sistema de saúde e o seu financiamento. Para sua materialização, é elaborada a presente EFSS que compreende três objectivos estratégicos para o período 2020-30, nomeadamente: (i) Contribuir para o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade, (ii) Promover a eficiência na alocação e uso de recursos no SNS, e (iii) Garantir o financiamento público suficiente e sustentável para o SNS.

Para assegurar o acesso universal de qualidade aos serviços públicos de saúde serão fortalecidos os Cuidados de Saúde Primários (CSP) definidos no Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) para o SNS. Neste contexto, prevê-se uma reforma do sistema de pagamentos no ponto de uso dos serviços, por forma que os serviços sejam acessíveis e os pagamentos simplificados, padronizados, regulamentados e geridos com transparência.

Por outro lado, para garantir ganhos na eficiência na alocação e uso de recursos atribuídos ao SNS, ênfase será dada na melhoria da medição do desempenho, no aperfeiçoamento dos instrumentos de planificação e na introdução de mecanismos estratégicos de pagamento que incentivem a boa governação e qualidade da prestação de serviços de saúde.

Em relação à alocação de financiamento público suficiente ao SNS, o Governo de Moçambique envidará esforços para o aumento progressivo do financiamento doméstico para o sector saúde. Do mesmo modo, será aumentada a taxação de produtos nocivos à saúde, como forma de diminuir a carga financeira para o sector e potencialmente obter recursos adicionais. Também, será introduzido progressivamente um Seguro Social de Saúde como mecanismo complementar de financiamento do SNS.

Um foco especial será atribuído à negociação com os Parceiros de Cooperação para o Desenvolvimento, para mobilizar e alinhar os fundos externos com as prioridades nacionais, especialmente o fortalecimento do SNS no seu todo, em consonância com os processos de planificação e orçamentação do país.

Introdução

O financiamento do sistema de saúde constitui uma das peças fundamentais para desenvolver sistemas de saúde funcionais que contribuam para o alcance da **Cobertura Universal em Saúde (CSU)**, reconhecida como parte fundamental do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 “Assegurar uma vida saudável e bem-estar para todos, em todas as idades”. A Cobertura Universal de Saúde estabelece que todas as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde de qualidade que precisam (promotivos, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos) sem incorrer em despesas elevadas que possam pôr em risco a sua situação financeira e levem a empobrecimento (OMS, 2010).

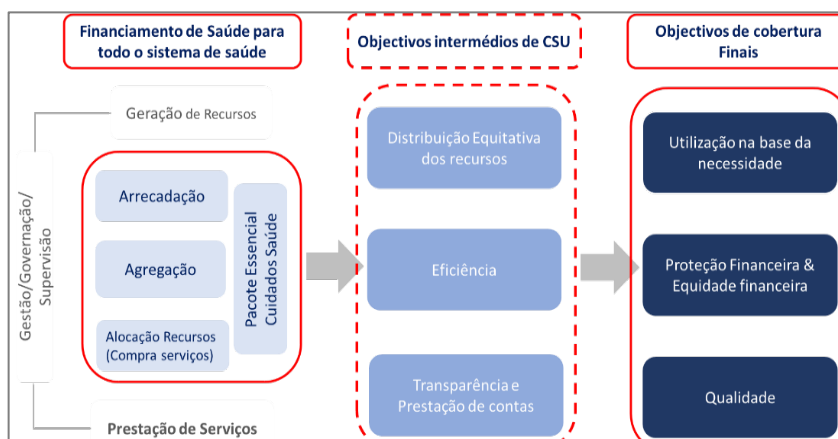
A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um marco conceptual de financiamento para os Sistemas de Saúde com vista ao alcance de Cobertura Universal de Saúde, que tem o objectivo final de garantir:

- O uso dos serviços de acordo com as necessidades de saúde da população;
- A protecção financeira no uso dos serviços e equidade financeira;
- A oferta de serviços suficientes e de qualidade.

Para o alcance destes, o marco conceptual estabelece igualmente os seguintes objectivos intermédios:

- Observar a equidade na distribuição dos recursos no sistema de saúde;
- Melhorar a eficiência na alocação e no uso dos recursos;
- Promover a transparência e prestação de contas.

Gráfico 1: Marco conceitual de financiamento ao Sistema de Saúde para o alcance da UHC



Fonte: Kutzin (2013): *Health financing for universal health coverage and system performance: concepts and implications for policy*. World Health Organization

O sistema de financiamento de saúde constitui ferramenta que permite avançar na resposta aos objectivos de CSU. Este é definido por 4 funções principais:

- 1) **Arrecadação de fundos:** Consiste na definição de políticas que garantam: uma arrecadação adequada de fundos para conseguir progressos na CSU; um financiamento principalmente proveniente de fontes públicas; equidade financeira entre todos os grupos da população; e garantir que o fluxo de fundos para o sector seja estável e predecível.
- 2) **Agregação dos recursos:** Consiste em agregar os fundos arrecadados de diferentes fontes (provenientes de receitas prepagas, tais quais taxas, impostos, etc) para prover serviços a toda a sociedade, de forma a que exista um grande espaço de redistribuição e subsídio cruzado entre aqueles membros da sociedade que tenham melhores condições de saúde e de posição sócio-económica, e aqueles que tenham uma situação mais vulnerável.
- 3) **Alocação dos recursos (compra de serviços):** Refere-se aos mecanismos de distribuição de recursos aos provedores de serviços de saúde com o objetivo de garantir máxima qualidade e eficiência dos serviços.
- 4) **Acesso ao Pacote Essencial de Cuidados de Saúde:** Refere-se ao conjunto de intervenções de saúde que devem estar disponíveis à toda população com base nos princípios de equidade e necessidades de saúde. Implica também decidir sobre que serviços poderão ser subsidiados, e si os cidadãos devem contribuir (aonde, quando e como) para aceder a estes serviços.

Na base do marco conceptual atrás referido, cada país escolhe a estratégia mais adequada para a organização do sistema de financiamento em saúde, de acordo com o seu contexto sócio-político, fiscal e económico, na perspectiva de obter melhores resultados rumo à CSU.

O presente documento propõe opções estratégicas a ser efectuadas pelo Governo de Moçambique (GdM) para melhoria do sistema de financiamento do sector saúde na perspectiva de atingir a Cobertura Universal de Saúde.

Contexto

Contexto internacional

O financiamento dos sistemas de saúde é um desafio global dos países rumo à CSU, especialmente no que concerne a acesso aos serviços, proteção financeira, equidade na distribuição dos recursos e qualidade prestada. A Assembleia Mundial de Saúde em 2010, recomendou aos países, através do Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2010), que estes assegurem fontes de financiamento domésticas, agregadas e progressivas para poderem alcançar a Cobertura Universal de Saúde

O GdM é signatário de compromissos globais no âmbito da agenda internacional para políticas públicas em saúde, sendo os mais relevantes:

a) A Saúde como Direito Humano

O Direito à Saúde é reconhecido como um dos direitos na Declaração dos Direitos Humanos de 1948, e na Convenção dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais de 1966. O Direito à Saúde pode ser referido como Direito à assistência sanitária.

b) Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Cobertura Universal de Saúde

O ODS 3 de “saúde e bem-estar para todos e em todas as idades” na sua meta 3.8, destaca o papel central da CSU para o alcance do ODS3. Através da CSU todo cidadão, em qualquer lugar, deve ter acesso aos cuidados de saúde promotivos, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos de qualidade, com protecção financeira.

Este compromisso foi reafirmado na Assembleia Geral das Nações Unidas em Setembro de 2019.

c) Compromisso de Abuja (2001): Os chefes de Estado dos países africanos assumiram o compromisso de alocarem pelo menos 15% do seu orçamento nacional às despesas com a saúde.

Contexto nacional

A Constituição da República de Moçambique, no art.89, refere explicitamente que *Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como*

o dever de promover e defender a saúde pública, e estabelece no art. 116 n.4 que o Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.

Em Moçambique, os documentos orientadores das políticas públicas de saúde são:

a) Plano Quinquenal do Governo (PQG) 2020 – 2024

O PQG é o principal instrumento de planificação de política pública. O pilar de Capital Humano inclui a expansão do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

b) Política Nacional de Saúde (PNS)

A PNS define as grandes linhas orientadoras de intervenção para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, através de actividades específicas para promover, preservar, manter e melhorar a saúde da comunidade em colaboração com outros sectores.

c) Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 – 19, com extensão para 2024

É sustentado por dois pilares estratégicos, nomeadamente: 1) **Mais e melhores serviços** de saúde, e 2) **Agenda de Reformas e Descentralização**, os quais assentam no objetivo de aumentar o acesso, a qualidade, a igualdade, a eficiência, o fortalecimento das parcerias, o aumento da transparência e fortalecimento do sistema de saúde.

Contexto macroeconómico e fiscal

O GdM está a levar a cabo um processo de consolidação fiscal gradual. A previsão de crescimento económico é de 2.2% para o período 2021-22 contra os 4,7% inicialmente previstos (FMI, 2020), devido aos efeitos da **pandemia do COVID19**, com efeitos imediatos na queda da arrecadação fiscal.

A implementação dos megaprojetos da indústria extractiva oferece uma importante oportunidade para o crescimento económico e para a arrecadar a receita tributária.

A Tabela 1 mostra as perspectivas macro-fiscais para os próximos anos e inclui as projecções do FMI para o período 2021-30

Tabela 1: Projecção macro-fiscal 2019-2030

Milhões Meticais 10³

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|--|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PIB (Milh MZN ³) | 956 | 947 | 967 | 999 | 1,039 | 1,080 | 1,124 | 1,169 | 1,215 | 1,264 | 1,314 | 1,367 |
| Arrecadação s/PIB | 28.9% | 24.9% | 26% | 28% | 25% | 29% | 30% | 30% | 31% | 31% | 32% | 32% |
| Arrecadação (Milh MZN ³) | 276 | 236 | 250 | 278 | 262 | 311 | 338 | 350 | 371 | 392 | 415 | 433 |
| Despesa pública (Milh MZN ³) | 272 | 340 | 390 | 418 | 462 | 505 | 558 | 612 | 667 | 723 | 773 | 823 |
| Despesa pública sobre PIB | 31% | 34% | 33% | 32% | 30% | 28% | 28% | 27% | 27% | 26% | 26% | 26% |
| Donativos e créditos (Milh MZN ³) | 9 | 45 | 45 | 62 | 60 | 58 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 54 |
| Despesa pública com Rec. Interno Milh MZN ³ | 257 | 307 | 345 | 356 | 402 | 447 | 502 | 556 | 611 | 667 | 717 | 769 |

Espera-se que o desenvolvimento económico e a tributação sejam determinantes para o alargamento do espaço fiscal e o financiamento significativo dos objectivos de saúde pública em Moçambique.

Impacto da Pandemia COVID19

No entanto, o efeito da pandemia do Covid-19 obriga a rever as previsões económicas a medida que os efeitos sociais e económicos sejam avaliados.

O SNS já enfrentava situações de subfinanciamento ao longo dos anos, entretanto com a atual pandemia da COVID19 a pressão sobre o sistema de saúde aumentou consideravelmente. Para responder a esta Emergência de Saúde Pública e outras futuras, e continuar a prestar Cuidados Essenciais de Saúde são necessários mais recursos para garantir um sistema de saúde mais resiliente. Mais recursos para o sistema de saúde permite responder a estes desafios e contribui para que os diversos sectores productivos retomem a sua actividade.

Bem-estar e desigualdades

A 4ª Avaliação Nacional de Pobreza e Bem-Estar (MEF, 2016) revela uma incidência de pobreza de consumo (monetária) de 46,1% para 2014-2015. A incidência de pobreza diminuiu comparativamente aquela observada no período 2009-10 (51,5%). O documento mostra um aumento relevante da desigualdade socioeconómica no país, especialmente em zonas urbanas e na zona Sul, onde as diferenças entre os grupos de maior e menor consumo aumentaram significativamente. O índice de Gini que mede a dispersão na distribuição do consumo aumentou de 0,42 a 0,47 de 2009 a 2015, sendo 0,55 na zona

Sul urbana. A desigualdade é considerada um dos determinantes sociais da saúde (OMS, 2008).

Análise da situação do sector da saúde

Estado de Saúde da população

O censo realizado em 2017 revela que entre 2007 e 2017 Moçambique alcançou progressos consideráveis nos indicadores de saúde:

A esperança de vida aumentou de 50.9 para 53.7 anos, sendo de 51 para homens e 56.5 para mulheres.

A Mortalidade Infantil (<5 anos de idade) reduziu de 93.6 para 67.3 por 1,000 NV (Nados Vivos)

O Rácio de Mortalidade Materna (RMM) reduziu de 500.1 para 451.6/100,000NV.

A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) reduziu de 13.8 para 11.8/1000hab. Contudo, a mortalidade materna registou poucos progressos.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) baixou de 42.2 em 2007 para 37.9/1000 habitantes em 2017, e

A Taxa Global de Fecundidade (TGF) reduziu de 5.7 para 5.2 durante o mesmo período.

O Inquérito Demográfico de Saúde de 2011 (IDS) mostra que 66% de crianças com idade de 12-23 meses receberam todas as vacinas básicas disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (BCG, DPT, poliomielite e sarampo).

Os cuidados pré-natais aumentaram de 85% em 2003 para 91% em 2011 e 93% em 2015.

A cobertura de partos institucionais apresentou melhorias com um aumento relevante de 48% em 2003 para 87% em 2018.

O Inquérito de Malária e SIDA de 2015 (IMASIDA) revela que 13,1% de adultos de 15-49 anos de idade são HIV positivos, sendo a prevalência maior nas mulheres (15%) do que nos homens (10%).

De acordo com os dados do INCAM 2007, as primeiras causas de morte em Moçambique são: malária (28.8%), SIDA (26.9%), doenças do período perinatal (6.5%), doenças diarreicas (4.4%), pneumonia (4.3%), acidentes/causas externas (3.9%).

O Relatório sobre Doenças Não Transmissíveis em Moçambique (2018) mostra o aumento da incidência das DNT, especialmente diabetes, hipertensão e trauma, bem como um crescimento dos factores de risco.

Provisão de serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde é garantida pelo Sistema Nacional de Saúde, composto por 3 subsistemas nomeadamente: Sector Público de Saúde (Serviço Nacional de Saúde), Sector Privado (lucrativo e não lucrativo) e o Subsistema Comunitário.

Acesso aos serviços de saúde

No sector público, o acesso aos serviços de saúde tem forma universal, embora se reconheça algumas limitações caracterizadas pelas seguintes barreiras:

- a) Insuficiente rede sanitária: O rácio de Unidades Sanitárias é de 0,57 por 10.000 habitantes, sendo o padrão de 2/10.000 (SARA, 2018). No entanto, 70,5% da população têm uma unidade sanitária a menos de 30 minutos a pé (IOF, 2015);
- b) Prontidão limitada de serviços oferecidos: No geral, os serviços de saúde estão disponíveis a todos os níveis de atenção, contudo a disponibilidade de alguns elementos indicativos, como medicamentos básicos, equipamento médico, meios de diagnóstico, normas e profissionais de saúde treinados é insuficiente, condicionando a qualidade dos serviços de saúde (SARA, 2018). O rácio profissional de saúde *versus* população continua baixo considerando o valor de referência;
- c) Existência de pagamentos que carecem de padronização e regulamentação;
- d) Insatisfação dos utentes com a qualidade encontrada no Serviço Nacional de Saúde, devido principalmente ao elevado tempo de espera e da falta de pessoal qualificado (IOF, 2015).

Utilização dos serviços de saúde

Segundo o Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF, 2015), a média de utilização dos serviços de saúde é de 69,7% da população, sendo 80% em zona urbana e 64% em zona rural. Segundo estes dados, de forma geral, o nível de rendimento não condiciona significativamente a utilização dos serviços, mas existe uma diferença de 18 pontos percentuais entre a utilização dos grupos de maior e menor rendimento (Quartil 5 e 1).

Entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde, 90% utilizam os serviços públicos de saúde (SNS), 5% utilizam serviços privados, através de clínicas, igrejas e entre outros, e os restantes 5% utiliza os serviços da medicina tradicional (IOF, 2015).

Protecção financeira e níveis de despesa catastrófica

Os níveis de co-pagamento no ponto de uso dos serviços de saúde são baixos comparativamente a outros países africanos, segundo evidência internacional (OMS, 2017). Contudo, as Contas Nacionais de Saúde mostram um ligeiro aumento dos pagamentos directos aos serviços de saúde de 6% em 2012 para 12% em 2015, o que constitui um fator a considerar na presente Estratégia de Financiamento.

Potencial catastrófico dos co-pagamentos de serviços de saúde

Considera-se que os co-pagamentos de serviços saúde podem ser catastróficos se se situarem acima de 10% ou 25% do consumo do agregado familiar (ODS, meta 3.8.2). Em Moçambique, os agregados familiares canalizam 1,3% do consumo não-alimentar à saúde (IOF, 2015). Neste sentido, será preciso monitorar os pagamentos elevados ao nível hospitalar especializado para evitar o risco de despesa catastrófica.

Eficiência na alocação e uso dos recursos

Para atingir CSU é necessário um financiamento adequado do Sistema de Saúde, mas à medida que a cobertura vai expandindo, emergem aspectos relacionados com a sustentabilidade financeira, eficiência e qualidade na prestação dos serviços. Os ganhos na eficiência (incluindo a redução de desperdício) é considerada uma das mais relevantes fontes de abertura de espaço fiscal para a saúde e é considerada uma componente-chave rumo à Cobertura Universal (OMS, 2010).

Em Moçambique, alguns estudos evidenciam um nível aceitável de eficiência, comparando os resultados de saúde com os recursos utilizados (OMS, 2018). Alguns estudos quantitativos apontam para uma provisão de serviço inferior à aquela possível com os recursos disponíveis (Banco Mundial, 2015), bem como os estudos sobre prestação de serviços indicam também ineficiências na gestão dos serviços, especialmente nas áreas de Recursos Humanos e seguimento de guiões de prática clínica (Banco Mundial, 2016).

Apesar de não haver suficiente publicação de análise de eficiências dentro do SNS, têm sido identificadas 3 grandes áreas onde existem oportunidades para aumentar a eficiência.

Medicamentos e Cadeia logística

- a) Elevado nível de perdas, especialmente na gestão de Medicamentos (15%) – (Estimação dos recursos necessários para a implementação do PESS 2014-19);
- b) Cadeia logística fragmentada, e com grandes dificuldades de fornecer medicamentos até a Unidade Sanitária (não há comando único centralizado) -
- c) Quantificação e planificação dos medicamentos e gestão dos concursos e contratos;
- d) Uso racional da lista de medicamentos essenciais.

Gestão e Alocação de Recursos Humanos

- a) Disparidades de produtividade dos RH em Saúde (Banco Mundial, 2016, Cabral, 2018), e
- b) Gestão dos RH durante o ciclo de vida laboral
- c) Alocação adequada de recursos humanos, com funções claras.

Integração dos programas na prestação de serviços ao nível local

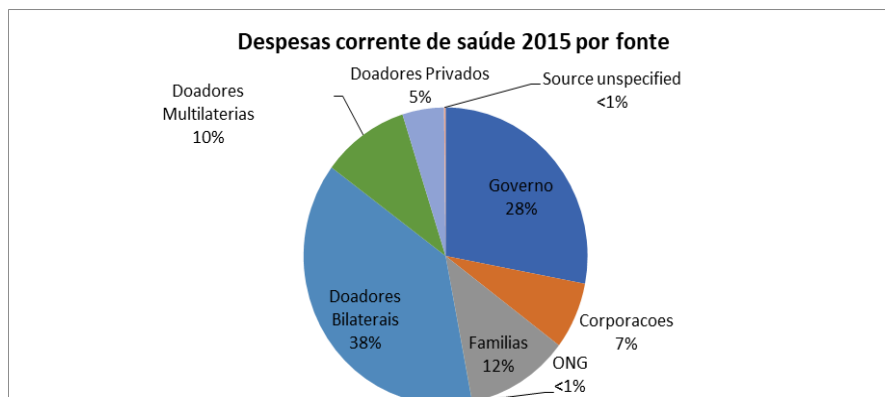
- a) Uso e gestão adequada de infraestruturas
- b) Perdas de oportunidade e duplicação de trabalho
- c) Custos administrativos elevados – 29% da despesa (Banco Mundial, 2015)

Financiamento do Sector Saúde

Despesa Total de Saúde e Fontes de financiamento

As Contas Nacionais de Saúde de 2015, indicam uma despesa total do sector saúde de **45.500 milhões Mzn em 2015** (1.430M\$). O financiamento do Estado representa 28% da despesa total, sendo que as famílias financiam 12% a través de pagamentos diretos, as empresas 7% a través de seguros privados, e os fundos externos 50%.

Gráfico 2: *Financiamento global do sector saúde em Moçambique, 2015 (CNS), por fonte de financiamento*



Financiamento do sector público de saúde

Visão global e evolução

Considera-se financiamento público do sector saúde, aquele que é gerido por instituições públicas. Portanto, inclui recursos domésticos (Recursos do Tesouro, receitas próprias e consignadas, incluindo ASMED como forma contributiva), e fundos externos geridos pelo MISAU (canalizados via Tesouro ou não), ver o gráfico 3 a seguir.

Em 2020, a despesa pública em saúde foi de 44.343 milhões de Mzn, segundo o Relatório de Execução Orçamental (MISAU, 2021).

Gráfico 3: *Despesa pública dedicada à saúde por fontes*

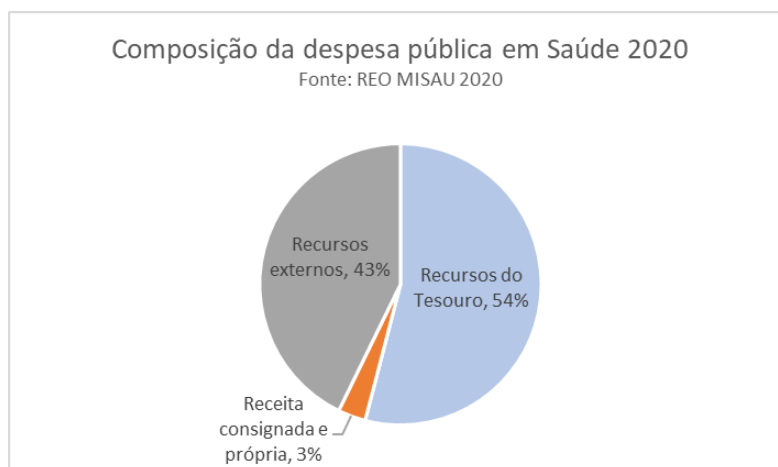
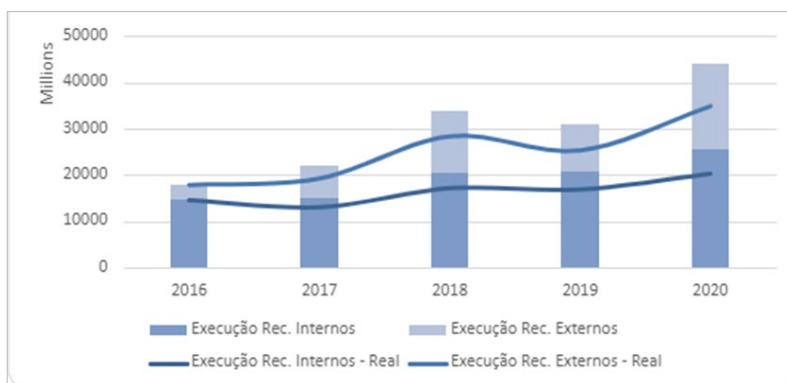
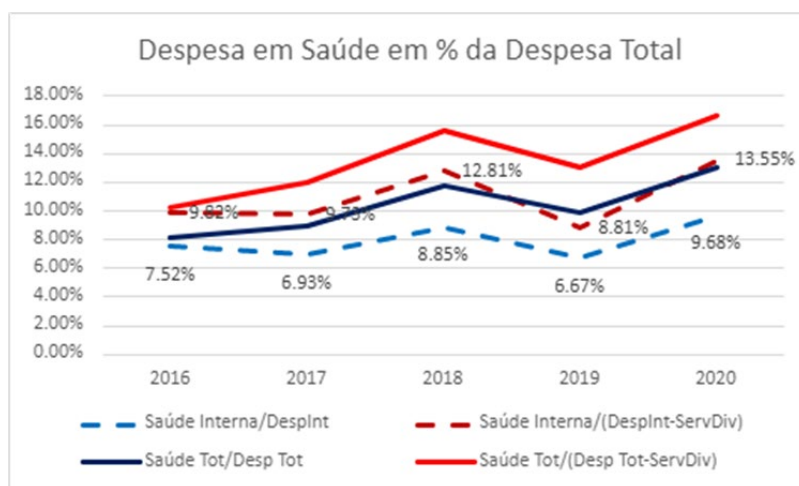


Gráfico 4: *Evolução da despesa pública dedicada à saúde 2016-2020*

Conforme o gráfico 5 abaixo, em 2020, a despesa pública de saúde representou 13,5% da execução da despesa pública total. Este cálculo inclui fundos externos inscritos no MISAU. Se foram excluídos os encargos gerais do Estado (operações financeiras e encargos da dívida), esta percentagem aumenta até 16%. Em 2020, por tanto, atingiu-se o Compromisso de Abuja em Moçambique. Este aumento está relacionado com o aumento de fundos internos e externos inscritos para combater a pandemia da Covid-19.

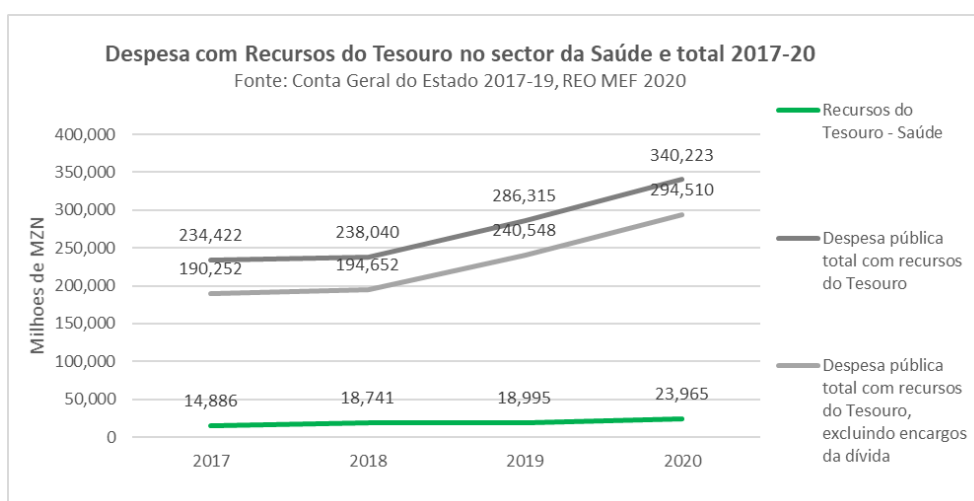
Gráfico 5: *Evolução da despesa pública dedicada à saúde*

Análise por fontes de recurso

Recursos do Tesouro

Os fundos do Tesouro experimentaram um aumento significativo desde 2008 (4.020 milhões de Mzn) até 2020 (23.965 milhões de Mzn) em termos nominais. No entanto, a despesa do sector saúde não acompanhou de forma proporcional a tendência crescente da despesa pública, especialmente no período 2018-19 (vide gráfico 5).

Gráfico 5: *Evolução da despesa do sector público de saúde com Recursos do Tesouro Vs despesa pública total*



Receita

b.1) Receita consignada com fins de cobertura médica e medicamentosa

ASMED - Assistência Médica e Medicamentosa

O Decreto 21/96 define uma contribuição obrigatória do 1,5% do salário dos aproximadamente 368.000 Funcionários e Agentes do Estado (FAE) para contribuição das despesas médicas no sector público, incluindo as famílias.

A arrecadação é canalizada directamente ao MISAU; representando aproximadamente cerca de 3,1% do orçamento executado (REO, 2019) e é utilizada maioritariamente na aquisição de medicamentos para o SNS.

Esta contribuição não representa um diferencial nos benefícios individuais do contribuinte.

b.2) Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)

O INSS arrecada contribuições dos trabalhadores do sector público e privado; estas contribuições constituem um desconto de 3% do salário do lado do trabalhador e 4% do lado do empregador. Os benefícios incluem a substituição de rendimento em caso de doença, invalidez e pensão (reforma).

b.3) Receita consignada e própria

As receitas consignadas provenientes de consultas externas, internamento, farmácia de venda pública, arrecadadas no ponto de uso e com base legal para a cobrança, representam cerca de 0,2% da despesa pública total do sector (REO, 2019).

Relativamente à receita própria (taxa moderadora, exames médicos e especializados, serviço de atendimento personalizado, actividades sociais, etc.), igualmente arrecadada no ponto de uso e sem padronização e regulamentação, representa cerca de 0,5% da despesa do sector (REO 2019).

A gestão destas receitas é complexa (implementação e abrangência da regulamentação), o que dificulta uma gestão eficaz de todo o ciclo de arrecadação, registo, canalização, consignação e uso.

Fundos externos

Moçambique recebe um volume significativo de recursos externos através de diversos mecanismos de financiamento (Fundos Comuns, iniciativas globais, fundos verticais). Estes são maioritariamente canalizados através de duas modalidades, nomeadamente: dentro da Conta Única do Tesouro (on CUT) ou fora da Conta Única do Tesouro (off CUT).

O peso total dos fundos externos no orçamento geridos pelo Ministério da Saúde foi de 35% em 2019 (REO, 2019), incluindo a gestão dos donativos em espécie.

A maior parte dos fundos externos é planificada, orçamentada e gerida fora do sistema nacional. Isto representa um desafio no alinhamento com o ciclo de planificação do GdM, na declaração dos fundos previstos e executados, e na coordenação das acções.

Mecanismos de partilha de riscos e agregação de fundos

O sector público de saúde em Moçambique constitui um grande espaço de redistribuição de custos e riscos, materializado no SNS, o qual cobre toda a população independentemente da sua posição social ou laboral. O SNS é financiado via impostos gerais agregados através do Tesouro no Ministério da Economia e Finanças (MEF), que actua como *pool* (espaço de agregação). Não obstante, os fundos agregados no Tesouro e destinados à saúde através da política orçamental, não conseguem cobrir as necessidades do SNS na sua função de prestador de serviços de saúde de qualidade à população.

Adicionalmente, uma pequena parte da população é coberta pelos seguros privados voluntários, que representam 7% da despesa em Saúde (CNS, 2015). Estes seguros oferecem dobre cobertura dos seus contribuintes, uma vez que o acesso ao SNS é universal. Os seguros privados (voluntários) só partilham riscos e custos entre os associados e não tem qualquer forma de contribuição para o sector público de saúde.

Ainda, existem também seguros do ramo automóvel que cobrem danos relacionados com a saúde resultantes de acidentes de viação, sendo uma das causas externas da morbi-mortalidade no país. Contudo, há uma fraca capacidade de recuperação de custos por parte do sector público de saúde, que carece de regulamentação.

Mecanismos de compra e pagamento de serviços

O Serviço Nacional de Saúde é o maior provedor de serviços públicos de saúde, através das 1.674 unidades sanitárias que compõem a rede sanitária pública, das quais 1.609 de nível primário, 51 de nível secundário, 7 de nível terciário, 7 do nível quaternário, 1 hospital especializado e 2 hospitais militares (MISAU 2019)¹.

A compra de serviços de saúde no SNS é realizada através da alocação de recursos *ex-ante* no início do ano para a prestação dos cuidados de saúde. As alocações são feitas directamente pelo MEF através das Unidades Gestoras Executoras (UGE) e Beneficiárias (UGB) de nível distrital, provincial e central com base em planificações anuais, orçamentos históricos, ajustes por densidade populacional e perfil epidemiológico. Os orçamentos são aprovados pela Assembleia da República e constituem Lei orçamental.

¹ Anuário Estatístico 2019, DPC/DIS

A dotação orçamental às instituições prestadoras de serviços de saúde é realizada por linhas orçamentais, método de pagamento prospectivo que consiste em um orçamento fixo (que pode ser actualizado) para cobrir as despesas por *inputs* (RH, medicamentos, etc) e com limitada flexibilidade para movimentar os fundos entre as diferentes linhas orçamentais. Por outro lado, o pagamento ao pessoal de saúde é realizado com base na categoria profissional e não com base no desempenho. Estes mecanismos de compra são considerados passivos, pois não criam incentivos financeiros para os provedores (US ou RH) melhorar o seu desempenho, focando na qualidade, a obtenção de resultados e prestação de contas.

A introdução progressiva de mecanismos de compra mais estratégicos é também uma via para obter ganhos significativos na eficiência do sistema. Neste sentido, denotam-se ainda lacunas nas seguintes áreas:

- a) Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) recebem recursos limitados para responder às necessidades de saúde da comunidade.
- b) Observância de iniquidades territoriais que persistem na alocação de recursos, tais como a alocação de Recursos Humanos, e a diferenças na sua produtividade devido às diferentes cargas de trabalho (Banco Mundial, 2016)
- c) Observância de verticalização e fragmentação dos fundos externos (MISAU 2018)
- d) Na gestão, maximização e uso dos recursos disponíveis.

Pontos fortes e desafios

A seguir são analisados os pontos fortes e os desafios do sistema de financiamento do sector público de saúde nos seus esforços de dotar ao sistema de capacidade para fazer face às necessidades de saúde dos cidadãos e de garantir a proteção financeira dos utentes.

Cobertura de necessidades de saúde (acesso, uso, qualidade)

a) Pontos fortes

- i. Rede sanitária pública com presença territorial, sendo que mais de 90% desta oferece cuidados de saúde primários;
- ii. Acesso universal a cuidados essenciais de saúde, com destaque para o acesso ao pacote de serviços de saúde materno-infantil;
- iii. Baixos pagamentos no ponto de uso, incluindo amplas isenções a grupos específicos;

- iv. Subsistema de saúde comunitário que complementa a rede sanitária pública, alargando o acesso dos serviços de saúde às comunidades.

b) Desafios

- i. A disponibilidade dos serviços é limitada: Persistem dificuldades no acesso a determinados serviços. O índice de disponibilidade global de serviços é de 28% (SARA, 2018). Em relação a prontidão, 14% das unidades sanitárias têm disponibilidade completa de todas as componentes básicas para o seu funcionamento;
- ii. 47% dos utentes não estão satisfeitos com a qualidade encontrada no Serviço Nacional de Saúde. As razões principais são os elevados tempos de espera e falta de pessoal qualificado (IOF, 2015);
- iii. Existe uma maior pressão sobre os serviços de saúde devido à transição epidemiológica e demográfica;
- iv. Persistência do sub-financiamento do SNS para responder à operacionalização dos programas do sector;
- v. Persistência de ineficiências técnicas, alocativas e de uso dos recursos atribuídos ao sector saúde.
- vi. Falta de regulação ao sector privado na componente do fluxo e retro-informação

Protecção financeira

a. Pontos fortes

- i. Baixos pagamentos no ponto de uso (taxas de usuário);
- ii. Os agregados familiares não incorrem em despesa catastrófica no acesso aos serviços de saúde de forma geral (IOF, 2015); Moçambique tem mecanismos de protecção financeira no acesso aos serviços de saúde.

b. Desafios

- i. Potenciais barreiras financeiras de acesso aos serviços, associadas a co-pagamentos ou taxas de usuário ao nível hospitalar especializado, bem como aos pagamentos informais;

c. Ameaça

- i. Pagamentos no ponto de uso como uma fonte relevante de financiamento para o sector público de saúde

Quadro estratégico do financiamento ao SNS

Um sistema de financiamento funcional é essencial para que o SNS possa prover serviços de saúde de forma atempada e com qualidade, rumo ao alcance dos objectivos da Cobertura Universal. Portanto, o sistema de financiamento precisa ser especificamente desenhado para que o SNS possa: **(i)** providenciar serviços de saúde a todos os cidadãos de acordo com a sua necessidade e com suficiente qualidade para serem efectivos e, **(ii)** assegurar que a utilização dos serviços não constitua barreiras financeiras aos utentes do SNS.

Assim, o presente documento define o quadro estratégico de financiamento para o SNS em Moçambique, o qual compreende a visão, os princípios, os objectivos e intervenções estratégicas a serem implementadas num horizonte temporal de 10 anos.

Visão do Sistema Nacional de Saúde

De acordo com o Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS), o Sistema Nacional de Saúde visa *“contribuir para que todos os moçambicanos, em especial os grupos mais vulneráveis, possam disfrutar de melhor saúde possível a um custo acessível ou comportável para o país e para o cidadão, contribuindo, assim, para o combate à pobreza e promoção do desenvolvimento”*.

O PESS 2014-2019 (2024) apresenta os seguintes objectivos estratégicos: (i) Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde; (ii) Melhorar a qualidade e humanização; (iii) Reduzir as desigualdades; (iv) Melhorar a eficiência; (v) Fortalecer as parcerias; (vi) Aumentar a transparência e prestação de contas e (vii) Fortalecer o sistema de saúde.

Princípios e valores

- a) **Universalidade:** Garantir acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção;
- b) **Qualidade** como eixo central da actividade do SNS;
- c) **Eficiência** no uso dos recursos públicos, medição e alcance de resultados;
- d) **Equidade** no acesso e uso dos serviços de saúde;
- e) **Transparência** e prestação de contas;

Objectivos estratégicos de financiamento para o período 2020-2030

1. Contribuir para o **acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade;**

2. Promover a **eficiência** na alocação e uso de recursos no SNS;
3. Garantir o financiamento público **suficiente e sustentável** para o SNS.

Intervenções por objectivos estratégicos de financiamento em saúde

1. Contribuir para o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade

O financiamento da saúde constitui uma ferramenta essencial para garantir o acesso universal aos serviços de saúde eficazes e com qualidade. As intervenções estratégicas propostas visam assegurar a implementação do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) no âmbito do SNS, abrangendo ao máximo as necessidades da população e garantindo a sua protecção financeira.

1.1 Implementação de um Pacote Essencial de Cuidados de Saúde (PECS) a todos os cidadãos

Conforme os objectivos de equidade e acesso do PESS 2014-2019 (2024), todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços definidos no PECS, o qual constitui o pacote essencial de serviços que o sector público de saúde deve providenciar aos cidadãos, em função das suas necessidades de saúde, e ao longo do ciclo da vida. O sistema de financiamento do sector público, deverá contribuir de forma progressiva na melhoria do acesso aos serviços de saúde com qualidade e equidade, sem deixar ninguém para trás.

O PECS prevê:

- a) **Ampliação da oferta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e sub-sistema comunitário:** Estes contemplam um conjunto de serviços preventivos, de diagnóstico e de tratamento para responder às necessidades dos indivíduos, através de intervenções reconhecidas como de custo-eficácia, reduzindo despesas actuais e futuras para o sistema de saúde.
- b) **Alocação adequada de recursos para os CSP:** Esta estratégia visa o fortalecimento dos CSP que devem responder por cerca de 80% das necessidades de saúde da população.
- c) **Abordagem aos desafios emergentes que influenciam o estado de saúde das populações:** esta abordagem focalizará atenção contínua à transição demográfica, epidemiológica, sócio-económica e às ameaças à segurança sanitária e ambiental.

- d) **Foco na melhoria da qualidade da prestação de serviços:** para garantir a existência de padrões de qualidade de serviços e a monitoria rotineira do desempenho do sistema.

1.2 Reforma do sistema de pagamentos no ponto de uso (Taxa de usuário)

Os pagamentos directos no ponto de uso no SNS serão estruturados por forma a não representar barreiras financeiras para o utente no acesso aos serviços de saúde, através dos seguintes mecanismos:

- Um circuito único de informação pública sobre receita no sector da saúde, incluindo planificação, arrecadação, declaração, consignação, e uso, bem como todas as instituições envolvidas (MISAU, DPS, SDSMAS, AT, MEF);
- Uso de procedimentos nacionais em todos os passos da gestão da receita;
- Valoração da opção de uso na fonte (com MEF), assegurando que as US planifiquem, programem, inscrevam e arrecadam a receita de acordo com a legislação vigente (Lei do SISTAFE) mantendo sempre o Orçamento do Estado como fonte de financiamento principal do funcionamento das US;
- Estabelecimento de mecanismos permanentes de monitoria das Taxas do Usuário e seus efeitos no acesso aos serviços de saúde, protecção financeira e desigualdades, que possibilitem as mudanças das taxas quando necessário, incluindo os custos de transacção e administrativos associados, bem como a relevância orçamental a todos os níveis de atenção;
- Simplificação do pagamento de taxas do usuário no SNS: Estabelecimento de tipos de pagamento, fixos, simples, claros, compreensíveis, e conhecidos antes do utente procurar o serviço;
- Padronização, regulamentação dos pagamentos diretos no SNS, com as seguintes características:
 - i. **Pagamentos baixos:** que minimizem as barreiras à entrada ao SNS garantindo assim que o consumo em saúde dos agregados familiares não exceda 10% ou 25% do orçamento familiar como o estabelecido nos indicadores de protecção financeira plasmados no ODS (3.8.2)²;

²Tendo em conta que o quintil 1 consome 427 Mzn/pessoa/mês (INE, 2015), os pagamentos máximos seriam **42 – 106 Mzn por pessoa por mês** para os níveis de consumo de 2015 ou 231-533 Mzn por agregado familiar. A dificuldade está em que os pagamentos no Serviço Nacional de Saúde são estabelecidos por procedimento e não por mês.

- ii. **Pagamentos fixos:** constituem pagamentos à entrada de forma igual para todos, independentemente do número e complexidade dos serviços a serem utilizados. Serão evitados os co-pagamentos como percentagem de custo total do serviço, independentemente da sua complexidade;
- iii. **Isenções globais, não pessoais:** serão priorizadas isenções nos seguintes tipos de intervenção: (a) por grupo populacional: Por exemplo, portadores do cartão da Assistência Social, Mulher Grávida, Crianças 0-5, doentes crónicos e idosos; (b) por tipo de intervenções: Por exemplo, Imunização e Saúde Materno Infantil;
- iv. **Comunicação clara e massiva** sobre os serviços garantidos, obrigações dos pacientes, referências, co-pagamentos e isenções;
- v. **Redução da incidência dos pagamentos informais:** serão fortalecidos os mecanismos de controle e as acções disciplinares associadas, em concordância com a Estratégia Nacional para a Prevenção e Combate às Cobranças ilícitas do Ministério da Saúde 2017-2023.

1.3 Desenvolver Parcerias Público-Privadas

No quadro da implementação do PECS poderá se considerar a opção de colaboração e de parcerias com provedores privados (com e sem fins lucrativos) para fornecer os serviços de CSP, especialmente nas zonas ruais carentes da rede pública, sempre obedecendo aos requisitos de acesso e padrões de qualidade definidos pelo MISAU. Com antecedência, será analisada a vantagem comparativa entre a provisão directa e a terciarizada, tomando em conta volume de serviços, qualidade na prestação e custos.

2. Promover a eficiência na alocação e uso de recursos no SNS

O objectivo principal desta componente circunscreve-se no fortalecimento dos mecanismos de alocação para incentivar a prestação de serviços com elevada qualidade no SNS. Para a sua materialização estão previstas as seguintes:

2.1 Aperfeiçoamento dos mecanismos de planificação e orçamentação

- a) Planificação e Orçamentação por Programas orientada para Resultados;
- b) Priorização do financiamento para Cuidados de Saúde Primários, fortalecendo as intervenções de promoção e prevenção que mostrem eficiência, eficácia e redução de custos totais para o sistema de saúde;

- c) Aplicação de critérios de alocação de recursos para progressivamente corrigir as iniquidades em saúde.

2.2 Introdução de mecanismos estratégicos de alocação de recursos para incentivar a boa governação, eficiência e qualidade na prestação de serviços

- a) Exploração de mecanismos de financiamento às unidades sanitárias baseado no desempenho, priorizando as alocações *per capita* por área de saúde nas unidades de atendimento primário.
- b) Introdução de mecanismos de pagamento baseado no desempenho a prestadores de serviços de saúde que incentivem a uma melhor produtividade e qualidade, de acordo com objectivos mensuráveis e previamente acordados.

2.3 Medição da eficiência de forma contínua nas US para a tomada de decisão no uso dos recursos

A presente intervenção visa estimular a análise do desempenho da prestação de serviços por níveis de atenção, em relação aos recursos alocados e executados. A introdução do sistema de custeamento de serviços e intervenções médicas nas US torna-se uma ferramenta chave para a tomada de decisões racionais na melhoria da gestão dos recursos nas US.

2.4 Opções de terciarização

Serão exploradas opções de terciarização na gestão dos serviços não clínicos na rede hospitalar como um dos potenciais mecanismos de ganhos na eficiência.

3. Garantir o financiamento público suficiente e sustentável para o SNS

Para dotar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com recursos necessários para o seu funcionamento sustentável, as intervenções estratégicas são:

3.1 Priorização do Orçamento do Estado para a Saúde

Como forma de materializar a presente intervenção estratégica o MISAU deverá manter o diálogo com o MEF e diferentes grupos de interesse na busca da sustentabilidade do sector; para o efeito estão previstas as seguintes acções:

- **Aumento de recursos ao Sector Saúde**, tendo em conta o Compromisso de Abuja, os objectivos e metas de financiamento do sector (Financiamento interno s/PIB e despesa em Saúde per capita).

Tomando em conta a situação macro fiscal do país, na base das projecções do FMI e do MEF, as perspectivas de financiamento do SNS para os próximos anos de acordo com as Tabelas abaixo, são:

Tabela 2: Projeção dos indicadores de despesa pública em Saúde 2021-30

| Indicadores internacionais | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|--|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Compromisso de Abuja | 12% | 16% | 13% | 13% | 13% | 12.2% | 12.1% | 12.0% | 11.9% | 11.8% | 11.8% | 11.9% |
| Saúde com Recursos Internos - s/PIB | 2.0% | 2.5% | 2.9% | 3.3% | 3.7% | 4.0% | 4.4% | 4.7% | 5.0% | 5.4% | 5.7% | 6.0% |
| Saúde com recursos do sector (MISAU) - s/PIB | 3% | 4% | 5% | 5% | 5% | 5% | 6% | 6% | 6% | 6% | 7% | 7% |
| Dólares per capita (USDpc) com Recursos internos | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 30 | 32 |

A tabela 2 acima mostra o comportamento estimado dos indicadores e metas de financiamento considerados mais relevantes. Estes resultados têm sido calculados tendo em conta um aumento gradual das alocações ao sector saúde na base da relevância orçamental observada em 2018, e considerando o cenário se não houver o esforço financeiro adicional que é proposto e comprometido nesta Estratégia.

As principais medidas de financiamento se definem da seguinte forma:

- a. **Despesa pública em Saúde sobre Despesa pública total:** O Compromisso de Abuja estabelece que os países africanos devem alocar 15% da despesa pública ao sector da Saúde. Moçambique cumpriu o indicador em 2020;
- b. **Despesa pública interna em Saúde em relação ao PIB:** As referências internacionais estimam 5-6% dos recursos internos em relação ao PIB destinados à Saúde para atingir resultados satisfatórios na Cobertura Universal. Moçambique destinou um 2,5% do PIB à Saúde com recursos públicos internos em 2020;
- c. **Despesa pública interna em Saúde per capita:** Os padrões internacionais recomendam destinar aproximadamente 86 US\$ per capita (OMS, 2018). Moçambique destinou 12 US\$ por capita em despesa pública interna em 2019;

A tabela 3 abaixo ilustra as estimativas de necessidades de financiamento descrita para o período 2021-30. Toma-se como referência os custos de operação do SNS para a materialização do **Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS)**, estimados em 1.366 milhões de USD para 201, segundo o estudo de *Necessidades de recursos estimados para*

a implementação do PESS com a metodologia *OneHealth* (MISAU, 2014). Adiciona-se a previsão de crescimento populacional.

Seguindo estas indicações, estima-se um volume de recursos necessário de 95.460 milhões de meticais em 2020 para cobrir as despesas de implementação do PESS, com uma progressão até 141.305 milhões de meticais em 2030.

Tabela 3: Previsão das necessidades de financiamento em saúde (2020-2030)

| Previsões de necessidades de financiamento - Base: Custeamento do PESS e cálculos próprios, adicionando crescimento populacional | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| Estimações de custo futuro - (Milh MZN) | 91,789 | 95,460 | 99,279 | 103,250 | 107,380 | 111,675 | 116,142 | 120,788 | 125,619 | 130,644 | 135,870 | 141,305 |
| Estimações de custo futuro pc (MZN) | 3,015 | 3,054 | 3,092 | 3,131 | 3,171 | 3,211 | 3,252 | 3,293 | 3,335 | 3,377 | 3,420 | 3,463 |
| Estimações de custo futuro pc (USD) | 50 | 51 | 52 | 52 | 53 | 54 | 54 | 55 | 56 | 56 | 57 | 58 |

Com uma despesa pública em saúde sob gestão do MISAU de 44.343 milhões de meticais em 2020, incluindo recursos domésticos e financiamento externo canalizado via CUT ou reportado ao MISAU, o hiato de financiamento respeito ao custeamento pode ser estimado em aproximadamente 51.123 milhões de meticais.

A tabela 4 define o compromisso do Governo para o período 2021-2030 em financiamento da Saúde com Recursos Internos com o objectivo de reduzir progressivamente o hiato e financiar o PESS com recursos domésticos. Os aumentos anuais em valores nominais partem da situação observada em 2020 (+4.000 milhões), e projetam aumentos semelhantes e maiores a medida que o PIB é previsto aumentar.

Estes incrementos são consoantes às expetativas de crescimento económico e arrecadação fiscal dos próximos anos, e juntamente com os fundos externos sob gestão do MISAU permitirão aproximar o nível de recursos estimados necessários para conseguir os resultados do PESS.

Tabela 4: Proposta de aceleração da despesa pública (2020-2030)

Milhões de MZN 10³

| Previsões de despesa no sector público de Saúde - Estimativas próprias | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| Saúde com Recursos do Tesouro (Milh MZN ³) | 19 | 23.9 | 28 | 33 | 38 | 43 | 49 | 55 | 61 | 68 | 75 | 82 |
| % Despesa Saúde com Rec. Interno | 7.4% | 7.8% | 8.1% | 9.3% | 9.5% | 9.6% | 9.8% | 9.9% | 10.0% | 10.2% | 10.5% | 10.7% |
| Total Geral do Sector - MISAU (REQ) Milh MZN ³ | 29 | 44 | 46 | 50 | 54 | 58 | 64 | 70 | 76 | 82 | 88 | 94 |
| Saúde com Recurso Interno + Externo Milh MZN ³ | 50 | 65 | 67 | 71 | 75 | 79 | 85 | 91 | 97 | 103 | 109 | 115 |
| Porcentagem de necessidade coberta com Rec.interno | 21% | 25% | 28% | 32% | 35% | 39% | 42% | 46% | 49% | 52% | 55% | 58% |

Como descrito na tabela 4, a proposta de aceleração da despesa pública interna em saúde prevê um aumento dos recursos internos de forma a passar de um 7,8% do Orçamento de Estado em 2020 até um 10,7% em 2030; isto pressupõe um incremento da despesa per capita de \$10 em 2019 para \$32 em 2030, bem como uma cobertura de necessidades que passa de 24% a 58%.

| Indicadores internacionais | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|--|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Compromisso de Abuja | 12% | 16% | 13% | 13% | 13% | 12.2% | 12.1% | 12.0% | 11.9% | 11.8% | 11.8% | 11.9% |
| Saúde com Recursos Internos - s/PIB | 2.0% | 2.5% | 2.9% | 3.3% | 3.7% | 4.0% | 4.4% | 4.7% | 5.0% | 5.4% | 5.7% | 6.0% |
| Saúde com recursos do sector (MISAU) - s/PIB | 3% | 4% | 5% | 5% | 5% | 5% | 6% | 6% | 6% | 6% | 7% | 7% |
| Dólares per capita (USDpc) com Recursos internos | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 30 | 32 |

O incremento de recursos internos irá responder de forma progressiva às necessidades do sector, nas áreas críticas de desenvolvimento para os próximos anos (Recursos humanos, infraestrutura, equipamento e consumíveis).

Será necessário produzir evidências sobre as necessidades custeadas do sector, a mudança do perfil epidemiológico e sanitário do país, o desempenho do sector, a eficiência e eficácia na gestão de despesa pública e o seu enquadramento no Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP). A operacionalização destas funções técnicas pressupõe a criação de uma unidade técnica de análise de financiamento no Ministério da Saúde ajustando-se a potenciais reformas institucionais do Sector.

Os objectivos e as metas financeiras serão reflectidos nos Cenários Fiscais de Médio Prazo (CFMP) e nos Orçamentos anuais correspondentes. O ajustamento destes, deverá ser progressivo e baseado na capacidade de transformação dos recursos em resultados de saúde.

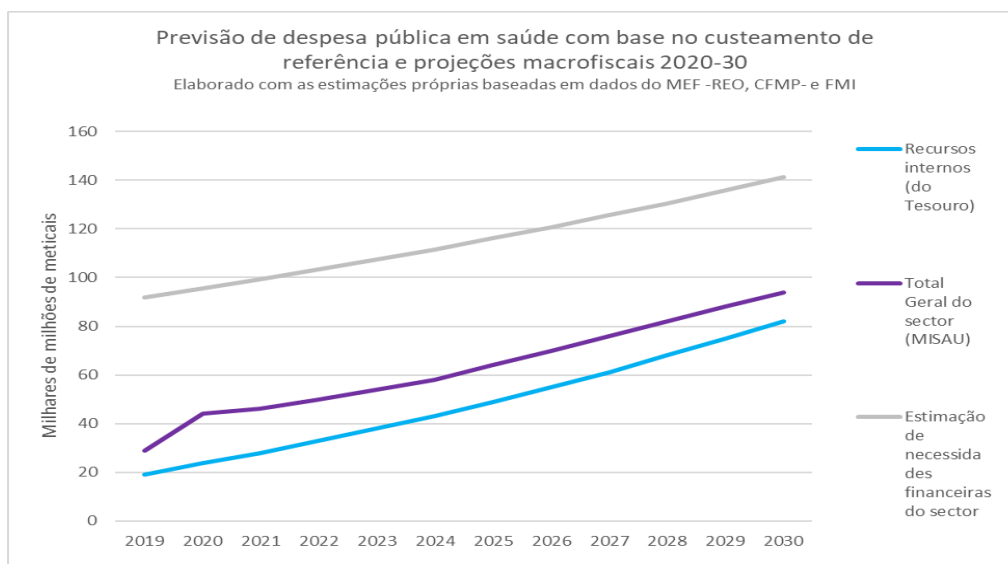
Assim, a aceleração do financiamento em saúde até 2030 dependerá de vários factores ligados à evolução do quadro macro fiscal do país, desenvolvimento produtivo, a capacidade de arrecadação fiscal e as prioridades da política orçamental.

Adicionalmente, é imperativo o acompanhamento do quadro macro fiscal com a governação e gestão adaptadas às leis de descentralização administrativa e financeira, visando reduzir as iniquidades territoriais na alocação de recursos.

Apesar da relevância actual dos recursos externos ao sector, é fundamental aumentar progressivamente os recursos internos para a saúde de forma a reduzir a dependência externa em áreas estruturantes do SNS.

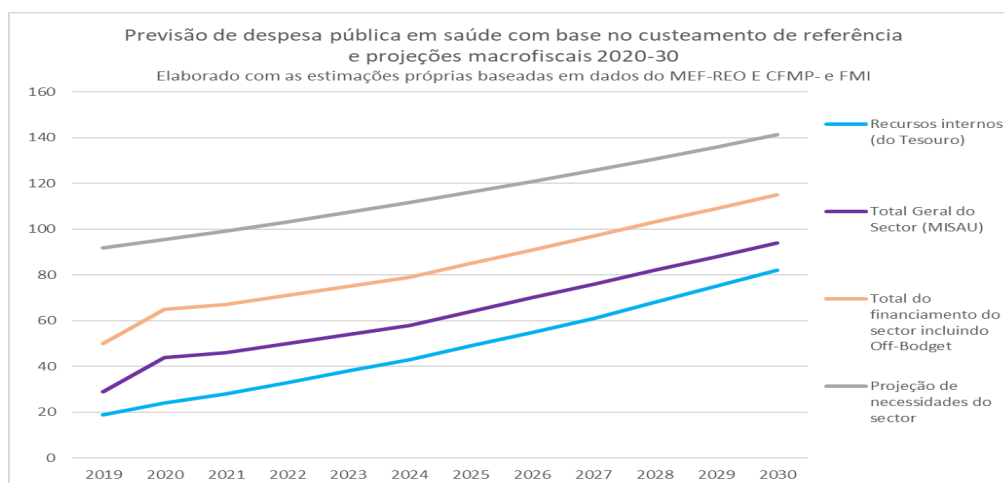
O Gráfico abaixo, descreve sumariamente a previsão da despesa pública nos dois cenários, maior e menor priorização, bem como as necessidades financeiras do sector e a contribuição dos fundos externos subgestão do MISAU.

Gráfico 8: Previsão de despesa pública em saúde com base no custeamento de referência e projeções macrofiscais 2021-30



Dada a relevância dos fundos externos não inscritos nos instrumentos de planificação e reporte do MISAU (Off-CUT), o seguinte gráfico analisa a contribuição que estes fundos poderiam fazer para avançar no financiamento do sector, especialmente se uma parte significativa fosse canalizada via procedimento nacional.

Gráfico 9: Previsão de despesa pública em saúde com base no custeamento de referência e projeções macrofiscais 2021-3



3.2 Aumento e consignação de Impostos e Taxas relacionados com a saúde como medida de aumento de espaço fiscal

Para o efeito propõe-se um aumento dos impostos relacionados com a saúde e a regulação de determinados produtos, com o objectivo de reduzir a carga de doença e o custo financeiro actual e futuro para o SNS, e consignar uma parte da arrecadação ao sector da Saúde.

Dado o aumento da prevalência das Doenças Não Transmissíveis (DNT) e a carga financeira para o Serviço Nacional de Saúde, existe a necessidade de reduzir o consumo de substâncias nocivas e produtos alimentares não saudáveis, bem como a exposição a tóxicos. Esta redução significará ganhos no estado de saúde da população e consequentemente a redução de custos para o SNS.

Esta redução de consumo poderá ser conseguida com regulação de preços de venda e introdução de impostos

O MISAU trabalhará com o MEF e com a Autoridade Tributária e demais autoridades competentes para a modificação periódica do Imposto de Consumos Específicos (ICE) e a a consignação de impostos ao sector saúde, nas seguintes linhas:

- a) Aumentar da taxação existente do tabaco, álcool e bebidas açucaradas
- b) Taxar novos produtos dentro do ICE: Produtos alimentares enlatados, carne processada;
- c) Introduzir a consignação à saúde da taxação relativa à Saúde e da taxação dos seguros de automóvel e outros transportes;
- d) Estudar da viabilidade da taxação de outros produtos, tais como os produtos alimentares ultra processados, embalagens plásticas e sectores económicos contaminantes.

3.3 Alinhamento dos fundos externos com a provisão de serviços no SNS

Gradualmente, o financiamento externo deverá estar plenamente alinhado com as políticas orçamentais e do sector, para a provisão de serviços no SNS com a estrita observância das componentes a seguir:

- a) Advocacia na mobilização de fundos externos, para complementar a lacuna de financiamento e a implementação do pacote essencial de cuidados de saúde;
- b) Alinhamento dos fundos externos de acordo com o procedimento nacional
- c) Focalização dos fundos externos em investimentos estratégicos que permitam o desenvolvimento do sistema de saúde.

3.4 Introdução progressiva do Seguro Social de Saúde obrigatório

Este seguro, gerido publicamente, estabelece uma modalidade de pré-pagamento obrigatório dos serviços de saúde para todos os cidadãos. Prevê-se que o sector formal da economia contribua via desconto salarial. Para a economia informal, serão avaliados mecanismos de pré-pagamento, em linha com aqueles que já existem na Segurança Social. O Orçamento Geral do Estado cobrirá a população não contribuinte.

O MISAU continuará a manter o diálogo com a Comissão Inter-ministerial (MEF, MISAU, MAEFP, MTSS) para a obtenção de consensos na definição e implementação do Seguro Social de Saúde.

O Seguro Social de Saúde terá como objectivos contribuir para:

- a) o financiamento do Serviço Nacional de Saúde;
- b) a melhoria da qualidade dos serviços de saúde;
- c) a garantia na prestação completa do PECS com elevada qualidade a favor dos contribuintes e outros beneficiários.

As acções necessárias para a implementação do Seguro Social de Saúde são:

Desenhar o mecanismo de funcionamento e arranjos institucionais, que definam:

- a) os valores e princípios do Seguro
- b) a entidade gestora do Seguro de Saúde: Composição, governação, mandato, marco legal, monitoria
- c) as contribuições dos agregados familiares e do Estado, na base do custeamento do pacote de serviços, incluindo estudo de carga tributária e efeitos distributivos; definição das fontes de financiamento (tipos de receitas).

- d) os provedores pagos pelo Seguro, os grupos populacionais cobertos, serviços oferecidos com base no pacote essencial, estabelecimento de preços para cada procedimento, mecanismos de contratação e pagamento aos provedores e,
- e) os mecanismos de monitoria do desempenho dos provedores e entidade responsável.

3.5 Introdução de mecanismos de compensação por serviços prestados no SNS

Havendo e ocorrendo a prestação de serviços do sector privado de saúde com uso de recursos públicos, tais como instalações e tecnologias das unidades públicas de saúde, torna-se imprescindível definir e estabelecer mecanismos legais com vista a fazer a devida compensação.

Deverão ser propostos mecanismos de regulação e compensação o SNS pelos serviços prestados ao sector privado, incluindo o fortalecimento da capacidade de facturação e seguimento de pagamentos.

Riscos e medidas de mitigação

Esta secção identifica e avalia os acontecimentos que podem afectar a implementação efectiva da proposta. Entende-se por risco um evento com uma dada probabilidade de ocorrência e potencial para produzir efeitos adversos na realização dos objectivos estratégicos.

Para a materialização da presente estratégia nas suas diferentes vertentes é fundamental para o País que todos os Actores (Governantes, Políticos, Legisladores, Intelectuais, Sociedade Civil e Parceiros de Desenvolvimento) e Sociedade em geral, garantam ao Estado e ao País:

Riscos:

- Falata de compromisso político para implementar os acordos;
- Conflitos e insegurança
- Mudanças climáticas, desastres naturais e
- Problemas emergentes de saúde pública

- Volatilidade macrofiscal
- Crescimento demográfico superior ao previsto, e crescimento das doenças endêmicas
- Crescimento económico inferior ao previsto, resultantes de desastres naturais, conjuntura económica internacional, etc

Riscos Internos

- Alta rotatividade de RH associados à gestão dos serviços de saúde
 - Medidas de atração e retenção pouco sustentáveis
 - Evolução lenta do processo de descentralização fiscal
 - Aumento dos fundos off-budget/off cut
 - Falta de pessoal capacitado e falta de aumento da massa salarial
1. A capacidade de resiliência e resposta às emergências em saúde pública, desastres e Calamidades naturais
 2. A priorização de recursos humanos, materiais e financeiros para a provisão de mais e melhores serviços de saúde ao Utente no SNS;
 3. A adopção de medidas incentivadoras conducentes à retenção do pessoal de saúde, gestão transparente de recusos e prestação de contas.

Conclusões

A presente Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) é elaborado num contexto macro fiscal em que o mundo procura mobilizar recursos para responder dentre várias pandemias que assolam as sociedades, à pandemia da COVID-19. A presente estratégia, contempla objectivos e as intervenções estratégicas para o estabelecimento de um sistema de financiamento equitativo, eficiente e sustentável do sector saúde, conducente à prestação de cuidados de saúde eficazes, humanizados e de qualidade a todos os cidadãos, sem deixar ninguém para trás. Na proposta das suas intervenções-chave, a principal fonte de financiamento deste sistema de provisão pública é o Orçamento do Estado (OE), através de uma tributação geral diversificada com o objectivo de oferecer a protecção financeira ao cidadão, com as seguintes medidas: a). consignação de impostos e taxas relacionadas com a saúde para o aumento do espaço fiscal, b). alinhamento de fundos externos, c). introdução progressiva do seguro social de saúde e d) compensação por serviços prestados no SNS. Com as presentes medidas prevê-se a uma aceleração da despesa pública interna em saúde de 7,4% em 2019 para 11,6% em 2030, o que pressupõe um incremento da despesa per capita de \$35 em 2019 para \$41 em 2030.

Referências

- Chisholm, D and Evans, D. (2010): *Improving health system efficiency as a means of moving towards Universal Health Coverage*. WHO
- Constituição da República de Moçambique
- Drossos, N. Bunguele, B (2016): *Relatório PEFA do Sector da Saúde*. Maputo.
- Dutta, A. N. Perales, R. Silva L., Crivillé.L. (2013): *Necessidades de recursos estimados e impacto do Plano Estratégico da Saúde 2014-19*. Futures Group. Washington.
- Fundo Monetário Internacional (2020): *IMF Country Report 20/141*. Washington
- Heller, P. (2006): *The prospect of creating fiscal space for the health sector*. Health Policy and Planning.
- IHME, Institute of Health Metrics and Evaluation (2018): Global Burden of Disease (GBD)
- Instituto Nacional de Estatística (INE): *Estimativas de crescimento populacional 2007-40*.
- Instituto Nacional de Estatística (2015): *Inquérito aos Orçamentos Familiares*. Maputo
- Instituto Nacional de Estatística (2017): *Censo de População*. Maputo.
- IMF (2019): *Staff Report for the 2019 Article IV Consultation*. Washington
- Jowett, M. et al. (2016): *Spending targets for health: No magic number*. Geneva: WHO
- McIntyre, D et al (2017): *What level of domestic government health expenditure should we aspire to for Universal Health Coverage?* Health Economics, Policy and Law 12, 125-137
- Ministério da Saúde (2007): *Inquérito sobre causas de morte (INCAM)*. Maputo
- Ministério da Saúde (2011): *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo
- Ministério da Saúde (2014): *Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-19)*. Maputo
- Ministério da Saúde (2015): *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA)*. Maputo
- Ministério da Saúde (2015): *Contas Nacionais de Saúde*. Maputo
- Ministério da Saúde (2018): *Estratégia Nacional para a Prevenção e Combate às Cobreiras ilícitas 2018-23*. Maputo.
- Ministério da Saúde (2018): *Estratégia de prevenção dos pagamentos ilícitos*. Maputo.
- Ministério da Saúde (2019): *Relatório Anual de Balanço 2018*. Maputo
- Ministério da Saúde (2020): *Relatório de Execução Orçamental 2019*. Maputo

Ministério da Economia e Finanças (2016): *Quarta Avaliação Nacional de Pobreza e Bem-Estar*. Maputo

Ministério da Economia e Finanças (2020): *Relatório de Execução Orçamental 2019*. Maputo

Mocumbi, O. et al (2018): *Doenças Crónicas e Não Transmissíveis em Moçambique: Relatório Nacional 2018*. Maputo.

Organização das Nações Unidas (2015): *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Nova Iorque.

Organização Mundial da Saúde (2008): *Social determinants of health: The solid facts*. Geneva

Organização Mundial da Saúde (2010): *Health Financing: the path to Universal Health Coverage*.

Organização Mundial da Saúde (2017): World Health Expenditure Database. Country profiles: Mozambique https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Organização Mundial da Saúde (2018): *Spending targets for health. No magic number*. Geneva

Organização Mundial da Saúde e UNICEF (2018): *A vision for Primary Health Care in the 21st Century*. Geneva.

Universidade Eduardo Mondlane (UEM): *Crescimento da população e desafios de gestão dos serviços públicos de Saúde*. Apresentação no Seminário MASC sobre Financiamento de Saúde.

UN High Commissioner for Human Rights and WHO: *The Right to Health*. Geneva.

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

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

Xu, Ke et al (2007): *Protecting Households from catastrophic health spending*. Health Affairs, 26 n.4

ANEXOS

1. Matriz Resumo do Quadro Estratégico de Financiamento de Saúde em Moçambique

| Objetivos da EFSS | Funções do sistema de financiamento | Intervenções estratégicas | Acções estratégicas | Responsável |
|--|---|--|---|-----------------------------|
| 1. Contribuir para o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade | Acesso ao Pacote Essencial de Cuidados de Saúde | 1.1 Implementação de um único Pacote Essencial de cuidados de Saúde de qualidade | Ampliação da oferta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) | DNSP - DPC |
| | | | Equidade na distribuição dos recursos nos CSP | |
| | | | Abordagem dos desafios emergentes que afetam a saúde das populações | |
| | | | Melhoria na qualidade da prestação de serviços | |
| | | 1.2 Reforma do sistema de pagamentos no ponto de uso (taxa de usuário) | Circuito único de informação sobre receita | MISAU (DPC, DAF, DNAM), MEF |
| | | | Uso de procedimento nacional | |
| | | | Valoração do uso da receita na fonte | |
| | | | Estabelecimento de mecanismos permanentes de monitoria das taxas de usuário e os seus efeitos | |
| | | | Simplificação e padronização das taxas de usuário, com pagamentos baixos e fixos, com isenções globais (não pessoais) | |
| | | | Comunicação massiva sobre taxas de usuário | |
| | | | Redução da incidência dos pagamentos informais | |
| | | 1.3 Desenvolver Parcerias Público-Privadas | Análise de opções assegurando que os serviços públicos de saúde são prestados obedecendo a requisitos de acesso e padrões de qualidade definidos pelo MISAU | DNAM, DNSP, DPC, DAF |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2. Promover a eficiência na alocação e uso de recursos no SNS | Alocação de recursos (Compra de serviços) | 2.1 Aperfeiçoamento dos mecanismos de Planificação e Orçamentação | Planificação e orçamentação por programas orientada a resultados | DPC - DNSP - DNAM - DRH |
| | | | Priorização do financiamento aos CSP | |
| | | | Aplicação de critérios de alocação para progressivamente corrigir as inequidades em saúde | |
| | | 2.2 Introdução de mecanismos estratégicos de alocação de recursos para incentivar a boa governação, eficiência e qualidade na prestação de serviços | Exploração de mecanismos de financiamento às unidades sanitárias baseado no desempenho, priorizando as alocações per capita por área de saúde nas unidades de atendimento primário. | |
| | | | Introdução de incentivos adicionais a prestadores de serviços de saúde que apresentem um desempenho positivo em qualidade e quantidade de serviços prestados, de acordo com objectivos mensuráveis e previamente acordados. | |
| 3. Garantir o financiamento público suficiente e sustentável para o SNS | Arrecadação de fundos / Aumento do espaço fiscal para Saúde | 2.3 Medição da eficiência de forma contínua nas US para a tomada de decisão no uso dos recursos | Análise do desempenho da prestação de serviços e da governação por níveis de atenção do sistema, em relação aos recursos alocados e executados, bem com a introdução de sistemas de custeamento de serviços e intervenções médicas nas US | |
| | | | Serão exploradas opções de terciarização na gestão dos serviços não clínicos na rede hospitalar como um dos potenciais mecanismos de ganhos na eficiência. | |
| | | 2.4 Opções de terciarização | | |
| | | | | |
| | | 3.1 Priorização do Orçamento de Estado para a Saúde | Análise custeado sobre as políticas de saúde e estratégias | MISAU (DPC) |
| | | | Negociação de cenários orçamentais | MISAU-MEF |
| | | 3.2 Aumento e consignação de Impostos e Taxas relacionadas com a saúde como medida de aumento de espaço fiscal | Aumentar a taxa existente para tabaco , álcool e refrigerantes | MISAU - DPC, DNSP - MEF - Autoridade Tributária |
| | | | Taxar novos produtos dentro do Imposto de Consumos Específicos | |
| | | | Introduzir a consignação à saúde dos impostos de saúde e dos seguros de automóvel | |
| | | 3.3 Alinhamento dos fundos externos com a provisão de serviços no SNS | Advocacia na mobilização de fundos externos, para complementar o hiato de financiamento e a implementação do pacote de serviços de saúde | MISAU (DPC) |
| | | | Alinhamento dos fundos externos de acordo com procedimento nacional | |
| | | | Focalização dos fundos externos em investimentos estratégicos que permitam o desenvolvimento do sistema de saúde | |
| | | 3.4 Introdução progressiva do Seguro Social de Saúde obrigatório | Desenhar o mecanismo de funcionamento e arranjos institucionais | MISAU (Seguros) |
| | | 3.5 Introdução de mecanismos de compensação por serviços prestados no SNS | Deverão ser propostos mecanismos de compensar o SNS pelos serviços prestados ao sector privado, incluindo o fortalecimento da capacidade de faturação e seguimento de pagamentos | MISAU (legislação) |

2. Matriz de Monitoria da Cobertura Universal e Protecção Financeira (ODS 3)

| MATRIZ MONITORIA ODS 3.8 (meta): Conseguir Cobertura Universal de Saúde, incluindo proteção ao risco financeiro | | | META | | | | | FONTE |
|---|---|---|------------|------|------|------|------|----------------------------------|
| | | | Linha Base | | | 2024 | 2030 | |
| PROTEÇÃO FINANCEIRA | | | 2015 | 2017 | 2019 | | | |
| ODS (indicador) 3.8.2: Incidência da despesa em saúde catastrófica | Despesa directa em saúde catastrófica | (Nacional) População com despesas dos agregados familiares em saúde maior ao 10% do total da despesa do agregado familiar ou renda | 1.2% | 1.6% | | 2.2% | 2.5% | IOF/OMS |
| | | (Nacional) População com despesas dos agregados familiares em saúde maior ao 25% do total da despesa do agregado familiar ou renda (income) | 0.3% | 0.4% | | 0.9% | 1% | IOF/OMS |
| | | (Nacional) Receitas proveniente do ponto de uso sobre o total da receita para o Sector Saúde (%) | | | | | | MISAU/ SISTAF |
| | | (Nacional) Pagamentos no ponto de uso sobre o total de despesa de saúde (%) | | | | | | MISAU/ SISTAF |
| ÍNDICE DE COBERTURA UNIVERSAL SAÚDE | | | META | | | | | FONTE |
| | | | Linha Base | | | 2024 | 2030 | |
| | | | 2015 | 2017 | 2019 | | | |
| ODS (indicador) 3.8.1: Cobertura Universal de saúde | Acesso aos serviços Essenciais de Saúde | Indice de cobertura aos serviços essenciais (CSP) <i>(Apartir de 80 é considerado que o país atinge um nível bom de CSU)</i> | 42.9 | 46 | | 50 | 55 | MISAU / OMS Relatório Mundial |