



Foto: ©UNICEF/Moçambique

INFORME ORÇAMENTAL 2017: SAÚDE

Principais Mensagens:

- Foi alocado ao Sector da Saúde o valor de 21,1 mil milhões (US\$ 300,1 m) do Orçamento do Estado de 2017. Este valor representa 7,8 por cento do valor *total* do Orçamento do Estado (ou uma quota de 10,1 por cento do Orçamento do Estado menos as operações financeiras e o serviço da dívida).
- Moçambique gasta quase o mesmo que os outros países de baixa renda (LIC) na 'saúde como peso orçamental do total da despesa do governo', mas ligeiramente menos do que os países da África Subsaariana. Gasta ligeiramente mais do que os dois na 'saúde como percentagem do PIB'. Todavia, por pessoa gasta mais do que os países de baixa renda, mas significativamente menos do que os países da África Subsaariana.
- Os recursos disponibilizados pelos doadores ao Sector da Saúde têm sido inconsistentes e têm estado a reduzir em valor real. De acordo com a dotação inicial de 2017 ao sector, os doadores disponibilizarão apenas 3 por cento do financiamento ao sector dentro do orçamento (embora provavelmente esta situação venha a ser revista). Os recursos nacionais estão a preencher a lacuna. Contudo, o crescimento registado nos recursos internos está a ser aplicado desproporcionalmente a funções de funcionamento e não de investimento.
- Ao serem realizadas visitas não anunciadas às unidades sanitárias do país, os investigadores constataram que um quarto dos profissionais de saúde se encontravam ausentes. Dos que estavam presentes, apenas cerca de metade podiam diagnosticar correctamente cinco estados de saúde comuns e apenas um terço pôde demonstrar que conseguia seguir as directivas clínicas para o tratamento e responder a complicações maternas e neonatais comuns. Durante as mesmas visitas, os investigadores constataram que apenas um terço das unidades sanitárias tinham água corrente, electricidade e condições de saneamento e apenas duas de cinco tinham todos os medicamentos em stock. Se o país espera melhorar os seus resultados de saúde, deve direccionar recursos para melhorar a prontidão do pessoal de saúde e das unidades sanitárias.
- As reservas e desembolsos ao fundo comum Prosaúde reduziram significativamente nos últimos anos. Entre 2008 e 2014, o Prosaúde financiou aproximadamente um quarto de todos os gastos da saúde dentro do orçamento. Desde 2014, os fundos do Prosaúde mal puderam financiar um décimo dos gastos do sector. Em 2017, os doadores disponibilizaram apenas US\$ 23 milhões, longe dos US\$ 84 milhões desembolsados em 2014.
- Moçambique demonstrou uma melhoria considerável relativamente aos outros países de baixa renda e da África Subsaariana na redução da mortalidade infantil e materna; porém, fica consideravelmente para trás dos outros países em todas as outras medidas de saúde: HIV/SIDA, Malária, TB, Nutrição e Mortalidade Rodoviária / por Acidentes de Trânsito. O resultado é uma taxa de esperança de vida de 55, que é 4 anos inferior à dos seus pares regionais e 6 anos inferior à dos seus pares em termos de renda.
- Moçambique conseguiu traduzir um maior gasto da saúde per capita em melhorias substanciais nas medidas de mortalidade infantil e de esperança de vida ao longo dos últimos 15 anos. Dados empíricos sugerem que maiores aumentos nos gastos da saúde podem levar a melhores resultados; no entanto, dado o actual ambiente fiscal, é pouco provável que se registem grandes aumentos nos gastos. Por esse motivo, o país deve centrar-se na obtenção de ganhos de eficiência usando os actuais níveis de recursos.
- As famílias ricas das zonas urbanas de Moçambique têm melhor acesso e melhor utilização das unidades sanitárias relativamente às famílias mais pobres das zonas rurais. Relacionado com este aspecto, a província da Zambézia, que regista as taxas mais baixas de acesso e de utilização do país, recebe uma dotação por pessoa muito mais pequena do que as outras províncias com taxas de acesso e de utilização mais elevadas. O Sector da Saúde deve priorizar o investimento nas províncias que apresentam maiores necessidades.

Nota: O UNICEF não tem acesso ao e-SISTAFE; por conseguinte, toda a análise foi efectuada com base na informação disponível ao público. Nos casos em que se encontraram limitações, foram feitas notas no texto. Existem algumas pequenas discrepâncias entre os totais apresentados no Informe Orçamental de 2016 e os apresentados na edição de 2017. À medida que novas fontes de dados ficaram disponíveis, o UNICEF reveriu os seus cálculos. A este respeito, o UNICEF publica os valores nesta edição na convicção de que são os mais correctos. Os pontos de vista manifestados no informe são os do autor, não representando necessariamente os do UNICEF.



Foto: ©UNICEF/Moçambique

Historial

O Orçamento do Estado e o Plano Económico e Social de 2017 foram aprovados pelo Parlamento a 9 de Dezembro de 2016 e entraram em vigor a 1 de Janeiro de 2017. O Orçamento do Estado e o Plano Económico e Social (PES) foram promulgados pelo Presidente Felipe Nyusi a 20 de Dezembro de 2016 e posteriormente publicados como Lei 10/2016 e Resolução 25/2016, respectivamente, a 30 de Dezembro de 2016.

O Orçamento do Estado de 2017 equivale a MT 272,3 biliões (US\$ 3,86 biliões)¹; isto representa um aumento em termos nominais e reais relativamente ao Orçamento do Estado de 2016 e ao total dos gastos do governo de 2016. O défice orçamental esperado é de 10,7 por cento. Em termos nominais, o Orçamento do Estado de 2017 incorpora um aumento de 12 por cento relativamente ao Orçamento do Estado de 2016 e um aumento de 30 por cento em relação ao valor executado do Orçamento do Estado de 2016². Em termos reais, o orçamento de 2017 constitui um aumento de 1 por cento comparativamente ao orçamento do ano transacto e um aumento de 18 por cento em relação à despesa do ano passado. Com efeito, em termos nominais, o Orçamento

do Estado de 2017 é o maior jamais registado. Contudo, em termos reais é o terceiro maior depois do Orçamento do Estado rectificativo de 2014 e o Orçamento do Estado de 2014³.

O aumento nominal verificado no Orçamento do Estado de 2017 reflecte os aumentos nos gastos programados no serviço da dívida e operações financeiras. Com efeito, estes aumentos devem-se ao agora maior peso da dívida do país, à desvalorização da moeda e a uma maior inflação⁴. Isto contribui para um défice orçamental previsto de 10,7 por cento, que o país financiará através de endividamento adicional⁵. Não obstante, o governo está a implementar certas medidas de austeridade, designadamente: limitações nas novas contratações fora dos sectores da educação, saúde e agricultura; restrições de gastos em gasolina, viagens e comunicação pessoal; adiamento de novos projectos de investimento não iniciados em 2016⁶.

O orçamento de 2017 para os Sectores Económicos e Sociais prioritários (que incluem o Sector da Saúde) aumentou em termos nominais e reais e como quota de todo o Orçamento do Estado. Em termos nominais, a dotação aos Sectores Económicos e Sociais, conforme definido no Plano Quinquenal do Governo (PQG), aumentou 18 por cento relativamente à dotação do Orçamento do Estado rectificativo de 2016 e 43 por cento relativamente ao valor executado dos sectores prioritários em 2016; contudo, em termos reais, os aumentos foram de 7 e 30 por cento, respectivamente. O peso ocupado pelos sectores prioritários (como quota do Orçamento do Estado) aumentou de um peso orçamental de 50 por cento em 2016 para 53 por cento em 2017; não obstante, o peso de 2017 é muito inferior ao nível histórico de 2012 e 2013, altura em que os gastos dos sectores prioritários representaram 62 por cento do total dos gastos do governo. É importante notar aqui que o Governo de Moçambique emprega uma metodologia diferente ao calcular o peso orçamental e de despesa dos sectores prioritários: em vez de usar todo o Orçamento do Estado ou o total da despesa como o denominador no cálculo, deduz o serviço da dívida e as operações financeiras do total. O resultado é um peso superior reportado. Usando a metodologia do Governo, os sectores prioritários representam 69 por cento do Orçamento do Estado de 2017⁷.

1) Este relatório usa a taxa de câmbio: US\$ 1 = MT 70,45, uma vez que essa foi a taxa de câmbio média de 2017 na altura da publicação.

2) Note-se que na altura da publicação, a CGE 2016 ainda não tinha sido publicada. Por este motivo, todas as referências a despesas na parte restante deste informe relativas ao ano fiscal de 2016 basearam-se nos números referentes à execução, conforme documentado no REO IV 2016.

3) Cálculos do autor com base na taxa de inflação de 15,5 por cento prevista para 2017. LOE 2017, Documento da Fundamentação, página 11.

4) (i) O rácio Dívida por PIB de Moçambique aumentou de 40 por cento do PIB em 2012 para 73 por cento do PIB em 2015 para 130 por cento do PIB em finais de 2016. (ii) A inflação aumentou de 4 por cento em 2015 para 25 por cento em finais de 2016, prevendo-se que aumente em 15,5 por cento até finais de 2017. (iii) O metical moçambicano depreciou de US\$ 1 = MT 48 em Janeiro de 2016 para US\$ 1 = MT 71 em Janeiro de 2017. Fonte: (i) Banco Mundial, "Moçambique Economic Update", Dezembro de 2016. (ii) Banco Mundial, Indicadores do Desenvolvimento Mundial. (iii) Instituto Nacional de Estatística, Fevereiro de 2017.

5) LOE 2017. Documento da Fundamentação. Página 34.

6) MEF. Circular No. 1/GAB-MEF/2017. "Administração e Execução do Orçamento do Estado para 2017".

7) Por uma questão de avaliação comparativa internacional, este informe reporta o peso calculado de um valor total do orçamento, mas também faz referência ao peso reconhecido pelo governo para efeitos de comparação.

21.1

mil milhões de MT é o montante alocado ao Sector da Saúde no Orçamento do Estado de 2017. Isto representa 7.8 por cento do total do Orçamento do Estado.

1. Como se define o Sector da Saúde?

O Sector da Saúde refere-se ao grupo de instituições de saúde que recebem dotações orçamentais autónomas através do Orçamento do Estado. O sector é guiado a nível central pelo Ministério de Saúde (MISAU) e apoiado por 11 Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e 150 Serviços Distritais da Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). A composição do Sector também inclui a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), quatro Hospitais Centrais, cinco Hospitais Gerais, oito Hospitais Provinciais, um Hospital Distrital e um Hospital Psiquiátrico.

Em 2017, o Sector da Saúde adicionou um total de sete novas unidades gestoras beneficiárias / executoras à composição do seu sector: três a nível provincial e quatro a nível distrital. As três entidades adicionadas a nível provincial são as seguintes: Instituto de Ciências de Saúde de Manica, Hospital Central de Quelimane (província da Zambézia) e Hospital Geral da Polana Caniço (Maputo Cidade). As quatro entidades adicionadas ao nível distrital são as unidades dos SDSMAS, nomeadamente: Macate (província da Manica), Matola (Maputo Província), Lichinga (província da Niassa) e Luabo (província da Zambézia). Em 2016, o sector adicionou 15 unidades gestoras beneficiárias / executoras; elas são o Hospital Provincial da Matola e 15 unidades dos SDSMAS.

A saúde constitui um dos sete sectores prioritários e é regido pelo Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019. O Plano e Orçamento do Sector são guiados pelo Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS), que tem sete objectivos estratégicos: (1) aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, (2) melhorar a qualidade dos serviços de saúde, (3) reduzir as desigualdades geográficas no acesso e utilização dos serviços de saúde, (4) melhorar a eficiência dos serviços de saúde prestados, (5) fortalecer as parcerias de saúde, (6) aumentar a transparência e a responsabilização na utilização dos recursos públicos e (7) fortalecer a governação do sistema de saúde de Moçambique⁸. Este relatório descreve como vários desses objectivos estratégicos são abordados na alocação de recursos ao sector.



2. Que tendências emergem do Orçamento da Saúde?

Foi alocado ao Sector da Saúde o montante de MT 21,1 biliões (US\$ 300,1 milhões) no Orçamento do Estado de 2017. Em termos nominais, a dotação de 2017 representa um aumento de 7 por cento comparativamente à dotação orçamental do ano transacto, mas um aumento de 4 por cento comparativamente à despesa do ano passado (ver o Glossário dos Termos Orçamentais). Em termos reais, representa uma redução de 16 por cento comparativamente à dotação orçamental do ano passado e uma redução de 5 por cento comparativamente à despesa do ano passado (ver a Figura #1A e B). A redução em termos nominais e reais que foi registada no orçamento da saúde de 2017 em relação ao orçamento de 2016 deve-se essencialmente à inexistência de financiamento dos doadores dentro do orçamento (investimento externo) ao MISAU que, em 2016, equivalia a um valor executado de MT 3,6 biliões (b)⁹. Isto explica-se essencialmente pelo facto de o financiamento ao Prosaúde não estar inscrito no orçamento inicial. Sob uma perspectiva histórica, a dotação à saúde de 2017 é a segunda maior de sempre (depois de 2016) em termos nominais, mas o sexto maior (depois de 2015, 2014, 2016, 2013 e 2009, por ordem decrescente) em termos reais.

O orçamento da saúde de 2017 rompe uma tendência nominal de cinco anos de aumento dos orçamentos do Sector da Saúde. Entre 2011 e 2016, a dotação orçamental inicial à saúde aumentou ano após ano de MT 8,3 b para MT 22,7 b. Contudo, em termos reais, a dotação orçamental inicial de 2017 baixou pelo segundo ano consecutivo, essencialmente devido ao efeito negativo da inflação sobre o valor real dos recursos da saúde.

8) MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Página. XV, Tabela 2.

9) É importante mencionar que na altura da publicação, a Conta Geral do Estado (CGE) 2016 ainda não tinha sido publicada. Os totais da despesa apresentados em relação a 2016 foram extraídos do REO IV 2016. Deste modo, é possível que os totais da despesa do sector sejam diferentes na CGE 2016.

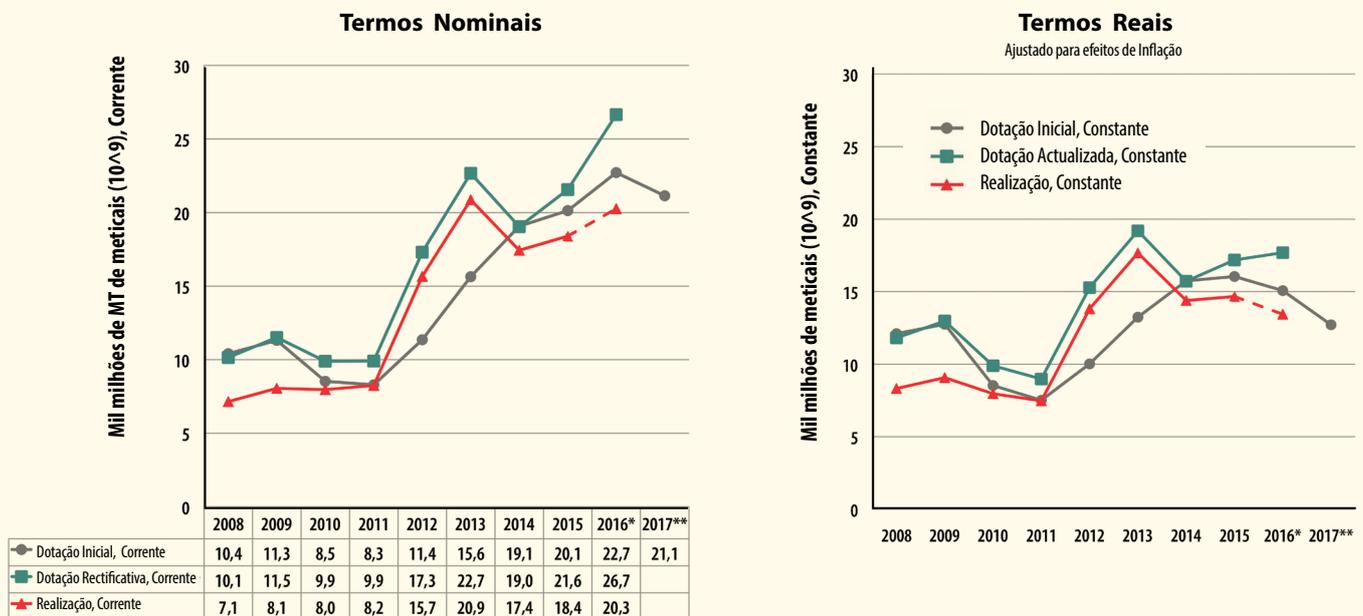


Foto: ©UNICEF/Moçambique

Não obstante, a dotação orçamental inicial ao sector não é indicativa da dotação rectificativa nem da despesa. A dotação orçamental não é um bom indicador de quanto será gasto no sector. A título de exemplo, em 2009, o orçamento inicial foi maior do que a despesa em

MT 3,2 b, enquanto em 2013 a despesa foi MT 5,3 b mais do que o orçamento inicial. Na verdade, a grande discrepância entre a dotação inicial, a dotação rectificativa e a despesa reflecte o desafio enfrentado pelo governo em rastrear os recursos externos dos doadores no orçamento. Ao formular os projectos, os doadores decidem se devem canalizar os fundos do projecto através da Conta Única do Tesouro (CUT) e se devem inscrever o orçamento do projecto no Orçamento do Estado. Os fundos dos projectos dos doadores que estão dentro do orçamento e dentro da CUT são automaticamente rastreados através do e-SISTAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado) e são contabilizados nos relatórios do orçamento e da despesa. Os doadores que decidam implementar projectos que estão dentro do orçamento e fora da CUT deverão comunicar os orçamentos do projecto ao Ministério da Economia e Finanças (MEF) durante o ciclo de criação do orçamento e posteriormente reportar a execução do orçamento de novo ao MEF numa periodicidade trimestral. A diferença entre a dotação inicial e a dotação actualizada deve-se, em grande medida, ao facto de os doadores reportarem tardiamente os orçamentos dos projectos após a formulação do Orçamento do Estado; do mesmo modo, a diferença entre a dotação rectificativa e a despesa deve-se essencialmente à prestação de contas incompleta da execução do orçamento no fim do ano¹⁰. Não obstante, a diminuição da variação entre a dotação inicial e a dotação rectificativa sugere uma melhoria da prestação de contas dos doadores.

FIGURA 1 A e B Orçamentação e Despesa do Sector da Saúde



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016, LOE 2017. Banco Mundial, Indicadores do Desenvolvimento Mundial: Índice de Preços no Consumidor (2010 = 100). Ponto de dados ajustado para efeitos de inflação para 2016 com base no INE, "Índice de Preços no Consumidor, Dezembro de 2016" e ponto de dados para 2017 com base no Documento da Fundamentação da LOE 2017.

Nota: (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado. (**) Os anos 2008-2016 apresentam despesas; 2017 mostra a dotação orçamental inicial.

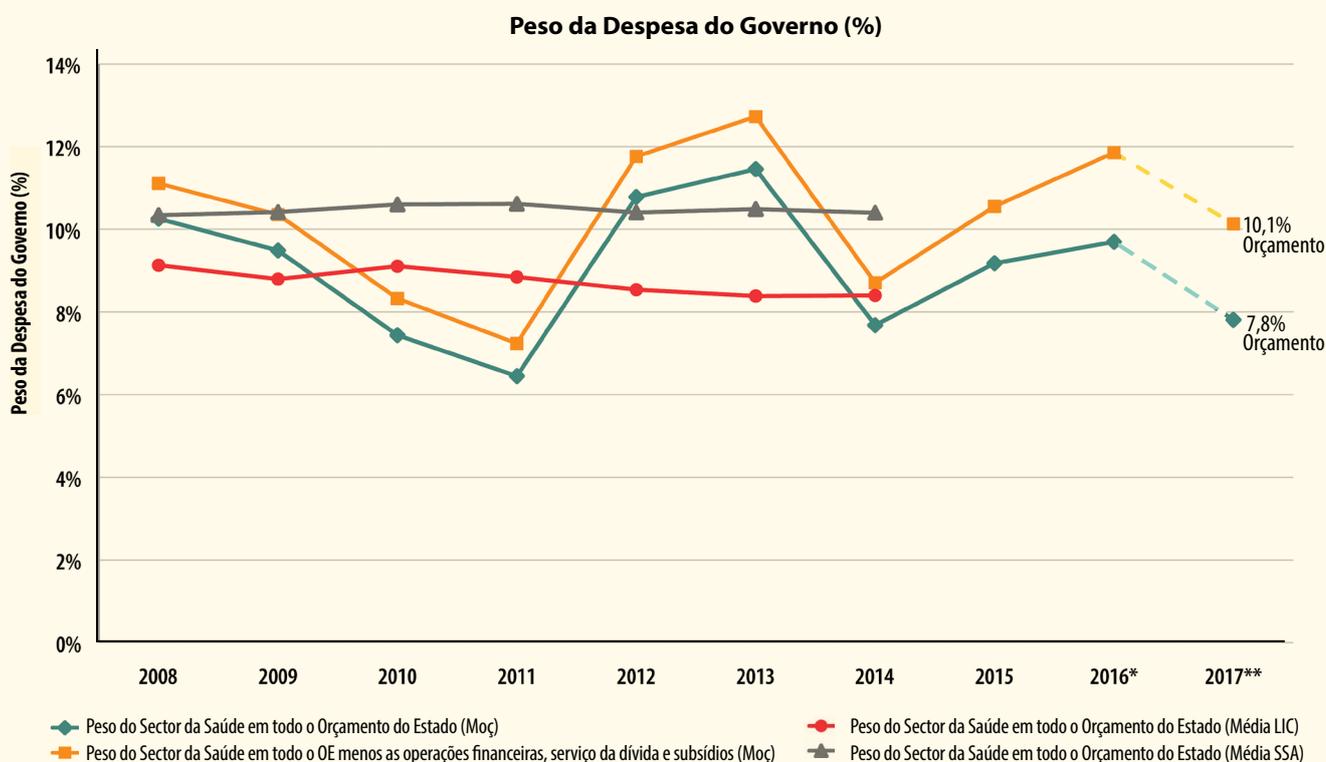
10) Uma outra razão para a diferença que se regista entre a dotação inicial e a despesa (ou por outras palavras "execução") é que nem todos os doadores desembolsam o valor total das suas reservas para o fundo comum Prosaúde. Além disso, a diferença entre a dotação rectificativa e a execução deve-se à variação das taxas de execução do orçamento pelas instituições.

O Sector da Saúde representa um peso orçamental de 7,8 por cento do Orçamento do Estado de 2017. Isto significa uma redução comparativamente ao peso do total da despesa do governo do ano transacto (ver a Figura #2A). Entre 2008 e 2016, o peso dos gastos do Sector da Saúde do total dos gastos do governo oscilou de 10,3 por cento em 2008 para 6,4 por cento em 2011, aumentou para 11,5 por cento em 2012, baixou para 7,7 por cento em 2013, tendo de novo subido para 9,7 por cento em 2016. O grande aumento do tamanho do peso orçamental de 2011 para 2012 deve-se ao facto de 2012 ter sido o primeiro ano em que os SDSMAS foram oficialmente incluídos na composição do Sector da Saúde¹¹. A grande redução que se verificou de 2013 a 2014 é devida à redução significativa do financiamento dos doadores ao MISAU (investimento externo), que baixou de MT 10,1 b em 2013 para MT 1,7 b em 2014. Por último, a redução do peso orçamental de 2017, tal como foi anteriormente mencionado, deveu-se à inexistência de qualquer financiamento dos doadores ao MISAU. Mais uma vez, é importante registar que o governo aplica uma metodologia diferente para calcular o peso dos sectores (ver *Historial*). Utilizando a metodologia do governo, o sector regista um peso de 10,1 por cento



para o Sector da Saúde em 2017. Independentemente da metodologia que é usada, Moçambique situa-se aquém da quota de 15 por cento prometida ao abrigo da Declaração de Abuja em 2001.

FIGURA 2 A Tendências no Peso do Sector da Saúde Relativamente ao Total dos Gastos do Governo



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016, LOE 2017. As médias dos Países de Baixa Renda (LIC) são Indicadores do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial para "Despesas da saúde, públicas (% da despesa pública)" e "Despesas da saúde, públicas (% do PIB)".

Nota: Os LIC e a SSA são médias para todos os Países de Baixa Renda e da África Subsaariana para os quais estão disponíveis dados. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado. (**) Os anos 2008-2016 apresentam a despesa; 2017 mostra a dotação orçamental inicial.

11) Isto não significa que os SDSMAS não existiam antes de 2012. Na verdade existiam. Os SDSMAS foram apenas formalmente incluídos na composição institucional do Sector da Saúde a partir de 2012.

2.8%

é a partilha dos recursos do Sector da Saúde previstos no produto interno bruto de 2017.



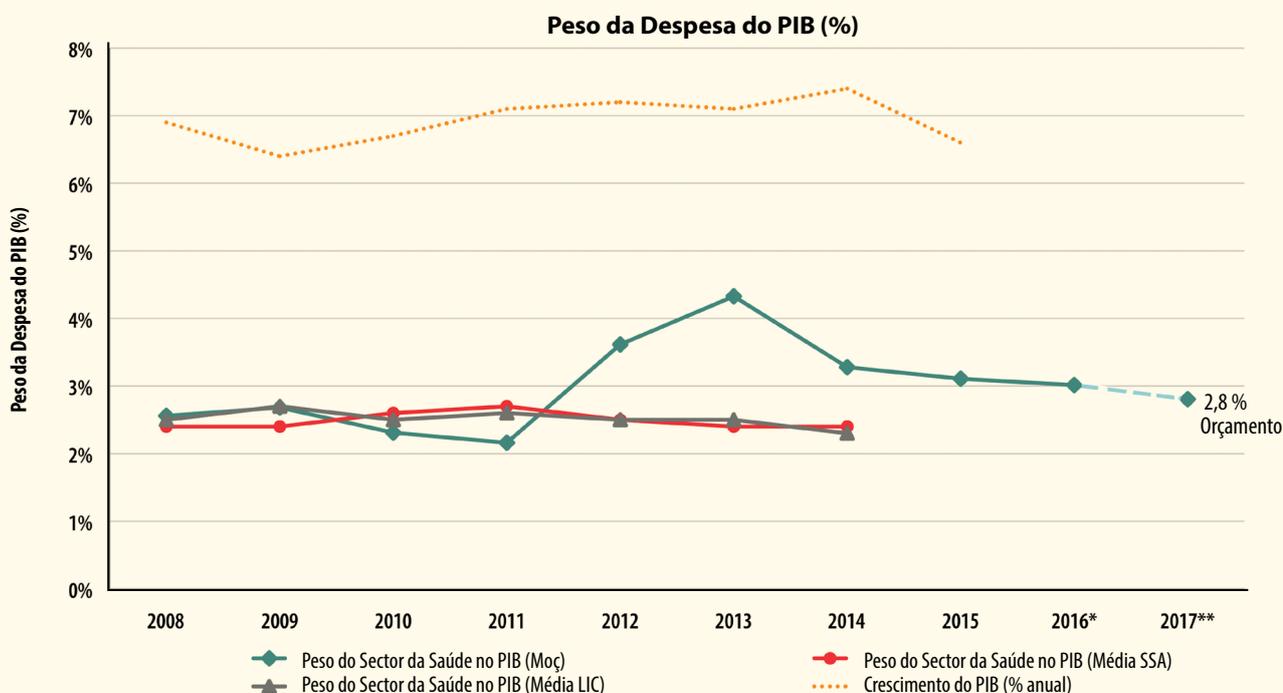
Foto: © UNICEF/Moçambique

O Sector da Saúde equivale a 2,8 por cento do peso do produto interno bruto previsto para 2017; trata-se de uma redução comparativamente ao ano passado (ver a Figura #2B). O peso do produto interno bruto (PIB) do Sector da Saúde reduziu nos últimos anos de 4,3 por cento em 2013 para 3 por cento em 2016 e para um peso orçamental de 2,8 por cento relativamente ao ano em curso. Este peso em declínio insere-se no contexto dos quase 7 por cento de crescimento do PIB por ano. Em suma, o PIB está a crescer

mais rapidamente do que o crescimento recente da despesa do Sector da Saúde.

Moçambique gasta, em média, quase o mesmo que os outros países de baixa renda na saúde como percentagem do total da despesa do governo, mas ligeiramente menos do que os países da África Subsaariana. Considerando a saúde como uma percentagem do PIB, Moçambique gasta ligeiramente mais do que os países de baixa renda e os da África Subsaariana (ver a Figura #2A e B). Entre 2008 e 2014, o ano mais recente em relação ao qual existem dados comparáveis referentes aos países de baixa renda (LIC) e da África Subsaariana (SSA), o Sector da Saúde de Moçambique registou uma quota de 9,1 por cento da despesa do governo (10,0 por cento, de acordo com a metodologia do governo), enquanto os LIC registaram uma média de 8,7 por cento e os SSA uma média de 10,5 por cento. Claramente, Moçambique gasta praticamente o mesmo que os LIC e ligeiramente menos que os SSA. Considerando a saúde como percentagem do PIB durante o mesmo período, Moçambique registou uma média de 3,0 por cento, enquanto a média dos LIC e dos SSA foi de 2,5 por cento, demonstrando deste modo que o país gasta percentagens mais elevadas do PIB do que os seus pares. O orçamento da saúde de 2017 sugere que Moçambique irá gastar ligeiramente menos do que os dois grupos de pares como percentagem da despesa do governo e ligeiramente mais do que a percentagem do PIB.

FIGURA 2 B Tendências no Peso do Sector da Saúde Relativamente ao PIB



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016, LOE 2017. As médias dos Países de Baixa Renda (LIC) são Indicadores do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial para "Despesas da saúde, públicas (% da despesa pública)" e "Despesas da saúde, públicas (% do PIB)".

Nota: Os LIC e a SSA são médias para todos os Países de Baixa Renda e da África Subsaariana para os quais estão disponíveis dados. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado. (**) Os anos 2008-2016 apresentam a despesa; 2017 mostra a dotação orçamental inicial.

3. De onde provêm os recursos do Sector da Saúde?

O Sector da Saúde em Moçambique é financiado por recursos internos e externos. Os recursos internos são arrecadados através de impostos, tarifas, direitos e crédito interno e foram complementados (até 2015) pelo Apoio Geral ao Orçamento (AGO), que é a ajuda ao desenvolvimento não reservada ao Governo moçambicano de um grupo de parceiros de desenvolvimento. Uma característica única ao Sector da Saúde é que os recursos internos são também complementados por receitas das taxas do utilizador aplicadas nas unidades sanitárias. Por outro lado, os recursos externos são constituídos por ajuda externa fora do AGO, doações e crédito externo.

Os recursos externos aplicados à saúde enquadram-se em três categorias: (i) “contribuições do Prosaúde”, que são doações dos parceiros de desenvolvimento ao fundo comum de vários doadores para a Saúde; (ii) “Fundos de Projectos Bilaterais”, que são todas as outras subvenções e créditos dos parceiros não canalizados através do Prosaúde; e (iii) “doações em espécie” de medicamentos e equipamento médico. Os recursos do Prosaúde são categorizados como investimento externo, no entanto são geridos pelo MISAU usando procedimentos nacionais: são inscritos no orçamento, canalizados através da CUT, seguem a política de aquisições do governo, mas carecem de auditoria externa. Por outro lado, os fundos de projectos bilaterais são – teoricamente – coordenados entre o doador e o MISAU através de uma variedade de modalidades, nomeadamente: (i) apoio directo do governo, com implementação apenas pelo governo ou implementação conjunta parceiro-governo, muitas vezes “Dentro do Orçamento, Dentro da CUT”; (ii) implementação de parceiros ou de terceiros, muitas vezes “Dentro do Orçamento, Fora da CUT”; ou (iii) implementação de parceiros ou de terceiros, mas “Fora do Orçamento”. Um dos maiores desafios com que o MISAU se depara, e para a análise do orçamento / despesa do sector, é a prestação de contas inconsistente por parte dos doadores da sua orçamentação e despesa com os projectos bilaterais que estão Fora da CUT e Fora do Orçamento¹².

No Sector da Saúde, os recursos são orçamentados com uma periodicidade quinquenal através do Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) de acordo com as prioridades estabelecidas no PESS; em seguida são re-orçamentados em propostas orçamentais anuais do sector consoante o PES proposto. A proposta do orçamento da saúde e a secção correspondente à saúde da proposta do PES são em seguida negociados com o Conselho de Ministros e com o MEF antes de serem submetidos ao Parlamento.

O Parlamento aprova os recursos do Sector da Saúde como parte do seu processo de aprovação do Orçamento do Estado, após a qual as instituições do sector utilizam

A contribuição dos recursos internos tem incrementado de forma consistente ao longo do tempo.



os recursos em conformidade com o plano de actividades do ministério. Os recursos do Sector da Saúde em 2017 podem ser analisados das quatro perspectivas seguintes:

3.1 Recursos Obtidos Internamente versus Externamente

Apesar de ser uma fonte constante de financiamento aos sectores prioritários ao longo dos anos – incluindo a saúde – o Apoio Geral ao Orçamento foi suspenso em 2016 e continua suspenso. Embora os parceiros de desenvolvimento de Moçambique tivessem disponibilizado MT 11,9 biliões (b) em apoio directo ao Orçamento do Estado em 2016, mais tarde o seu apoio foi suspenso. Esta suspensão continuou até a aprovação da Lei do OE 2017¹³.

Moçambique aumentou a quota de financiamento com recursos próprios ao Sector da Saúde em resposta à redução e inconsistência das contribuições dos doadores. A parcela de recursos internos aumentou de 48 por cento em 2008 para 73 por cento em 2016 (ver a Figura #3A e B). Os recursos internos aumentaram de forma constante em termos nominais, tendo passado de MT 3,4 b em 2008 para MT 14,7 b em 2016. Por outro lado, os recursos dos doadores (ou externos), além de flutuarem imenso, reduziram como percentagem do total dos recursos da saúde e em valor real. Em 2008, os recursos externos equivaliam a 52 por cento do total dos recursos da saúde, e passaram a equivaler a 44 por cento em 2010, a 55 por cento em 2013, a 20 por cento em 2014 e a 27 por cento em 2016.

12) Os principais doadores do Sector da Saúde, tais como o Fundo Global e GAVI, disponibilizam recursos dentro do orçamento e dentro da CUT. O maior doador fora do orçamento é o Governo dos Estados Unidos através do programa PEPFAR.

13) Ver: LOE 2016 Revisto. Documento da Fundamentação. Página 18; LOE 2017. Documento da Fundamentação. Página 20.

3%

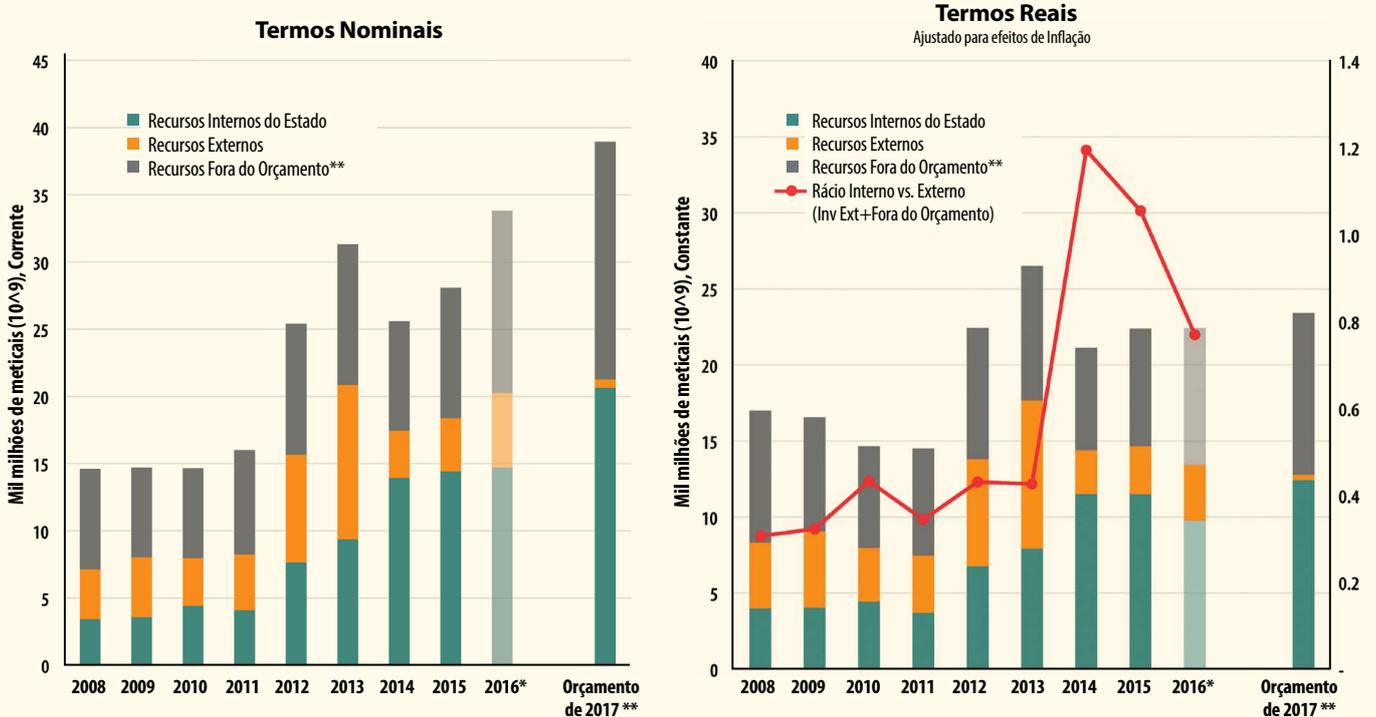
corresponde a dotação inicial dos recursos externos alocados ao Sector da Saúde.



Foto: ©UNICEF/Moçambique

De acordo com a dotação inicial de 2017 ao sector, os recursos externos equivalem apenas a 3 por cento do orçamento da saúde, (sem incluir os recursos externos fora do orçamento). O MISAU recebeu financiamento externo zero. Pela primeira vez, foi inscrito financiamento zero dos doadores na dotação orçamental inicial do MISAU. Existem várias explicações plausíveis e não confirmadas para esta situação. Em primeiro lugar, as reservas do Prosaúde não puderam ser incluídas na dotação orçamental inicial porque não foi concluído um memorando de entendimento actualizado. Em segundo lugar, regista-se um crescente descontentamento por parte dos doadores em usar o sistema do governo e, por isso, não estão a canalizar o financiamento aos projectos através da CUT. Em terceiro lugar, os doadores foram lentos a reportar ao MISAU os orçamentos dos projectos fora da CUT de 2017 e/ou o MISAU não conseguiu informar o MEF a tempo da publicação do novo Orçamento do Estado. No fim, isto não indica necessariamente uma redução do apoio externo ao Sector da Saúde; antes pelo contrário, trata-se, mais uma vez, de um reflexo dos desafios enfrentados no registo e prestação de contas do financiamento dos doadores.

FIGURA 3 A e B Recursos do Sector da Saúde por Fonte Interna e Externa



Fonte: Recursos Internos do Estado e Recursos Externos: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015; REO IV 2016; LOE 2017: Quadro "Equilíbrio Orçamental". Fora do Orçamento: 2009-Revisão da Despesa Pública do Banco Mundial 2012; IFE 2008-2014; estimativas de 2015-2017 baseadas em projecções da ODAMOZ e despesa / compromissos do PEPFAR. Termos Reais: Banco Mundial, Indicadores do Desenvolvimento Mundial: Índice de Preços no Consumidor (2010 = 100). Ponto de dados ajustado para efeitos de inflação para 2016 com base no INE, "Índice de Preços no Consumidor, Dezembro de 2016" e ponto de dados para 2017 com base no Documento da Fundamentação da LOE 2017.

Nota: (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado. (**) 2017 baseia-se na dotação orçamental inicial e nos compromissos dos doadores. O total fora do orçamento é a estimativa do autor com base nas fontes disponíveis. Espera-se que os recursos externos para 2017 aumentem com a dotação actualizada, uma vez que os fundos do Prosaúde estão inscritos no orçamento. (***) A categoria "Recursos da Saúde Fora do Orçamento" descreve o financiamento que não é controlado através do Orçamento do Estado de Moçambique.

3.2 Recursos da Saúde Fora do Orçamento

A execução dos doadores fora do orçamento ao longo de quase toda a década passada representou entre um terço e metade do total da execução por ano no Sector da Saúde (ver a Figura #3A e B). Desde 2008, a maioria do apoio dos doadores ao Sector da Saúde não foi inscrita no Orçamento do Estado nem foi canalizada através do tesouro do país. A maior fonte do financiamento fora do orçamento é o Governo dos Estados Unidos através do seu Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR) que, por exemplo, foi responsável pela execução de mais de US\$ 200 milhões (m) em 2016. Como percentagem do total da execução do Sector da Saúde, o apoio fora do orçamento foi responsável, em média, por 40 por cento nos últimos nove anos, tendo representado até um máximo de 51 por cento em 2008 e um mínimo de 32 por cento em 2014. Ao aliar o apoio dos doadores fora do orçamento ao apoio dos doadores dentro do orçamento (ou seja, investimento externo), os doadores foram responsáveis em média por 65 por cento dos gastos da saúde desde 2008. No seu valor mais baixo, o rácio de financiamento interno / externo situou-se em 23 por cento interno / 77 por cento externo em 2008 e no seu máximo, o rácio situou-se em 54 por cento interno / 46 por cento externo em 2014.

Continua a ser um desafio para o governo rastrear com exactidão o volume de apoio fora do orçamento. A plataforma online ODAMOZ é a base de dados da ajuda oficial ao desenvolvimento (ODA) do país através da qual o apoio dos doadores em todas as modalidades (incluindo fora do orçamento) e em todos os sectores (incluindo a Saúde) deve ser rastreado. Todavia, por causa da prestação de contas inconsistente dos doadores e dos problemas

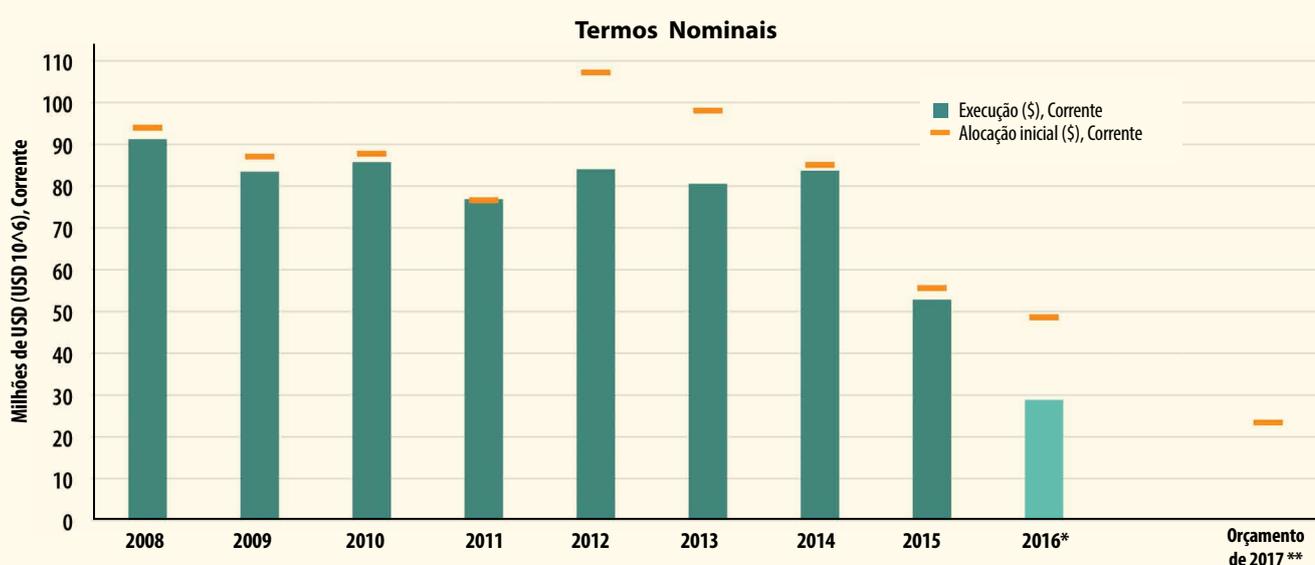
técnicos do website, entre outras razões, é uma fonte incerta do apoio fora do orçamento. Com mais doadores a optarem por financiar a sua assistência ao Sector da Saúde fora da CUT e fora do orçamento, haverá uma necessidade cada vez maior de o governo coordenar o apoio dos doadores, designadamente garantindo uma prestação de contas correcta da programação dos doadores como forma de reforçar o objectivo estratégico # 6 do PESS.

3.3 Recursos do Prosaúde

O valor das contribuições do Prosaúde, que representaram cerca de um quarto do total dos recursos da saúde dentro do orçamento entre 2008 e 2014, reduziu cerca de dois terços desde 2014 (ver a Figura #4). O Prosaúde é a Abordagem Sectorial Alargada (SWAp) para a Saúde. Entre 2008 e 2014, o fundo comum constituiu uma fonte de financiamento consistente para a Saúde. Desde 2014, as reservas reduziram de US\$ 85 m em 2014 para US\$ 49 m em 2016 e a execução caiu de US\$ 84 m para US\$ 29 m. A diminuição do apoio financeiro ao Prosaúde reflecte a preferência emergente dos doadores de financiar o sector através de modalidades alternativas e indirectas.

Em 2017, as reservas do Prosaúde equivalem a US\$ 23,4 milhões; porém, esperam-se mais reservas ao longo do ano. No dia 24 de Abril de 2017, o governo e os doadores assinaram um novo memorando de entendimento para o Prosaúde. O grupo de doadores inicial que ofereceu fundos ao Prosaúde para 2017 inclui o Canadá, Irlanda, Suíça, Dinamarca, Bélgica / Flandres, Espanha, UNICEF e FNUAP¹⁴. Prevêem-se mais compromissos de outros doadores ainda em 2017.

FIGURA 4 Reservas / Execução do Fundo Comum Prosaúde - Termos nominais



Fonte: Compilação do autor a partir da CGE 2008-2015; REO IV 2016 Saúde, Tabela 2.1, Pg. 7; e Health REO I, Tabela 7.4, pg. 24.

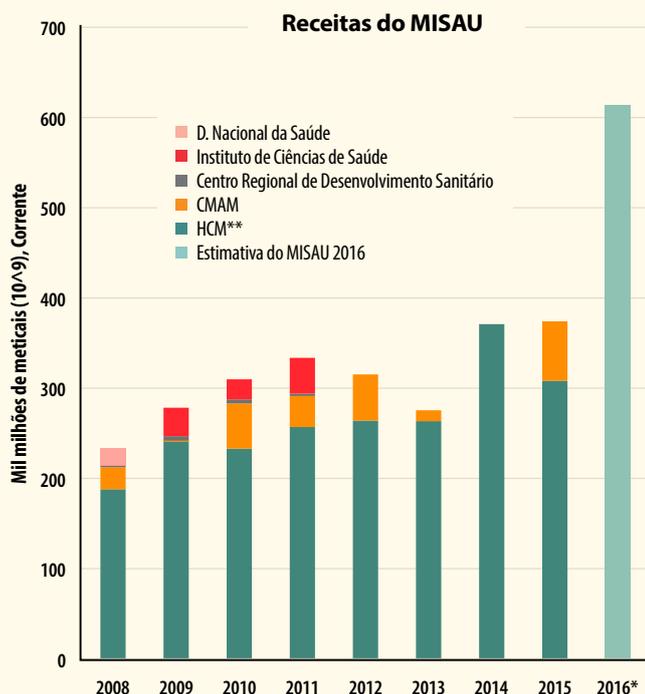
Nota: (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total de execução seja um pouco maior que o apresentado.

14) Carta de Compromisso dos Doadores do Prosaúde. 7 de Março de 2017.

3.4 Receitas Próprias do Sector da Saúde

O Sector da Saúde colecta aproximadamente MT 300 m em média, por ano, em receitas. A maioria destas receitas provém das taxas do utilizador e da compra de medicamentos no Hospital Central de Maputo. Porém, existe muito por onde melhorar a forma como as receitas do sector são rastreadas e contabilizadas (ver a Figura #5). De acordo com o recente inquérito de Indicadores de Prestação de Serviços de Saúde (SDI) do Banco Mundial, quase todas as unidades sanitárias do país cobram taxas de utilizador¹⁵. Porém, ao longo dos últimos cinco anos, as únicas instituições de saúde que reportam receitas são o Hospital Central de Maputo (HCM) e a CMAM¹⁶. Juntas, estas duas instituições são responsáveis por cerca de MT 300 m em receitas próprias por ano e uma estimativa de MT 600 m para 2017. Após serem colectadas, estas receitas são posteriormente executadas de novo no Sector da Saúde. Para melhorar a transparência desta fonte de financiamento (em conformidade com os objectivos do PESS #6 e #7), o sector precisa fazer um melhor trabalho de rastreamento e prestação de contas das receitas em todas as unidades sanitárias. No momento, de acordo com o mesmo inquérito SDI, apenas um décimo das unidades sanitárias divulgam informação financeira¹⁷.

FIGURA 5 Receitas do Sector da Saúde



Fonte: Compilação do autor com base na CGE 2008-2015, REO IV 2016, Mapa II-4 "Receitas Próprias Segundo a Classificação Orgânica".

Nota: (*) 2016 é uma estimativa agregada das receitas, enquanto 2008-2015 são receitas reais. (**) A CMAM e o Hospital Central de Maputo são as duas instituições a partir das quais as receitas circulam actualmente. As receitas provêm em grande parte das taxas dos utilizadores, mas também das vendas de medicamentos e de outros serviços médicos especializados.

4. Como são Gastos os Recursos do Sector da Saúde?

O Ministério da Economia e Finanças liberta a dotação inicial através da CUT para cada unidade gestora beneficiária / executora da instituição de saúde e posteriormente actualiza a dotação com base nas taxas de execução do orçamento e nos recursos disponíveis (dotação actualizada). As instituições controlam a execução através do e-SISTAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado), que produz os relatórios de execução do orçamento (REO) trimestrais e a Conta Geral do Estado (CGE) anual. A maneira como o orçamento da saúde de 2016 será gasto pode ser analisada de quatro perspectivas:

4.1 Gastos de Funcionamento versus de Investimento

O Orçamento do Estado divide as despesas da saúde em duas categorias: de Funcionamento e de Investimento. As de funcionamento descrevem os gastos em salários / remunerações, bens e serviços, custos operacionais, transferências e operações financeiras. As de investimento (isto é, despesas de capital) descrevem os gastos destinados a melhorar o acesso aos serviços de saúde e cuidados de qualidade (ou seja, construção de clínicas e hospitais, formação de médicos e enfermeiros, aquisição de artigos médicos, etc.).

A despesa de funcionamento é exclusivamente financiada através de recursos internos, enquanto a de Investimento é financiada interna e externamente. Contudo, é necessário assinalar que todo o financiamento externo é contabilizado no orçamento como "investimento externo" quando, de facto, pode ter uma parte dedicada a funções de funcionamento. Considerando o facto de que o e-SISTAFE está agora em condições de controlar os gastos de funcionamento externos, é importante que o MEF utilize as categorias contabilísticas distintas para melhorar a compreensão dos níveis de gastos de investimento na saúde e noutros sectores prioritários.

O investimento no Sector da Saúde tornou-se essencialmente tarefa dos doadores. Os aumentos dos recursos internos para a saúde, em termos reais, foram predominantemente encaminhados para os gastos de funcionamento. No orçamento de 2017, 88 por cento dos recursos são disponibilizados para os gastos de funcionamento, enquanto 12 por cento são reservados para os gastos de investimento (ver a Figura #6). Entre 2008 e 2016, o investimento interno praticamente não demonstrou qualquer crescimento em termos reais. Entretanto, durante o mesmo período, os gastos de funcionamento aumentaram em termos reais, mais de 150 por cento. Durante os mesmos anos, o rácio de gastos de investimento por gastos de funcionamento reduziu de

15) O relatório também revela que muitas categorias de utilizadores estão isentas de pagar, tais como as doenças crónicas, os idosos e crianças menores de 5 anos. Fonte: World Bank. "Service Delivery Indicators: Health Service Delivery in Mozambique". June 2016. Section L, Page 32.

16) As Receitas Próprias do Sector da Saúde são controladas nos REO do Sector da Saúde e na CGE no Mapa II-4.

17) Banco Mundial. "Indicadores de Prestação de Serviços: Prestação de Serviços de Saúde em Moçambique". Junho de 2016. Secção L, Página 33.

12% para 88%

é o rácio entre investimento e despesa corrente em 2017.

56 por cento investimento / 44 por cento funcionamento em 2008 para 33 por cento investimento / 67 por cento funcionamento em 2016. Um aspecto chocante é que o rácio orçamentado de 2017 situa-se em 12 por cento investimento / 88 por cento funcionamento; contudo, tal se deve ao facto de o financiamento ao Prosaúde ainda não ter sido inscrito no orçamento. O rácio médio gastos de investimento por gastos de funcionamento entre 2014 e 2016 foi de 65 por cento funcionamento / 35 por cento investimento; isto está quase em conformidade com a muitas vezes citada regra 70:30 para o investimento sustentável. Todavia é importante registar uma distorção no rácio: uma vez que uma grande parcela dos medicamentos é fornecida pelos doadores – muitas vezes como donativos em espécie – são assim inscritos no orçamento como investimento. Não obstante, é imperioso que o MISAU priorize a coordenação dos doadores de modo a garantir que a sua assistência seja direccionada a sectores prioritários, conforme for relevante para objectivo estratégico #5 do PESS.

Vários grandes projectos de investimento foram priorizados para 2017. De acordo com o PES 2017, os principais projectos de investimento do sector para o ano são os seguintes: continuar a reabilitação do centro de saúde urbano na Beira (Sofala); continuar a construção de hospitais distritais em Montepuez e Mocimboa da Praia (Cabo Delgado), Cuamba (Niassa), Machaze (Manica); iniciar a construção de um hospital distrital em Jangamo (Inhambane); iniciar a construção da extensão dos hospitais distritais em Gilé (Zambézia) e Manhiça (Província de Maputo); continuar a construção do hospital provincial da Maxixe (Inhambane); e iniciar a construção do Instituto de Ciências de Saúde de Nacala-Porto em Nampula¹⁸. Contudo, e conforme mencionado na Secção Historial, os grandes projectos de construção que não foram iniciados em 2016 continuavam suspensos na altura da publicação do presente informe.

FIGURA 6 A e B Despesa de Funcionamento e de Investimento



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015; REO IV 2016 e LOE 2017. Banco Mundial, Indicadores do Desenvolvimento Mundial: Índice de Preços no Consumidor (2010 = 100). Ponto de dados ajustado para efeitos de inflação para 2016 com base no INE, "Índice de Preços no Consumidor, Dezembro de 2016" e ponto de dados para 2017 com base no Documento da Fundamentação da LOE 2017.

Nota: A categoria de Investimento Externo não inclui financiamento fora do orçamento. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado. (**) Os anos 2008-2016 mostram a despesa; 2017 mostra a dotação orçamental inicial.



Foto: ©UNICEF/Moçambique

4.2 Uso de Recursos por Instituição de Saúde

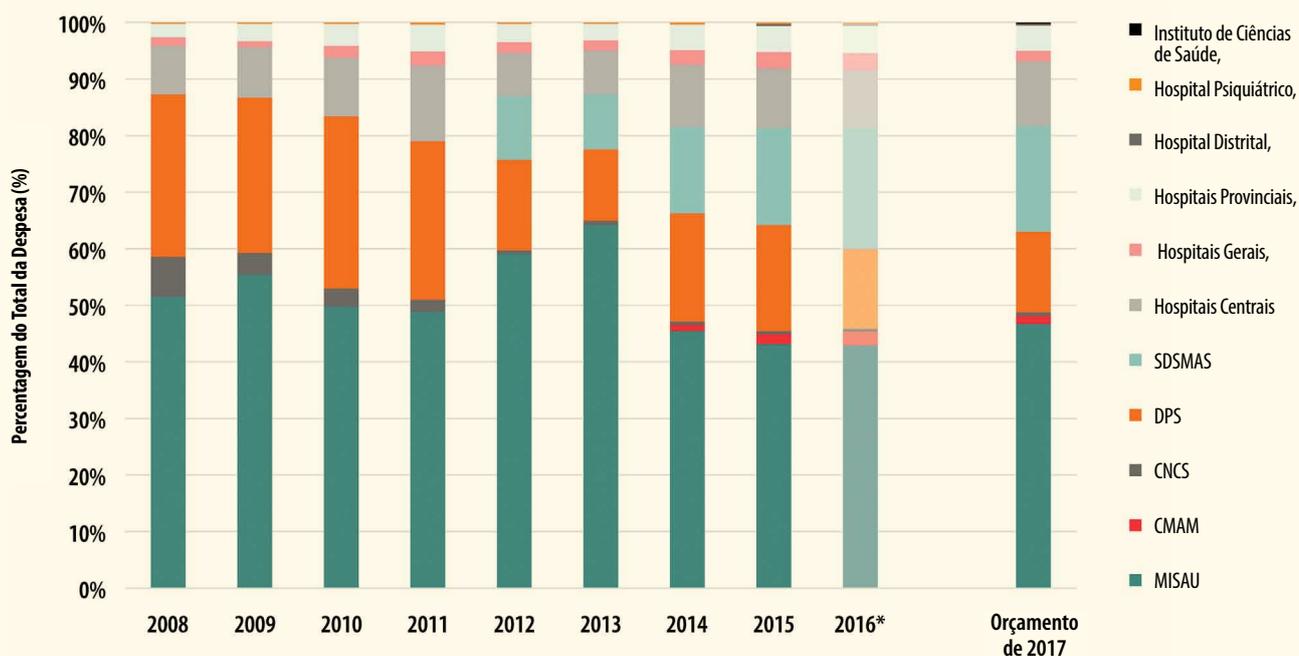
O MISAU recebeu a maior dotação no orçamento da saúde de 2017, seguido pelas dotações colectivas para os SDSMAS e DPS; trata-se da mesma decomposição que em 2016 (ver a Figura #7). De acordo com a Classificação Orgânica, em 2017 o Ministério da Saúde (a nível central) recebeu um orçamento de MT 9,9 b, o equivalente a 47 por cento do orçamento da saúde. A presença do ministério a nível distrital, através das unidades dos SDSMAS, beneficiou de um orçamento de MT 3,9 b, o equivalente a 19 por cento do orçamento e a sua presença a nível provincial através

das unidades das DPS teve um orçamento de MT 3,0 b, o equivalente a 14 por cento do orçamento. Embora esta seja a mesma decomposição executada de 2016, constitui um desvio da tendência anterior a 2016 de as unidades das DPS deterem o segundo maior peso orçamental (depois do MISAU). Em 2012, os SDSMAS foram oficialmente incluídos na composição do Sector da Saúde, a que se seguiu um crescimento constante tanto em termos reais como nominais até 2016, altura em que ultrapassou a DPS como peso orçamental. Isto demonstra uma maior descentralização do financiamento de nível provincial para o distrital (ver explicações adicionais na Secção 6).

Inúmeras instituições de saúde ainda carecem de desconcentração dos orçamentos do MISAU e das DPS.

Para uma melhor transparência orçamental, o sector deve atribuir o estatuto de unidade gestora beneficiária (UGB) às restantes instituições da saúde ainda concentradas no orçamento central do MISAU e nos orçamentos provinciais das DPS. De acordo com o REO IV 2016 da saúde, 30 instituições ainda precisam ser desconcentradas: o Laboratório Nacional de Higiene, Água e Alimentos, o Centro de Desenvolvimento Regional de Saúde; o Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, o Instituto Nacional de Saúde, assim como 12 hospitais distritais e 14 rurais¹⁹. A desconcentração destas instituições está no topo da lista de prioridades dos REO do Sector da Saúde há vários anos. Todos os anos, uma ou duas instituições são desconcentradas; no entanto, muito trabalho continua por fazer junto ao MEF para garantir que às 30 instituições seja conferido o estatuto de UGB. Ao proceder desta maneira, o sector também estará a ir de encontro ao objectivo estratégico #6 do PESS.

FIGURA 7 Despesa por Instituição de Saúde



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016, LOE 2017.

Nota: As DPS, SDSMAS e Hospitais Centrais, Gerais, Provinciais e Distritais são uma combinação de todos os hospitais de Moçambique pertencentes à categoria de hospitais.

(*) Na altura da elaboração deste informe, a conta de despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada.

4.3 Uso de Recursos por Área Funcional

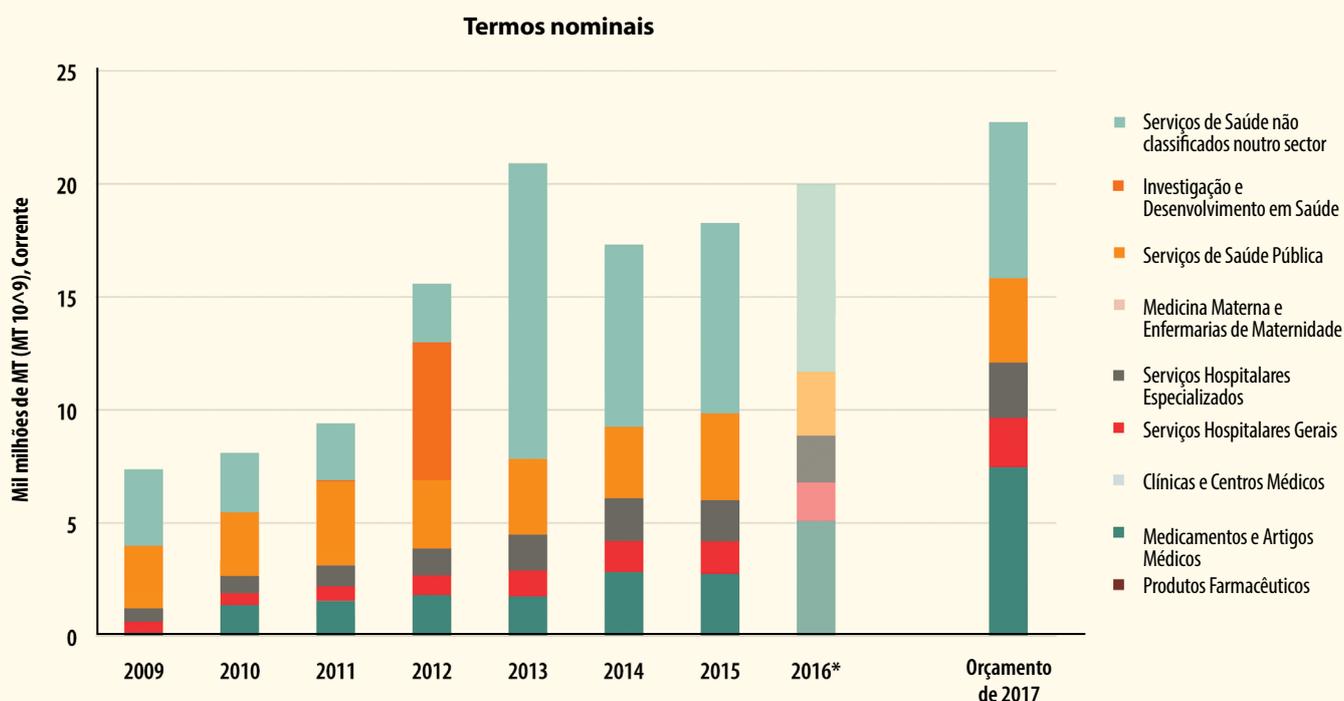
Em 2017, a maior parte dos recursos da saúde será utilizada em medicamentos e artigos médicos (ver a Figura #8). À semelhança da Classificação Orgânica (ver a Secção 4.2), o orçamento e a despesa da saúde também são controlados através da Classificação Funcional, que categoriza o uso dos recursos por áreas funcionais (ou temáticas) da saúde. De acordo com a Classificação Funcional, "medicamentos e artigos médicos" são a área é orçamentados para receber a maioria dos recursos da saúde em 2017. Historicamente, os "Serviços de Saúde Pública" e os "Medicamentos e Artigos Médicos" utilizaram a maioria dos recursos da saúde, tendo os primeiros ocupado a maior parcela entre 2009 e 2015 e os últimos a maior parcela em 2016. É importante notar que o Orçamento Funcional não inclui recursos da saúde fora do orçamento.

A Classificação Funcional deve ser adaptada de modo a poder rastrear as intervenções em saúde preventiva e curativa. A Classificação Funcional beneficiaria se fosse reorganizada por nível de cuidados, ou seja, preventivos, primários, secundários, terciários, de recuperação e contínuos, de modo a controlar a intervenção da saúde de prevenção versus receptiva. Também todos os anos, entre um terço e metade de todo o orçamento e gastos da saúde contabilizados continuam por classificar (ver "Serviços de Saúde, não classificados noutra sector"). Para que a Classificação Funcional seja uma ferramenta útil de prestação de contas, o pessoal ligado à gestão financeira do



MISAU deve ter uma melhor formação na classificação de verbas de acordo com as categorias funcionais. Além disso, o sector só beneficiaria de uma Classificação Programática como forma de entender de que maneira o orçamento e a despesa da saúde estão alinhados com os objectivos estratégicos do PESS e do PQG.

FIGURA 8 Despesa da Saúde por Classificador Funcional



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2009-2015 REO IV 2016, REO I 2017.

Nota: Os totais do Orçamento de 2017 estarão disponíveis com a publicação do REO I 2017. Os números não incluem o orçamento ou despesa de saúde fora do orçamento. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja um pouco maior do que o apresentado

110

mil crianças vivem com HIV em Moçambique. A despesa com HIV tem sido contabilizada entre um terço e metade do total da despesa na saúde.



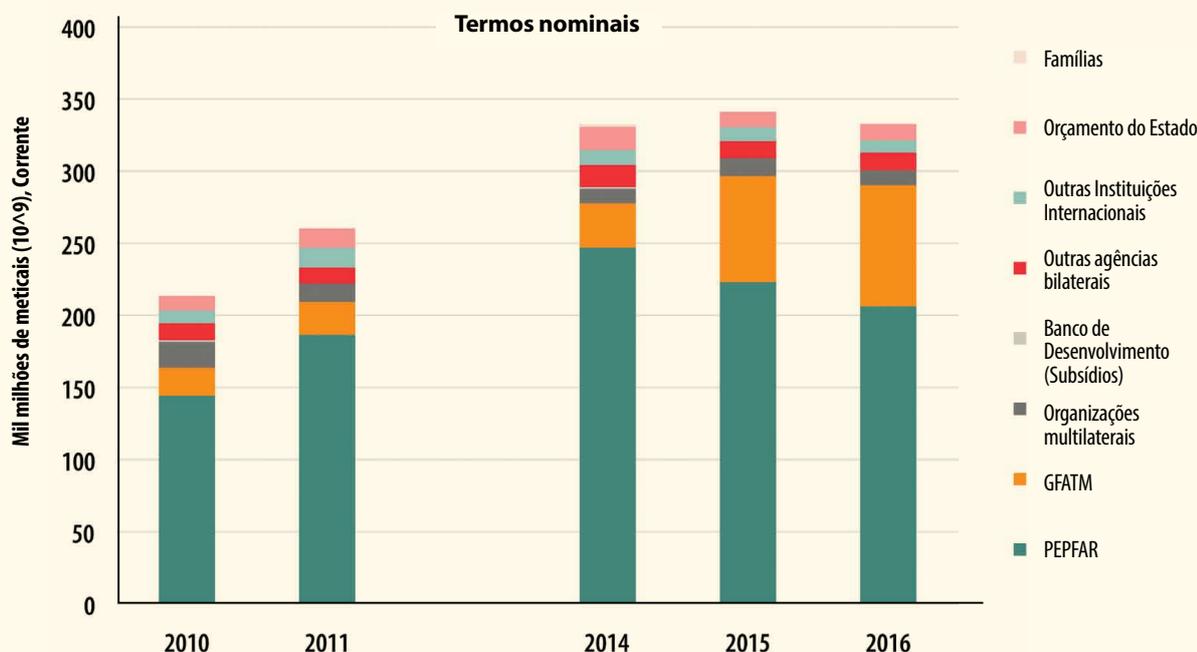
Foto: ©UNICEF/Moçambique

4.4 Utilização de Recursos no Subsector do HIV/SIDA

Os gastos do HIV/SIDA representaram entre um terço e metade do total da despesa da saúde (incluindo recursos fora do orçamento). Doadores como o Governo dos Estados Unidos e o Fundo Global são responsáveis pela maior quota dos recursos disponibilizados (ver a Figura #9). Moçambique apresenta a oitava taxa de prevalência do HIV mais elevada do mundo, correspondendo a 10,6 por cento dos adultos da faixa etária de 15-49 anos (2015). Dos 1,5 m de pessoas que vivem com o HIV em Moçambique, 110.000, ou seja, 7 por cento, são crianças²⁰.

Em resposta à epidemia, entre um terço e metade do total dos recursos da saúde são destinados ao subsector do HIV/SIDA. Do total dos fundos gastos na área do HIV/SIDA, o programa PEPFAR do Governo dos Estados Unidos contribuiu, em média, em mais de 70 por cento e o Fundo Global em mais de 15 por cento. Por outro lado, os gastos internos correspondem a uma média de apenas 4 por cento do total da despesa do subsector.

FIGURA 9 Despesa para o Combate ao HIV/SIDA



Fonte: Compilação do autor de 2010-2011, 2014 (NASA 2014); 2015-2015 (GAM 2017).

Nota: Os dados da despesa referentes a 2010-2011 e 2014-2016 utilizam o método de delimitação de custos para rastrear o valor do consumo por ano. Não há dados de despesas para 2012 e 2013 utilizando esta mesma metodologia. O GARPR (2015) tem dados para 2012 e 2013; no entanto, foi calculado utilizando uma metodologia diferente (ou seja, aquisições por ano – saldo de caixa – em comparação com o consumo por ano representados noutros anos). Não é possível determinar o orçamento para o HIV/SIDA de 2017, uma vez que o financiamento do PEPFAR para o Ano Fiscal de 2010 ainda não tinha sido atribuído pelo Congresso Americano na altura da publicação.

20) ONUSIDA. Moçambique Country Profile. 2015.

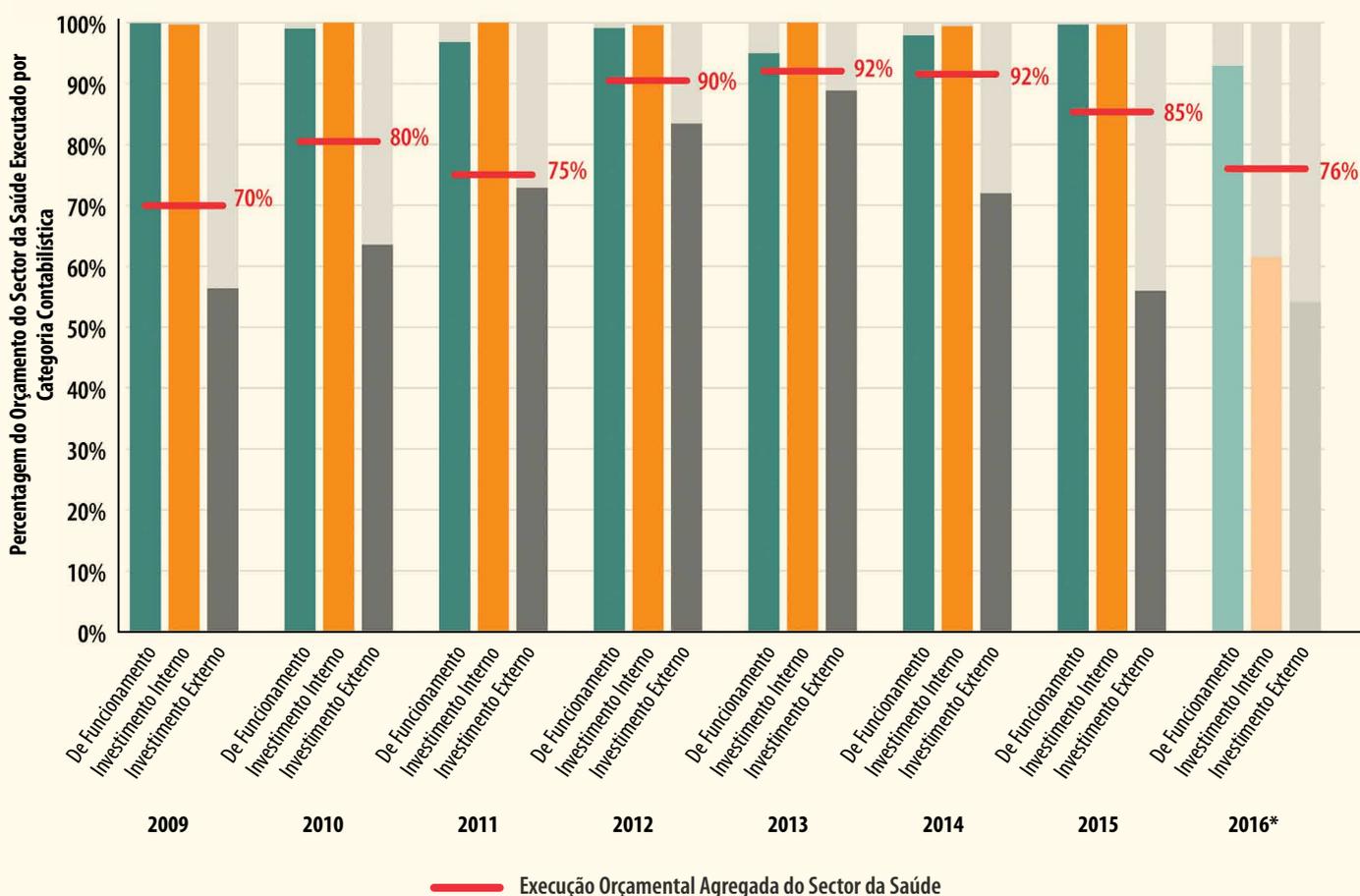
5. Qual foi o Grau de Execução dos Orçamentos Anteriores pelo Sector da Saúde?

O Sector da Saúde executou, em média, 81 por cento do seu orçamento entre 2008 e 2016, valor que é consideravelmente inferior à taxa de execução média do Orçamento do Estado de 87 por cento durante o mesmo período (ver a Figura #10). Em 2016, o sector executou provisoriamente um peso orçamental de 76 por cento do seu orçamento; todavia, este valor será confirmado após a publicação da CGE ainda este ano. Não obstante, a taxa de execução 2016 pode possivelmente ser a mais baixa por sector da última década por conta da fraca execução dos orçamentos de investimento. A taxa de execução mais baixa referente ao investimento interno em 2016 deve-se à fraca execução do orçamento individual das unidades das DPS (média de 28 por cento), dos hospitais provinciais (média de 56 por cento) e dos hospitais centrais (média de 57 por cento). A taxa de execução mais baixa registada no investimento externo deve-se à fraca execução dos recursos

externos disponibilizados à CMAM (12 por cento) e ao MISAU (62 por cento); contudo, trata-se essencialmente do reflexo da má prestação de contas por parte dos doadores sobre a programação da saúde dentro do orçamento/fora da CUT.

As taxas de execução agregadas do Sector da Saúde são reduzidas devido aos desembolsos incompletos e à prestação de contas parcial dos projectos dentro do orçamento / fora da CUT por parte dos doadores. Em média, o governo executa 98 por cento do orçamento de funcionamento da saúde e 95 por cento do orçamento de investimento interno, enquanto os doadores executam em média apenas 67 por cento do orçamento de investimento externo. As baixas taxas de execução dos doadores devem-se aos desembolsos tardios e incompletos, assim como à prestação de contas incompleta dos doadores sobre os projectos inscritos dentro do orçamento, mas financiados fora da CUT. Os doadores do Sector da Saúde devem comprometer-se em elevar a taxa de execução do investimento externo, melhorando a sua taxa de desembolsos para o Prosaúde e também aderindo às expectativas de prestação de contas.

FIGURA 10 Execução Orçamental no Sector da Saúde



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015; e REO IV 2016.

Nota: (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que as taxas de execução sejam ligeiramente maiores do que o apresentado.

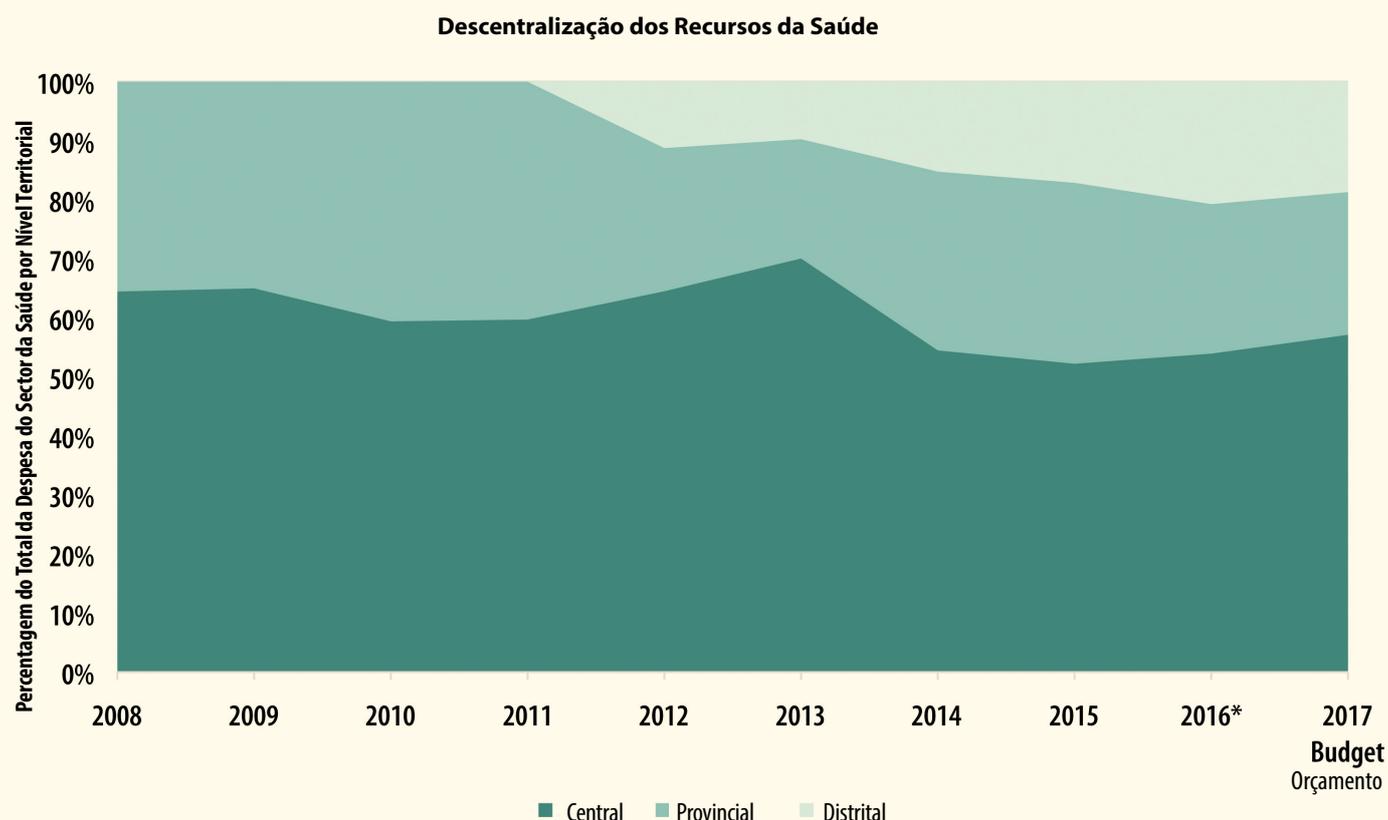
6. Até que Ponto o Sector da Saúde foi descentralizado?

O total dos gastos da saúde é muito centralizado. Desde (no mínimo) 2008, a maior parte dos recursos da saúde foi executada a nível central (ver a Figura #11A). No orçamento da saúde de 2017, 59 por cento dos recursos foram alocados ao nível central, 22 por cento ao nível provincial e 19 por cento foram alocados ao nível distrital. Os recursos da saúde obedeceram à hierarquia Central-Provincial-Distrital desde 2012, altura em que os SDSMAS foram incluídos pela primeira vez na composição do sector a nível distrital.

Quando desagregados por fonte interna e externa, os gastos do Sector da Saúde demonstram que os desembolsos e os gastos dos doadores foram historicamente muito centralizados. Por outro lado, os gastos do Governo, embora também centralizados,

têm sido comparativamente mais equilibrados (ver a Figura #11B). Desde 2012, ano em que os SDSMAS foram incluídos na composição do sector, os doadores executaram (isto é, desembolsaram para o Prosaúde e gastaram), em média, 71 por cento dos recursos externos a nível central, 29 por cento a nível provincial e 0 por cento a nível distrital. Entretanto, o governo executou em média 49 por cento dos recursos internos a nível central, 28 por cento a nível provincial e 23 por cento a nível distrital. Em 2017, os doadores alocaram 0 por cento dos recursos ao nível central, 95 por cento ao nível provincial e 5 por cento ao nível distrital; porém, e conforme mencionado na Secção 2, é importante interpretar isto com cautela. O Governo alocou 59 por cento ao nível central, 22 por cento ao nível provincial e 19 por cento ao nível distrital. Para facilitar o apoio dirigido dos doadores aos níveis provincial e distrital, o Governo deve priorizar a capacitação das DPS/SDSMAS para que possam implementar projectos de investimento de maior envergadura com financiamento externo.

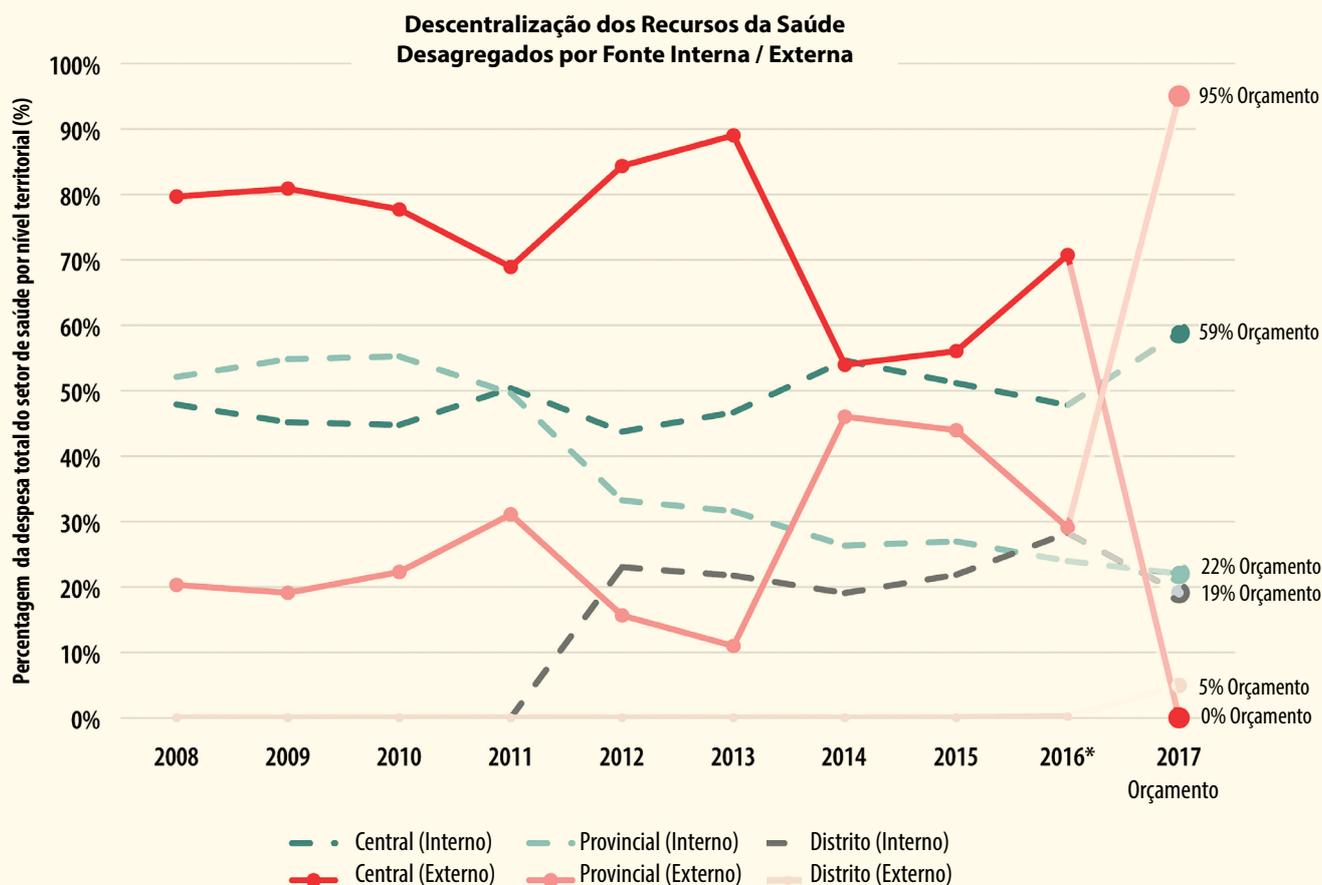
FIGURA 11 A Despesa da Saúde por Nível Territorial



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016 e LOE 2017.

Nota: Os números representam apenas os gastos dentro do orçamento. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; a este respeito, é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado.

FIGURA 11 B Despesa da Saúde por Nível Territorial Desagregada por Fonte Interna e Externa



Fonte: Cálculos do autor a partir da CGE 2008-2015, REO IV 2016 e LOE 2017.

Nota: Os números representam apenas gastos dentro do orçamento. (*) Na altura da elaboração deste informe, a conta da despesa pública de 2016 ainda não tinha sido finalizada; é possível que o total da despesa seja ligeiramente maior do que o apresentado.

7. Qual Foi o Desempenho do Sector da Saúde?

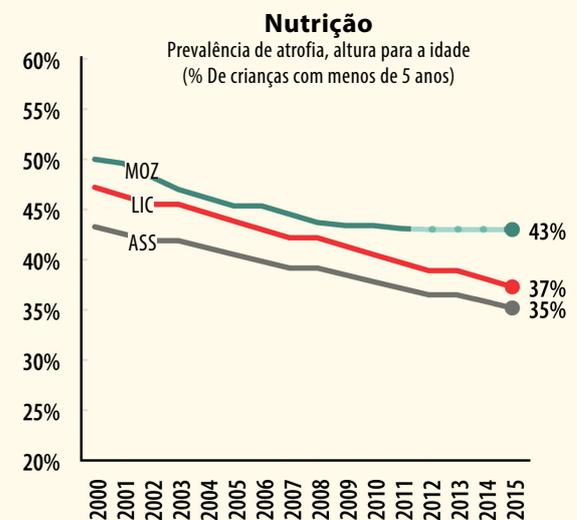
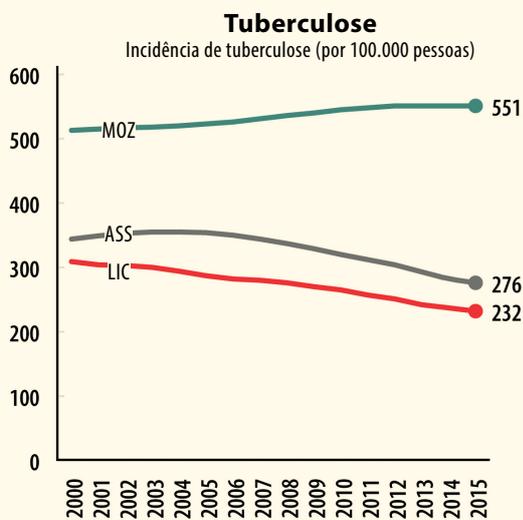
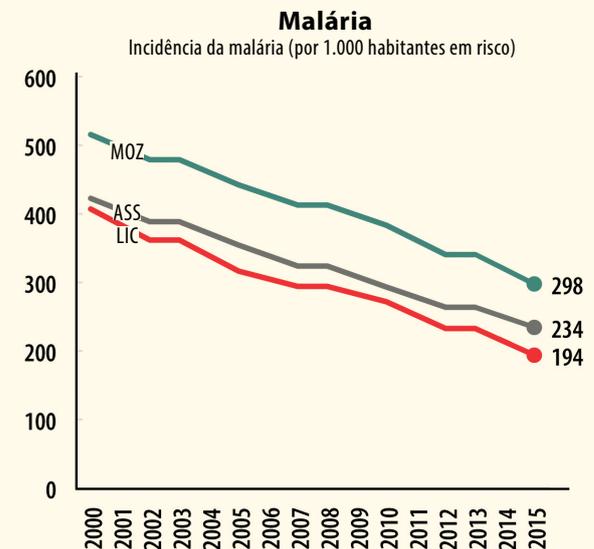
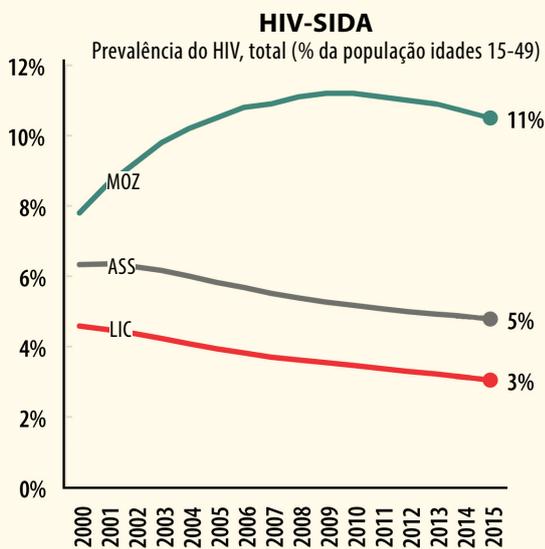
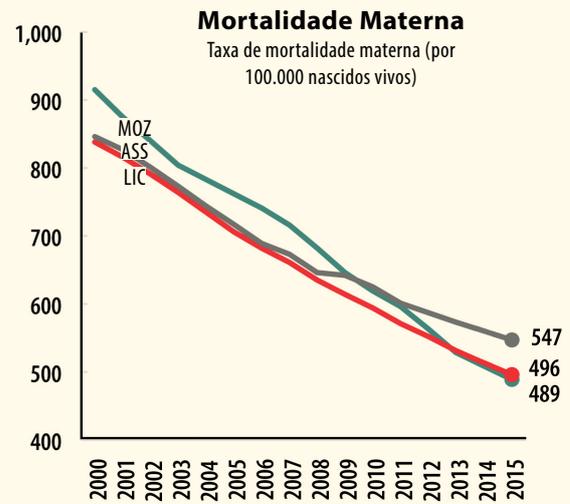
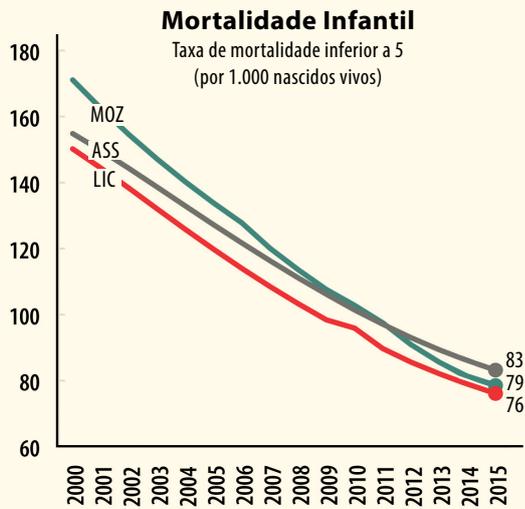
Traduzir os recursos em melhorias nos resultados é o foco da gestão dos recursos do Sector da Saúde. Esta secção explora o desempenho do Sector da Saúde – considerando o nível de recursos aplicados ao longo dos últimos anos – relativamente aos seus pares na maioria dos indicadores de saúde e nas medidas de serviços de qualidade em resposta ao objectivo estratégico #2 do PESS.

7.1 Tendências dos Resultados do Sector da Saúde

Moçambique superou os pares dos Países de Baixa Renda (LIC) e da África Subsaariana (SSA) na redução das mortes infantis e maternas (ver a Figura #12). O país reduziu as mortes infantis e maternas a um ritmo mais rápido ao longo dos últimos 15 anos do que os seus pares dos outros países de baixa renda e da África Subsaariana. (i) Em relação à mortalidade infantil, Moçambique reduziu

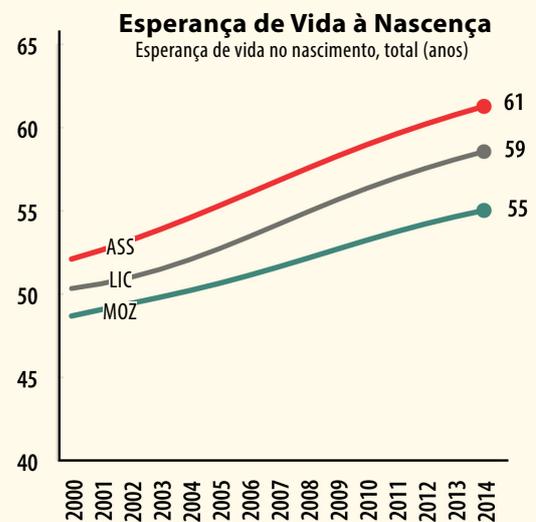
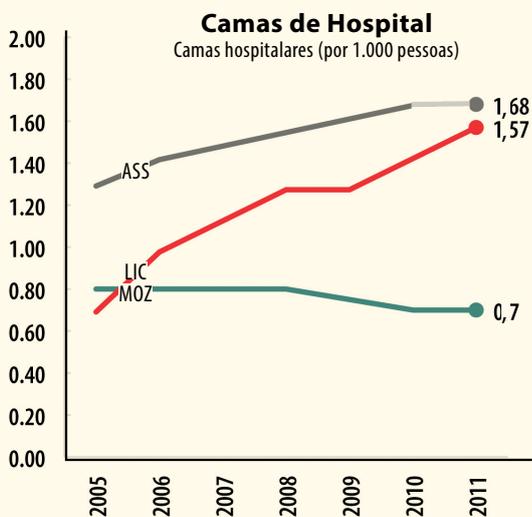
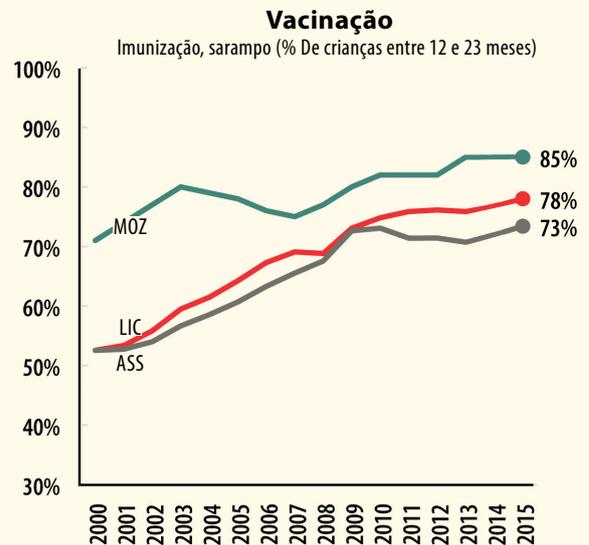
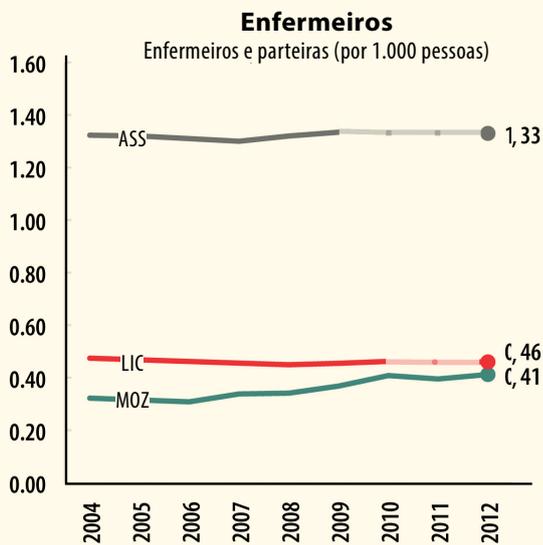
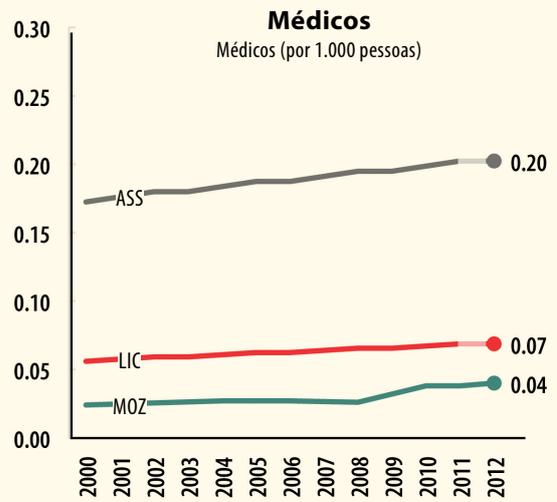
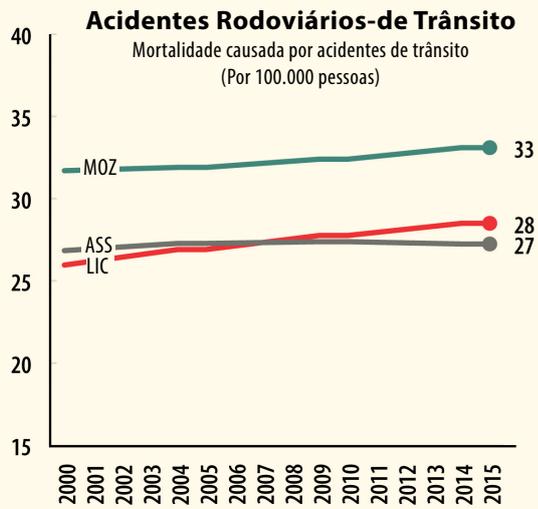
a taxa de mortalidade de uma média de 171 mortes por 1.000 nados vivos em 2000 para uma média de 79 mortes em 2015 (dados mais recentes disponíveis), o que equivale a uma diminuição de 92 mortes por 1.000. Durante o mesmo período, os LIC reduziram de uma média de 155 mortes por 1.000 para 83, igual a uma redução de 72; os SSA reduziram de 150 para 76, o que equivale a uma redução de 74. (ii) No que diz respeito à mortalidade materna, Moçambique reduziu a taxa de mortalidade de uma média de 915 mortes por 100.000 nados vivos para uma média de 489 mortes, uma redução de 426 mortes por 100.000 entre os anos 2000 e 2015. Ao mesmo tempo, os LIC diminuíram de 838 para 496, o que equivale a uma redução de 342 mortes por 100.000; os SSA reduziram de 846 para 547, o equivalente a uma redução de 299 mortes por 100.000. Apesar das reduções significativas registadas nas taxas de mortalidade infantil e materna, elas continuam muito elevadas em comparação com o mundo desenvolvido: os países de média renda apresentam uma taxa média de mortalidade infantil de 40 por 1.000 e uma taxa média de mortalidade materna de 180 por 100.000; os países de alta renda registam uma taxa média de mortalidade infantil de 6 por 1.000 e uma taxa média de mortalidade materna de 10 por 100.000.

FIGURE 12 Resultados da Saúde em Moçambique, Países da África Subsaariana e de Baixa Renda



Fonte: Compilação do autor a partir dos Indicadores do Desenvolvimento Mundial (WDI) do Banco Mundial.

Nota: Para os dados mais recentes de "Médicos" da SSA o ano é 2011, dos LIC é 2011 e de Moçambique é 2012. Para os dados mais recentes de "Enfermeiros" da SSA é 2009, dos LIC é 2010 e de Moçambique é 2012. Para os dados mais recentes de "Camas de Hospital" da SSA o ano é 2010, dos LIC é 2011 e de Moçambique é 2011.



No entanto, Moçambique ainda está muito atrás dos seus pares na mitigação dos desafios colocados pela Malária, Tuberculose, Desnutrição, HIV/SIDA e Acidentes Rodoviários / de Trânsito. O resultado é uma esperança de vida de apenas 55 anos, menos quatro anos do que os seus pares dos SSA e menos seis do que os seus pares dos LIC. Ao avaliar as principais causas de morte em Moçambique, o país está atrás dos seus pares em termos de nível de renda e os seus pares regionais em todos os indicadores. Moçambique está a reduzir as vulnerabilidades em certos indicadores, mas está a regredir noutros. Especificamente em relação à Malária e Nutrição, o país registou melhorias ao reduzir consideravelmente os seus níveis de incidência desde 2000; no entanto, apesar dos ganhos, Moçambique continua longe de atingir os níveis médios observados nos LIC e na SSA. No que diz respeito à Tuberculose (TB) e à Mortalidade por Acidentes Rodoviários / de Trânsito – não só Moçambique está longe de atingir os níveis dos seus pares, como a situação está a piorar: entre 2000 e 2015 (dados mais recentes disponíveis), a incidência de TB e as Mortes por Acidentes Rodoviários / de Trânsito aumentaram. No que diz respeito ao HIV/SIDA, a prevalência em Moçambique aumentou entre 2000 e 2009 e depois começou a diminuir até 2015 (dados mais recentes); no entanto, a sua incidência de 11 por cento da população é 6 pontos percentuais maior do que a média dos pares da SSA. A vulnerabilidade desproporcional da população de Moçambique às ameaças à saúde em relação aos seus pares está reflectida na sua medida de esperança de vida, que é vários anos mais baixa que a dos mesmos pares.

Moçambique tem-se esforçado por proporcionar as condições, em termos de infra-estrutura e pessoal, para enfrentar esses desafios em relação aos seus pares. Para responder às ameaças de saúde acima mencionadas, é importante que o sistema de saúde do país disponha de unidades sanitárias adequadas e pessoal qualificado. Contudo, Moçambique tem muito menos médicos e enfermeiros por mil pessoas em relação aos seus pares e não parece estar a melhorar os rácios. O mesmo se aplica ao número de camas de hospital. Mais uma vez, a falta de condições comparativamente aos seus pares ajuda a explicar as suas medidas relativamente mais baixas em certos indicadores-chave.

7.2 Prestação d Serviços do Sector da Saúde

Em 2014, o Banco Mundial realizou um inquérito às unidades sanitárias de Moçambique para medir o desempenho da prestação de serviços no Sector da Saúde; os resultados foram publicados em Junho de 2016²¹.

Os resultados de saúde em Moçambique são limitados por unidades sanitárias mal equipadas e mal apetrechadas (ver a Figura #13). Quando foram efectuadas visitas inesperadas a uma amostra de unidades sanitárias do país, os pesquisadores constataram que apenas 34% estavam devidamente equipadas com água corrente, electricidade e sanitários; apenas 43 por cento

FIGURA 13 Prestação de Serviços do Sector da Saúde

	Moçambique (2014)	Moç. Rural	Moç. Urban	Moç. Sul	Moç. Central	Moç. Norte	Kenya (2013)	Senegal (2012)	Tanzânia (2014)	Uganda (2013)	Togo (2014)	Nigéria (2014)
Pacientes por dia (por provedor)	17.4	17.4	17.3	17.2	17.7	17.1	15.2	N/A	7.3	6.0	5.2	5.2
Inexistência de unidade sanitária (percentagem de provedores)	23.9	23.1	28.3	22.9	19.4	30.5	27.5	20.0	14.3	46.7	37.6	31.7
Precisão do diagnóstico (percentagem de casos clínicos)	58.3	58.5	57.1	54.6	59.7	60.4	72.2	34.0	60.2	58.1	48.5	39.6
Observância das directivas clínicas (percentagem de directivas seguidas)	37.4	37.4	37.2	38.4	37.2	36.8	43.7	22.0	43.8	41.4	35.6	31.9
Manejo de complicações maternas / neonatais (percentagem de directivas seguidas)	29.9	30.5	27.5	28.9	31.0	29.8	44.6	N/A	30.4	19.3	26.0	19.8
Disponibilidade de medicamentos (percentagem de medicamentos)	42.7	42.6	43.9	44.5	41.1	43.3	54.2	78.0	60.3	47.2	49.2	49.2
Disponibilidade de equipamento médico (percentagem de unidades sanitárias)	79.5	78.8	82.8	79.3	82.9	74.1	76.4	53.0	83.5	21.9	92.6	21.7
Água, electricidade, saneamento na unidade sanitária (percentagem de unidades sanitárias com estas três condições existentes)	34.0	32.1	54.3	36.7	46.0	15.7	46.8	39.0	50.0	63.5	39.2	23.8

Fonte: Compilação do autor a partir de: Banco Mundial. Indicadores de Prestação de Serviços. "Prestação de Serviços de Saúde em Moçambique". Tabela 1: "SDI At-A-Glance"; Tabela 2: "SDI Country Comparisons".

21) Banco Mundial. "Health Service Delivery in Moçambique". Junho de 2016.

das unidades sanitárias tinham todos os medicamentos em stock; 80 por cento tinham todo o equipamento médico. Relativamente aos seus pares africanos onde o mesmo inquérito foi realizado, Moçambique apresentou o segundo nível mais baixo (após a Nigéria) quanto à prontidão das unidades sanitárias, o nível mais baixo de disponibilidade de medicamentos, mas esteve próximo da média em termos de presença de equipamento médico.

Os resultados de saúde também são limitados por profissionais de saúde ausentes, não devidamente preparados e ainda por cima sobrecarregados. Nas mesmas visitas não anunciadas, 24% dos profissionais de saúde estavam ausentes da unidade sanitária. Embora esta seja mais ou menos a média registada nos países africanos inquiridos. Isto pode significar que os tempos de espera sejam bem maiores, é um factor que contribui para os profissionais de saúde presentes estarem relativamente sobrecarregados, quando medido pelo número de casos. Por dia, cada profissional de saúde atende, em média, 17 pacientes, que são 10 pacientes mais do que a média dos outros países inquiridos. Ao medir o conhecimento básico dos profissionais de saúde, apenas 58 por cento conseguiram diagnosticar correctamente cinco condições de rastreabilidade (três condições de crianças e duas de adultos), apenas 37 por cento demonstraram que estavam em condições de seguir as directivas clínicas para o tratamento das cinco condições de rastreabilidade; e apenas 30 por cento conseguiram responder adequadamente às complicações maternas e neonatais. Embora cada uma destas medidas de serviço de qualidade estivessem próximas da média dos outros países africanos pesquisados, é um sinal revelador de que o Sector da Saúde deve ter atenção à prontidão das suas unidades sanitárias e provedores de cuidados ao abrigo dos objectivos estratégicos #2 e #7 do PESS para que possa esperar um progresso significativo nos indicadores-chave de saúde.

A qualidade da prestação de serviços do Sector da Saúde varia de serviços Rurais versus Urbanos e das divisões Sul-Centro-Norte. Ao desagregar os indicadores de prestação de serviços por característica demográfica, a diferença mais notória é a variação em unidades sanitárias equipadas com água corrente, electricidade e sanitários. Não constitui surpresa o facto de que apenas 32% das unidades sanitárias rurais possuem estas três condições contra 54% das unidades sanitárias urbanas. O mais surpreendente é a grande discrepância por zona geográfica: 46 por cento das unidades sanitárias no Centro do país têm as três condições, enquanto 37 por cento das unidades sanitárias no Sul têm as três e apenas 16 por cento das unidades sanitárias no Norte têm as três. Notavelmente, as distinções demográficas mostram pouca diferença na disponibilidade de medicamentos ou de equipamento e na qualidade dos profissionais de saúde.

\$79

dólares americanos
é o valor que
Moçambique gasta
por pessoa em saúde.

8. Qual é o Grau de Eficiência da Despesa da Saúde?

Moçambique gasta menos na saúde per capita em comparação com os seus pares da SSA, mas um pouco mais do que os seus pares dos LIC. Moçambique gasta US\$ 79 por pessoa em saúde, paridade de poder de compra (PPP). Em comparação, a média da SSA é de US\$ 163 por pessoa e a dos LIC é de US\$ 68 por pessoa. Resumindo, (i) por pessoa, Moçambique gasta um pouco mais em saúde do que os seus pares dos LIC e menos do que os seus pares da SSA; (ii) como percentagem do total da despesa do governo (ver a Secção 2), gasta, em média, quase o mesmo que os pares dos LIC e um pouco menos do que os pares da SSA; e (iii) como percentagem do PIB, gasta, em média, um pouco mais do que os pares dos LIC e da SSA. Considerando que a “percentagem do PIB” é um sinal da dimensão do Sector da Saúde em relação à dimensão da economia do país e que a “percentagem no total da despesa do governo” é um sinal do desejo do governo de financiar o sector em relação a outros sectores; “despesa por pessoa” é a verdadeira medida indicativa, entre os três, do benefício que uma população pode receber dos recursos alocados ao sector. Enquanto a despesa de saúde por pessoa de Moçambique podem ser mais do que a dos pares dos LIC e menos do que a dos pares da SSA, é substancialmente inferior à média dos países de média renda (US\$ 576 PPP) e para países de alta renda (US\$ 5.193 PPP)²², o que explica a capacidade comparativamente mais fraca de Moçambique de mitigar os seus desafios de saúde.

Em relação ao que o país gasta em saúde, apresenta resultados de saúde mais baixos em comparação com os seus pares. Tomando em consideração os US\$ 79 que Moçambique gasta por pessoa em saúde, tem uma taxa de mortalidade infantil (TMI) de 79 mortes (por 1.000 nados vivos)²³ (ver a Figura #14A). Este é um resultado moderadamente eficiente (ou seja, resultado de saúde para um determinado contributo em recursos) em relação aos seus pares. Moçambique gasta menos para ter uma TMI mais baixa em relação à SSA (que gasta US\$ 163 para uma TMI de 83), mas gasta mais e tem uma TMI mais elevada em comparação com os LIC (que gastam US\$ 68 para uma TMI de 76). Por outras palavras, Moçambique tem resultados mais eficientes do que a SSA, mas um resultado menos eficiente do que os LIC.

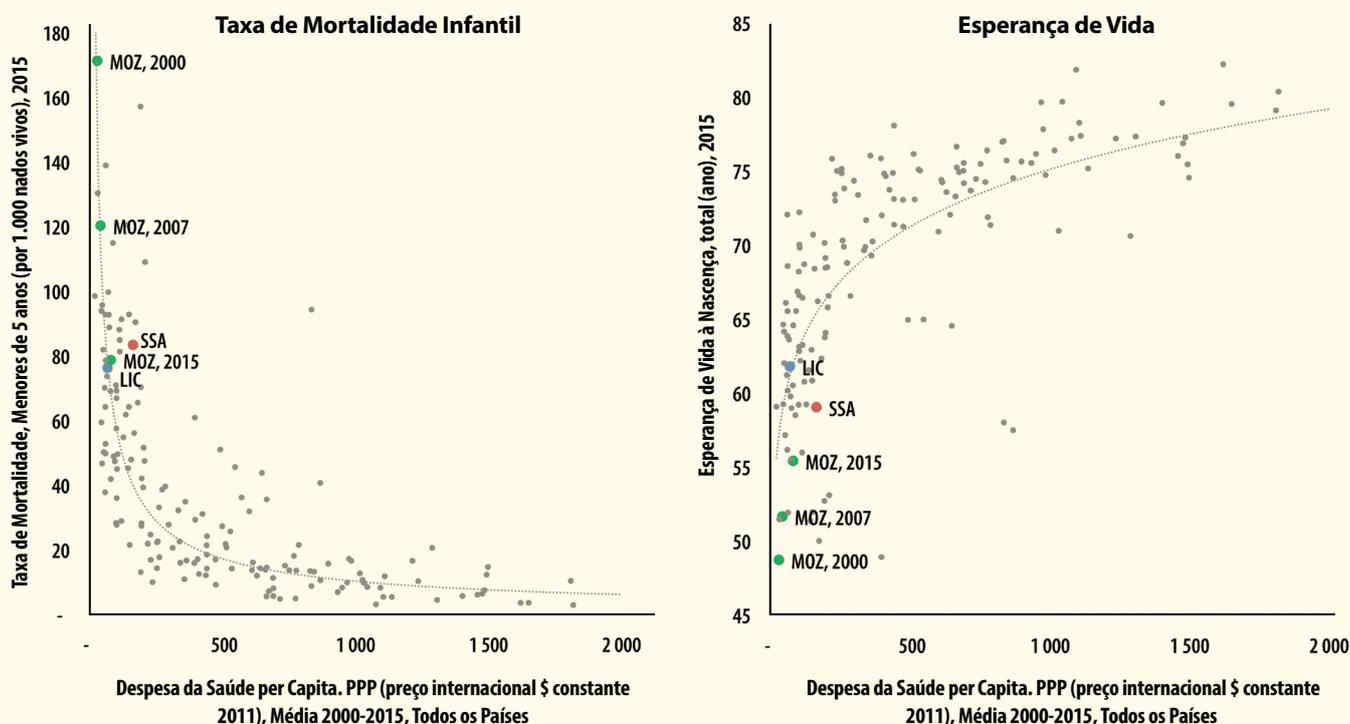
22) Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial. “Despesas de saúde per capita, PPP (preços internacionais \$ constantes para 2011)”. 2014 (dados mais recentes disponíveis).

Ainda assim, existem muitos países que têm resultados mais eficientes do que os LIC e Moçambique em relação à mortalidade infantil. A título de exemplo, o Ruanda gasta o mesmo por pessoa em saúde que Moçambique, mas tem uma TMI de 42, equivalente a 37 menos mortes por 1.000 nados vivos. O Bangladesh regista o resultado mais eficiente, gastando US\$ 58 para uma TMI de 38. Em África, o país mais eficiente é a Eritreia, que gasta US\$ 47 para uma TMI de 47. Quanto à esperança de vida à nascença (EVN), Moçambique gasta US\$ 79 por pessoa em saúde por uma EVN de 55 anos²⁴ (ver a Figura #14B). Este é um resultado ineficiente. Os LIC gastam menos (US\$ 68) para ter uma EVN mais alta de 62 anos, mas a SSA gasta mais (US\$ 163) para ter uma EVN mais elevada de 59 anos. De novo e por outras palavras, Moçambique tem um resultado mais eficiente do que a SSA, mas um resultado menos eficiente do que os LIC. Como acontece com a mortalidade infantil, existem muitos países com resultados mais eficientes do que Moçambique e os seus pares em termos de renda e regionais. Por exemplo, novamente, o Ruanda gasta o mesmo valor por pessoa em saúde que Moçambique, mas tem uma EVN de 65, dez anos mais do que Moçambique. O mais eficiente em termos de gastos para a EVN é a RDC, com US\$ 19 para 59 anos, a Etiópia com US\$ 44 para 65 anos e Mianmar com US\$ 44 para 66 anos.

À medida que Moçambique aumentou os gastos de saúde ao longo da última década e meia, reduziu a mortalidade infantil e aumentou a esperança de vida à nascença (ver a Figura #14A e B). Em relação à mortalidade infantil, em 2000 Moçambique gastou US\$ 28 e teve uma TMI de 171. Até 2007, gastava US\$ 41 e tinha uma TMI de 120. Em 2015, conforme acima mencionado, gastou US\$ 79 e teve uma TMI de 79. Esta tendência mostra que à medida que o país aumentou os seus gastos em saúde, melhorou a sua TMI. Com efeito, para cada dólar adicional gasto per capita em saúde, cortou aproximadamente 1,6 vidas da sua TMI.²⁵ Quanto à esperança de vida, em 2000 Moçambique gastou US\$ 28 e teve uma EVN de 49; Até 2007, os gastos aumentaram para US\$ 41 e a EVN aumentou para 52; e em 2015, os gastos foram de US\$ 79 e a EVN aumentou novamente para 55 anos. Em suma, à medida que os gastos aumentaram, a EVN aumentou. Por cada dólar adicional gasto per capita em saúde, a esperança de vida aumentou aproximadamente 1,5 meses²⁶.

As evidências sugerem que novos aumentos na despesa de saúde podem levar a melhores resultados de saúde; no entanto, dado o actual ambiente fiscal, é improvável que se registem grandes aumentos

FIGURA 14 Eficiência da Despesa da Saúde



Fonte: Compilação do autor do Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial. "Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascimentos vivos)", 2015. "Despesas de saúde per capita, PPP (constante 2011 internacional \$)", Média 2000-2015. "Esperança de Vida à Nascença, Total (anos)", 2015.

Nota: O eixo-y tracejado nas duas figuras. Nem todos os países são apresentados na figura num esforço de se concentrar na distribuição de Moçambique, LIC, SSA.

23) Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial. "Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nados vivos)". 2015 (dados mais recentes disponíveis).

24) Banco Mundial. Indicadores do Desenvolvimento Mundial. "Esperança de vida à nascença, total (anos)". 2015 (dados mais recentes disponíveis).

25) Cálculos do autor baseados no Indicador do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial. "Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nados vivos)" e "Despesas de saúde per capita, PPP (preços internacionais \$ constantes para 2011)". Anos 2000, 2007, 2015.

nos gastos. Por conseguinte, Moçambique deve se concentrar em fazer ganhos de eficiência usando os actuais níveis de recursos. O maior gasto per capita em saúde está associado à menor mortalidade infantil e à maior esperança de vida. Isto é especialmente relevante quando se trata de baixos níveis de despesa (ver a linha de tendências): pequenos aumentos no gasto per capita estão relacionados com melhorias relativamente grandes nos resultados de saúde. No entanto, dado o aumento do peso da dívida de Moçambique, que irá restringir os gastos nos próximos anos, é pouco provável que haja um aumento considerável das despesas com a saúde. Assim, o sector deve priorizar ganhos de eficiência em conformidade com o objectivo estratégico #4 do PESS. Os ganhos de eficiência podem ser conseguidos concentrando recursos em cuidados preventivos (por exemplo, redes mosquiteiras, vacinação), melhorando a capacidade profissional dos trabalhadores de saúde, estabelecendo intervenções de saúde de base comunitária, utilizando unidades sanitárias móveis para quebrar barreiras geográficas e fortalecendo a coordenação dos doadores para um melhor direccionamento dos recursos existentes, com vista a resolver os principais problemas do sector e a reduzir os custos de transacção²⁷.

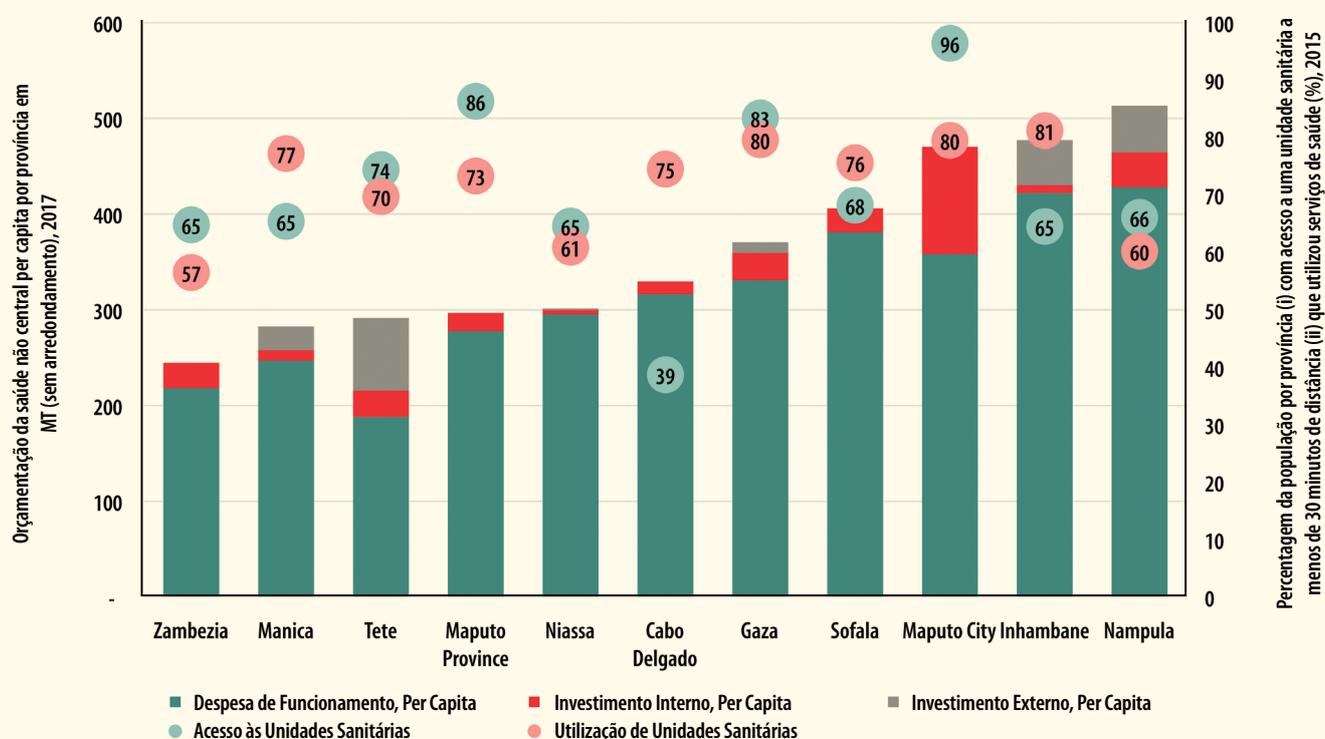
9. Até que Ponto a Despesa da Saúde é Equitativa?

É essencial compreender a distribuição dos recursos da saúde e a forma como a distribuição está relacionada com o acesso e a utilização de unidades sanitárias pelos beneficiários dos recursos para medir a equidade da alocação dos recursos da saúde.

9.1 Igualdade da Alocação por Distribuição Geográfica

A província da Zambézia recebe menos de metade da alocação de Nampula, a província com maior alocação (ver a Figura #15). Considerando apenas as alocações distritais e provinciais (por falta de dados sobre a descentralização de recursos de nível central para as províncias), a província da Zambézia recebe a segunda alocação bruta mais elevada, mas por pessoa, recebe a alocação mais baixa²⁸. Na verdade, a alocação por pessoa da Zambézia de MT 245 é menos de metade da alocação por pessoa de Nampula, que é de MT 513. A alocação média por pessoa das três províncias com financiamento mais baixo (Zambézia, Manica e Tete) é aproximadamente 40% inferior à média das três províncias com financiamento mais elevado (Nampula, Inhambane e Cidade de Maputo).

FIGURA 15 Financiamento da Saúde Não Central por Pessoa por Província



Fonte: Cálculos do autor a partir da LOE 2017. Os números referentes à população distrital são provenientes do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE). Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde do INE. "Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar – IOF – 2014/5". Quadro 7.1, Pg. 80.

26) Cálculos do autor baseados no Indicador do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial. "Esperança de vida à nascença, total (anos)" e "Despesas de saúde per capita, PPP (preços internacionais \$ constantes para 2011)". Anos 2000, 2007, 2015.

27) Banco Mundial. Revisão da Despesa Pública de Moçambique 2014. Setembro de 2014. Página 81.

28) O financiamento da saúde fora do orçamento não está incluído.

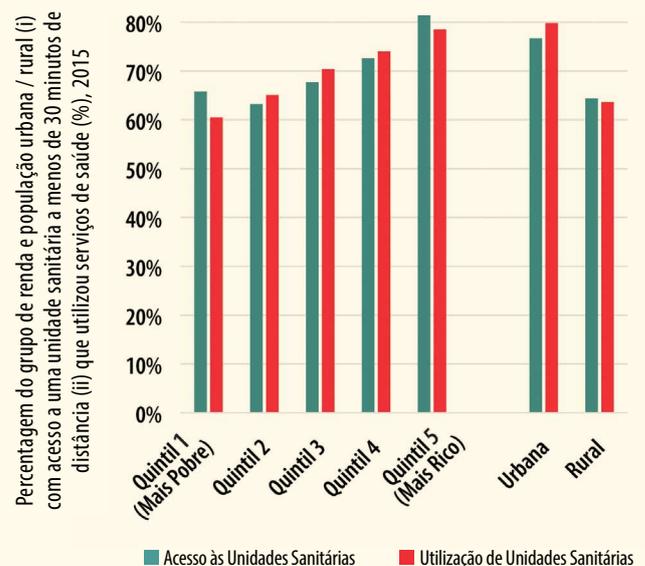
9.2 Igualdade de Acesso e Utilização de Unidades Sanitárias

Das onze províncias, Cabo Delgado tem o menor acesso às unidades sanitárias e a Zambézia apresenta o menor uso de unidades sanitárias (ver a Figura #15). Em Cabo Delgado, apenas 39% das famílias têm acesso a uma unidade sanitária (hospital, posto de saúde, etc.) a uma distância de 30 minutos a pé da sua residência. Na Zambézia, apenas 57% dos agregados familiares indicam ter usado unidades sanitárias. Estas taxas são muito diferentes da taxa de acesso de 96 por cento que se regista na Cidade de Maputo e a taxa de 81 por cento em Inhambane.

Quanto mais rico é o agregado familiar, melhor o acesso e a utilização das unidades sanitárias. Da mesma forma, os agregados familiares urbanos demonstram um melhor acesso e utilização de unidades sanitárias (ver a Figura #16). O segmento mais rico da população tem uma taxa de acesso de 84% e uma taxa de utilização de 79%, enquanto o segmento mais pobre da população possui uma taxa de acesso de 66% e uma taxa de utilização de 61%. Em relação à divisão urbana/rural, as famílias urbanas têm uma taxa de acesso de 77% e uma taxa de utilização de 80%, enquanto as famílias rurais têm uma taxa de acesso muito menor de 64% e taxa de utilização de 64%.

O investimento no Sector da Saúde deve priorizar as províncias desfavorecidas e mais necessitadas. Claramente, as decisões de alocação de recursos criaram uma situação em que os agregados familiares mais ricos e urbanos de certas províncias têm melhor acesso aos serviços de saúde do que os pobres. Em consonância com o objectivo estratégico #3

FIGURA 16 Acesso e Utilização das Unidades Sanitárias



Fonte: Acesso e Utilização das Unidades Sanitárias do INE. "Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar -IOF- 2014/5". Quadro 7.1, Pg. 80.

do PESS, é essencial que tanto o governo como os doadores cooperem na busca de recursos para as províncias e segmentos da população desfavorecidos, a fim de promover uma maior equidade no sistema de saúde de Moçambique.

29) É possível ter uma "taxa de utilização" maior do que a "taxa de acesso" devido ao facto de que a "taxa de acesso" mede apenas as famílias com uma unidade sanitária a 30 minutos da residência, enquanto a "taxa de utilização" mede as famílias que usam unidades sanitárias a qualquer distância da sua residência.

Glossário dos termos orçamentais

Dotação Inicial: A primeira dotação de fundos aprovada pelo Parlamento

Dotação Rectificativa: Uma dotação actualizada de fundos aprovada pelo Parlamento

Dotação Actualizada: O total de fundos colocados à disposição de uma determinada instituição de saúde

Despesa Realizada: Fundos alocados gastos no investimento e custos de funcionamento da saúde

Execução do Orçamento: Percentagem de fundos alocados gastos do total da dotação.

Valores Nominais; Correntes: Números não corrigidos para efeitos de inflação

Valores Reais; Constantes: Números corrigidos para efeitos de inflação

Acrónimos

b	Bilhões
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CGE	Conta Geral do Estado (Relatório Final do Orçamento)
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CUT	Conta Única do Tesouro
DPS	Direcção Provincial de Saúde
e-SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
EVN	Esperança de Vida à Nascença
FC	Fundo Comum
FMI	Fundo Monetário Internacional
HCM	Hospital Central de Maputo
LIC	Low Income Countries – Países de Baixa Renda
LOE	Lei do Orçamento do Estado
m	Milhões
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério da Saúde
MT	Metical Moçambicano (Moeda Local)
ODAMAZ	Plataforma de Dados da Ajuda Oficial ao

PES	Desenvolvimento de Moçambique
PESS	Plano Económico e Social
PIB	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PPP	Produto Interno Bruto
PPP	Purchasing Power Parity Paridade do Poder de Compra
PQG	Plano Quinquenal do Governo
REO	Relatório de Execução do Orçamento do Estado (Relatório de Actualização da Despesa do Governo)
SDI	Service Delivery Indicator – Indicador de Prestação de Serviços
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SSA	África Subsaariana
TB	Tuberculose
TMR	Taxa de Mortalidade Infantil
UGB	Unidade Gestora Beneficiária
US\$	Dólar Americano (Moeda)
WB	Banco Mundial
WDI	World Development Indicators – Indicadores do Desenvolvimento Mundial