



Foto: ©UNICEF/Moçambique

# Informe Orçamental 2015: Saúde

## MENSAGENS-CHAVE

- ▶ Em 2015, foram alocados MT 20,3 mil milhões (US\$ 580,9 milhões) ao Sector da Saúde, representando nove por cento do total do Orçamento do Estado. Trata-se de um aumento em relação aos 7,8 por cento alocados em 2014. Não obstante, o envelope total de recursos, incluindo os recursos programados fora do orçamento, fica aquém em MT 17 mil milhões (US\$ 487 milhões) dos MT 45,5 mil milhões (US\$ 1,3 mil milhão) estimados que serão necessários para implementar o PESS (Plano Estratégico do Sector da Saúde) em 2015.
- ▶ O Governo moçambicano tem demonstrado um empenho cada vez maior no autofinanciamento do Sector da Saúde, sendo que a parte de recursos internos para a saúde aumentou de 45 por cento em 2009 para um valor orçamentado em 70 por cento em 2015.
- ▶ Apesar do crescimento substancial nos últimos anos registado no fundo salarial do sector, tem-se registado poucos progressos com vista a melhorar o rácio trabalhador de saúde por população.
- ▶ Apesar da redução verificada no financiamento interno para a resposta de Moçambique ao HIV/SIDA, os recursos totais aumentaram ao longo dos últimos três anos, graças a doadores externos; no entanto, persiste um grande défice de financiamento, o que ameaça a implementação plena do Plano de Aceleração do Governo.
- ▶ O Sector da Saúde melhorou significativamente a execução orçamental nos últimos anos, alcançando taxas de mais de 90 por cento em 2012 e 2013, os dois anos mais recentes para os quais as contas públicas foram finalizadas. Esta é uma grande mudança em relação a apenas alguns anos, altura em que executou apenas 70 por cento em 2008 e 2009.
- ▶ Moçambique apresenta piores indicadores de saúde do que muitos países africanos. Esta situação é provavelmente explicada pelo facto de que a despesa per capita com a saúde é muito reduzida, especialmente nas províncias mais carenciadas.

## Introdução

**O exercício orçamental de 2015 em Moçambique foi atípico.** Considerando que o Orçamento do Estado anual e o Plano Económico e Social (PES) – a estratégia anual de gastos para os sectores – são normalmente aprovados na Assembleia da República até ao dia 15 de Dezembro do ano anterior, o PES e o Orçamento de 2015 só foram aprovados nos dias 23 e 28 de Abril de 2015, respectivamente.

O atraso de quatro meses deveu-se à aprovação tardia pelo novo governo do seu novo Programa Quinquenal (PQG), que deve orientar a despesa pública nos próximos anos. Durante os primeiros quatro meses de 2015, o Orçamento do Estado de 2014 foi restabelecido para pagar salários e custos operacionais; entretanto, não foram iniciados novos projectos de investimento.

Nota: O UNICEF não tem acesso ao e-SISTAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado de Moçambique); portanto, toda a análise foi feita com base em informações disponíveis ao público. Nos casos em que foram encontradas lacunas, são feitas anotações no texto. Além disso, existem algumas pequenas discrepâncias entre os totais apresentados no Informe Orçamental da Saúde 2014 e os apresentados na edição de 2015. À medida que novas fontes de dados se tornaram disponíveis, o UNICEF procedeu à revisão dos seus cálculos; a este respeito, publica os valores nesta edição na convicção de que são os mais correctos.



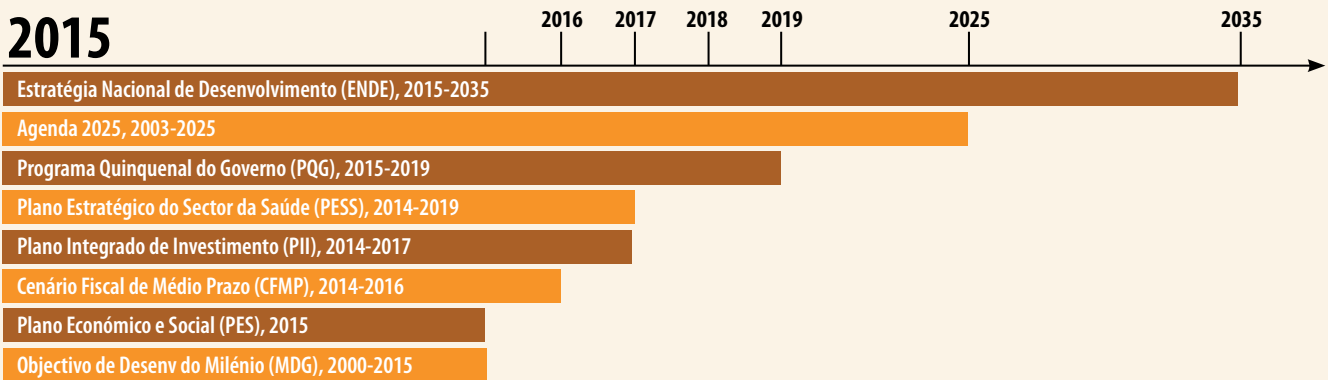
## 1. Como é que se define o Sector da Saúde?

Antes de aprofundar as especificidades do Sector da Saúde de Moçambique, primeiro é importante definir a sua estrutura. O Sector da Saúde é composto por 161 entidades de saúde, que estão organizadas em três níveis territoriais: central, provincial e distrital. O sector é liderado a nível central pelo Ministério da Saúde (MISAU) e apoiado por 11 Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e 131 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), três Hospitais Centrais, quatro Hospitais Gerais, sete Hospitais Provinciais, um Hospital Distrital e um Hospital Psiquiátrico. Não houve alterações na composição do Sector comparativamente a 2014.

**A Saúde é um dos sete sectores prioritários, cuja planificação e orçamentação são regidas por um quadro de estratégias nacionais, sendo o mais importante o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019.** O Sector da Saúde, juntamente com os outros sectores prioritários, constitui a espinha dorsal da agenda do Governo para a redução da pobreza, que é administrada actualmente por oito instrumentos de planificação e orçamentação (*ver o Gráfico 1*). Em suma, o país procura desenvolver o capital humano, investindo na infra-estrutura de saúde (ou seja, hospitais e clínicas), especialmente nas zonas rurais; aumentar a quantidade e a qualidade dos profissionais de saúde; e melhorar a resposta às doenças endémicas. Especificamente, o PESS estabelece 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 forma como os recursos públicos são utilizados e (7) fortalecer o sistema de saúde em Moçambique<sup>6</sup>.

O total do Orçamento do Estado de 2015 é de MT 226,5 mil milhões<sup>1</sup>, o equivalente a US\$ 6,5 mil milhões, representando um decréscimo nominal<sup>2</sup> de seis por cento em relação ao orçamento inicial rectificativo do ano passado. No entanto é 24 por cento maior do que o orçamento executado em 2013<sup>3</sup>. Embora se preveja que o volume do Orçamento do Estado para 2015 diminua em relação ao ano passado, a parte orçamentada do financiamento interno comparada ao externo aumentou significativamente de 65% interno/35% externo no orçamento de 2014 para 75%/25% no orçamento de 2015<sup>4</sup>. Esta situação deve-se a um aumento nominal do financiamento interno, aliado a uma diminuição nominal no financiamento externo. A tendência de crescimento recente dos recursos internos é, em parte, o resultado de receitas de ganhos de capital do sector extractivo do país. Não obstante, o Governo programou um novo défice orçamental para 2015, o que representa cerca de 11 por cento do PIB. Este é inferior ao défice de 18 por cento do PIB<sup>5</sup> do ano passado.

**GRÁFICO 1** Matriz de planificação estratégica do Sector da Saúde



Fonte: Compilação do autor.

1) No presente relatório, é usada uma taxa de câmbio de MT 35 = US\$ 1 em todos os cálculos referentes ao ano de 2015.

2) Todos os cálculos são em valores nominais, excepto quando está assinalado.

3) No momento da elaboração do presente informe, as contas da despesa pública de 2014 ainda não tinham sido finalizadas, ou seja, os totais publicados no REO IV 2014 poderão não ter reflectido todos os gastos que venham a ser publicados na CGE de 2014. Por esse motivo, o informe muitas vezes compara o orçamento de 2015 com a despesa total de 2013, em vez da despesa total de 2014 porque as contas de 2013 foram finalizadas.

4) O crescimento da participação de recursos internos deve-se a um crescimento nominal simultâneo nos recursos internos de MT 153,1 mil milhões em 2014 para MT 169,9 mil milhões em 2015 e a uma diminuição de recursos externos de MT 87,8 mil milhões para MT 56,5 mil milhões. Dentro da categoria de recursos externos, registou-se uma queda em matéria de donativos e créditos. [LOE 2014, Documento da Fundamentação. Quadro 3, Página 11 e LOE 2015, Página 3.]

5) Os défices no Orçamento do Estado são apresentados como a soma dos créditos internos / externos (Créditos) e da ajuda externa (Donativos). Se se considerar apenas os créditos externos, o défice é de 11 por cento do PIB em 2014 e seis por cento em 2015. [Cálculo do autor a partir da Lei do Orçamento do Estado 2014, Página 1 e da Lei Orçamento do Estado 2015, Página 1.]

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

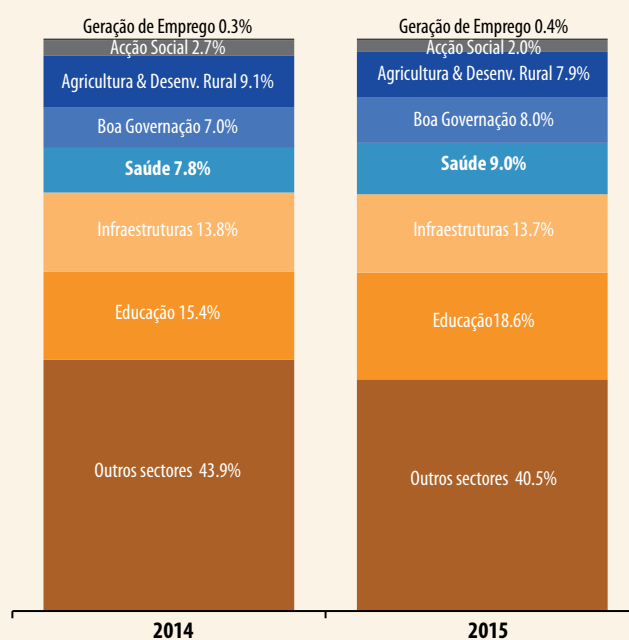
## 2. Que tendências surgem do Orçamento da Saúde?

Em 2015, foram alocados ao Sector da Saúde MT 20,3 mil milhões (US\$ 580,9 milhões). Isto significa um aumento nominal de cinco por cento em relação à dotação rectificativa inicial<sup>7</sup> de 2014 para o Sector, mas uma diminuição de três por cento em relação às despesas do Sector de 2013 (ver o Glossário, que contém uma definição de termos orçamentais).

A parte do Orçamento do Estado que cabe ao Sector da Saúde aumentou de 7,8 por cento no orçamento rectificativo de 2014 para nove por cento no orçamento de 2015<sup>8</sup> (ver o Gráfico 2). No entanto, a parte orçamentada de 2015 é 2,5 pontos percentuais menor que os 11,5 por cento registados em 2013.

Grandes variações nos últimos anos entre a dotação inicial, a dotação rectificativa e a despesa final reflectem a tendência positiva dos parceiros de desenvolvimento de inscrever projectos no Orçamento do Estado e na Conta Única do Tesouro (CUT) (ver o Gráfico 3). Desde 2012, as diferenças entre as dotações orçamentais e as despesas devem-se à prática de inscrever os projectos financiados externamente no Orçamento do Estado – mas só depois de o Orçamento do Estado já ter sido aprovado – e apenas representando despesas de alguns projectos<sup>9</sup>. Embora se tenha tornado problemático avaliar as despesas do Sector da Saúde a partir das dotações iniciais aprovadas pela Assembleia da República (por exemplo, em 2013, e de acordo com as contas do Estado, as despesas ultrapassaram em MT 5,2 mil milhões o valor inicial), o compromisso por parte de um número reduzido de doadores representa um passo positivo para a eficácia da ajuda em Moçambique.

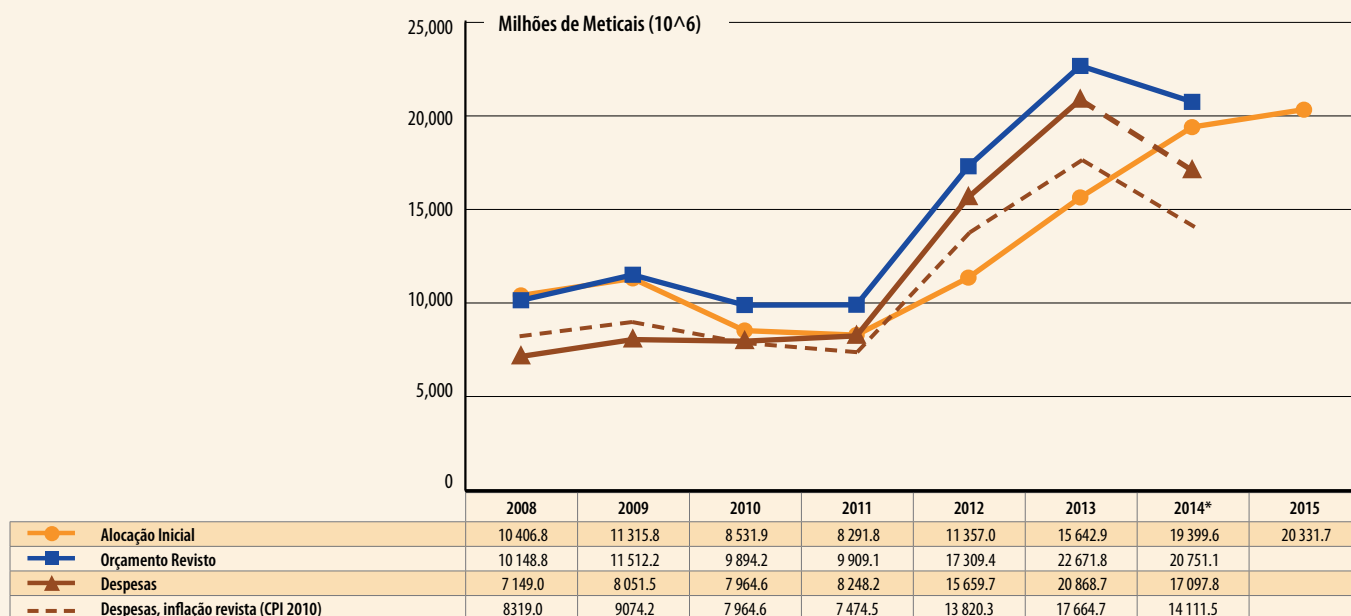
**GRÁFICO 2** Peso do Sector da Saúde e de outros sectores prioritários no OE



**Fonte:** Os valores de 2014 são baseados na LOE 2014 Orçamento Revisto e os valores de 2015 são baseados na LOE 2015 e provêm do ficheiro excel "Sectores Estruturantes" providenciado pelo Governo. Os valores totais da Educação e Saúde são cálculos do autor a partir destas fontes.

**Nota:** A parte correspondente a "Outros Sectores" representa os sectores não prioritários: Serviços públicos gerais, Defesa e Ordem Pública, Economia, Protecção Ambiental, Habitação e Desenvolvimento Colectivo; e Recreação, Cultura e Religião.

**GRÁFICO 3** Orçamento e Despesas do Sector da Saúde



**Fonte:** Cálculos do autor, com base em dados extraídos de: CGE 2008-2013, REO IV 2014, LOE 2015.

**Nota:** Em 2011, 2013 e 2014, a Alocação Inicial foi revista no final do ano fiscal; os dados dos gráficos representam a Alocação Inicial revista. \* A Conta Geral do Estado de 2014 ainda está por finalizar; com isso, prevê-se que os valores totais sejam maiores do que os publicados do REO IV 2014.

7) Em 2014, o Orçamento do Estado foi rectificativo no fim do ano e o montante total foi alterado, reflectindo mudanças em vários sectores, incluindo a Saúde.

8) O Governo reporta partes ligeiramente diferentes para o Sector da Saúde, utilizando o total do Orçamento do Estado menos os pagamentos dos encargos da dívida como um denominador. Porque assumir uma dívida é uma decisão política e os recursos utilizados para o pagamento de juros sobre dívidas são recursos públicos que poderiam ser aplicados para outros fins e não na dívida, o autor efectua os cálculos usando o total do Orçamento do Estado, incluindo os pagamentos dos encargos da dívida.

9) Para alguns parceiros de desenvolvimento, os projectos são inscritos no Orçamento do Estado; no entanto, os fundos do projecto não passam pela CUT e, assim, a despesa não é registada. É um objectivo do Sector colocar o financiamento externo dentro do orçamento e da CUT. Apesar dos progressos registados rumo a este objectivo, grande parte do financiamento externo para as actividades da saúde no país continua fora do orçamento.



Foto: ©UNICEF/Moçambique

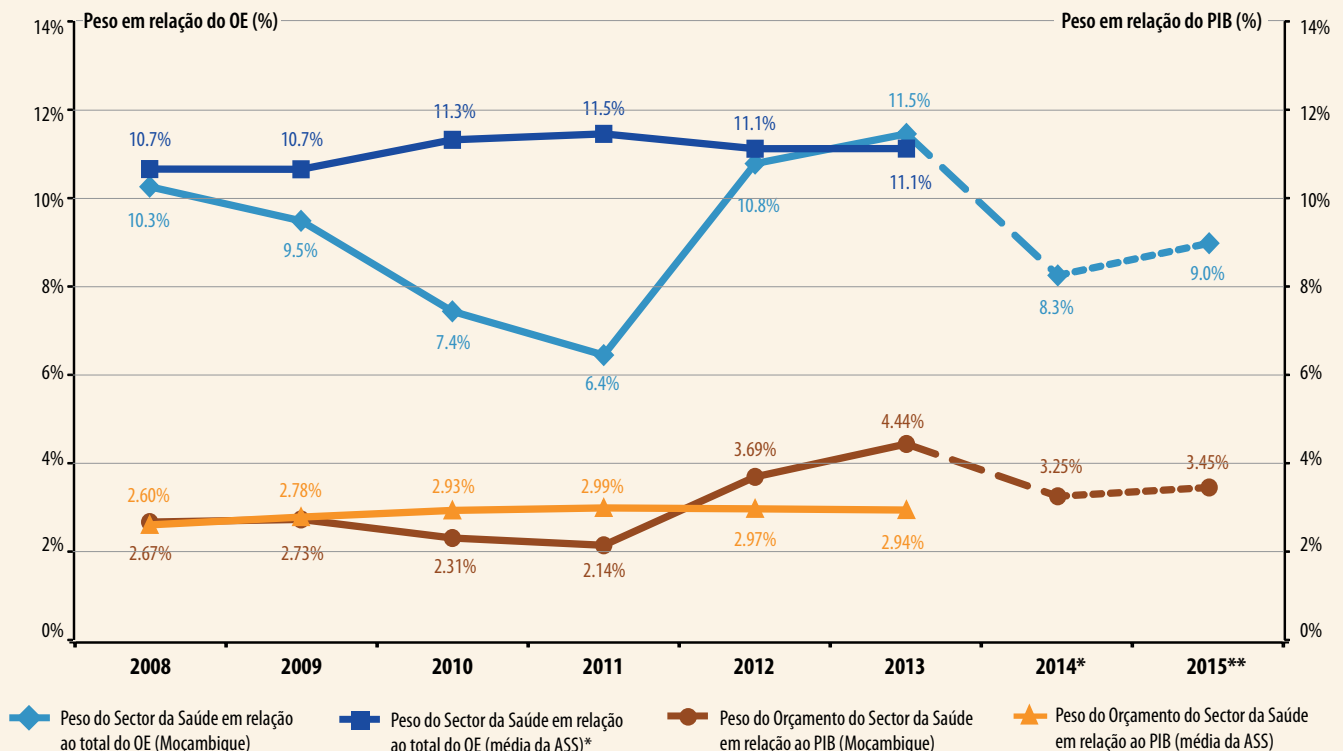
**9%** é a percentagem do OE que vai para o sector da Saúde

A proporção orçamentada para o Sector da Saúde em 2015 está aquém das proporções alcançadas antes de 2008 e, mais recentemente, em 2012 e 2013 (ver o Gráfico 4). As contas públicas ainda não foram finalizadas para o ano 2014; assim, é de se esperar que a proporção de 2014 referente ao Sector aumente dos 8,3 por cento descritos no Relatório de Execução Orçamental 2014 (REO) quando a Conta Geral do Estado de 2014 (CGE)<sup>10</sup> for publicada. Além disso, dada a tendência recente de as despesas registarem uma dotação superior à inicial (ver o Gráfico 3),

é possível que a parte referente a 2015 seja maior do que o projectado na Lei do Orçamento do Estado 2015 (LOE).

Apesar das reduções registadas na dotação destinada à Saúde entre 2008 e 2011, os aumentos verificados em 2012 e 2013 mudaram a tendência, colocando-a de novo em pé de igualdade com as médias regionais da África Subsaariana (ASS) (ver o Gráfico 4). Ao longo dos últimos sete anos, o Sector da Saúde registou uma tendência errática como uma parte do Orçamento de Estado e do PIB. Em 2011, em termos de prioridade, o Sector teve a pior performance, representando apenas 6,4 por cento do Orçamento do Estado e 2,1 por cento do PIB, antes de subir para 11,5 por cento e 4,4 por cento, respectivamente, rompendo os limites de financiamento da saúde dos seus pares.

**GRÁFICO 4** Tendências do Peso do Orçamento do Sector da Saúde



Fonte: O Peso atribuído ao sector da Saúde provém dos cálculos do autor, com base na CGE 2008-2013, REO IV 2014, LOE 2015 e com base nos dados do Banco Mundial - World Development Indicators (WDI) Open Data for GDP (Current LCU). As médias da África Subsaariana (ASS) provém do WDI do Banco Mundial para "Gastos com a saúde pública (% do PIB)" e "Gastos com a saúde pública (% dos gastos do Governo)".

Nota: Para o período entre 2008 e 2014, o peso é calculado a partir do total dos gastos públicos, incluindo operações financeiras e serviços da dívida.\* A CGE de 2014 ainda não está finalizada; com isso, é provável que os números venham a aumentar. \*\* Os valores de 2015 perfazem a Alocação Inicial e não às despesas.

10) Para a parte restante deste relatório é importante ter este aspecto em mente: porque as contas públicas ainda precisam de ser finalizadas para 2014, a despesa total irá provavelmente aumentar, predominantemente na componente externa do investimento relativo aos doadores inscritos em projectos verticais da saúde.



### 3. Qual a proveniência dos recursos do Sector da Saúde?

O Sector da Saúde é financiado por Recursos Internos e Externos. Os Recursos Internos são os que foram mobilizados internamente através de impostos, tarifas, direitos e crédito. Em Moçambique, os Recursos Internos são complementados pelo Apoio Geral ao Orçamento<sup>11</sup>. Os Recursos Externos consistem de ajuda externa, donativos e crédito externo. No Sector da Saúde, os Recursos Externos são subdivididos em fundos do “ProSaúde” e dos “Projectos Verticais”. O ProSaúde é o Fundo Comum (FC) de vários doadores para a área da saúde e os Projectos Verticais são projectos de parceiros de desenvolvimento inscritos no Orçamento. Uma possível terceira categoria de financiamento para o Sector da Saúde é constituída por projectos verticais fora do orçamento; no entanto, estes recursos não passam através dos sistemas nacionais e não são contabilizados no Orçamento do Estado.

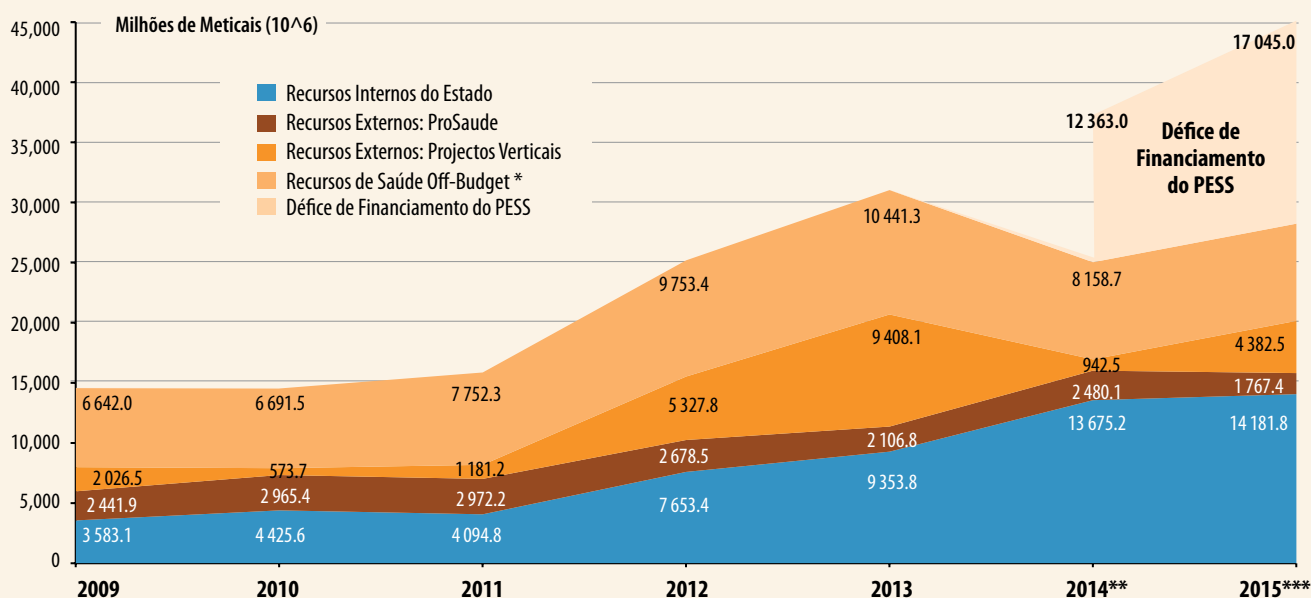
**O Governo moçambicano tem demonstrado um empenho crescente no financiamento do Sector da Saúde através de recursos internos** (ver o Gráfico 5). A parcela de Recursos Internos destinada à saúde aumentou de 45% em 2009 para um valor orçamentado de 70% em 2015, enquanto a parte dos Recursos Externos diminuiu de 55% para 30% no mesmo período. Nominalmente, os Recursos Internos aumentaram

quase quatro vezes o seu valor em apenas seis anos, passando de MT 3,6 mil milhões (US\$ 130 milhões) em 2009 para MT 14,2 mil milhões (US\$ 405 milhões) em 2015.

**Os compromissos dos doadores do ProSaúde para 2015 são equivalentes a MT 1,8 mil milhão (US\$ 55,6 milhões), que é aproximadamente MT 1,1 mil milhão (US\$ 30 milhões) menos do que os compromissos de 2014.** No entanto, no contexto da eliminação de outros Fundos Comuns (ou seja, FC-ProAgri, FC-HIV/SIDA, FC-Apoio ao TA<sup>12</sup>), o ProSaúde continua a ser um mecanismo de financiamento importante para as intervenções na área da saúde lideradas pelo Governo. O grupo de 10 doadores bilaterais e multilaterais, dos quais o UNICEF é membro, financiou, em média, 22% do Orçamento da Saúde ao longo dos últimos seis anos. A importância do ProSaúde foi reconhecida pelas partes envolvidas, que trabalharam em conjunto ao longo do ano passado no aprimoramento de aspectos do programa e, portanto, esperam que um Memorando de Entendimento revisto e simplificado esteja pronto até Novembro de 2015.

**O Sector da Saúde está longe de mobilizar os recursos necessários para financiar o PESS.** De acordo com um estudo realizado em 2014, que estimou o envelope de recursos

**GRÁFICO 5 Recursos do Sector da Saúde: interno & externo, on & off-b udget**



**Fonte: Recursos Internos e Externos do Estado:** Cálculos do autor com base em dados da CGEs 2009-2013, do REO IV 2014, e da LOE 2015. **ProSaúde:** CGE 2009 (Quadro 6, pg. 48); CGE 2010 (Quadro 8, pg.38); CGE 2011 (Quadro 13, pg. 45); CGE 2012 (Quadro 13, pg. 44); CGE 2013 (Quadro 16, pg. 57); REO IV 2014 (Tabela 8, pg. 18); Saúde REO I 2015 (Tabela 2, pg. 6). **Off-Budget: 2009-2012:** World Bank Public Expenditure Review, Tabela 9, Pg. 71. 2013-2014: IFE, 2013. 2015: Para 2015, os totais de 2014 foram repetidos. **Custos estimados do PESS:** “Custos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector Saúde,” 2014-2019, Tabela ES1, pg.viii.

**Nota: Recursos Internos do Estado:** inclui as componentes de Custos Correntes e de Investimento Interno das Despesas da Saúde. **Recursos Externos: ProSaúde:** inclui a porção que corresponde ao investimento externo que é financiado pelos doadores do Fundo Comum. **Recursos Externos: Projectos Verticais:** inclui os valores alocados através do Investimento Externo para os projectos on-budget, projectos financiados pelos doadores e implementados conjuntamente. \* Os projectos off-budget do sector da saúde foram obtidos a partir do IFE. \*\* A CGE de 2014 ainda não está finalizada. \*\*\* O dados de 2015 representam a Alocação Inicial, enquanto que 2008 e 2014 representam as despesas realizadas. Para a categoria dos Recursos “Off-Budget” do Sector da Saúde em 2015, os totais de 2014 foram repetidos para demonstrar um défice de financiamento mais realístico. O PESS tem como estimativa de custo US \$1,254 milhões em 2014 e \$1,301 milhão em 2015.

11) Apoio Geral ao Orçamento (AGO) é a ajuda prestada ao Governo de Moçambique por um grupo de governos estrangeiros para complementar os recursos internos destinados à despesa pública através do Orçamento do Estado.

12) Fundos Comuns da Agricultura, HIV/SIDA e Apoio ao Tribunal Administrativo.

13) Projecto da Política de Saúde. Estimativa das Necessidades de Recursos e Impacto do Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique, 2014-2019. Tabela ES1, Página viii.

necessários para a implementação do PESS<sup>13</sup>, o Sector precisa gastar de forma eficiente MT 45,5 mil milhões (US\$ 1,3 mil milhão) em 2015 para financiar o progresso com vista a alcançar os objectivos estratégicos em 2019. A dotação inicial de 2015 está MT 17,0 mil milhões (US\$ 487 milhões) abaixo dos valores de referência (ver o Gráfico 5). Além disso, o Sector acabou estando MT 12,4 mil milhões abaixo do previsto no ano passado, mesmo incluindo as despesas fora do orçamento (“off-budget”) projectadas. A fim de colmatar o défice de financiamento do PESS, o Sector da Saúde deve reforçar as parcerias de saúde – conforme descrito no Objectivo Seis do PESS – com os doadores, envolver o sector privado, buscar meios inovadores de financiamento da saúde e avaliar as prioridades de financiamento.

**Apesar de progressos na incorporação de fundos verticais dentro do Orçamento do Estado, uma grande parcela do financiamento ao Sector da Saúde continua fora do orçamento (“off budget”).** Em 2013, a despesa fora do orçamento representou cerca de 33 por cento do total da despesa do sector, ou MT 10,4 mil milhões nominais (US\$ 360 milhões), enquanto que em 2009 representou cerca de 45 por cento, ou MT 6,6 mil milhões nominais (US\$ 241 milhões). A diminuição da proporção das despesas que são financiadas fora do orçamento, aliada à proporção cada vez maior e correspondente de fundos verticais, mais uma vez reflecte a crescente tendência de os doadores inscreverem os seus projectos dentro do Orçamento do Estado. No entanto, para melhorar a planificação do sector e garantir que cada dólar da saúde seja utilizado de forma eficaz, são necessários maiores progressos para incorporar recursos fora do orçamento nos sistemas nacionais, em conformidade com a Declaração de Paris de 2005 para a Eficácia da Ajuda.

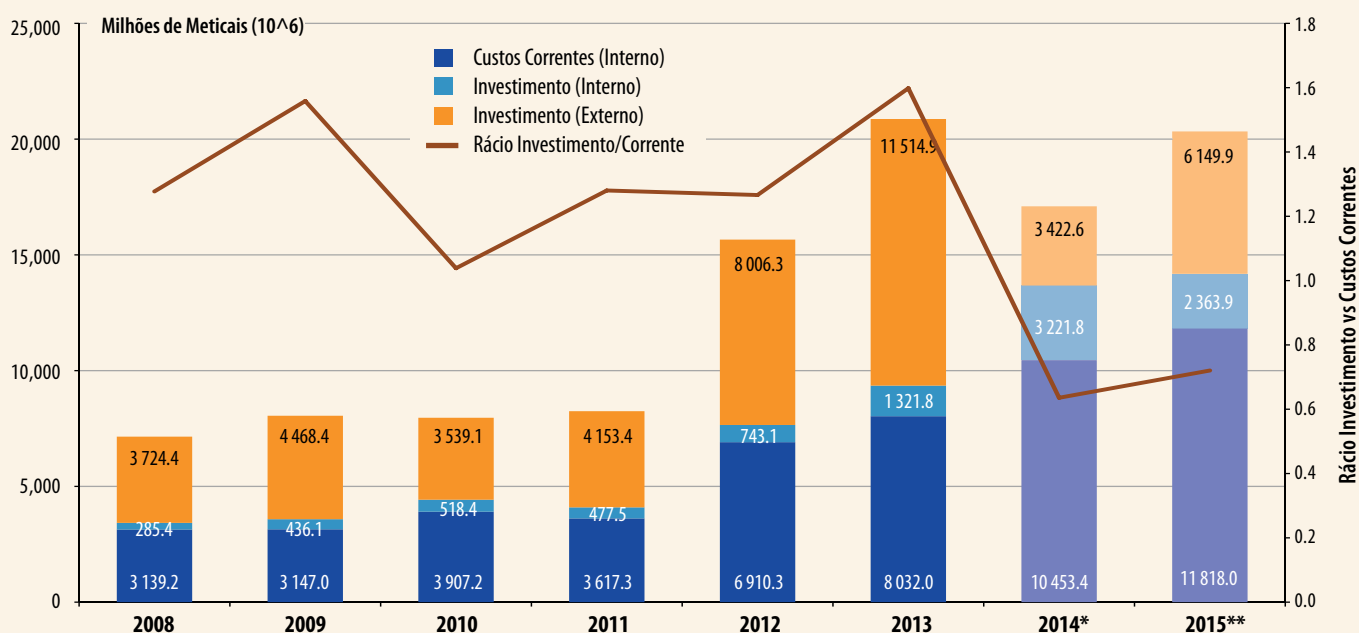
## 4. Como são gastos os recursos do Sector da Saúde?

### 4.1 DESPESA CORRENTE EM RELAÇÃO AO INVESTIMENTO

Assim que os recursos para a saúde são alocados, as instituições individuais são responsáveis pela sua execução. Os recursos gastos são contabilizados como Despesa Corrente ou de Investimento. As despesas correntes são as necessárias para manter uma instituição “em funcionamento” e incluem salários/remunerações, aquisição de bens (por exemplo, medicamentos), custos operacionais e operações financeiras. Por outro lado, o investimento refere-se aos recursos gastos para realizar ganhos de produtividade e de eficiência no Sector (ou seja, a construção de um hospital ou a aquisição de novos equipamentos médicos)<sup>14</sup>. A Despesa Corrente é financiada por Recursos Internos, enquanto o Investimento é financiado por Recursos Internos e Externos.

**Entre 2008 e 2013, 57 por cento da despesa total no sector foram canalizados para despesas de Investimento (com fontes de financiamento internas e externas) (ver o Gráfico 6).** Embora as contas de 2014 ainda não tenham sido fechadas, o Investimento financiado internamente cresceu quase 150% em relação ao seu valor de 2013; o orçamento de 2015 prevê um crescimento de quase 80% em relação ao valor de 2013. Os grandes aumentos no investimento financiado externamente observados em 2012 e 2013 devem-se novamente ao esforço dos parceiros de desenvolvimento no sentido de inscreverem os seus projectos no Orçamento do Estado. De acordo com o Orçamento do Estado de 2015, os principais projectos de investimento

**GRÁFICO 6 Despesas Correntes e de Investimento**



Fonte: Cálculos do autor, a partir de dados da CGEs 2008-2013, do REO IV 2014, e da LOE 2015.

Nota: \* A CGE de 2014 ainda não está finalizada; com isso, é provável que os números venham a aumentar. \*\* Os valores de 2015 correspondem a Alocação Inicial e não a Despesas.

14) No entanto, é importante notar que nem sempre a diferenciação é rigorosamente seguida, já que muitas vezes os gastos na categoria de investimento vão para os salários, bens e custos operacionais.

# 70%

do Orçamento do Sector da Saúde é financiado por Recursos Internos, muito mais elevado do que os cerca de 45% atingidos em 2009

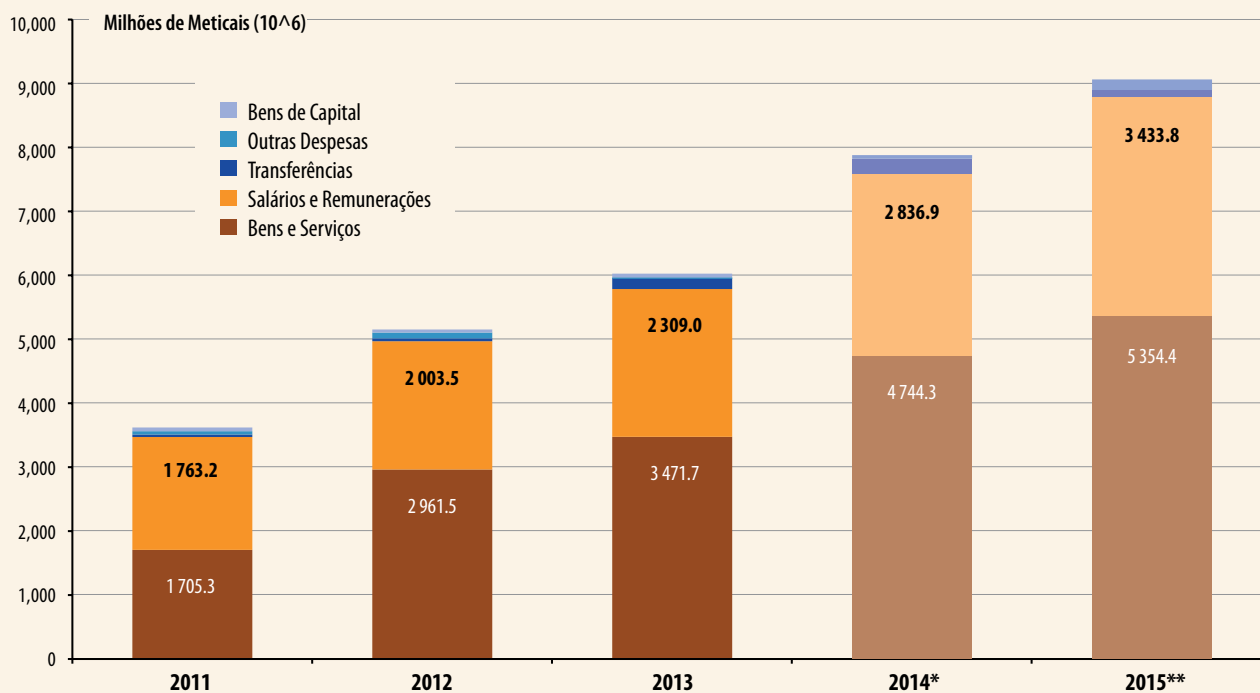
na área de saúde para o presente ano são (i) a continuação da construção do Hospital Central de Quelimane e (ii) a construção dos Hospitais Distritais de Macia, Massinga, Mocimboa da Praia, Mopeia, Pebane e Montepuez<sup>15</sup>. Devido à aprovação tardia do orçamento de 2015, o Sector terá apenas oito meses, em vez de 12, para executar estes projectos de investimento.

**O fundo salarial do país está a crescer mais rapidamente na saúde e noutros sectores prioritários** em comparação com os sectores não prioritários; no entanto, isso não foi suficiente para responder à necessidade de recrutar e reter profissionais qualificados do sector público para melhorar o rácio trabalhador de saúde por população. A Despesa Corrente cresceu mais de três vezes em relação ao seu valor registado entre 2008 e 2014 (ver o Gráfico 6) e está orçada de modo a continuar a aumentar em 2015, com base num aumento médio anual de 18 por cento nos salários / vencimentos (ver o Gráfico 7). Apesar do crescimento dos salários do sector da saúde, o rácio de médicos por 1.000 pessoas aumentou apenas ligeiramente 0,03 para 0,04 em relação ao mesmo período de tempo e o rácio de enfermeiros / parteiras por 1.000 pessoas aumentou apenas



0,34 para 0,41<sup>16</sup>. Será necessário registar grandes avanços para se atingir a meta estabelecida no PQG 2015-2019 de 1,13 profissionais de saúde por 1.000 pessoas<sup>17</sup>. De acordo com a *Avaliação da Despesa Pública de Moçambique 2014* do Banco Mundial, o país regista um desempenho abaixo da média na área de saúde em relação aos seus pares da África Subariana, mas gasta mais em salários do sector público do que a média da ASS. Com vista a melhorar a eficiência, o relatório sublinha a importância de gerir a necessidade de aumentos salariais e redefinir as prioridades do fundo salarial com vista a fortalecer o foco existente no recrutamento e retenção de funcionários públicos em áreas prioritárias como a saúde<sup>18</sup>.

**GRÁFICO 7** Distribuição das despesas correntes nos níveis central e provincial



Fonte: Cálculos do autor, a partir de dados da CGEs 2011-2013, do REO IV 2014, e da LOE 2015.

Nota: Os dados do gráfico demonstram as tendências das despesas correntes nos níveis central e provincial; para a informação disponível ao público, o gráfico não inclui as despesas correntes dos SDSMAS do nível distrital. Em 2011, os salários foram desconcentrados dos níveis provincial para o distrital. \* A CGE de 2014 ainda não está finalizada.

\*\* Os valores de 2015 correspondem a Alocação Inicial e não a Despesas.

15) LEO 2015, Documento da Fundamentação, Página 25. Governo de Moçambique. Programa Integrado de Investimentos 2014-2017, Revisto Julho de 2014.

16) Banco Mundial. Indicadores de Desenvolvimento Mundial. 2008, 2012 (dados mais recentes).

17) Governo de Moçambique. Programa Quinquenal do Governo 2015-2019. Quadro 1. Página 19.

18) Banco Mundial, *Análise da Despesa Pública de Moçambique 2014*. Setembro de 2014. Páginas 14, 26, 29.

## 4.2 DESPESAS POR INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

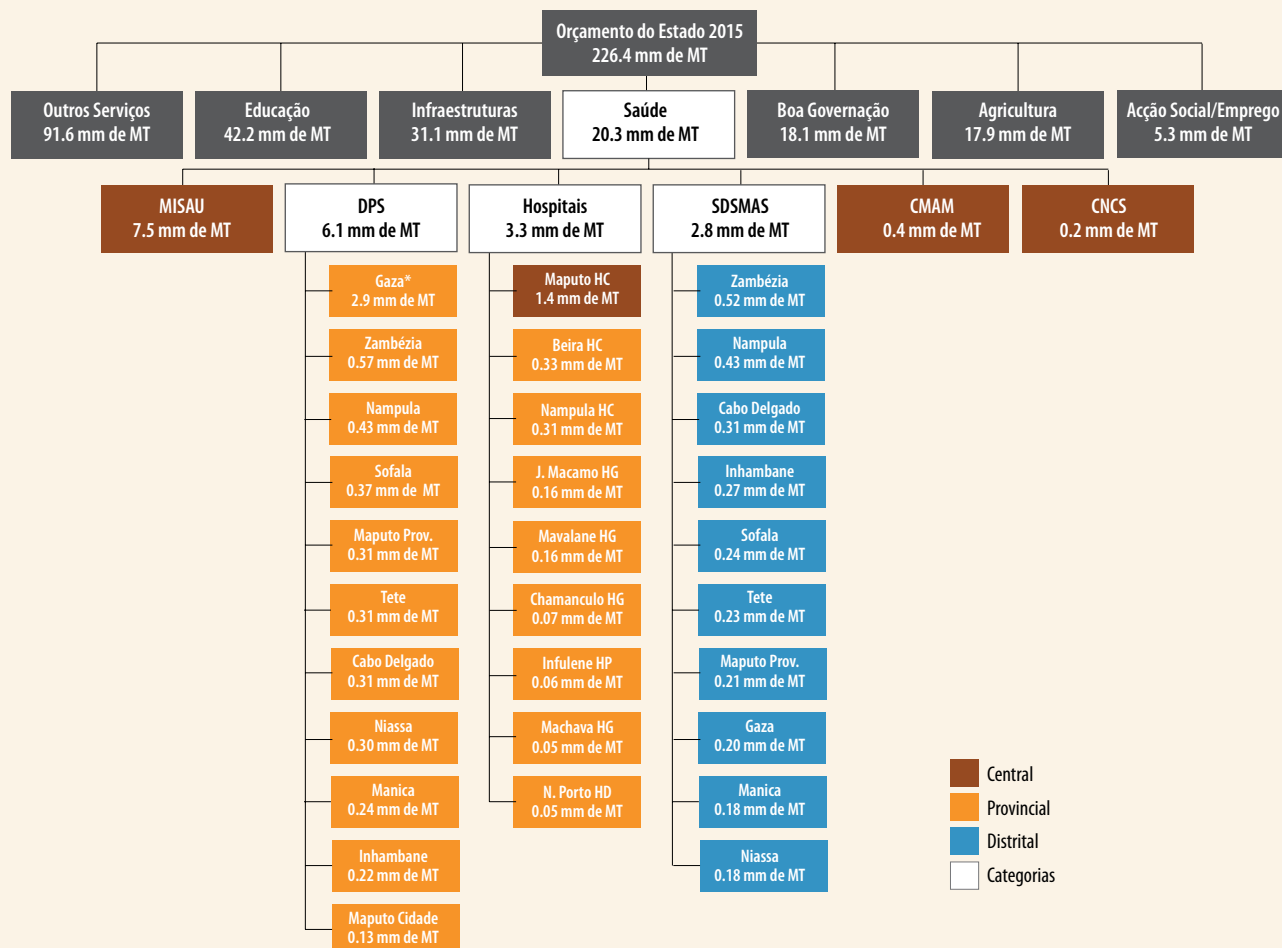
De todo o orçamento do Sector da Saúde de 2015, o MISAU a nível central recebeu a maior fatia, seguido pelas DPS, os hospitais e os SDSMAS (ver o Gráfico 8). O orçamento destinado ao MISAU, a instituição responsável por liderar o Sector da Saúde, foi de MT 7,5 mil milhões. Comparando as dotações para cada Direcção Provincial da Saúde (DPS) e cada Serviço Distrital da Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), que são os organismos responsáveis por liderar o Sector a nível das províncias e distritos, respectivamente, a província da Zambézia recebe a maior dotação total *nominal*<sup>19</sup>. O Hospital Central de Maputo recebeu MT 1,4 mil milhão, aproximadamente a dotação equivalente a todos os outros hospitais do país juntos (com uma única UGB).

**A inclusão dos SDSMAS na composição formal do Sector da Saúde<sup>20</sup> em 2012 foi acompanhada por uma diminuição proporcional da parte do orçamento da saúde<sup>21</sup> que cabia**

*O Sector da Saúde está longe de mobilizar os recursos necessários para financiar o seu PES*

**às DPS.** O volume de gastos das DPS caiu de 30 por cento do orçamento da saúde em 2010 para 13 por cento em 2013 (ver o Gráfico 9). No entanto, este valor pode ser um pouco enganador, uma vez que houve gastos com a saúde a nível distrital efectuados pelos SDSMAS pelo menos desde 2008. Com efeito, os SDSMAS tiveram um orçamento de MT 0,2 mil milhão em 2008, MT 0,35 mil milhão em 2009, MT 0,44 mil milhão em 2010 e MT 1,2 mil milhão em 2011<sup>22</sup>; no entanto, não está claro onde esses gastos foram registados antes da entidade distrital ter sido formalmente incluída na composição do Sector da Saúde em 2012.

**GRÁFICO 8** Organigrama das despesas das instituições da saúde



Fonte: Compilação do autor a partir da LOE 2015.

Nota: HC = Hospital Central, HG = Hospital Geral, HD = Hospital Distrital, HP = Hospital Psiquiátrico, mm = mil milhões. \*É muito provável que a alocação inicial da DPS Giza tenha um erro de digitação em um décimo, e o valor real deverá ser MT 0.29 mil milhões.

19) Um erro decimal evidente na LOE 2015 alocou à DPS de Giza um orçamento mais elevado; no entanto, uma vez corrigido – como se pode constatar na alocação actualizada no REO I 2015 – a Zambézia tem a maior dotação inicial nominal.

20) A composição do Sector da Saúde é mais facilmente rastreada no resumo dos gráficos dos sectores prioritários no Mapa I-1-1 da CGE e no Mapa III-3 dos REO.

21) De acordo com o Gráfico, a parte que cabe às DPS passa então para 19 por cento em 2014 e 30 por cento em 2015. Isto deve ser interpretado com cautela, pois é provável que uma vez que os fundos dos projectos verticais dos doadores estão inscritos no orçamento sob o MISAU, a parte da despesa do MISAU referente a 2014 e 2015 venha a aumentar.

22) Estes são cálculos do autor a partir das LOE de 2008 - 2011, Acompanhantes da Lei. As despesas finais a nível distrital não estão acessíveis ao público nos REO nem nas CGE.



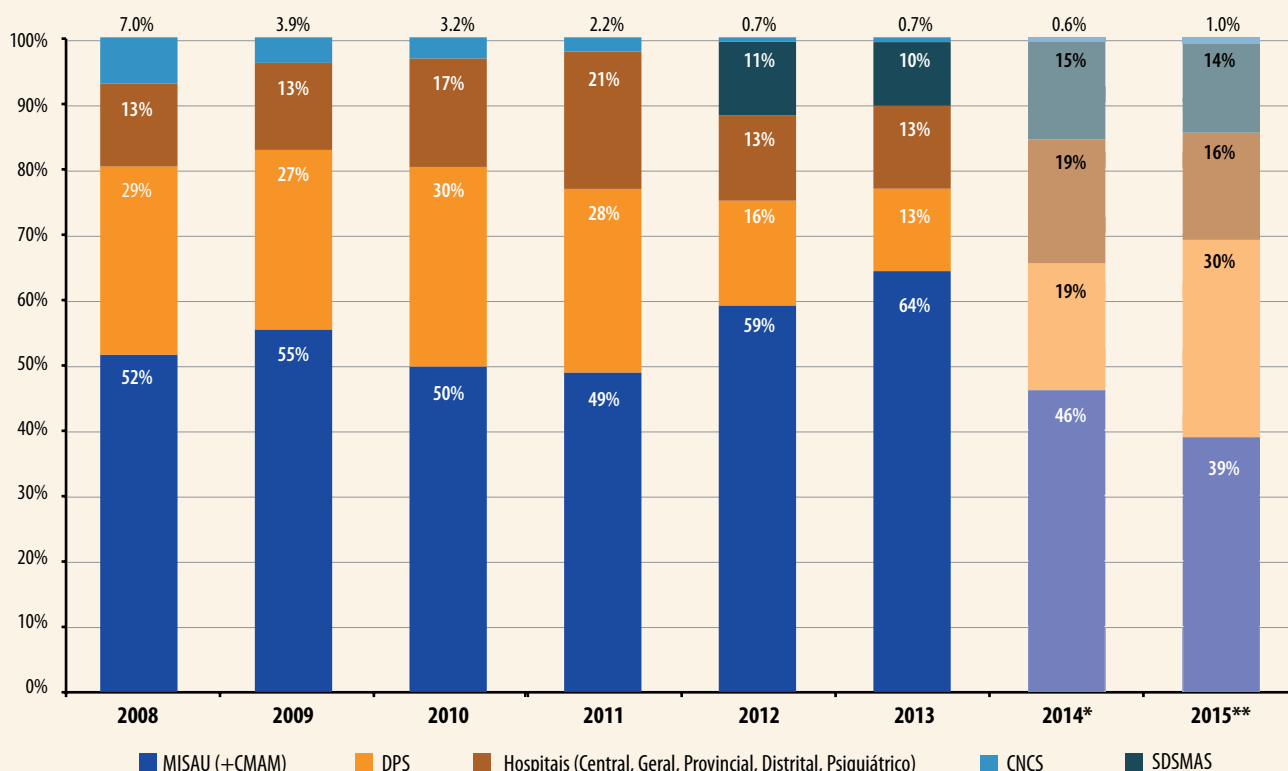
### 4.3 DESPESAS PARA O CONTROLO DO HIV/SIDA

A luta de Moçambique contra o HIV/SIDA é, em grande medida, financiada por parceiros de desenvolvimento externos, nomeadamente o programa PEPFAR do Governo dos Estados Unidos e o Fundo Global (ver o Gráfico 10). Moçambique tem a oitava maior prevalência do HIV do mundo, encontrando-se neste país quatro por cento de todas as pessoas que vivem com o HIV no mundo. Mais de um em cada dez moçambicanos está infectado. No entanto, de todos os fundos destinados a intervenções do HIV/SIDA, apenas três por cento foram provenientes de recursos internos em 2014. Os restantes 97 por cento vieram de parceiros externos, designadamente o PEPFAR da USAID (72 por cento), o Fundo Global (15 por cento), e as Nações Unidas (incluindo o UNICEF), agências de ajuda bilaterais e outras organizações internacionais (dez por cento). Com efeito, a despesa interna na área do HIV/SIDA tem vindo a diminuir ao longo do tempo. As despesas efectuadas pelo CNCS, a principal instituição pública responsável pelas actividades de resposta ao HIV/SIDA, diminuíram de sete por cento do orçamento da saúde (US\$ 20 milhões) em 2008 para um por cento (US\$ 5 milhões) em 2015 (ver o Gráfico 9). Esta situação deve-se essencialmente ao facto de que o Fundo Comum do HIV/SIDA – que já foi o principal mecanismo de financiamento do CNCS e a sua contraparte provincial, o NPCS – gradualmente diminuiu em volume, antes de ser formalmente abandonado em 2014. O CNCS passou a ser financiado através do Orçamento do Estado.



Um défice de financiamento significativo ameaça a capacidade do Governo de aumentar os serviços de tratamento do HIV em conformidade com o Plano de Aceleração para a Resposta ao HIV/SIDA (ver o Gráfico 10). O número de pessoas que vivem com o HIV em Moçambique está estimado em 1,6 milhão. O HIV/SIDA é a principal causa de morte em adultos, sendo responsável por 40% da mortalidade de adultos, e a segunda principal causa de morte de crianças (depois da malária)<sup>23</sup> no país. Em finais de 2014, 67 por cento de todos os adultos, mas apenas 48 cento de todas as crianças que vivem com o HIV, estavam em tratamento anti-retroviral (TARV)<sup>24</sup>.

**GRÁFICO 9** Peso das componentes da Saúde ao longo do tempo



Fonte: Cálculos do autor, a partir de dados da CGEs 2011-2013, do REO IV 2014, e da LOE 2015.

Nota: Em 2013, o CMAM foi desconcentrado do MISAU; para efeitos desta análise, MISAU e CMAM estão agregados. \* A CGE de 2014 ainda não está finalizada; com isso, é provável que os números venham a aumentar. \*\* Os valores de 2015 correspondem a Alocação Inicial e não a Despesas.

23) MISAU. Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA 2014. Maputo, 2014.

24) UNAIDS. The Gap Report, 2014. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/UNAIDS\_Gap\_report\_en.pdf].

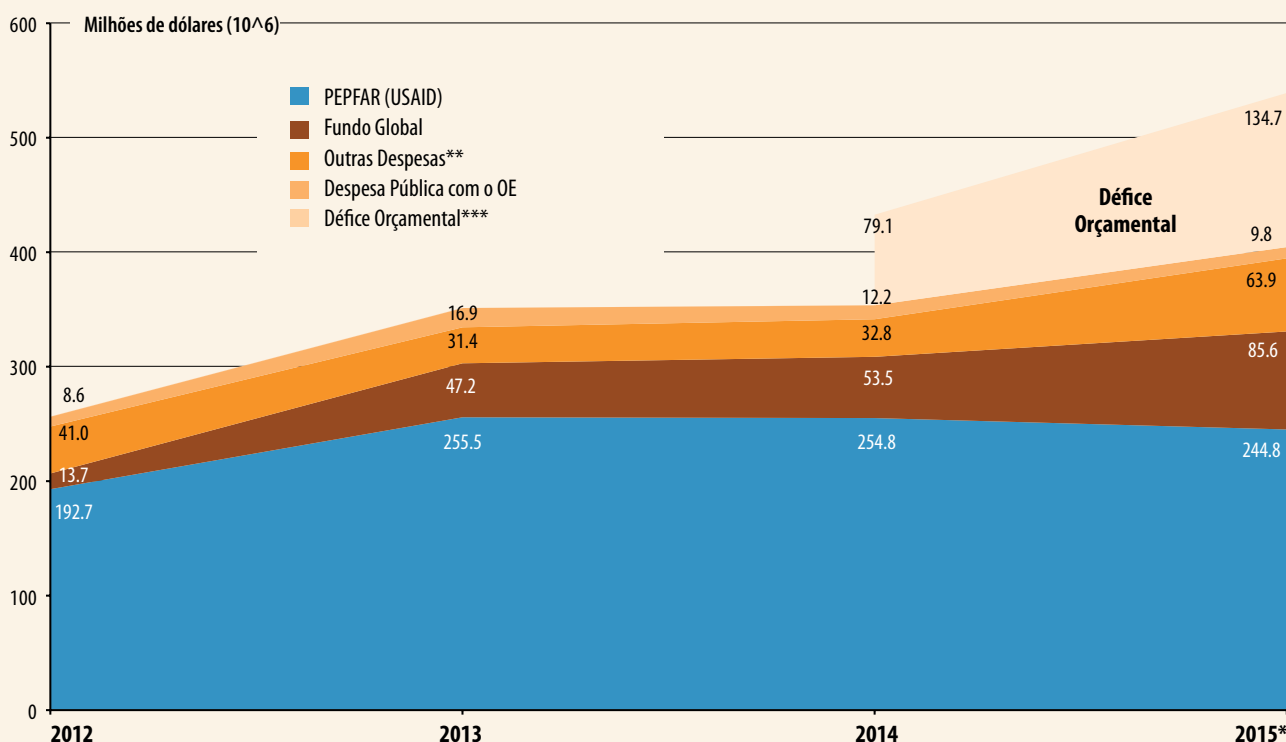


*Moçambique tem a 8ª maior prevalência do HIV no mundo. É a maior causa da morte em Moçambique. Todavia, a luta contra o HIV no país é quase que inteiramente financiada pelos doadores*

O Governo, através do seu Plano de Aceleração, pretende inscrever 80 por cento das pessoas elegíveis ao TARV até o final de 2017 (quase 800.000 pessoas). Estes medicamentos são neste momento inteiramente cobertos pela ajuda externa. Um défice de financiamento grave – estimado em US\$ 134,7 milhões em 2015<sup>25</sup> – põe em risco a capacidade do sistema de

saúde de financiar o TARV, a infra-estrutura para os contratos de fornecimento, as pesquisas para a monitoria e avaliação, os postos adicionais de profissionais de saúde e de agentes polivalentes elementares, a testagem e o aconselhamento do HIV, os programas de mudança de comportamento, etc<sup>26</sup>. Embora o Orçamento do Estado não possa, nesta fase, substituir a ajuda externa na luta contra o HIV/SIDA dado o fardo que esta epidemia silenciosa representa, o Governo deve comprometer-se a aumentar significativamente o financiamento interno para esta área, bem como o trabalho com a comunidade de doadores no sentido de elaborar um plano para mobilizar mais recursos com vista a preencher a lacuna em termos do financiamento necessário para alargar o acesso ao tratamento e serviços essenciais de qualidade.

**GRÁFICO 10** Despesas e Orçamento para a luta contra o HIV/SIDA



**Fonte:** Quatro anos 2012-2014: GARPR 2015 Relatório Narrativo, Indicador 6.1, Tabela 14. **Para 2015:** Cálculos do autor a partir da LOE 2015 e Fundo Global "HIV Financial Gap Analysis and Counterpart Financing Table" ficheiro Excel.

**Nota:** \* Os dados de 2012-2014 representam despesas, e os de 2015 representam orçamento. \*\* "Outras Despesas" incluído as despesas realizadas pelos agregados familiares, outras agências de cooperação bilateral, diferente da USAID, bancos de desenvolvimento (donativos), Nações Unidas, e outras organizações internacionais. \*\*\* "Défice Orçamental" é cálculo do autor baseado nas estimativas do Fundo Global dos custos de implementação de um plano nacional multisectorial de HIV. De acordo com o Fundo Global "HIV Financial Gap Analysis," o custo de implementação do Plano Estratégico Nacional é de US \$432 milhões em 2014, \$538 milhões em 2015, \$520 milhões em 2016, e \$532 milhões em 2017.

25) The Global Fund. *HIV Financial Gap Analysis and Counterpart Financing Table*, 2015. Vale a pena notar que um informe do MSF de Julho de 2015, "Defying Expectations," apresenta a lista do défice de financiamento em US\$ 143 milhões.

26) Medecins Sans Frontieres (MSF). *MSF Briefing Paper: Defying Expectations*. Julho de 2015. Tabela: "Register of Unfunded Quality Demand", Página 7.

O Sector da Saúde melhorou significativamente as suas taxas de execução, de 70% em 2008 para 93% em 2013

## 5. Como o Sector da Saúde executou os seus orçamentos no passado?

As instituições do Sector da Saúde têm melhorado colectivamente as taxas de execução orçamental nos últimos anos para recuperar o atraso em relação à taxa global de execução do Orçamento do Estado (ver o Gráfico 11). Depois de gastar apenas 70 por cento dos seus orçamentos em 2008, as instituições do sector têm melhorado ano a ano as taxas de execução, tendo chegado a 92 por cento em 2013. Isto pode dever-se ao facto de que muitos dos projectos financiados pelos parceiros de cooperação estão a ser inscritos no orçamento e a sua execução pode estar a aumentar a taxa global de execução, conforme evidenciado pelo Gráfico 3.

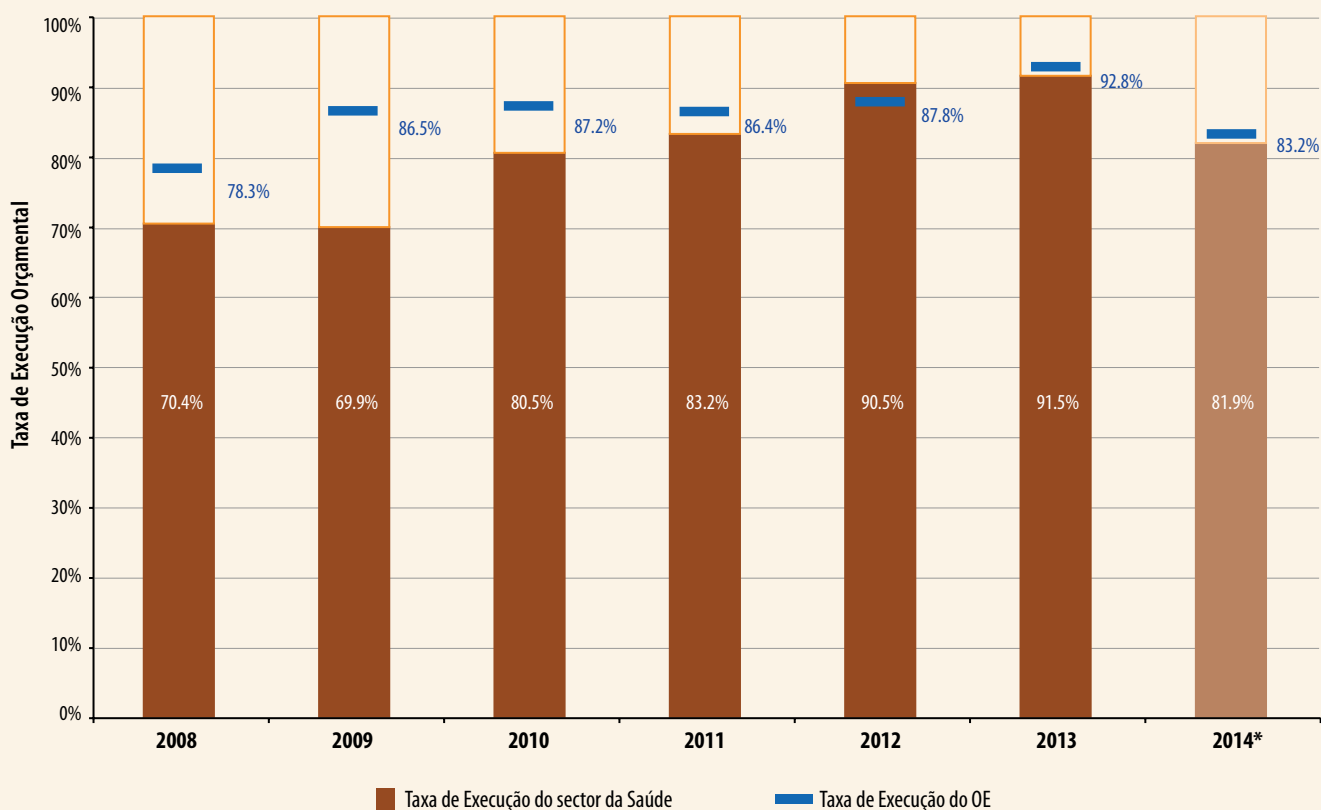
O Hospital Central de Maputo e a DPS de Cabo Delgado foram as instituições de saúde a nível central e distrital,



Foto: ©UNICEF/Moçambique

respectivamente, que apresentaram as taxas de execução mais fracas em 2013, tendo as duas instituições registado uma execução de apenas 74 por cento dos seus orçamentos. Apesar da baixa média das taxas de execução orçamental por volta dos 70 por cento entre 2008 e 2011, o MISAU conseguiu executar 92 por cento do seu orçamento em 2012 e 93 por cento em 2013; no entanto, este valor ainda está abaixo da meta de 95 por cento estabelecida no Objectivo Seis do PESS.

**GRÁFICO 11** Execução Orçamental no Sector da Saúde



Fonte: Taxas de Execução do OE: CGE 2008 (Quadro 2, pg.21); CGE 2009 (Quadro 2, pg.28); CGE 2010 (Quadro 2, pg.22); CGE 2011 (Quadro 7, pg. 27); CGE 2012 (Quadro 6, pg. 28); CGE 2013 (Quadro 7, pg. 37); REO IV 2014 (Tabela 2, pg. 9). Taxas de Execução do Orçamento do Sector da Saúde: Cálculos do autor usando CGE 2008-2013 e REO IV 2014.

Nota: As barras castanhas representam as taxas de execução do orçamento do sector da saúde e os pontos azuis representam as taxas de execução do total do OE. \* A CGE de 2014 ainda não está finalizada; com isso, é provável que as taxas de execução venham a aumentar.



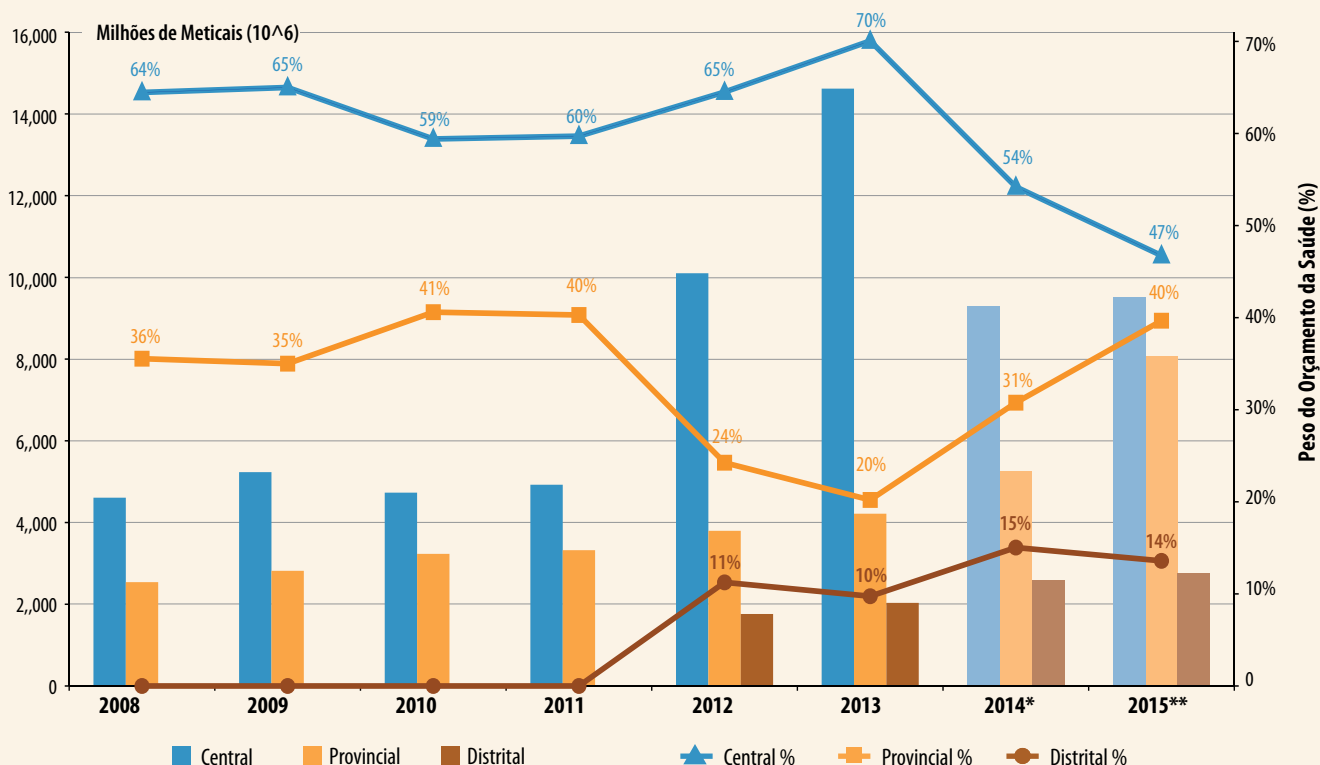
## 6. Em que medida o Sector da Saúde está desconcentrado?

Em 2012 e 2013 – os dois anos mais recentes em relação aos quais as contas públicas foram finalizadas – existe uma clara desconcentração desde o nível provincial até o distrital (ver o Gráfico 12). No entanto, o crescimento do Investimento Externo para os mesmos dois anos a nível central implica que mais recursos estão a ser executados a nível central

como nunca tinha acontecido antes, em contradição clara com o segundo pilar do PESS, que salienta a desconcentração como estando no centro da reforma do sector<sup>27</sup>. Na verdade, é mais provável que tal seja consequência da prática contabilística padrão de inscrever Projectos Verticais dos doadores no MISAU a nível central, independentemente de onde estejam a ser implementados. No entanto, o orçamento de 2015 sugere uma desconcentração do financiamento do nível central para o nível provincial como forma de contrariar a impressão de centralização registada em 2012 e 2013<sup>28</sup>.

**O sector tem sido lento na desconcentração da execução do orçamento de várias instituições de saúde de nível central.** Em 2013, a CMAM e o Hospital Distrital de Nacala Porto foram desconcentradas do MISAU e (presumivelmente) da DPS, respectivamente. No entanto, não foram desconcentradas outras instituições desde essa altura, apesar de a Direcção de Administração e Finanças (DAF) do MISAU ter identificado a desconcentração de cinco instituições subordinadas de nível central, 12 Hospitais Distritais e 14 Hospitais Rurais como uma acção prioritária para cada um dos últimos dois anos<sup>29</sup>. Para se ter uma perspectiva, existem 47 Hospitais Rurais, 1.233 Centros de Saúde e 157 Postos de Saúde<sup>30</sup> que devem, eventualmente, ser desconcentrados porque a execução orçamental autónoma muitas vezes melhora a transparência e a prestação de contas.

**GRÁFICO 12** Despesas por nível territorial



Fonte: Cálculos do autor, a partir de dados da CGEs 2011-2013, do REO IV 2014, e da LOE 2015.

Nota: **Nível Central inclui:** MISAU, CMAM, Hospital Central de Maputo, e CNCS; **Nível Provincial inclui:** DPS, Hospitais Provinciais, Hospitais Gerais, Hospitais Centrais de Nampula e Beira, Hospital Psiquiátrico de Infulene, e Hospital Distrital de Nacala Porto; **Nível distrital:** SDSMAS. SDSMAS foi desconcentrado como uma unidade orçamental em 2012, o CMAM foi desconcentrado como uma unidade de nível central em 2013, e o Hospital Distrital de Nacala-Porto foi desconcentrado como uma unidade provincial 2013. \* A CGE de 2014 ainda não está finalizada. \*\* Os valores de 2015 correspondem a Alocação Inicial e não a Despesas.

27) MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Páginas 47-49.

28) É importante entender que a desconcentração no Sector da Saúde de uma instituição central para uma instituição provincial ou distrital é essencialmente uma devolução para uma extensão inferior do mesmo órgão único, o MISAU.

29) REO da Saúde 2014, Página 23; REO da Saúde 2015, Página 26.

30) Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas e Indicadores Sociais, 2012-2013. Página 39, Quadro 3.2.



## 7. Como o Sector da Saúde enfrenta os desafios da saúde de Moçambique?

# 1.500 MT

é o valor que o país gasta em saúde por pessoa por ano. Este valor está muito aquém da média da SADC 8.300 MT

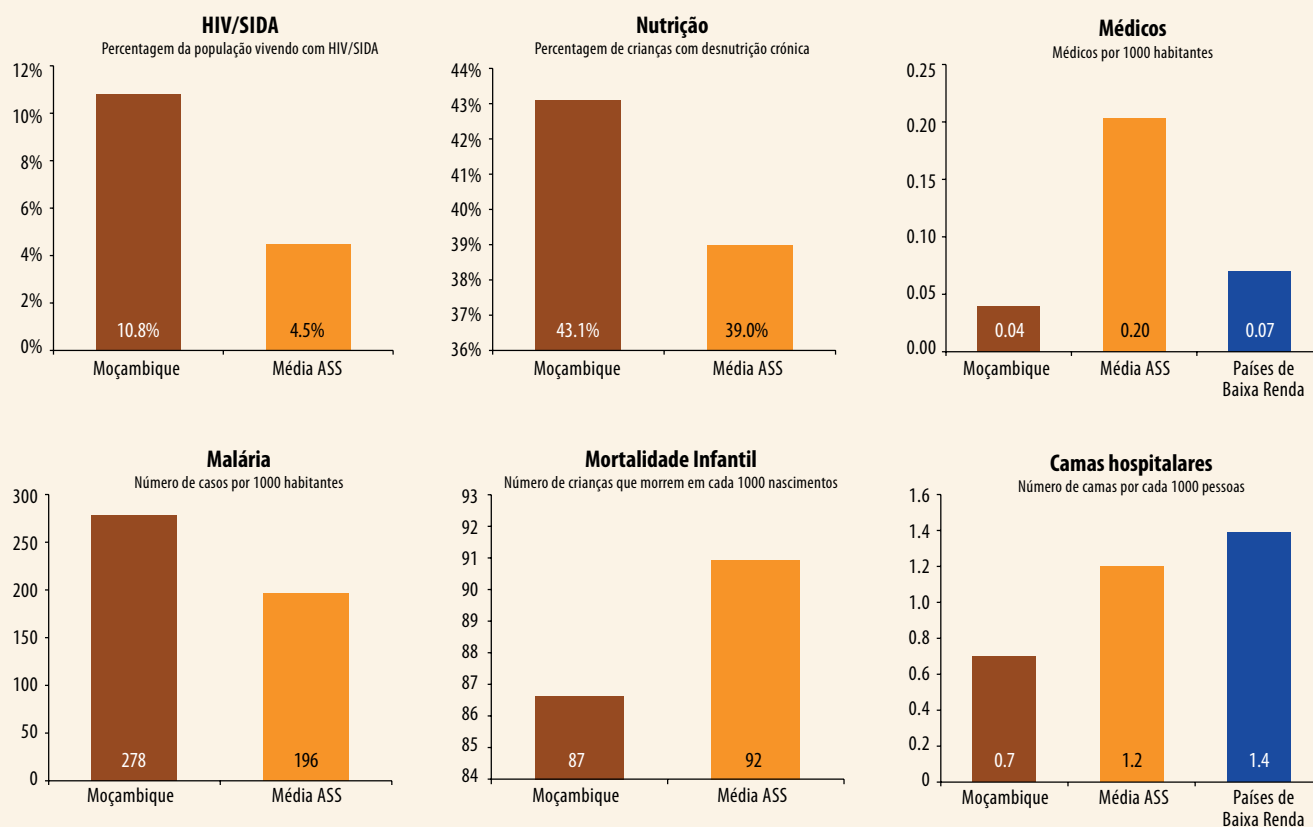
### 7.1 DESAFIOS A NÍVEL NACIONAL

Em relação aos indicadores do HIV/SIDA, Nutrição, Malária e Mortalidade Infantil, Moçambique apresenta um desempenho inferior à média da África Subsaariana (ASS) em três dos quatro indicadores (ver o Gráfico 13). O país apresenta uma maior incidência de desnutrição crónica, malária e de pessoas que vivem com o HIV/SIDA do que os seus pares do continente.

No entanto, na tentativa de enfrentar estes desafios, Moçambique gasta menos per capita na área da saúde (ver o Gráfico 14) e tem menos infra-estrutura de saúde em comparação com os seus pares (ver o Gráfico 13). O país gasta apenas US\$ 43 (MT 1.505) por cada moçambicano todos os anos em comparação com os US\$ 102 (MT 3.570) da média per capita da ASS e os US\$ 237 (MT 8.295) da média per capita da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)<sup>31</sup>. Embora o volume do Sector da Saúde moçambicano valesse uma maior parcela do Orçamento do Estado e do PIB do que a média da ASS em 2013 (ver o Gráfico 4), a sua despesa per capita foi significativamente inferior à média, devido ao grande rácio

de despesa pública total por PIB do país. Para que Moçambique consiga alcançar a média per capita da ASS, teria que gastar MT 48,8 mil milhões (US\$ 1,4 mil milhão), mais do que o dobro do que gasta actualmente em saúde, o que claramente não é possível devido à falta de espaço fiscal neste momento. Devido aos seus gastos relativamente reduzidos na área da saúde nos últimos anos, o país está menos equipado – em termos de profissionais de saúde e de camas hospitalares – do que os seus pares para responder aos desafios desproporcionados de saúde pública e de cuidados de saúde.

**GRÁFICO 13** Desempenho do sector da saúde nos principais indicadores em comparação com os países da região



Fonte: HIV/SIDA: WB WDI, 2013. Prevalência do HIV, total (% da população com idades entre 15-49). Malária: WHO Global Health Observatory Data Repository, 2012. Incidência estimada por 1000 habitantes (2012). Nutrição: WB WDI, 2013. Prevalência de desnutrição crónica, altura para a idade (% de crianças menores de 5 anos). Mortalidade Infantil: WB WDI, 2013. Taxa de Mortalidade, menores de 5 anos (por 1,000 nascimentos). Camas hospitalares: WB WDI, 2013. Camas hospitalares (por 1,000 habitantes). Médicos: WB WDI, 2013. Médicos (por 1000 habitantes).

31) Cálculos do autor com base nos números dos países da SADC no Gráfico 14.



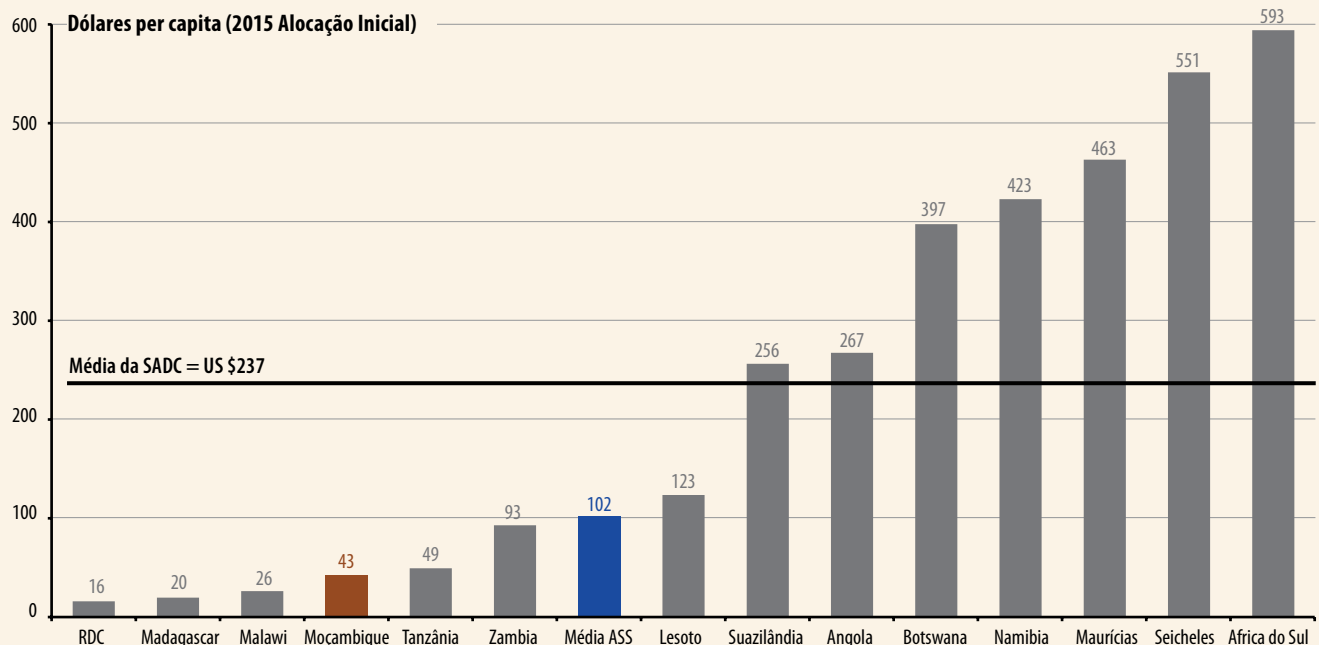
**O provável alargamento do espaço fiscal do país, devido às receitas previstas decorrentes das indústrias extractivas do país e do crescimento do PIB excluindo a indústria extractiva, representa uma grande oportunidade para o aumento da despesa dos sectores prioritários, especialmente no Sector da Saúde.** De acordo com uma análise do espaço fiscal em Moçambique, produzida pelo UNICEF em 2014, assumindo o crescimento esperado do PIB, sem incluir a indústria extractiva, todos os cenários apontam para um aumento substancial em termos absolutos do envelope global de recursos fiscais. Em 2023, na sequência de uma regra em matéria de défice orçamental de 5,5 por cento ao longo do

período, o Governo estaria em condições de gastar quase MT 325 mil milhões aos preços de 2012 (em comparação com MT 150 mil milhões em 2012), numa previsão optimista, e ainda MT 265 mil milhões numa previsão conservadora<sup>32</sup>. Se gerido de forma eficaz, este espaço fiscal adicionado contribuirá imenso para atender ao problema de infra-estrutura e pessoal de saúde. No entanto, uma vez que as receitas são limitadas, o Sector deve priorizar realizar ganhos de eficiência, conforme descrito no Objectivo Quatro do PESS. Por exemplo, a realização de intervenções de base comunitária traria serviços de prevenção e promoção da saúde e cuidados básicos para mais perto das comunidades e com menores custos<sup>33</sup>.

## 7.2 DESAFIOS A NÍVEL SUB-NACIONAL

**As províncias com os mais baixos indicadores de desempenho de saúde estão entre as que recebem menos fundos per capita** (ver os gráficos 15 e 16). Nampula, que tem a maior prevalência de desnutrição infantil e malária, é a província que menos fundos per capita recebe. A Zambézia, que apresenta a maior taxa de mortalidade infantil, é a terceira menos financiada per capita. Entretanto, Gaza possui a maior prevalência de pessoas que vivem com o HIV/SIDA e, no entanto, está entre as que mais financiamento per capita recebe. Foram alocados à província de Nampula apenas MT 243 por pessoa (US\$ 14)<sup>34</sup> e a Zambézia apenas MT 264 por pessoa (US\$ 15). Estes orçamentos per capita, que revelam pouca mudança em relação ao ano anterior, situam-se particularmente abaixo da média dos níveis de financiamento per capita da ASS e da SADC.

**GRÁFICO 14** Orçamento *per capita* do sector da Saúde em relação a média dos países da região



Fonte: WB WDI, *Health expenditure per capita (current US\$)*, 2013.

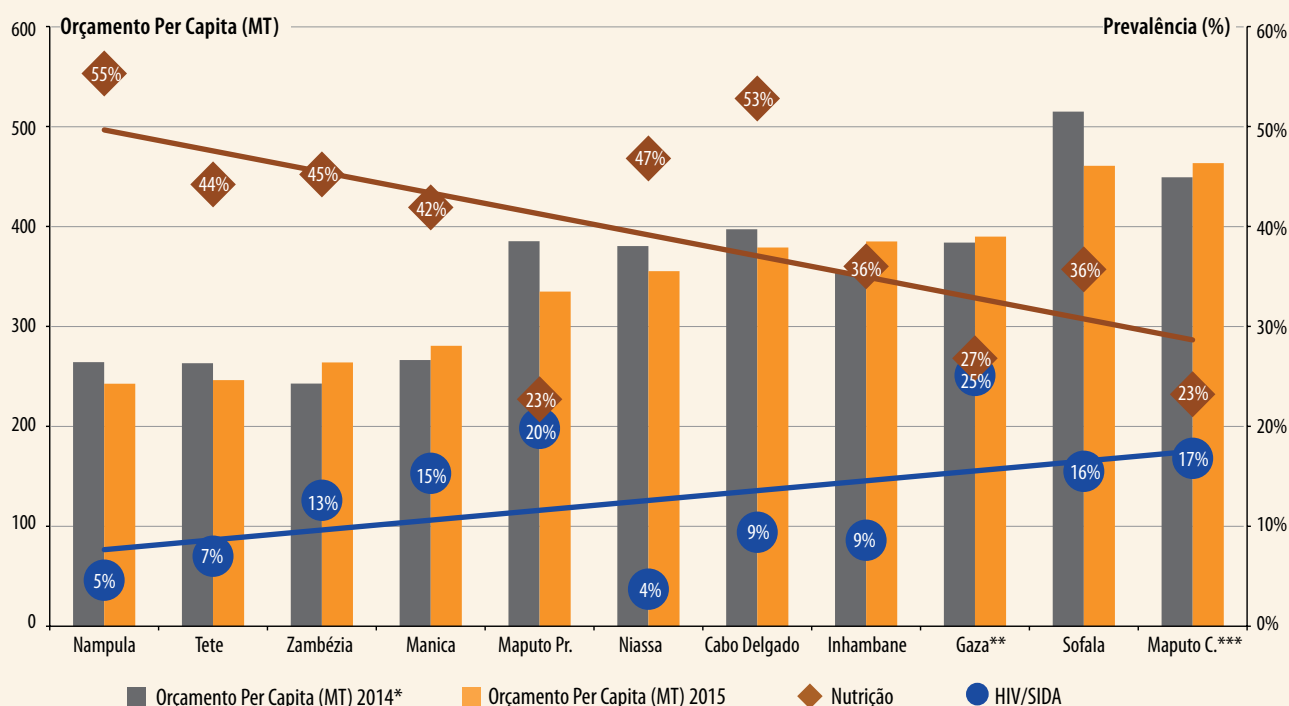
Nota: Os valores per capita de Moçambique resultam dos cálculos do autor, a partir dos dados da LOE 2015.

32) É importante ressaltar que o alargamento do espaço fiscal será baseado nos recursos da ODA (Ajuda Oficial ao Desenvolvimento) e no crescimento do PIB sem incluir os recursos extractivos. O relatório faz questão de salientar que os rendimentos provenientes dos recursos extractivos só são esperados em 2020, altura em que serão limitados, até que a capacidade produtiva seja expandida em meados dos anos 2020. [UNICEF Moçambique. *Análise da Situação de Moçambique: Espaço Fiscal e Cenários de Financiamento no Contexto do Boom de Recursos*. Janeiro de 2014. Páginas 43-45, 50].

33) Banco Mundial. *Avaliação da Despesa Pública de Moçambique*, 2014. Setembro de 2014. Página 81.

34) Por falta de informações disponíveis ao público, estes dois cálculos per capita não levam em consideração as despesas de nível central nas províncias. Cálculo com base no factor de conversão da PPP de 17,632 PPP. WBI, factor de conversão da PPP, PIB (LCU por \$ internacional).

**GRÁFICO 15** Alocação per capita por província vs indicadores de HIV/SIDA e nutrição



**Fonte:** Cálculos do autor usando dados do REO IV 2014 e LOE 2015 inclui apenas instituições dos níveis provincial e distrital, organizado por províncias. Os dados da população provém do Instituto Nacional de Estatística (INE). **HIV/SIDA:** Prevalência de HIV, total província (% população entre 15-49 anos) INSIDA 2009. **Nutrição:** Prevalência de Desnutrição Crónica 2011, altura para a idade (% crianças menores de 5 anos) do IDS 2011, pg.156, Quadro 11.1.

**Nota:** Os valores do nível provincial per capita são estimativas devido a limitação de dados, é também importante notar o facto de não ser sempre possível descriminar o montante do OE do nível central que vai para as províncias. \* Devido a escassez de dados oficiais públicos, os dados de 2014 para os SDSMAS correspondem a alocações e não a despesas realizadas. \*\* Para o ano de 2015, a alocação inicial para DPS Gaza era de 2,800,768 mil Meticais. Assumindo que houve um erro, pode ser que essa alocação corresponde a outra província (que o autor tenha alterado a posição da vírgula). \*\*\* As infraestruturas da Saúde em Maputo acolhem a população de outras províncias em casos extremos.

**A fim de acelerar as melhorias registadas nos indicadores de desempenho e, proporcionalmente, atingir os objectivos do Sector, o Sector da Saúde deve direccionar financiamento adicional às províncias mais carentes.** Apesar de a Zambézia e Nampula beneficiarem das dotações nominais mais elevadas para as suas DPS e SDSMAS em 2014 e 2015 (ver o Gráfico 8), elas encontram-se entre as três províncias com financiamento per capita mais baixo (estas são as províncias mais populosas).

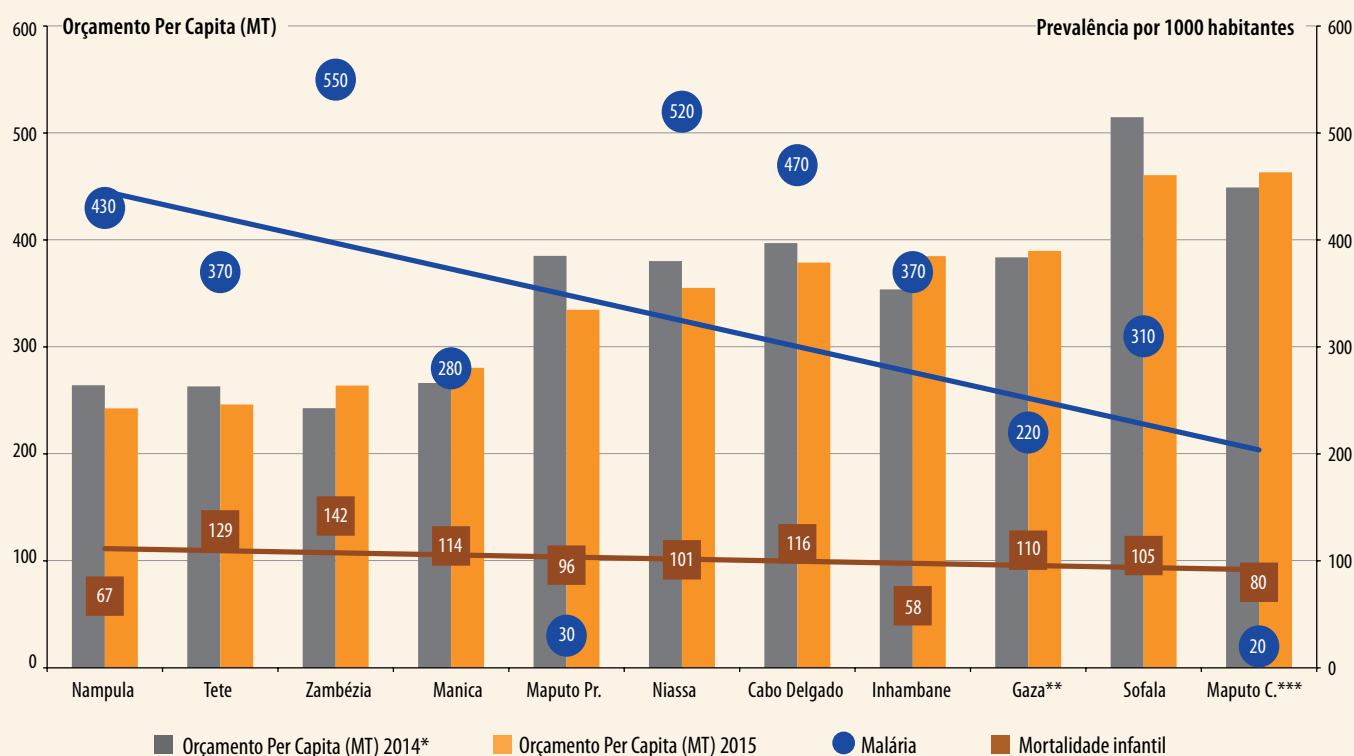
As pequenas dotações que recebem actualmente não são susceptíveis de inverter as disparidades geográficas, conforme previsto no Objectivo Três do PESS. Os diversos actores do Sector devem trabalhar juntos com vista a expandir a infra-estrutura de saúde, o pessoal e os serviços para as zonas rurais, onde existe a maior necessidade e onde se podem registar mais avanços na melhoria dos indicadores para a realização dos objectivos de médio e longo prazos.

## Conclusão

Ao longo dos últimos anos, depois de não ter estado entre os sectores mais priorizados (em termos de financiamento) no Orçamento do Estado, o Sector da Saúde começou a receber uma fatia maior do total de recursos. No entanto, apesar do crescimento significativo do volume das despesas do Sector da Saúde em 2012 e 2013, do nível provavelmente elevado de gastos em 2014 e da maior dotação inicial de sempre para 2015, o Sector ainda está longe de resolver o défice de financiamento do PESS, de atingir a média dos níveis de financiamento per capita dos seus vizinhos e de obter os ganhos de eficiência necessários para acelerar o progresso nos indicadores de desempenho da saúde.

A existência de gastos com um grau de descentralização reduzido, especialmente nas províncias marginalizadas, prejudica muito esse progresso. No entanto, um forte crescimento na disponibilização de recursos internos para a saúde, as melhorias na execução orçamental do Sector e a tendência crescente de os parceiros de desenvolvimento inscreverem as suas intervenções dentro do Orçamento do Estado a fim de melhorar a planificação e as disposições fiduciárias do Sector, são aspectos que criam optimismo para o progresso. O Sector da Saúde de Moçambique tem um longo caminho a percorrer para recuperar o atraso em relação aos seus pares; no entanto, as tendências actuais criam expectativas positivas para o futuro.

## GRÁFICO 16 Alocação per capita por província vs indicadores de malária e mortalidade infantil



**Fonte:** Despesa per capita corresponde a cálculos do autor usando dados do REO IV 2014 e LOE 2015 inclui apenas dados de entidades provinciais e distritais, organizado por província. Os dados da População distrital provêm do Instituto Nacional de Estatística (INE). **Malária:** Prevalência da Malária em crianças entre 6 e 59 meses, como determinado no Teste Diagnóstico Rápido (convertido de percentagem para prevalência por 1000 habitantes). Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011, pg. 192, Quadro 12.11. **Mortalidade Infantil:** Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1,000 nascimentos). Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011, pg. 116, Quadro 8.2. (os valores foram convertidos em percentis).

**Nota:** Os valores provinciais per capita são estimativas devido a limitações de dados, e mais ainda pelo facto de não ser possível discriminar quanto do orçamento central vai para as províncias. \* Devido a escassez de dados oficiais públicos, os dados de 2014 para os SDSMAS correspondem a alocações e não a despesas realizadas. \*\* Para o ano de 2015, a alocação inicial para DPS Gaza era de 2,800,768 mil Meticais. Assumindo que houve um erro, pode ser que essa alocação corresponde a outra província (que o autor tenha alterado a posição da vírgula). \*\*\* As infraestruturas da Saúde em Maputo acolhem a população de outras províncias em casos extremos.

### Glossário

**Execução do Orçamento / Orçamental:** Percentagem dos fundos alocados gastos em comparação à dotação total

**Desconcentração:** Mudança da responsabilidade orçamental autónoma de um nível mais centralizado para o nível provincial ou distrital.

**Despesa Realizada:** Fundos atribuídos gastos em investimento na saúde e despesas correntes

**Dotação Inicial:** A primeira dotação de fundos aprovada pela Assembleia da República

**Dotação Rectificativa:** Uma dotação de fundos revista aprovada pela Assembleia da República

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

### Acronímicos

AGO	Apoio Geral ao Orçamento	NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao SIDA
ASS	África Subsaariana	PESS	Plano Estratégico do Sector da Educação
CGE	Conta Geral do Estado (Relatório Final do Orçamento)	PPP	Paridade do Poder de Compra
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos	PQG	Programa Quinquenal do Governo
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA	REO	Relatório de Execução Orçamental (Relatório de Actualização do Orçamento)
CUT	Conta Única do Tesouro	SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
DPS	Direcção Provincial da Saúde	SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
FC	Fundo Comum	UGB	Unidade de Gestão Beneficiária, designa as instituições autónomas que recebem fundos no Orçamento
G19	Grupo de 19 parceiros que prestam Apoio Geral ao Orçamento	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
HCM	Hospital Central de Maputo	WB	Banco Mundial
LOE	Lei do Orçamento do Estado	WDI	Indicadores do Desenvolvimento Mundial
MISAU	Ministério da Saúde		
MT	Metical Moçambicano (moeda local)		