



República de Moçambique  
Ministério do Plano e Finanças  
Ministério da Saúde



República de Moçambique  
Ministério do Plano e Finanças  
Ministério da Saúde

# A Despesa Pública e a Prestação de Serviços na Saúde em Moçambique

## Uma Síntese



## Ficha Técnica

<b>Título:</b>	A Despesa Pública e a Prestação de Serviços na Saúde em Moçambique: Uma Síntese
<b>Copyright:</b>	Ministério da Saúde (MISAU) e Ministério do Plano e Finanças (MPF)
<b>Publicação:</b>	Janeiro 2004
<b>Redacção:</b>	João Schwalbach, Patrick Ward, Humberto Muquingue e Magnus Lindelow
<b>Apoio técnico:</b>	Oxford Policy Management e Austral Consultoria e Projectos, Lda (Projecto FoPOS)
<b>Financiamento:</b>	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID), do Reino Unido
<b>Fotografias:</b>	Centro de Formação Fotográfica - Maputo, Moçambique e UNICEF - Maputo, Moçambique
<b>Design:</b>	Elográfico, Maputo

## Introdução

Esta brochura apresenta uma síntese dos resultados de dois estudos realizados conjuntamente pelo Ministério do Plano e Finanças (MPF) e pelo Ministério da Saúde (MISAU) em 2002. Um dos estudos, “**A Despesa Pública com a Saúde em Moçambique**” providencia informação sobre a afectação de recursos inter e intra-sectoriais e identifica os principais constrangimentos organizacionais que impedem a prestação de serviços de saúde, com o intuito de melhorar o desempenho da despesa pública na saúde. Analisa dados do período entre 1997 e 2000. O outro, “**O Nível Primário do Sector da Saúde em Moçambique**” apresenta os resultados de um inquérito que avalia o funcionamento deste nível de prestação de cuidados do Sistema Nacional de Saúde, com particular ênfase para o fluxo de recursos e a sua relação com os serviços que presta. Para estes fins, foi inquirida uma amostra de 90 unidades que prestam cuidados de saúde primários, e os utentes e os trabalhadores dessas unidades. Foi também recolhida informação das Direcções Distritais e Provinciais de Saúde.

Os achados destes estudos apontam em geral para um sector saúde em larga expansão mas pesadamente dependente de financiamento externo; igualmente apontam para um sector em busca de uma gestão e planificação mais maduras e mais coerentes, ao mesmo tempo que este mostra padecer de problemas na prestação de serviços. Sobressai dos estudos a necessidade de conferir ao sector saúde uma atitude mais visivelmente equitativa, a imperiosidade em prestar maior atenção ao desempenho e motivação do pessoal de saúde, como determinante importante do volume e qualidade dos serviços prestados no sector; e a vinculação crítica entre informação de saúde e gestão de saúde.

## Desempenho na saúde

A saúde dos moçambicanos é ainda das mais pobres no Mundo, com uma taxa de mortalidade para menores de 5 anos, por exemplo, de 219 mortes por 1 000 nados vivos. O perfil de doenças continua a ser tipicamente de um país em vias de desenvolvimento, com o predomínio de doenças infecto-contagiosas como a malária, diarreias, doenças respiratórias e ultimamente, o HIV/SIDA.



O quadro corrente da política para o sector saúde está exposto em três documentos essenciais, o Programa do Governo para 2001-2004, o Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) e o Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) 2000-2005.

A saúde é uma das áreas prioritárias identificadas no PARPA. O PARPA identifica seis componentes essenciais na política do sector saúde: (i) cuidados de saúde primários; (ii) cuidados de saúde para combater doenças endémicas; (iii) HIV/SIDA; (iv) rede sanitária; (v) desenvolvimento de recursos humanos; (vi) planificação e gestão do sector saúde. O PARPA fixa metas para melhoria dos resultados de saúde da população, volumes e cobertura da prestação de serviços e um cenário financeiro no qual as prioridades deverão estar orçamentadas. O Programa do Governo e o PARPA estabelecem metas para o sector saúde em termos de indicadores de resultados, serviços e infra-estruturas, os quais são bastante consistentes nos dois documentos.

O PESS tem orientações semelhantes e dá ênfase à necessidade de separar as funções do MISAU e do Serviço Nacional de Saúde para promover a participação comunitária, desenvolver um pacote de serviços essenciais e melhorar a gestão financeira. As componentes centrais do PESS são: (i) dar prioridade à Saúde Materno-Infantil e aos cuidados de saúde de indivíduos e famílias vivendo em absoluto estado de pobreza; (ii) enfatizar a medicina preventiva, a redução da incidência das doenças endémicas, a nutrição, a educação e a comunicação; (iii) aumentar o volume da prestação de serviços e melhorar a qualidade dos serviços; e (iv) melhorar a formação do pessoal, condições dos trabalhadores e capacidade de gestão.

Os dois estudos aqui sumariados fornecem informação que permite fortalecer a afectação e a gestão de recursos públicos com o fim de melhorar o desempenho das principais políticas na saúde. Os estudos também providenciam alguns dados básicos a partir dos quais se poderá avaliar o progresso no âmbito do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS).

## As despesas com a saúde

Entre 1997 e 2000 a despesa pública com a saúde cresceu de 4,6 para 7,5 USD *per capita*, o que corresponde a um crescimento real de cerca de 65% ao longo dos quatro anos e correspondente a um incremento de 2,3 para 3,4% na fatia do produto interno bruto destinada à saúde (Tabela 1). A despesa corrente *per capita* cresceu em cerca de 73%, de 48 951 MT em 1997, para 84 721 MT em 2000. Paralelamente, verificou-se um aumento de cerca de 10% no número de unidades de saúde, a par de um aumento de 2,7% no número de trabalhadores de saúde, sobretudo os mais qualificados.

O crescimento da despesa foi devido a um aumento dos recursos do Orçamento do Estado (OE) canalizados para o sector saúde, de cerca de 7,7% em 1997 para 8,8% em 2000, tendo como fundo uma também crescente despesa total do OE, possibilitada pelo perdão da dívida no contexto das negociações do PPAE (Países Pobres Altamente Endividados). No entanto, o nível da despesa continua a estar bastante abaixo dos níveis necessários para a prestação de serviços adequados; por exemplo a Comissão de Macroeconomia e Saúde estimou em 40 USD *per capita* o custo de uma política de prestação de serviços de saúde para a redução da pobreza.

**Tabela 1**  
**Despesa com a saúde, 1997 - 2000**

	1997	1998	1999	2000
Despesa total com o sector saúde (bilhões de MT)	1 117	1 312	1 649	1 974
Despesa total <i>per capita</i> com o sector saúde				
Em meticais	69 482	79 750	97 890	114 502
Em dólares norte americanos	4,6	5,2	6,4	7,5
Parte do Orçamento do Estado afectada à saúde (%)	7,7	6,5	7,7	8,8
Proporção da despesa pública total na saúde no PIB (%)	2,3	2,4	2,8	3,4
Despesa corrente (bilhões de MT)	786,9	1 006,4	1 242,2	1 460,8
Despesa corrente <i>per capita</i> (MT)	48 951	61 174	73 762	84 721

Nota: Preços constantes de 2000; despesa total inclui despesa corrente e de investimento

As despesas com a saúde

Uma grande parte desta despesa é financiada através dos fundos provenientes da cooperação internacional - cerca de 68% - que inclui o apoio externo bilateral e multilateral e recursos canalizados através das organizações não governamentais, enquanto o financiamento público doméstico providenciado pelo OE constitui 29%; cerca de 3% da despesa é financiada por pagamentos dos utentes. Embora a proporção dos fundos externos geridos pelo Governo tenha subido nos últimos anos, o orçamento do sector é ainda fortemente segmentado, o que torna a sua gestão difícil de coordenar e a utilização dos recursos pouco eficiente e pouco racional.

Em termos globais, entre 15 e 20% da despesa total constitui despesa de investimento, o que é uma proporção elevada para um país de baixo rendimento. Isto reflecte em grande medida os investimentos financiados pelos doadores na reconstrução da infra-estrutura.

Os cuidados de saúde de nível mais elevado recebem uma quota de financiamento desproporcionalmente grande, comparativamente com os níveis de cuidados primário ou secundário. Os hospitais provinciais receberam 42% da despesa corrente total em 2000, e esta proporção tem subido ligeiramente nos últimos anos. Do orçamento total afectado aos hospitais centrais, o Hospital Central de Maputo consome 80%. O aumento do financiamento aos hospitais de nível mais elevado pode piorar o desmoronamento do sistema de referência, levando mais pessoas a fazer dos níveis mais altos de cuidados de saúde o seu primeiro ponto de contacto com o sistema, no lugar dos postos e centros de saúde.

Em 2000, do orçamento para despesas correntes, 39% foi gasto em despesas com o pessoal, 22% em produtos farmacêuticos e 39% em outros bens e serviços. No entanto, é possível que uma parte significativa desta última rubrica seja constituída efectivamente por transferências para remunerações ao pessoal, na forma de benefícios em espécie. O número de trabalhadores aumentou em três por cento enquanto que os custos relacionados com o pessoal cresceram 94%, o que significa um aumento de 89% por trabalhador. Provavelmente, este aumento nos custos da mão-de-obra reflecte em parte uma melhoria das qualificações e competências do pessoal. Todavia, os aumentos salariais passaram apenas, em mé-



dia, de uma despesa com cada trabalhador equivalente a 100 para 200 dólares norte americanos por mês.

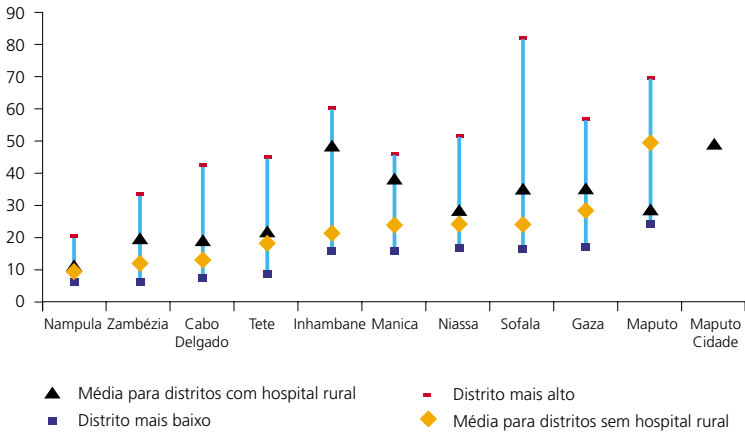
Ao nível do distrito, a falta de informação consolidada e monitorizada dificulta uma análise da composição da despesa. Ainda assim, verificam-se diferenças notáveis entre os distritos. Por exemplo, a despesa com o pessoal varia entre 35% e 90% da despesa corrente total (excluindo medicamentos e outros recursos em espécie).

## Variação na despesa entre províncias e distritos

Os dois estudos sublinharam uma grande variação na despesa *per capita* entre províncias e, ainda mais, entre distritos. A despesa média *per capita* por província variou, para os níveis de atenção de saúde I e II, de aproximadamente 10 000 MT em Nampula para quase 50 000 MT em Maputo Cidade; e a despesa *per capita* em Inhambane oscilou entre 16 000 MT no distrito mais desfavorecido até mais de 60 000 MT para o distrito mais favorecido (Figura 1).



**Figura 1:**  
Despesa *per capita* em 2000, por província  
(em milhares de MT, a preços constantes de 1998)



## Serviços prestados e produtividade

### A desproporção entre actividade e financiamento

Enquanto a despesa total com a saúde e a despesa por trabalhador cresceram consideravelmente nos últimos anos, realce-se que, comparativamente, a expansão da provisão de serviços de cuidados de saúde no mesmo período foi bastante modesta - 15% em termos de consulta externa *per capita*, 13% em unidades de atendimento (UA) *per capita* (Tabela 2).

Os serviços prestados por cada trabalhador, medidos pela média de UA por trabalhador clínico e técnico, apenas cresceram em sete por cento, entre 1997 e 2000, representando um ganho de produtividade muito modesto de cerca de 2 UA por trabalhador-dia. Consequentemente, o custo unitário por serviço prestado subiu em cerca de 53 por cento, em termos



reais, de 15 397 MT (1,0 dólar norte americano) para 23 578 MT (1,5 dólares norte americanos) como se pode observar na Tabela 2.

**Tabela 2:**  
**Prestação de serviços de saúde e eficiência do sistema público, 1997 - 2000**

	1997	1998	1999	2000	Crescimento 1997-2000 (%)
Total de unidades de atendimento prestados (milhões)	51,11	55,13	61,12	61,95	21
UA <i>per capita</i>	3,2	3,4	3,6	3,6	13
Consultas externas <i>per capita</i>	0,57	0,66	0,79	0,83	15
UA por pessoal clínico e técnico	7 119	nd	7 944	7 584	7
Despesa corrente por UA (MT)	15 397	18 254	20 324	23 578	53
Salários e custos com pessoal por trabalhador (milhões de MT)	19	nd	34	36	89
Porcentagem de actividades completadas por cada nível de cuidados:					
Hospitais provinciais e centrais	25	22	21	21	—
Níveis I e II (urbano)	20	20	22	22	—
Níveis I e II (distritos com hospital rural)	19	21	20	19	—
Periferia	35	37	37	39	—

Dados financeiros em preços constantes de 2000.

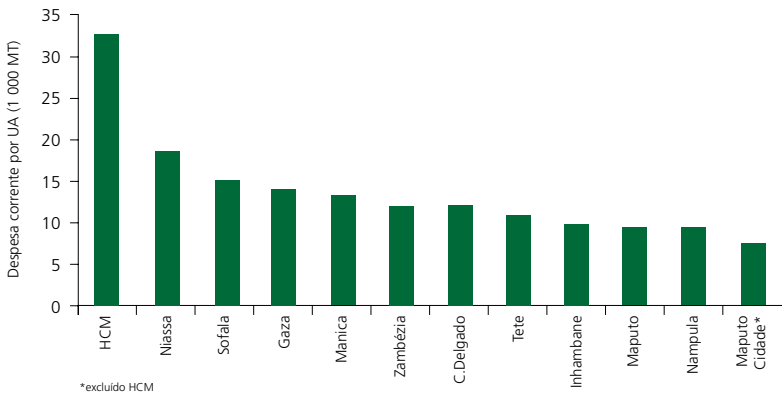
"Unidade de atendimento (UA)", indicador composto.  $UA = 12 \cdot \text{Partos} + 9 \cdot \text{Ocupação de camas/dia} + 0,5 \cdot \text{Vacinações} + \text{Consultas externas} + \text{Consultas de Saúde Materno-Infantil}$ .

A maioria dos cuidados de saúde em Moçambique é providenciada pelo nível primário do Serviço Nacional de Saúde. Os dados do inquérito sugerem que as unidades primárias concorrem para aproximadamente 40% da produção total do sistema público de saúde com cerca de 34% do seu pessoal. Desde 1993, a proporção do total de serviços prestados pelos hospitais provinciais e centrais, em termos de unidades de atendimento, tem estado a diminuir (de 33% em 1993 a 21% em 2000). Isso representa uma melhoria na balança de serviços entre os níveis, mas implica que o aumento de despesas a nível hospitalar é pouco justificado.

## Diferenças de eficiência entre províncias

Há uma variação significativa nos custos unitários de serviços entre províncias, os quais se situam entre 7 182 MT por UA (0,5 dólares norte americanos) em Maputo Cidade e 18 352 MT por UA (1,2 dólares norte americanos) no Niassa (Figura 2). Tirando o Hospital Central de Maputo, que oferece serviços pouco comparáveis, os custos unitários dos serviços variam entre províncias em mais de duas vezes e meia. Estas variações reflectem vários factores, mas é notável que Niassa, que regista o custo unitário mais alto, também possui a mais baixa classificação em termos de produtividade de mão-de-obra: cerca de 5 959 UA por trabalhador-ano, ou 27 UA por trabalhador-dia. A produtividade de mão-de-obra encontrada em Nampula, Gaza e Zambézia é cerca de 1,4 vezes a de Niassa. Nampula, Zambézia e Cabo Delgado, apresentam o menor número de serviços *per capita*, o que em conjunto com altos níveis de produtividade da mão-de-obra pode significar uma escassez de pessoal.

**Figura 2:**  
Custos unitários dos serviços por província (2000)



## Serviços prestados por trabalhador ao nível do distrito e da unidade primária

As diferenças nos serviços prestados por trabalhador são maiores entre distritos do que entre províncias - entre distritos, as UA prestadas por trabalhador variaram entre 1 115 a 8 374 UA por trabalhador por ano (incluindo todo o pessoal no denominador). Enquanto uma parte desta variação possa resultar por prestar serviços em áreas menos populosas, observa-se igualmente variação entre distritos com densidades iguais.

Maiores ainda são as diferenças entre as unidades primárias, que o inquérito mostrou estarem entre cerca de 100 até mais de 1 000 UA por trabalhador por mês. Enquanto o número médio de UA por trabalhador é de 464 UA para unidades primárias no seu todo, um quarto das unidades produziu menos de 246 UA por trabalhador. No outro extremo o quarto mais alto produziu acima de 597 UA. A carga de trabalho que estes dados implicam sugere que é possível aumentar a produtividade; em média o trabalhador realiza cerca de três horas de consulta por dia de trabalho.

Os estudos também mostraram diferenças na utilização dos outros insumos ao nível distrital as quais sugerem a possibilidade de aumentar a eficiência. O custo em bens e serviços que cada UA acarretou variou de menos de 400 a mais de 5 500 MT e o valor total de medicamentos fornecidos variou de 2 316 a 14 128 MT por consulta externa.

## Qualidade na prestação de serviços

O inquérito achou evidência das consultas serem bastante curtas, com uma duração média de quatro minutos. A grande maioria dos utentes, porém, mostrou-se satisfeita com os trabalhadores de saúde com quem contactou. Pareceu haver excessos nas prescrições: quase todos os pacientes ambulatoriais receberam uma prescrição e a um terço foram receitados três ou mais itens. Trinta por cento dos pacientes ambulatoriais receberam alguma forma de antibiótico e quase 18% receberam injeções.

Outros estudos recentes apontam problemas semelhantes, incluindo casos de falta de respeito e de cobranças ilegais que contrastam com níveis altos de satisfação dos utentes; evidência de maus hábitos de pres-

crição pelos clínicos e de dificuldade de compreensão das instruções de toma de medicamentos pelos utentes; e o tempo gasto no atendimento dos utentes ser significativamente baixo. A qualidade dos cuidados de saúde é preocupante e resulta da associação entre comportamentos inaceitáveis e capacidades do pessoal e, por vezes, da inadequação dos medicamentos e equipamentos das unidades de saúde.

## Equidade

A equidade é um dos princípios orientadores do sector saúde moçambicano. A equidade pode ser entendida pela tríade de estado de saúde, serviços prestados e afectação de recursos. A aferição da afectação de recursos é prejudicada pela falta de informação consolidada e fiável sobre o valor de recursos afectados e utilizados.

### Equidade na afectação das despesas e outros insumos

Em Moçambique, onde a maior parte das doenças é prevenível ou curável a um custo modesto, e onde a carga da doença é maior entre os pobres, a eficiência e a equidade na afectação de recursos estão intimamente relacionadas. Como anteriormente referido, os padrões de actividade estão a deixar de ser dominados pelos cuidados hospitalares curativos e a passar a um aumento do volume de cuidados primários prestados por unidades sanitárias de níveis I e II. A tendência está a seguir na direcção certa. No entanto, o aumento da parte dos hospitais centrais e provinciais nas despesas é uma força impulsionando no sentido contrário.

Ao nível provincial, as províncias com maior incidência da pobreza recebem mais elevada despesa pública *per capita* com a saúde. Todavia, esta relação é fraca e continua a verificar-se uma tendência, já encontrada no passado, de favorecer as províncias do sul em termos de infra-estruturas de saúde, qualificação do pessoal de saúde e prestação de serviços.

A grande variação em despesa *per capita* entre os distritos acima referida mostra grandes iniquidades nos recursos afectados. O inquérito também mostrou a extrema variação da despesa distrital *per capita*, de 5 000 a 47 000 MT. Esta diferença de recursos, até nove vezes mais, parece derivar, em larga medida, dos padrões de pessoal e das infra-estruturas. A

razão entre a população e o número de trabalhadores de saúde distrital varia entre 400 e mais de 4000 pessoas por trabalhador. Os distritos rurais são relativamente menos assistidos ao nível primário, com menos pessoal em relação à população e com pessoal menos qualificado.

O inquérito também evidenciou uma iniquidade considerável na distribuição de medicamentos, mesmo comparando com o volume de serviços. Observaram-se acentuadas variações no volume de medicamentos fornecidos relativamente ao volume de serviços prestados entre os distritos e as unidades. Estas diferenças levantam sérias preocupações em termos de equidade e são devidas, pelo menos em parte, à falta de normas claras para a afectação de medicamentos entre distritos e unidades.

## Cobranças aos utentes

Parte da despesa distrital é recuperada por via de uma série de cobranças feitas localmente aos utentes. O inquérito mostrou que, para aceder aos cuidados providenciados nas unidades primárias, os utentes pagaram em média 1 700 MT e 46% dos utentes tiveram dificuldade em arranjar dinheiro. Os regimes de cobranças aos utentes foram altamente diversificados, reflectindo a confusão e a falta de clareza das normas existentes no sector saúde a esse respeito. As taxas cobradas por consultas e medicamentos variaram entre as províncias, distritos e unidades e não pareceram seguir as orientações nacionais. Similarmente, as práticas de isenção variaram grandemente entre os distritos e unidades, embora as crianças, os muito pobres e incapacitados fossem com alguma consistência beneficiados pelas isenções. A fraca contribuição dada pelas cobranças, as dificuldades em juntar o dinheiro necessário e a possibilidade que abre às cobranças informais mostram as desvantagens e limitações do sistema de taxas de utentes a nível primário.

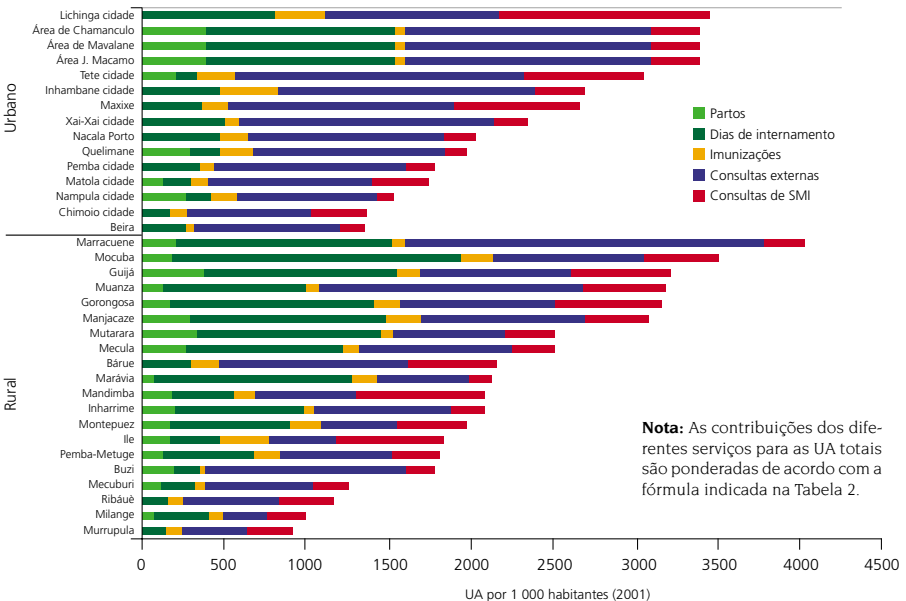
## Variação na prestação de serviços

O aumento do volume de serviços prestados não foi distribuído igualmente entre as províncias. Dada a importância da equidade nas políticas de saúde, era de esperar que os investimentos feitos na expansão dos serviços de saúde às áreas insuficientemente servidas viessem a resultar, ao longo do tempo, na melhoria da equidade. A evidência mostra que algumas das mais altas taxas de crescimento da prestação de serviços

ocorreram nas províncias mais pobres. Todavia, não há uma relação sistemática entre uma alta incidência de pobreza e altas taxas de crescimento dos serviços prestados.

Em termos de diferenças entre as províncias na prestação de serviços *per capita*, uma outra medida de equidade, a diferença entre as províncias melhor e as pior servidas não diminuiu de forma significativa entre 1993 e 2000, se os serviços prestados pelo Hospital Central de Maputo forem excluídos. O inquérito mostrou que as diferenças entre distritos quanto ao volume de serviços prestados *per capita*, é maior do que a diferença entre províncias, variando entre 1 000 e mais de 4 000 UA *per capita* por ano nos distritos da amostra (Figura 3). Isto implica que algumas populações estejam a receber algo superior ao quádruplo do volume de serviços registado por outras. As diferenças no número de pessoal e na rede das unidades são factores importantes para explicar estas diferenças.

**Figura 3:**  
Variação entre os distritos quanto às UA prestadas por 1 000 habitantes



## O funcionamento dos sistemas financeiros, de gestão e de aprovisionamento

### Os sistemas de informação e o controlo dos recursos públicos

A análise da afectação e utilização dos recursos é dificultada pela fragmentação e pela falta de coordenação dos sistemas de afectação e distribuição de recursos para províncias, distritos e unidades. Em nenhum ponto do processo orçamental existe informação sobre o verdadeiro valor monetário dos recursos totais afectados às províncias, aos distritos ou às unidades. As vezes, esses valores simplesmente não existem. Por exemplo, o equipamento e o material médico-cirúrgico são distribuídos aos distritos e unidades sem critérios de afectação bem definidos e o valor total não é explicitamente registado.

Outras vezes, a informação deve existir mas as direcções provinciais e distritais só possuem informação fraca ou inconsistente sobre insumos-chave, incluindo salários e outros recursos financeiros, medicamentos, consumíveis e outros bens e serviços. Isto impede o controlo, tornando difícil ou impossível detectar manipulações e fraudes, bem assim como proceder à afectação estratégica de recursos. O inquérito identificou, em particular, irregularidades aparentes no abastecimento de medicamentos pela via clássica e a cobrança excessiva ilegal aos utentes feita pelo pessoal das unidades. Apenas um quinto das unidades expõe publicamente as tabelas de taxas de consultas e de medicamentos. Há necessidade urgente de melhorar a implementação dos actuais sistemas de informação e de controlo.

A mais longo prazo, os sistemas de informação devem ser capazes de fornecer um valor único, consolidado e quantificado de todos os recursos afectados a um distrito e a cada unidade. Sem isto, a análise do fluxo dos recursos, incluindo as suas implicações em termos de equidade e eficiência, ficará sempre incompleta.



## A gestão orçamental

O OE cobre menos de metade dos recursos disponíveis para a prestação de serviços de saúde. O Fundo Comum de apoio aos orçamentos correntes provinciais, os orçamentos para programas nacionais verticais e outras actividades financiadas pelos doadores, estão fora do controlo do MPF. Cada fonte de apoio financeiro acabou por possuir o seu próprio ciclo de planificação, diferentes canais de desembolso e normas de aprovisionamento e distintos procedimentos de prestação de contas, na maior parte das vezes ocorrendo fora do alcance do Ministério do Plano e Finanças. Assim torna-se difícil para os gestores do MISAU terem uma visão integrada de como os recursos para o sector estão a ser utilizados, de onde resultam, naturalmente, perdas significativas de eficiência e de racionalidade na sua utilização.

A procura de uma eficiência orçamental inclui o desenvolvimento de uma estrutura orçamental integrada, construída em torno de um sistema de administração financeira do Estado (SISTAFE), e conduzindo a um maior envolvimento do Ministério do Plano e Finanças. Esta procura induz também a captação de mais fundos externos para o OE através do Fundo Comum Geral. Estes mecanismos deverão criar as condições para uma mais eficiente utilização dos recursos externos, mas obrigarão também a uma mais coerente e transparente planificação e gestão orçamental da parte do MISAU, inclusive o desenvolvimento de planos operacionais realistas, devidamente orçamentados e com base no plano estratégico do sector.

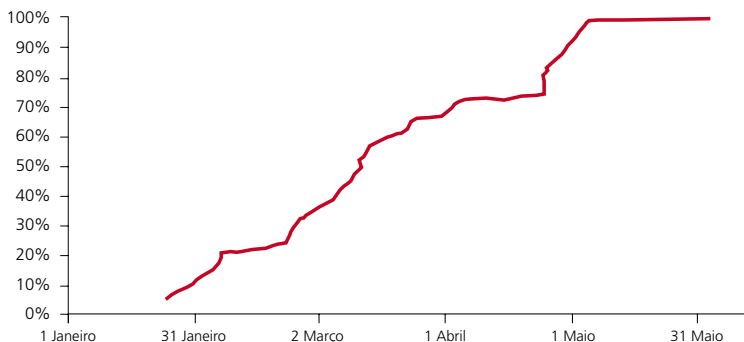
Estas mudanças devem ajudar a resolver várias debilidades, devidamente reconhecidas pelo MPF e pelo MISAU, em todas as fases do ciclo orçamental do OE. Não obstante terem sido feitos muitos progressos em termos da produção de cenários fiscais e orçamentais de médio prazo, estes não são ainda utilizados como uma ferramenta de gestão de recursos. A execução do OE é caracterizada pela demora e imprevisibilidade dos fluxos de fundos e, conseqüentemente, à subutilização das dotações orçamentais. Finalmente, o controlo das despesas é fraco, os mecanismos de prestação de contas são fragmentados e a função de auditoria está ainda pouco desenvolvida.

Estes problemas observaram-se claramente a nível mais periférico. Os distritos tinham uma taxa média de execução do orçamento, para bens e serviços do OE, de 80% em 2001; em muitos distritos foi consideravelmente mais baixa. O constrangimento mais importante foi o atraso no primeiro



desembolso orçamental do ano. Cerca de 75% dos distritos receberam o primeiro desembolso do OE de 2002 no mês de Março ou depois (Figura 4). Os directores distritais identificaram também o processamento lento das prestações de contas pela Direcção Provincial do Plano e Finanças e a falta de liquidez para desconto dos títulos como problemas importantes.

**Figura 4:**  
Percentagem cumulativa de distritos que receberam o primeiro desembolso orçamental do OE, por mês (2002)



Há uma falta de dados fiáveis e consistentes nos orçamentos distritais, tanto no OE como no Fundo Comum Geral. As direcções provinciais só puderam fornecer dados completos para 40% dos seus distritos, o que faz com que seja difícil verificar se os recursos afectados aos distritos chegaram ao destino previsto e monitorar eficazmente as despesas distritais.

## Recursos humanos

### Produtividade e incentivos ao pessoal

O aumento nas remunerações e o muito modesto ganho de produtividade acima referido assinala preocupações sobre a eficiência e produtividade do SNS.

Os trabalhadores precisam de saber o que se espera deles quando vão trabalhar e de ser recompensados quando completarem as tarefas

acordadas com um nível de qualidade elevado. Isto requer a existência de sistemas de gestão que clarifiquem o que é exigido e que gerem mecanismos de desempenho através dos quais o pessoal seja responsabilizado.

No entanto, não é fácil conseguir alcançar ganhos significativos de produtividade quando o pessoal é mal remunerado e pouco motivado. Para contornar o problema dos baixos salários e baixos incentivos são inevitáveis as situações de duplo emprego, a cobrança de taxas ilícitas e a não aplicação da isenção de encargos para os utentes pobres. Apesar do aumento nas remunerações registado no período em estudo, as categorias de níveis superiores ou médios são pagas abaixo dos seus valores de mercado.



Alguns trabalhadores também referiram problemas com o pagamento atempado dos salários. Trinta por cento do pessoal queixou-se de ter recebido os salários tardiamente e 15% referiu que os salários vinham incompletos, o que parece contraditório com a evidência encontrada de, para muitos dos trabalhadores, o último salário recebido ter sido consideravelmente mais alto do que o salário oficial.

## Gestão de recursos humanos

Os registos das Direcções Provinciais de Saúde relativos ao pessoal a nível distrital eram deficientes, tornando difícil uma planificação racional e um controlo adequado dos recursos humanos. As Direcções Distritais de Saúde tinham melhor informação sobre o pessoal das unidades. O inquérito não forneceu nenhuma evidência de “trabalhadores-fantasma”. Contudo, apenas 81% do pessoal das unidades estava realmente presente no dia do inquérito, o que sugere que os recursos humanos não estão a ser geridos eficazmente (Tabela 3).

As zonas rurais sofrem não só a falta de pessoal mas também enfrentam uma rotação maior deste. Três quartos do pessoal adstrito às zonas rurais queria ser transferido para outra unidade, tendo identificado a falta de acesso a serviços públicos e a formação como os problemas principais. As Direcções Distritais de Saúde identificaram as restrições orçamentais como o principal constrangimento no recrutamento de pessoal, mas queixaram-se também de barreiras burocráticas. É necessária uma estratégia de afectação de pessoal aos distritos mais necessitados, incluindo normas de afectação de pessoal às unidades periféricas que tenham em conta as preocupações dos trabalhadores de saúde que se encontram em zonas rurais e remotas. Parece haver a possibilidade de redistribuir pessoal também dentro dos distritos, porque variam substancialmente quer a percentagem de pessoal distrital que trabalha na administração (entre 5% e 20%), quer a percentagem que trabalha nas unidades periféricas (entre 18% e 93%).

De todas as unidades primárias, 62% têm um ou mais membros do pessoal clínico com formação acima do nível elementar, o mesmo se aplicando a 43% dos postos de saúde. Há, claramente, um longo caminho a percorrer para atingir o objectivo de equipar todas as unidades com pelo menos um clínico com nível básico ou superior a este.

**Tabela 3:**  
**Recursos disponíveis ao nível das unidades primárias na altura do inquérito - 2002 (selecção ilustrativa)**

	Posto saúde	Centro saúde	Total
<b>Recursos humanos:</b>			
Percentagem das unidades com pelo menos um trabalhador clínico acima do nível elementar	43	87	62
Percentagem do pessoal das unidades primárias que estava presente no dia do inquérito	74	84	81
<b>Condições e equipamento - percentagem das unidades:</b>			
Com um local para o pessoal lavar as mãos	58	83	69
Com autoclave ou panela de pressão	70	74	72
Com balanças para bebés	69	83	76
Com uma geleira (a funcionar)	71	79	75
Que fazem teste de malária na unidade	2	28	14
<b>Aprovisionamento - percentagem das unidades com o artigo em armazém:</b>			
Aspirina ou paracetamol	93	97	95
Cloroquina	97	97	97
Preservativos	88	97	92
Todas as vacinas do PAV	56	66	61
Anti-sépticos	100	96	98
Seringas descartáveis	60	65	62
Material de higiene e limpeza	82	68	76



## Aprovisionamento de medicamentos, equipamento e outros consumíveis

### Medicamentos

No geral têm sido verificadas melhorias significativas na suficiência e na previsibilidade dos medicamentos necessários, possibilitadas pela afectação de uma porção significativa de um crescente orçamento a esta componente da despesa, e por uma notável gestão da cadeia de abastecimento.

Ao nível primário, o volume dos medicamentos básicos parece ser pelo menos adequado, evidenciado pela maioria das unidades tendo a maior parte dos medicamento *em stock* (Tabela 3). O fornecimento de *kits* foi feito de acordo com o número de consultas externas registado em 2001. Além disso, e contrariamente às intenções, o aprovisionamento de medicamentos pela via clássica representa uma importante fonte adicional - entre 15% e mais de 50% do volume global de seis medicamentos básicos na unidades primárias originaram desta fonte. Não obstante isso, muitos distritos e unidades referem ter sofrido rotura de *stocks* nos seis meses anteriores ao inquérito, que pode ser devidas em parte aos atrasos no sistema de fornecimento mas reflecte também os excessos nas prescrições.

No fornecimento de vacinas houve mais problemas. Apenas 61% de todas as unidades primárias e 75% das unidades que disseram prestar serviços de vacinação infantil, possuíam todas as vacinas do PAV em armazém na altura do inquérito.

### Materiais médico-cirúrgico e equipamentos

Os problemas são também maiores em relação ao abastecimento de materiais médico-cirúrgico e equipamentos. Muitas unidades de saúde não possuíam, à altura dos estudos, equipamento básico tal como balanças, esfignomanómetros e meios de esterilização. Cerca de 24% das unidades não tinham igualmente produtos básicos de higiene e limpeza. Sesenta e dois por cento tinham seringas descartáveis. As Direcções Distritais de Saúde também referiram problemas no fornecimento de equipamento, material médico-cirúrgico e outros consumíveis, tendo mais de 60% dos distritos sofrido roturas de *stock* nos últimos seis meses. Problemas

na planificação e distribuição, associados à insuficiência no abastecimento a partir do nível central foram apontados como a causa destes inconvenientes.

## Recomendações e questões-chave para o futuro

Os estudos identificaram algumas questões-chave e recomendações para o sector saúde.

1. As questões estratégicas para o sector incluem a necessidade de definir uma “dimensão realista” para o sector público de saúde, na óptica do nível de recursos disponíveis no futuro, e decidir qual a proporção dos recursos que deveria ser utilizada para expandir a rede sanitária e qual a que deveria ser utilizada para consolidar e melhorar quer a produtividade do pessoal quer a qualidade de serviços. É preciso também definir se a expansão da rede sanitária, na base de unidades sanitárias, é óptima segundo uma perspectiva de economia, eficiência e eficácia, e qual será o papel de trabalhadores comunitários que podem oferecer uma larga gama de serviços básicos com baixos custos fixos.
2. O apoio da comunidade internacional tem sido crucial para a reabilitação e reconstrução dos serviços de saúde, mas há riscos no grau de dependência excessivo de Moçambique. Muitas dificuldades poderiam ser reduzidas através de uma gestão governamental mais pró-activa da ajuda externa e através do reforço da tendência, já estabelecida, de colocar mais financiamentos de doadores dentro do OE. Isso poderia também ajudar o MISAU a liderar a gestão estratégica do sector, reduzir as ineficiências orçamentais a que os financiamentos múltiplos conduzem e fortalecer o MPF na sua função de responsável pela supervisão do orçamento da saúde em consonância com as prioridades nacionais.
3. A equidade é um dos princípios orientadores do sector da saúde moçambicano, quer em termos pró-pobres, quer em termos de acesso aos serviços básicos para todos. É claro que existem iniquidades entre as províncias e os distritos, tanto nos insumos como nos servi-



ços prestados, e que os recursos ainda estão concentrados no nível hospital. É preciso definir metas, normas e critérios operacionais de afectação de recursos em relação a todos os insumos-chave, assim como a definição de indicadores claros para monitorização. Isto deve incluir uma estratégia de afectação de pessoal aos distritos mais necessitados.

4. A evidência de desvantagens e limitações nas práticas de cobranças de taxas aos utentes no nível primário revela uma necessidade de revisão da política corrente de recuperação de custos. Esta revisão deveria ser acompanhada pela definição de directrizes claras e legalmente enquadradas para cobrir todos os aspectos da política.
5. Os aumentos das remunerações até agora não têm contribuído para o aumento da produtividade. Remunerações melhoradas necessitam de ser acompanhadas por melhorias nos sistemas de gestão; paralelamente os mecanismos de punição têm de ser credíveis para que o



controlo da gestão seja assegurado. Ao nível primário, os dados mostram que existe a possibilidade de aumentar a produtividade nas unidades e nos distritos menos produtivos, seja através do aumento da utilização pela população abrangida, seja através da afectação de pessoal deslocado de áreas e unidades relativamente bem dotadas de pessoal. Parece haver, também, a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

6. Há necessidade urgente de melhorar a implementação dos actuais sistemas de informação. O reforço destes sistemas de informação deve contemplar, em particular, a irregularidade aparente no abastecimento de medicamentos pela via clássica, assim como a cobrança excessiva ilegal aos utentes feita pelo pessoal das unidades. A mais longo prazo, os sistemas de informação devem ser capazes de fornecer um valor único, consolidado e quantificado de todos os recursos afectados a um distrito e a cada unidade.
7. O inquérito identificou alguns problemas na operação de sistemas de gestão e fornecimento, cuja solução pode consistir no seguinte:





- As Direcções Distritais de Saúde devem ser apoiadas para melhorarem o nível de execução orçamental; entre outras medidas isso deve incluir uma redução no atraso na transferência do primeiro adiantamento do orçamento.
  - É preciso abordar o problema das diferenças entre as unidades no que toca ao fornecimento de medicamentos e a demasiada dependência em relação aos medicamentos fornecidos pela via clássica.
  - É necessária uma avaliação mais detalhada das práticas de prescrição, em conjunto com medidas destinadas a reduzir as práticas incorrectas.
  - Os sistemas de fornecimento de equipamento e de material médico-cirúrgico devem ser reforçados a todos os níveis, incluindo a capacidade de planificação e de monitorização.
8. É necessário, que no âmbito do Plano Estratégico do Sector Saúde, estudos de idêntica natureza sejam realizados com o propósito de avaliar o progresso verificados nos próximos anos.

## Indicadores-chave do funcionamento do nível primário do SNS fornecidos pelo inquérito (2002)

Funcionamento dos sistemas financeiro e de gestão	
Percentagem média, taxa de execução do orçamento distrital (2001 - OE, bens e serviços)	80
Percentagem das DDS auditadas (2001)	84
Percentagem das unidades primárias que tiveram uma visita de supervisão da DDS nos últimos 12 meses	82
Percentagem das unidades primárias que têm as taxas das consultas afixadas visivelmente	16
Recursos humanos	
Percentagem do pessoal de saúde distrital nomeado	80
Percentagem das unidades primárias com pelo menos um trabalhador clínico acima do nível elementar	62
Prestação de serviços e qualidade dos serviços	
Número médio de consultas externas por 1000 habitantes (anual - só serviços distritais)	841
Número médio de unidades de atendimento (UA) <i>per capita</i> (anual - só serviços distritais)	2,21
Número médio de unidades de atendimento (UA) por trabalhador nas unidades primárias (por mês)	464
Tempo médio de espera para uma consulta externa (minutos)	45
Duração média de uma consulta externa (minutos)	4,2
Percentagem de utentes satisfeitos com a atitude dos trabalhadores da saúde	91
Percentagem de utentes com prescrições de três ou mais itens	33
Equidade e produtividade	
Equidade nos recursos: razão entre o distrito mais alto e o mais baixo - despesa de saúde primária <i>per capita</i>	9,3
Equidade nos recursos: razão entre o distrito mais alto e o mais baixo - habitantes por trabalhador da saúde	10,4
Equidade nos serviços prestados: razão entre o distrito mais alto e o mais baixo - UA <i>per capita</i>	4,4
Variações na produtividade: razão entre o distrito mais alto e o mais baixo - UA por trabalhador	7,2

## Indicadores básicos do sistema público de saúde em Moçambique

Indicadores básicos de saúde	Informação mais recente*			
Taxa de mortalidade para menores de 5 anos (por 1 000 nados vivos)	219			
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	1 083			
Esperança de vida à nascença (anos)	44			
Infra-estrutura e recursos humanos de saúde pública				
Centros de saúde e postos de saúde	1 141			
Hospitais (todos os tipos)	43			
Número de camas por 1 000 habitantes	0,9			
Recursos humanos - total	16 248			
Técnicos (todos níveis)	10 141			
Pessoal administrativo	6 107			
Cobertura dos serviços ao longo do tempo	1997	1998	1999	2000
Consultas externas <i>per capita</i>	0,57	0,66	0,79	0,83
Unidades de atendimento <i>per capita</i>	3,18	3,34	3,63	3,59
Indicadores da despesa pública na saúde				
Despesa pública na saúde <i>per capita</i> (em USD)	4,6	5,2	6,4	7,5
Proporção da despesa pública total na saúde no PIB (%)	2,3	2,4	2,8	3,4

Notas: \* A maior parte dos indicadores do estado da saúde da população é relativa ao ano de 1999. A informação sobre infra-estruturas é mais recente.