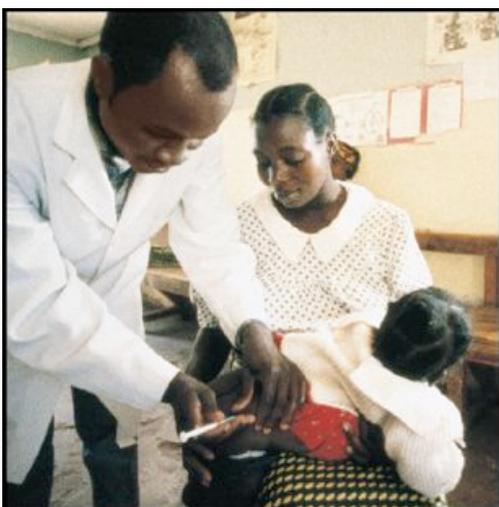




**CONSULTORIA SOBRE ABOLIÇÃO DAS TAXAS AOS  
UTILIZADORES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)  
EM MOÇAMBIQUE**

**RELATÓRIO PRELIMINAR**



**ANTÓNIO JORGE RODRIGUES CABRAL,  
Professor Auxiliar Convidado**

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA  
TROPICAL, Universidade Nova de Lisboa**

**SETEMBRO, 2007**

## AGRADECIMENTOS

A realização desta consultoria beneficiou da colaboração inestimável do contraparte designado pelo Ministério da Saúde de Moçambique, Gabriel Domingos (economista), que providenciou bibliografia e documentação oficial e apoio logístico. O Dr. Gabriel Domingos fez a revisão de diversos documentos de trabalho e contribuiu com muitas sugestões durante toda a duração da missão em Moçambique. O Dr. Firmino Guiliche fez a análise estatística e forneceu comentários úteis, mesmo para a fase adiantada em que o trabalho de estatística se realizou. Com eles, o autor constituiu uma equipa.

A realização da consultoria não teria sido possível sem a disponibilidade demonstrada por muitos elementos da direcção do Ministério da Saúde, em Maputo, das Direcções Provinciais de Saúde de Maputo e Nampula, das Direcções Distritais de Saúde de Boane, Magude, Marracuene, Matola, Nacala – Porto, Monapo, Mogovolas e Murrupula. Nas duas Províncias visitadas tivemos o privilégio de ouvir as opiniões de SExas, os Governadores de Províncias, e o mesmo nos oito Distritos. Oficiais dos escritórios da DFID e da Organização Mundial de Saúde em Maputo tiveram a amabilidade de fornecer também as suas motivações para este estudo: ficamos em dívida para com Paul Wafer e Marie Castelo-Branco(DFID), Eva Pascoal e o Dr. El Hadi Benzerroug, Representante da OMS. O Conselheiro do Ministro da Saúde, Prof. Hélder Martins foi indispensável para definir o roteiro e rever os primeiros resultados. Ficamos gratos à disponibilidade de SExa, o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Ivo Garrido, em comentar também os resultados preliminares obtidos no terreno.

As análises e recomendações baseiam-se em documentação revista, bem como em informação primária obtida pela equipa de consultoria e opiniões de muitos entrevistados (ver lista em anexo). No entanto, o conteúdo deste relatório é da exclusiva responsabilidade do autor. Desde já se apresentam desculpas por eventuais interpretações erradas da informação obtida de fontes tão prestáveis.



### LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>AE</b>	Ajuda Externa
<b>AIDI</b>	Atenção Integrada às Doenças Infantis
<b>ANEMO</b>	Associação Nacional de Enfermeiros (Moç.)
<b>APE's</b>	Agentes Polivalentes Elementares
<b>BMd</b>	Banco Mundial
<b>CFMP</b>	Cenário Fiscal de Médio Prazo
<b>CMAM</b>	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DAF</b>	Direcção de Administração e Finanças (MISAU)
<b>DDS</b>	Direcção Distrital de Saúde
<b>DFID</b>	Cooperação Britânica para o Desenvolvimento
<b>DPS</b>	Direcção Provincial de Saúde
<b>DTS's</b>	Doenças de Transmissão Sexual
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FRELIMO</b>	Frente de Libertação de Moçambique
<b>GTZ</b>	Cooperação Alemã para o Desenvolvimento
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IAF</b>	Inquérito aos Agregados Familiares
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico e de Saúde
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Segurança Social
<b>MDM</b>	Metas de Desenvolvimento do Milénio
<b>MINED</b>	Ministério da Educação
<b>MINFIN</b>	Ministério das Finanças
<b>MISAU</b>	IDEM
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTS</b>	Meticais
<b>OGE</b>	Orçamento Geral do Estado
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG's</b>	Organizações Não Governamentais
<b>PARPA</b>	Programa de Redução da Pobreza Absoluta
<b>PESS</b>	Plano Estratégico do Sector Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMD's</b>	Países menos Desenvolvidos
<b>PME</b>	Programa de Medicamentos Essenciais
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>RSA</b>	República da África do Sul
<b>SIS</b>	Sistema de Informação de Saúde
<b>SISTAF</b>	Sistema de Gestão das Finanças
<b>SMI</b>	Saúde Materno Infantil
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde - Moçambique
<b>SWAP</b>	System Wide Approach Planning
<b>TdR</b>	Termos de Referência
<b>UNICEF</b>	Fundo das NU para a Educação e Infância
<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>USAID</b>	Agência dos EUA para Apoio ao Desenvolvimento Internacional
<b>USD</b>	Dólares dos EUA

# CONSULTORIA SOBRE ABOLIÇÃO DAS TAXAS AOS UTILIZADORES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) EM MOÇAMBIQUE

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Existem actualmente taxas de utente cobradas em grande parte dos serviços de saúde públicos, em Moçambique. No entanto, historicamente, o partido no poder, a FRELIMO, tem sido bastante favorável a uma situação de serviços básicos de saúde gratuitos, e considera que a eliminação de barreiras de acesso à educação e saúde básicas constituem elementos fundamentais da estratégia de redução de Pobreza e de êxito nas Metas de Desenvolvimento do Milénio. O Governo de Moçambique considera ainda que a permanência das taxas mantém aberta a porta para a cobrança de taxas ilegais. A experiência de países vizinhos e a eliminação das taxas de matrícula no Ensino Básico em Moçambique constituíram motivações adicionais aos responsáveis do sector para que a viabilidade da remoção das taxas fosse avaliada.

Esperava-se desta consultoria: i) *uma avaliação da aplicação actual das taxas de utente;* ii) *uma síntese sobre o provável impacto esperado da abolição das taxas de utente nos serviços básicos de saúde em Moçambique, em especial na carga de trabalho dos funcionários da saúde e nos custos recorrentes no Sector da Saúde;* iii) *uma síntese dos pontos de vista da população em relação as condições de acesso aos cuidados de saúde, e dos pontos de vista de outros intervenientes em relação as taxas de utente no sector da saúde.*

A informação utilizada pela consultoria consistiu de : i) um inquérito a utentes e não - utentes, em oito Distritos de duas Províncias, para avaliar o peso relativo de diversas barreiras de acesso, bem como o grau de necessidades não - satisfeitas que farão prever o aumento da procura subsequente; ii) os recursos adicionais necessários para satisfazer o aumento da procura de serviços (particularmente recursos humanos e medicamentos) e sua expressão financeira, bem como as receitas perdidas; iii) opiniões de informantes - chave sobre a oportunidade da remoção, estratégia de implementação, recursos necessários e o grau de compromisso dos recursos humanos; iv) revisão bibliográfica incidindo em barreiras financeiras e outras, corrupção dos recursos humanos e cumplicidade com os utentes, implementação nos países vizinhos e benefícios para os mais pobres.

Os resultados do inquérito permitiram balizar o aumento esperado da procura em níveis mínimo e máximo, correspondente a remoção simples da taxa de utente (10%) e acompanhada de não cobrança da taxa de medicamentos (25 - 30%). O inquérito informou também sobre outras barreiras, como a disponibilidade de medicamentos e o estabelecimento de cumplicidades com os profissionais do sector, em que os utentes sem alternativas procuram obter o melhor trato possível nos contactos que realizam.

As visitas aos Distritos escolhidos permitiram também identificar potenciais obstáculos que devem ser geridos na implementação. Incluem o moral relativamente baixo dos técnicos das unidades sanitárias, a gestão deficiente do aprovisionamento de medicamentos (permissivo a desvios em grande escala) e reduzida capacidade de gestão financeira a nível Distrital. Por outro lado, é manifesto que as normas e legislação sobre taxas e isenções são aplicadas com grande variabilidade, e é frequente que os montantes cobrados tenham

circuitos tortuosos e permissivos ao uso abusivo, apesar de permitirem a resposta a diversas necessidades locais das unidades sanitárias. Estas informações vieram apenas confirmar dados e relatos de diversas outras fontes.

Foram estimados os números de serviços adicionais que devem ser prestados para responder à necessidade não satisfeita, nos dois patamares mínimo e máximo, e consequentes necessidades de recursos humanos e medicamentos. Foi também estimado o montante de receitas que se perdem com a cessação das cobranças.

Os custos das prestações adicionais podem variar entre 1,7 e 7,6 Milhões de Dólares, em 2008, ou entre 2,3 e 10,5 Milhões de Dólares, em 2011, conforme se remova apenas a taxa de consulta ou, simultaneamente, a cobrança de medicamentos.

Estes custos adicionais, como percentagem dos gastos correntes totais do SNS, significam um aumento de despesa que se situa entre 1,2% e 5,7%. Melhorias na gestão de recursos humanos e medicamentos reduziriam o custo adicional para 4%, mesmo com remoção de ambas as taxas e um aumento dramático da procura de serviços.

Parece, pois razoável que se considere que este aumento de custos é compatível com o nível de financiamento corrente do sector, e que as decisões políticas sobre financiamento intersectorial - o Cenário Fiscal de Médio Prazo - (CFMP) possam ter em conta os potenciais efeitos desta medida no Programa de Alívio da Pobreza Absoluta (PARPA), através da melhoria do estado de saúde, principalmente infantil. No entanto, o financiamento para os custos adicionais no curto prazo (2008) não está contabilizado nas estimativas dos Ministérios da Planificação e Desenvolvimento e das Finanças e exigirá a negociação duma estratégia com os doadores maiores do sector.

Esta apreciação geral positiva merece, no entanto, algumas precauções: as outras barreiras persistem, o aproveitamento do benefício pelos pobres que pode ser apenas de curto prazo e os obstáculos de execução ligados à gestão de recursos mantêm-se. Assim, pode ser útil aproveitar o momento para acelerar reformas de fundo no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O aproveitamento privilegiado desta medida pelos mais pobres, previsível na primeira fase, pode perder-se se a qualidade do serviço for prejudicada por faltas de medicamentos e longas esperas: os menos pobres poderão estar então mais aptos a aceder ao que resta do serviço público subsidiado.

Por estes motivos, deve tentar-se que se modifique a relação entre utentes e prestadores, bem como maior participação da comunidade na gestão das Unidades Sanitárias (US). A própria campanha de informação preparatória da remoção das taxas deve servir esse propósito de informar a população sobre os seus direitos e gerar, pelo menos no curto prazo, um momento de reivindicação sobre os prestadores.

Paralelamente, as preocupações dos técnicos com as suas condições de vida e trabalho devem começar rapidamente a ter algumas manifestações de resposta. São lembrados comentários de diversas fontes que defendem que o uso de fundos adicionais para melhorar as condições do RH pode ser mais eficiente do que para adquirir mais medicamentos.

As receitas consignadas (taxa de consulta), apesar do seu pequeno montante, são muito do agrado das Direcções Distritais e recomenda-se a sua substituição por transferências para as Direcções Distritais. Pelo reduzido custo, são um modo simples de recrutar aliados para

esta medida (e não fomentar adversários). As comunidades podem ser envolvidas na gestão de cada "tranche" transferida, a exemplo do Ministério da Educação (MINED): melhora-se a transparência, obtém-se o equilíbrio entre a permissividade e o excesso de zelo.

Os pagamentos ilegais poderão continuar, sob várias formas, como aconteceu nos países vizinhos, e é anunciado pelo inquérito deste estudo. As pré-condições no caso moçambicano são preocupantes: baixa pontualidade e elevada taxa de desvio de medicamentos. As "auditorias" devem combinar o profissional (inspecção) e o popular (inquéritos e consultas) para que se melhore a confiança entre utentes e profissionais.

Outros pontos fortes da estratégia de implementação são: i) a designação de um "ponto focal" de coordenação da implementação; ii) uma ampla e mantida consulta com a população, os técnicos e gestores periféricos, pelos responsáveis centrais; iii) melhorar rapidamente o caos do registo de doentes; iv) melhorar as condições de trabalho nos Centros de Saúde (CS); v) reduzir as roturas de stocks de Medicamentos Essenciais (PME).

A monitorização da implementação da política deve começar pelo aumento do N.º de serviços, que deve desagregar entre: i) população rural e urbana; ii) género e idade (adultos e crianças); iii) cuidados curativos e preventivos. A monitorização deve também abordar a qualidade dos serviços e a produtividade dos técnicos podendo fazer-se através de inquéritos simples, com pequenas amostras, o mesmo modo que pode ser usado para conhecer a eventual continuação da prática das cobranças ilegais. A disponibilidade dos Medicamentos Essenciais pode ser monitorizada através das auditorias da Central de medicamentos e Artigos Médicos (CMAM).

A avaliação de impacto começa já a ser tratada na bibliografia internacional. A Mortalidade na crianças dos 0 - 4 anos é um bom reflexo dos resultados de um maior consumo de serviços cuja utilidade é indiscutível para patologias de elevada letalidade. Por outro lado, metodologias de economia da saúde podem medir o impacto da remoção das taxas como "incidência dos benefícios" entre estratos sócio - económicos, bastando a informação de dois Inquéritos Demográficos e de Saúde, pré e pós remoção.

As **Conclusões e Recomendações** desta consultoria podem resumir-se nos seguintes pontos:

- i. Os benefícios da remoção das Taxas, só de Consulta ou também de Medicamentos, ultrapassam os custos: a remoção apenas das Taxa de Consulta resultará num aumento de 1,2% dos gastos correntes do SNS, mas permitirá um aumento de consumo de cuidados primários da ordem dos 10%; a remoção simultânea da Taxa de Medicamentos aumentará os gastos correntes do SNS em 5,5%, mas permitirá um aumento de consumo de cuidados primários que poderá chegar aos 30%;
- ii. Para se obter este benefício, é necessário apoio ao Ministério da Saúde, tanto dosadores sectoriais mais comprometidos, como dos Ministérios do Planeamento e Desenvolvimento e das Finanças, para inclusão das despesas adicionais, tanto no curto prazo como no Cenário Fiscal de Médio Prazo;
- iii. No curto prazo a implementação da política exige algumas medidas de apoio e coordenação:

- Ampla divulgação à população, provavelmente utilizando a mesma rede criada para a realização do Censo de Agosto de 2007;
  - Medidas imediatas de criação de stocks adicionais de Medicamentos Essenciais, dado que em diversos países vizinhos a implementação foi posta em risco, após 7-8 meses, por falta de medicamentos;
  - Implementação de medidas de apoio aos técnicos de saúde na periferia, tanto salariais como de condições de trabalho, que permitam recuperar o moral e prepará-los para o trabalho adicional de resposta à demanda aumentada - o fundo de salários deve ser aumentado já em 2008, pelo menos para permitir contratar mais técnicos recém - formados, e trazer para os quadros do MISAU aqueles actualmente contratados "fora do quadro", bem como dar sinais de execução da progressão nas carreiras;
  - Responsáveis do nível central devem visitar regularmente as Unidades Sanitárias mais periféricas, para se informarem de obstáculos práticos e ajudarem o pessoal e gestores locais na sua solução;
  - O registo dos doentes para as consultas deve ser disciplinado e formalizado, para melhorar a actual baixa qualidade e impedir que o não pagamento da taxa transforme as zonas de espera em locais anárquicos
  - Um ponto focal de coordenação da implementação (e posterior monitorização) deve ser rapidamente designado
- iv. A sustentabilidade da política deve ser promovida através de:
- Continuação das medidas de suporte à moral e performance dos técnicos à periferia
  - Insistência com as medidas de controlo de stocks e inventários de medicamentos essenciais, bem como da conferência entre a utilização de medicamentos e números de consultas, além de medidas consequentes às auditorias da Central de Medicamentos
  - As Direcções Distritais de Saúde devem ser apoiadas com Transferências Directas para substituir a receita perdida com a remoção da Taxa de Consulta, mas estas devem ser acompanhadas de reforço da capacidade de gestão financeira periférica
  - As comunidades devem ser envolvidas na priorização do uso das transferências directas
  - A Inspecção-geral de Saúde deve mandar auditorias à qualidade e ética da prestação de cuidados de saúde periféricos, incluindo a: continuação de cobranças ilegais; qualidade no processo clínico e ética na relação com os utentes; e produtividade do pessoal
  - As auditorias profissionais da Inspecção-Geral de Saúde devem ser complementadas com estímulos a maior participação da população na gestão das unidades de saúde das suas áreas, e também auscultação regular por responsáveis do nível central

- v. A unidade focal de coordenação da implementação deve preparar mecanismos de monitorização de implementação e de avaliação de impacto.

## ÍNDICE:

	<b>Página</b>
<b>Capítulo I</b> – Introdução. Motivações	1
Termos De Referência. Resultados Esperados.	2
<b>Capítulo II</b> – Conceitos - Chave e Cenário Regional. Conceitos - Chave	4
A Experiência Dos Países Vizinhos (África Oriental – Austral)	10
O Contexto Moçambicano	11
<b>Capítulo III</b> – Metodologia e Fontes De Informação	15
<b>Capítulo IV</b> – Resposta Às Questões – Chave. Resultados Do Inquérito A Utentes / Não – Utentes	21
Gestão Das Cobranças E Isenções	24
A Posição Dos Recursos Humanos (Técnicos)	26
Enfrentar As Consequências Da Remoção Das Taxas: Aumento Da Procura	27
Enfrentar As Consequências Da Remoção Das Taxas: Mais Recursos Humanos	30
Enfrentar As Consequências Da Remoção Das Taxas: Mais Medicamentos	34
Enfrentar As Consequências Da Remoção Das Taxas: Perda De Receitas E Despesas Locais	38
Resumo: Os Custos Totais Da Remoção Das Taxas	40
<b>Capítulo V</b> – Conclusões E Recomendações	43
Estratégia De Implementação	46
Monitorização E Avaliação	52
Considerações Finais: Sustentabilidade Financeira Doméstica?	53
Bibliografia	54

## ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS:

	Página
<b><u>Figura – 1:</u> Questões - Chave</b>	16
<b><u>Tabela – 1:</u> barreiras monetárias ao acesso</b>	21
<u>Tabela – 2:</u> Outras barreiras ao acesso	22
<u>Tabela – 3:</u> Informação de outros Inquéritos	24
<u>Tabela – 4:</u> Comparação entre SIS e revisão dos livros de Consultas (CS visitados). 2006	28
<u>Tabela – 5:</u> Taxas de crescimento das consultas externas, 2001 - 06	29
<u>Tabela – 6:</u> Cenários - Consultas Externas, CSP, 2001 - 06	30
<u>Figura – 2:</u> Crescimento da Utilização - Cenários e ocorrência nos Países vizinhos	31
<u>Tabela – 7:</u> Pressupostos de Produtividade	31
<u>Tabela – 8:</u> Valores extremos e intermédios de Produtividade	32
<u>Tabela – 9:</u> Produtividade média, nos 8 Distritos visitados	32
<u>Tabela – 10:</u> Custo médio anual, por profissional	33
<u>Tabela – 11:</u> Número adicional de profissionais, para responder à procura aumentada	33
<u>Figura – 3:</u> Custos adicionais com RH, vários cenários	34
<u>Tabela – 12:</u> Custo anual do Número adicional de profissionais	34
<u>Tabela – 13:</u> 2 Métodos de Estimação do Custo dos Medicamentos para os CSP	36
<u>Figura – 4:</u> Custos adicionais com Medicamentos, vários cenários e Custos Unitários / Consulta	37
<u>Tabela – 14:</u> Custo anual do consumo adicional de medicamentos	37
<u>Tabela – 15:</u> Receitas cobradas nos oito Distritos visitados. Comparação com OGE e N.º de Consultas	38
<u>Tabela – 16:</u> Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta	39
<u>Tabela – 17:</u> Receitas perdidas com remoção da Cobrança de Medicamentos	39
<u>Tabela – 18:</u> Comparação das Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta e da Cobrança de Medicamentos	40
<u>Tabela – 19:</u> Somatório das Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta e da Cobrança de Medicamentos	40
<u>Tabela – 20:</u> Custos Totais resultantes remoção das Taxas de Consulta e Medicamentos: a) crescimento da procura e recursos adicionais necessários; b) perda de receitas	41
<u>Tabela – 21:</u> Custos Totais resultantes remoção das Taxas de Consulta e Medicamentos: em Dólares EUA	41
<u>Tabela – 23:</u> Componentes dos aumentos de custos, 2008 e 2011	42
<u>Tabela – 22:</u> Custos Totais resultantes remoção das Taxas, como % do OGE corrente para o SNS	42

## **ANEXOS:**

1. Locais Visitados
2. Entrevistas e Reuniões
3. N.ºs de Serviços: comparação entre SIS e IDS – 2003
4. N.ºs de Serviços: evolução prevista mantendo as Taxas
5. Taxas de Utilização nos Distritos visitados (Inquérito)
6. Mapa de Moçambique com a localização dos Distritos visitados

## CONSULTORIA SOBRE ABOLIÇÃO DAS TAXAS AOS UTILIZADORES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) EM MOÇAMBIQUE

### RELATÓRIO PRELIMINAR

#### CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

##### MOTIVAÇÕES

Existem actualmente taxas de utente cobradas em grande parte dos serviços de saúde públicos, em Moçambique. O Ministério da Saúde de Moçambique (MS) considera que os mecanismos de isenção (para certos grupos de pessoas vulneráveis e para doenças específicas) não estão a funcionar a favor da protecção dos pobres e vulneráveis. A história recente das taxas de utente nos serviços de saúde públicos, em Moçambique, tem duas marcas temporais: no pós – Independência imediato, foram introduzidas taxas com o objectivo de “moderar” a procura a uma rede muito desfalcada em recursos; na segunda metade dos anos '80 as taxas foram actualizadas de acordo com a negociação do Programa de Ajustamento Estrutural reclamado pelas instituições financeiras internacionais. No entanto, historicamente, o partido no poder, a FRELIMO, tem sido bastante favorável a uma situação de serviços básicos de saúde gratuitos, e considera que a eliminação de barreiras de acesso à educação e saúde básicas constituem elementos fundamentais da estratégia de redução de Pobreza e de êxito nas Metas de Desenvolvimento do Milénio (1, 2). Aliás, as taxas de matrícula para o Ensino Básico foram já eliminadas em 2005.

Os Termos de Referencia desta consultoria (TdR) referem ainda a preocupação com a corrupção no sector: *"...Em Moçambique, as taxas oficiais de utente no Sector da Saúde são baixas, e não têm sido ajustadas à inflação desde 1998. Contudo, a corrupção generalizada nas unidades de saúde faz com que taxas de utente ilegais sejam cobradas, e consequentemente muitos doentes/utentes pagam um valor consideravelmente superior ao da taxa oficial.*

*O GdM aprovou recentemente uma estratégia contra a corrupção e o Ministério da Saúde está empenhado no sentido de eliminar a cobrança de taxas ilegais nas Unidades de Saúde. A abolição das taxas oficiais ou legais, e uma campanha de mobilização de massas para informar o público de que os Cuidados de Saúde são gratuitos, pode muito bem ser uma estratégia eficaz para apoiar a eliminação desta forma de corrupção..."*

Por outro lado, o MS acompanhou com interesse as experiências de vários países vizinhos (República da África do Sul, Quênia, Zâmbia, Uganda, Madagáscar, Rwanda, Burundi) que recentemente aboliram as taxas de utente nos Cuidados Primários de Saúde (CSP). A monitorização e avaliação destas experiências tem demonstrado resultados variáveis, mas o sucesso amplamente divulgado do caso do Uganda representou motivação adicional para os líderes de Saúde em Moçambique.

A preocupação do MS e do Governo moçambicano encontrou eco em diversas figuras académicas e diplomáticas internacionais, que nos últimos anos visitaram Moçambique e discutiram com as autoridades locais as implicações das experiências dos países

vizinhos para as estratégias moçambicanas de redução de Pobreza e de prosseguimento das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM's). O assunto foi discutido com os maiores doadores do sector, e com os Ministérios do Plano e Finanças. O DFID (Cooperação Britânica ao Desenvolvimento) e a OMS disponibilizaram-se a fazer materializar uma consultoria para estudar a viabilidade duma medida semelhante em Moçambique. <sup>a</sup>

Para o DFID, o apoio a governos de Países Menos Desenvolvidos (PMD's) que queiram abolir as taxas de utente nos CSP constitui uma decisão política dos executivos trabalhistas, baseada na importância do consumo de cuidados de saúde eficazes como factor de desenvolvimento e redução da pobreza ( <sup>3</sup> ). A decisão política parece estar também ligada à pressão de muitas ONG's (de base britânica) com grande projecção internacional (pex. o Save the Children Fund) que têm feito eco do atraso na consecução das MDM's ( <sup>4, 5</sup> ). O DFID constituiu também parte do suporte de doadores às consequências financeiras do aumento de consumo de cuidados que se seguiu à abolição das taxas em alguns dos países vizinhos (Uganda, Quênia, Zâmbia).

Para a OMS, apoiar o acesso aos CSP constitui um corolário das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde, e tem-se materializado no interesse com que tem seguido as experiências vizinhas já mencionadas. Pode também conjecturar-se que a conjugação de preocupações de diversas organizações internacionais e globais em Saúde está ligada ao atraso na materialização das Metas de Desenvolvimento do Milénio, no horizonte de 2015 ( <sup>6, 7</sup> ).

## **TERMOS DE REFERÊNCIA. RESULTADOS ESPERADOS.**

Os TdR referem como “objectivo geral” que “...*Para avaliar o provável impacto (tanto positivo como negativo) da abolição das taxas de utente em relação aos serviços básicos de saúde em Moçambique, e para identificar as políticas complementares chave, seriam necessárias mudanças programáticas e de gestão para garantir que a abolição das taxas de utente seja bem sucedida.*”.

Os TdR solicitam um relatório que aborde os seguintes pontos:

- *Avaliação dos actuais acordos sobre as taxas de utente e qualquer outra inter-relação entre as taxas de utente e a corrupção a nível local no sector da saúde*
- *Uma síntese sobre o provável impacto esperado da abolição das taxas de utente nos serviços básicos de saúde em Moçambique na carga de trabalho dos funcionários da saúde e nos custos recorrentes no Sector da Saúde,*
- *Uma síntese sobre os pontos de vista da população (utentes frequentes e não-utentes) que vivem dentro de um raio de 8 km da unidade sanitária em relação as condições de acesso aos cuidados de saúde*
- *Uma síntese sobre os pontos de vista de outros intervenientes em relação as taxas de utente nos sector da saúde*

---

<sup>a</sup> Informação gentilmente concedida pelo Conselheiro de SEXa. o Ministro da Saúde, Prof. Hélder Martins.

- *Constatações chave e recomendações em relação a medidas complementares necessárias (política, mudanças programáticas ou de gestão)*

A consultoria deveria, assim, estudar tanto a importância relativa das taxas (de utente) em meio ao conjunto de barreiras de acesso, como as consequências esperadas da sua remoção e os modos de as gerir de forma socialmente eficiente.

## **ESTRUTURA DO RELATÓRIO**

Depois da “Introdução”, o Capítulo II do relatório traça um quadro de cenário: discutem-se as questões conceituais que dirigiram a construção da colheita de informação para esta consultoria, a experiência dos países vizinhos e o contexto moçambicano.

O Capítulo III trata da exposição da metodologia e fontes de informação utilizadas. O Capítulo IV relata a resposta às “questões – chave” colocadas pelos TdR, com destaque para: os resultados do inquérito a utentes e não – utentes (e entrevistas a outros actores) em oito (8) Distritos de duas (2) Províncias; as estimativas do esperado aumento do consumo de cuidados de saúde (nível primário) e suas consequências sobre recursos, em particular recursos humanos, medicamentos e cobertura financeira.

O Capítulo V trata das recomendações sobre “estratégia de implementação”, que constituem parte crítica dos resultados esperados: na execução de uma política social, com financiamento público, o contexto e os actores são tão importantes como o “conteúdo”. São listadas as “acções – chave” e feitas sugestões sobre a monitorização (de progresso) e avaliação (de impacto).

## CAPÍTULO II - CONCEITOS - CHAVE E CENÁRIO REGIONAL

Dada a mediatização que tiveram as recentes experiências de abolição de taxas de utentes nos CSP nos países vizinhos de Moçambique, importa contextualizar o caso moçambicano. Por outro lado, algumas das mesmas experiências tiveram um claro contexto de motivação política, que torna também necessária uma discussão mais técnica do papel relativo das taxas no meio de um conjunto de barreiras de acesso conhecidas.

### CONCEITOS - CHAVE

#### Determinantes da utilização de Cuidados de Saúde: Taxas monetárias e outras barreiras

A utilização de cuidados de saúde é o resultado de decisões que indivíduos / famílias tomam, em relação a: a) problemas identificados, que podem - ou não - ser considerados como; b) necessitando de atenção técnica - institucional, e; c) essa atenção ser procurada / consumida - ou não. Muitos factores intervêm nessa “cascata” de decisões que termina com a “utilização” dos cuidados (se disponíveis): tipo de problema (gravidade), grau de educação, representações culturais e facilidade de relação com os técnicos prestadores, tipo de rede de serviços (mais ou menos próxima, acesso geral ou limitado, etc.) e custos associados. Estes factores implicam graus diferenciados de obstáculos conforme o estrato / classe social a que pertence o cidadão. Também a idade de modo mais ou menos intenso em relação a cuidados curativos ou preventivos (o tipo de “utilidade” percebida pelo utente potencial). Em resumo, deve considerar-se que o consumo de cuidados de saúde representa sempre uma decisão económica para indivíduos / famílias: a quantidade de recursos que estão dispostos a investir (dinheiro, tempo) para obter uma utilidade (definida pela experiência e conhecimento anterior), em competição com outras necessidades.

Na África Sub-Sahariana, em particular, alguns destes factores podem ter papel determinante, por exemplo: i) as sociedades agrárias de subsistência podem ter pouca disponibilidade monetária (mesmo quando os pagamentos solicitados são de pequena monta); ii) o tempo gasto até obter os cuidados necessários tem valorização financeira diferente em zona urbana e rural; iii) indivíduos de estratos mais afluentes e educados sabem melhor como obter os cuidados necessários para cada momento e comunicam melhor com o pessoal técnico; iv) a qualidade /utilidade percebida (haver ou não medicamentos, ou meios para uma cirurgia de urgência) pode determinar a disponibilidade de pagar importâncias monetárias que levam famílias à falência económica<sup>(8)</sup>. Esta variedade de interacção de factores faz com que alguns autores considerem que a simples eliminação de barreiras financeiras (custo directo de utilização) não constitui por si uma garantia de que os cuidados tornados disponíveis sejam prioritariamente / eficazmente usados pelos que mais necessitam deles<sup>(9)</sup>.<sup>b</sup> (<sup>10</sup>)

<sup>b</sup> Não cabe no âmbito deste relatório discutir um outro problema frequentemente citado: a disponibilidade de pagar cuidados por praticantes de medicina tradicional, frequentemente mais elevados que os preços dos CSP públicos. Deve apenas lembrar-se que se trata de dois problemas com várias características diferentes, tanto na identificação da “disfunção / doença” (causalidade), como no comportamento do praticante (modalidades de pagamento) e na mobilização de finanças da “família alargada” (também afectada na sua imagem social, pelo problema). Ver Muela et al, 2000

## **Taxas de Utilização: “a Favor” e “Contra”. Campos opostos, ou mudança de paradigma?**

No final da década de '80, o Banco Mundial (BMD) liderou uma corrente de opinião a favor da instituição de taxas de utilização de cuidados primários (incluindo em muitos PMD's aonde os cuidados eram gratuitos). Os objectivos da recomendação do BMD eram: i) as receitas ajudariam Sistemas de Saúde em antiga e contínua situação de sub-financiamento, principalmente se fosse autorizada a sua utilização local para melhorias de qualidade; ii) mesmo os pobres estariam dispostos a pagar por serviços de qualidade (utilidade privada); iii) seriam definidas categorias de isenção para grupos desfavorecidos e problemas prioritários de saúde pública (externalidades); iv) o hábito de pagar taxas (ao acto) seria uma primeira fase a caminho de sistemas de pré – pagamento (seguro saúde). ( <sup>11</sup>, <sup>12</sup> )

Com a viragem do Milénio começa, no entanto, a juntar-se evidência de que o uso das taxas não estaria a alcançar os objectivos iniciais: i) as receitas eram maioritariamente consumidas em despesas com pessoal (e não com insumos para qualidade) ( <sup>c</sup> ); ii) os pobres estavam a ser penalizados no acesso aos serviços básicos; iii) as isenções não estavam a funcionar a favor dos mais pobres; iv) a montagem de sistemas de seguro saúde exigia muito mais pré-condições do que os PMD's podiam dispor. ( <sup>13</sup> )

O desenvolvimento simultâneo dos conceitos da ligação sinérgica entre Saúde e Desenvolvimento (incluindo a importância do acesso, pelos mais pobres, a cuidados básicos) acabou por resolver a mudança de êxito a favor do novo paradigma, e abriu caminho às experiências de vários PMD's africanos. No entanto, diversos técnicos conceituados do Banco Mundial continuam a insistir que: i) as taxas são um elemento indispensável do financiamento dos SSd. nos PMD's ( <sup>14</sup> ); ii) a disponibilização de serviços gratuitos não é a melhor resposta aos problemas dos mais pobres. ( <sup>15</sup> )

Uma análise recente da experiência do Uganda permite reflectir que ( <sup>16</sup> ):

- Em situações em que o consumo de cuidados é muito baixo (por várias razões incluindo extrema pobreza da população e dos técnicos), a remoção das taxas aumenta o consumo de modo maior nos mais pobres, podendo contribuir mais para a sua melhoria de saúde, e de modo economicamente eficiente
- A partir de determinado ponto de satisfação dessas necessidades dos mais pobres, a qualidade passa a ser mais procurada por todos (por exemplo a disponibilidade de medicamentos, a atitude do pessoal e sua comunicação com os mais pobres) e o consumo diferencial pode já não ser tão favorável aos mais pobres: os mais afluentes podem encontrar modos de se aproveitar desproporcionadamente dos nichos de serviço público. ( <sup>17</sup> )

## **Prestação de cuidados de saúde subsidiados em Países Menos Desenvolvidos e políticas de equidade e luta contra a pobreza**

---

<sup>c</sup> Nalguns casos, como o moçambicano, a própria cobrança das taxas era antieconómica, pois consumia mais recursos do que as importâncias cobradas.

Há uma rica evolução histórica de conceitos sobre este tema que se manifesta também por uma profusão de literatura correlata. Por um lado, assistiu-se entre as décadas de '80 e o início do novo Milénio, a uma mudança radical de posições quanto à importância social e política das taxas de utilização: desde serem consideradas indispensáveis à solvência financeira dos Sistemas de Saúde públicos (sub-financiados, socialmente ineficientes) <sup>(18)</sup> para ser aconselhada a sua abolição por constituírem um obstáculo à erradicação da pobreza <sup>(19)</sup>. Pelo meio, ficam diversas considerações sobre o exacerbar de desigualdade causada pelo impacto diferencial nos orçamentos domésticos das famílias mais ou menos pobres.

Por outro lado, o debate inclui as mudanças de óptica em relação ao próprio processo de “desenvolvimento”: a obsessão com o “capital humano” (do desenvolvimento industrial dos anos 60) foi substituída pelos “pacotes básicos” de provisão pública (anos 70), e estes criticados pela teoria do “desenvolvimento humano” por criarem demasiada dependência dos indivíduos em relação ao “estado” <sup>(20)</sup>. Simultaneamente, passou a ser sublinhada a importância da saúde para o desenvolvimento, incluindo não apenas a redução de absentismo e/ou perda de vida – deficiência, como o papel cimentador de “capital social” de serviços de saúde fiáveis <sup>(21)</sup>.

Assim, começam a surgir sugestões do impacto que a remoção das taxas poderá ter no estado de saúde da população, por exemplo na redução da mortalidade nos 0 – 4 anos.<sup>(22)</sup>

### **Abolir o quê? Taxas de Utente e Custo de Medicamentos?**

Um aspecto prático da discussão (também durante na missão em Moçambique) é o de abolir-se apenas parte ou o total dos “custos directos” em cada contacto com os prestadores. Na maioria das experiências dos países vizinhos, aboliram-se tanto as taxas de utente (de consulta) como as de medicamentos <sup>(23)</sup>.

Ambas as taxas são barreiras financeiras, que os potenciais utentes podem estar dispostos a pagar se a utilidade procurada for disponibilizada: a disponibilidade de medicamentos constitui um dos elementos fundamentais da utilidade percebida pelos utentes <sup>(24)</sup>. Nos CSP em Moçambique, a taxa de consulta tem sido tradicionalmente mais barata que o custo dos medicamentos, mesmo depois que, em 2006, o Ministério da Saúde instruiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para que se cobrasse uma taxa fixa para os Medicamentos: actualmente, a taxa de consulta é de 0,50 – 1,00 Mt, e a taxa fixa de medicamentos é de 5,00 Mts (2,5 Mts em algumas zonas rurais de algumas províncias). <sup>d</sup> Durante as visitas aos Distritos aonde se realizaram os inquéritos para esta consultoria, uma das informações importantes foi a de que a “incerteza” no preço a pagar constitui um factor de ponderação na procura de cuidados: a anterior prática de fazer pagar os medicamentos conforme a composição da prescrição constituiu sem dúvida o elemento de informação mais importante para esta memória de incerteza nos contactos anteriores dos cidadãos com as unidades primárias de saúde (adicionando-se, aos casos em que se cobraram taxas ilegais).

<sup>d</sup> Á altura da realização da consultoria, Jun – Jul de 2007, a taxa de câmbio do metical era de 27,00 Mts para 1 Dólar EUA.

A valorização de cada uma destas taxas, pelos utentes, também pode ser diferente: enquanto que a taxa de consulta se refere a um “serviço” (que é “consumido” no acto, e muitas vezes pouco valorizado – vejam-se os resultados do inquérito adiante), os medicamentos constituem o “bem” (nem sempre disponível) que o utente leva consigo após a consulta, e do qual espera efeito.

Alguns responsáveis do sector Saúde entrevistados consideraram que a disponibilização gratuita de medicamentos poderia levar ao seu desperdício (ou, ainda, encaminhamento para o mercado ilegal). No entanto, deve contrapor-se a esta interpretação o facto real que é a percentagem muito alta de desvio de medicamentos que é actualmente feita por pessoal do sector (nos armazéns de medicamentos e nas unidades sanitárias).

Para o provedor público, as consequências de remover – também – a taxa de medicamentos (nos CSP) são principalmente duas: a) a receita “perdida” – por não cobrança das taxas aos utentes – é maior do que se se removesse apenas a taxa de consulta (ver as estimativas no Capítulo IV); b) a redução da obrigação de mostrar coerência entre quantidades de medicamentos gastos, número de consultas e receita cobrada pode tornar ainda mais permissiva a actual gestão dos armazéns de medicamentos (os relatórios das auditorias da Central de Medicamentos e Artigos Médicos mostram níveis alarmantes de incoerência de registos, sendo esta permissividade considerada um dos factores mais facilitadores da contínua discrepância entre as quantidades de medicamentos – consideradas mais do que suficientes – e as situações repetidas de rotura de stocks e indisponibilidade no momento da prescrição).  
(<sup>25</sup>, <sup>26</sup>)

### **Comportamento dos RH: cobranças ilícitas (e outras actividades ilegais) e qualidade de atendimento**

Conforme os TdR claramente indicam: i) a prática de cobranças ilegais é considerada um elemento nefasto na relação entre a população e o serviço público de saúde; ii) espera-se que a remoção das taxas legais, conjuntamente com ampla e clara informação à população sobre os seus direitos, reduzirá o espaço para a continuação dessas práticas.

Da experiência das políticas de remoção de taxas nos países vizinhos de Moçambique, devem-se reter, à partida, alguns elementos de reflexão: i) no Uganda, os salários dos técnicos (médios e superiores) foram substancialmente aumentados (chegando aos 60% nos médicos), no intento de reduzir a “necessidade” de suprir de forma ilegal as carências financeiras individuais; ii) mesmo assim, as cobranças ilegais não terminaram (particularmente pelo pessoal menos qualificado) (<sup>27</sup>); iii) na África do Sul, a reflexão é outra: a implementação da política tem de ser feita com a participação desse pessoal anteriormente penalizado pela opinião pública (<sup>28</sup>).

Na relação entre utentes (potenciais ou de momento) e pessoal técnico das unidades prestadoras colocam-se tradicionalmente alguns problemas, que convém recordar, para situar as oportunidades e limites das questões colocadas pelos TdR:

A relação é desigual (por assimetria de informação, pelo carácter súbito da necessidade de consumo) no mercado imperfeito e coloca o utente em situação de dependência (relação de agência) em relação ao técnico prestador. No sector público, essa

dependência pode acentuar-se porque os utentes não têm alternativas, e porque os técnicos cedem ao comportamento paternalista da prestação “por favor” do pacote público subsidiado;

Ainda no sector público prestador (de saúde), há que lembrar que: i) a eficácia da rede prestadora depende muito mais dos técnicos do que do equipamento / insumos existentes; ii) as limitações orçamentais e de incentivos aos técnicos levam a uma oferta inferior à procura (e a conseqüente espera); iii) os utentes pobres, quando contactam as unidades públicas, procuram não apenas a “utilidade” imediata (restauração de nível de funcionalidade) como também afirmar a sua cidadania (os direitos) – podem não ser capazes de determinar a qualidade técnica dos cuidados, mas identificam sinais “de respeito - confiança” (ou falta destes) no trato dos prestadores, como sejam as cobranças ilegais; iv) na repetição de características anormais em sucessivos contactos, estabelece-se uma cumplicidade entre prestadores e utentes, sendo que os utentes procuram “obter mais atenção” por meio de pagamento extra. <sup>e</sup> ( <sup>29</sup> )

Por outro lado, e porque um aspecto prático de implementação de política poderá ser o da melhoria dos salários é útil lembrar que a performance (produtividade e resposta aos utentes) do pessoal técnico de saúde resulta de diversos tipos de incentivos, para além dos financeiros: i) configurações do sistema de saúde (regulação, coerência entre treino e tarefas, políticas salariais); ii) os locais de trabalho (insumos e ambiente, chefias, formação contínua); iii) as condições de vida pessoais (isolamento, género, etc.).

Por último, é indispensável tratar brevemente das “estratégias de sobrevivência” (*coping strategies*) do pessoal das unidades sanitárias (US) que incluem as actividades económicas informais – ilegais, estas frequentemente designadas por corrupção. A estratégia de sobrevivência menos ilegal tem sido a resistência à aplicação de isenções, dado que se estabelece um pacto entre os prestadores e a gestão da US, em que ambos beneficiam de quanto maior o volume cobrado. Quanto às actividades ilegais, cobrem um conjunto de actividades que vão do desvio (roubo) de medicamentos, de cobranças legais e ilegais, aos comportamentos menos dramáticos de absentismo e baixa pontualidade (o tempo não produzido na US é utilizado em benefício – por vezes financeiro – próprio, ou simplesmente provoca a “espera” que incentiva o pagamento extra). ( <sup>30</sup>, <sup>31</sup>, <sup>32</sup> ) Nos contextos mais difíceis do Sistemas de Saúde públicos do PMD’s, pode considerar-se que é mais eficiente investir mais financiamento (incluindo da Ajuda Externa) na melhoria dos salários do pessoal, do que na aquisição de mais medicamentos (que serão desviados em quantidades proporcionalmente maiores, enquanto os salários não forem melhorados).

## **Descentralização e utilização de receitas consignadas**

<sup>e</sup> No Uganda, após a longa guerra civil, esta cumplicidade instalada serviu, de certa forma, para garantir não apenas a presença do pessoal nas US, como também os técnicos mostravam maior performance em US aonde a prática das cobranças ilegais era mais frequente. Ver McPake, B. et al., 1999

Outra das componentes dos TdR é a consideração da eventual substituição das receitas localmente cobradas e utilizadas (receitas consignadas). Em Moçambique, as taxas de consulta são destinadas a utilização local (após circuito de entrega nas Repartições locais de Finanças e pedido de devolução, acompanhado de regras próprias de prestação de contas) enquanto que as taxas cobradas da venda de medicamentos são canalizadas para um fundo específico gerido pela CMAM.

No caso do Uganda, a remoção das taxas reduziu a intensidade de trabalho dos Comitês de Gestão das US (representantes comunitários e funcionários), o que foi interpretado por uma reacção à redução do seu prestígio local e acesso privilegiado aos fundos em questão.

Em Moçambique, a remoção das Taxas de Matrícula no Ensino Básico foi acompanhada de um sistema de transferências directas para as Direcções Distritais de Educação (um valor *per capita*, por escola). O leque de possibilidades de utilização dos fundos é relativamente pequeno e o sistema luta com alguns atrasos nas transferências. No entanto, também se tem insistido na mobilização dos comités de escola, para discutir localmente o destino de cada transferência.

A utilização de receitas consignadas, como parte de um programa de descentralização, pretende normalmente reflectir a possibilidade de resposta a problemas e particularidades locais. Exige, no entanto, capacidade de gestão local, caso contrário são fornecidos argumentos aos gestores centrais para travar o processo de descentralização (o argumento frequente da elevada percentagem de orçamento não executado). Por outro lado, a gestão local de receitas, para permitir a satisfação dos dirigentes através da discricção na decisão exacerba os riscos de arbitrariedade, descontrolo e corrupção.

Em Moçambique, os Directores Distritais entrevistados foram unânimes em considerar que as receitas consignadas têm servido para despesas não permitidas através do Orçamento Geral do Estado - OGE (por exemplo, pagamento de guardas), ou para emergências (combustível) que se manifestam principalmente como resultado dos atrasos nas transferências do OGE (facto que tem melhorado desde fim de 2006, com o novo SISTAF). Foram constatados também frequentes casos de não entrega (ou entrega atrasada) do total das receitas cobradas, para responder às citadas necessidades locais. Por outro lado, as visitas manifestaram a deficiente preparação dos gestores financeiros locais, confirmando as reticências dos gestores centrais quanto à descentralização da gestão financeira.

### **Financiamento para o aumento de utilização e experiência dos países vizinhos: dependência da Ajuda Externa e financiamento doméstico.**

Este é um aspecto prático que já foi encarado nas experiências dos países vizinhos: o aumento da procura de cuidados de saúde tem o seu custo, e a ajuda externa jogou um papel determinante na resposta de curto prazo. No Uganda, foi mesmo aproveitado o momento para colocar uma percentagem muito maior do financiamento externo em fundos comuns<sup>(33)</sup>. Na Zâmbia, a política foi decidida após se ter negociado com o Banco Mundial e o FMI o perdão de parte substancial da dívida externa (Oxfam – Zâmbia, Abril de 2006).

Se, por um lado, esta disponibilidade da Ajuda Oficial ao Desenvolvimento reflecte a preocupação com os atrasos no cumprimento das MDM's, por outro lado não pode esquecer-se que a médio – longo prazo volta a colocar-se a questão da sustentabilidade doméstica desta despesa (ou, em alternativa pouco gratificante, voltar a informar a população que é necessário voltar a pagar taxas...). Segundo Gilson, L. ( <sup>34</sup> ) o que está profundamente errado com as taxas de utente não é o pagamento, mas sim o momento: o direito à saúde tem um custo, mas as sociedades hoje desenvolvidas criaram sistemas de pré-pagamento. Os mais pobres são mais vulneráveis aos efeitos catastróficos das despesas (inesperadas) com doença, pelo peso proporcionalmente maior nos seus orçamentos domésticos e pela “inelasticidade” com que reagem a esse custo – a alternativa é frequentemente, a morte ( <sup>35, 36</sup> ). Ou seja, as sociedades menos desenvolvidas também têm de procurar diversos meios (domésticos) de instituir o pré-pagamento para a maioria dos seus cidadãos: através dos impostos ou de formas apropriadas de seguros saúde que garantam a justiça social (distribuição de risco e subsídio cruzado) na colecta do financiamento.

## **A EXPERIÊNCIA DOS PAÍSES VIZINHOS (ÁFRICA ORIENTAL – AUSTRAL)**

As sucessivas experiências de remoção de taxas de utente nos CSP na África Oriental e Austral, desde o final da década de '90, coincidem com (ou ajudam a determinar?) uma viragem na opinião mundial dominante sobre o tema. Vale a pena, por esse motivo, referir algumas das características mais marcantes de alguns exemplos.

A África do Sul deu o mote, em 1996-98 ao abolir as taxas. O processo foi criticado pelos técnicos do sector, por causa da falta de consulta prévia (o aumento do trabalho decorrente, a falta de preparação). Também curioso foi a estagnação na procura de cuidados preventivos, contra um aumento da procura de cuidados curativos (necessidade não satisfeita): já se notavam consequências da epidemia de HIV sobre a fertilidade, ou apenas os técnicos não puderam (quiseram) disponibilizar mais tempo (já consumido por mais consultas curativas...)? ( <sup>37, 38</sup> )

O caso do Quênia tornou-se famoso pelas suas hesitações: as taxas foram reduzidas (já havia um antecedente de tentativa política de introduzir taxas – uma década antes – rejeitada pela população), ( <sup>39</sup> ) mas a informação foi deficiente, bem como a preparação da logística de medicamentos. Ao fim de oito meses de implementação, os stocks de medicamentos esgotaram-se e o consumo de consultas caiu para os níveis anteriores à política. ( <sup>40, 41</sup> )

O Uganda tomou a medida em Janeiro de 2001, na fase final da disputa eleitoral para a Presidência da República. O país vivia ainda os escombros da guerra anterior, com baixos consumos de saúde e elevada frequência de cobranças ilegais (além dos custos legais). A remoção das taxas provocou um aumento de procura dos CSP da ordem dos 300% (de 0,4 para 1,6 consultas / capita / ano) incluindo discretos aumentos nos cuidados preventivos, grátis antes da medida. A preparação da implementação da medida foi muito mais cuidada (apesar de apressada), obteve recursos adicionais substanciais (da ajuda externa): o salário do pessoal técnico foi substancialmente

aumentado, bem como os fundos para medicamentos (incluindo compras de emergência) e o orçamento em geral do sector (também por aumento da proporção da ajuda externa que passou “de projectos” para “fundos comuns”). O caso ugandês foi cuidadosa e amplamente estudado, tendo a sua avaliação demonstrado que os estratos mais pobres da população tinham beneficiado também mais desta medida: maior aumento de consumo de serviços, maior diminuição no peso ao orçamento doméstico, maior redução do trabalho perdido por doença, maior redução na morbilidade (probabilidade de adoecer). ( <sup>42</sup>, <sup>43</sup> ) No entanto, houve relatos de rotura de stocks de medicamentos no prazo dos 7-8 meses depois da medida ( <sup>44</sup> ).

O Rwanda e o Burundi levaram a cabo políticas limitadas aos cuidados para Mulher e Criança, com resultados semelhantes no crescimento do consumo (UNICEF, Burundi, Maio de 2006). A Zâmbia instituiu a medida em Abril de 2006, com considerável aumento da procura de cuidados, mas ensombrado (mais uma vez) pela rotura de stocks de medicamentos (também uns 7-8 meses depois do anúncio da medida, como no Quénia e Uganda). ( <sup>45</sup> )

## **O CONTEXTO MOÇAMBICANO**

### **Economia e Pobreza**

Moçambique tem continuado a registar índices de crescimento económico anual na ordem dos 7-8%, que permitem consolidar a base fiscal para serviços com utilidade pública. A frequência da pobreza reduziu de 69% para 54%, entre 1997 e 2003, bem como a “profundidade da pobreza” (% de consumo deficitário) que se reduziu de 29,3% para 20,5%, no mesmo período. O documento oficial do Programa de Redução da Pobreza Absoluta (PARPA – II) prevê a redução da frequência da pobreza para 45%, em 2009. A redução no período anterior distribuiu-se de modo desigual pelas províncias, e considera-se que uma parte considerável da causa da redução tem a ver com a maior disponibilidade de serviços e acesso a infra-estruturas. ( <sup>46</sup> ) A mortalidade nos primeiros 5 anos de vida também se reduziu, embora continue em valores muito elevados (respectivamente, 153/1000 e 101/1000, para a Mortalidade nos 0-4 anos e no 1.º ano). A componente “saúde” tem tido um papel destacado, tanto no 1.º como no 2.º PARPA’s, sendo de notar, no PARPA – II, que a Saúde é englobada no conjunto de intervenções para melhorar o “capital humano”, particularmente nas zonas rurais (menos de 50% da população tinha acesso a cuidados básicos, em 2003) ( <sup>47</sup> ): melhorar o acesso a pacote básico de cuidados de saúde e a qualidade das infra-estruturas periféricas estão no topo das prioridades sectoriais (incluindo os incentivos à colocação de recursos humanos nas zonas mais desfavorecidas). O PARPA-II assinala ainda a vulnerabilidade acrescida das regiões e das diferenças entre estratos (o que permite “dirigir” os esforços).

### **O Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o seu financiamento**

O Serviço Nacional de Saúde constitui a rede mais importante de prestação de cuidados básicos (e também hospitalares de referência) absorvendo a maioria do orçamento público e recursos humanos. No entanto, nas últimas duas décadas houve um paulatino aparecimento de ONG’s (nacionais, 11, e internacionais, 64) envolvidas na prestação de

cuidados de saúde, movimento originado quer pela re-legalização da medicina privada (início dos anos '90) quer pela necessidade de prestar cuidados aos doentes infectados pelo HIV. A maioria destas ONG's não assinou ainda o Código de Conduta proposto pelo MISAU e apenas uma minoria assinou um contrato com o MISAU (<sup>48</sup>). O número de ONG's que se responsabiliza pela prestação de cuidados básicos integrados é pequeno e localiza-se em duas ou três províncias. A maioria das ONG's com actividade prestadora está envolvida na distribuição da Terapia Anti-Retroviral (HIV) actuando, na prática, como uma extensão do SNS para os objectivos do Programa Nacional de Controlo do HIV-SIDA. Um também pequeno número de ONG's está envolvido na reactivação dos Agentes de Saúde de Aldeia.

A cobrança de taxas aos utentes do SNS é feita a todos os níveis, tanto em ambulatório como em internamento. Globalmente, as taxas cobradas (consultas e medicamentos) têm constituído entre 2-3 % dos gastos totais anuais do SNS. Há também indicações de que a cobrança consome mais recursos do que o que é cobrado (<sup>49</sup>). As definições legais sobre taxas (tipos de serviços, preços e isenções) tiveram diversas modificações e evoluções (mas poucas actualizações perante o valor da moeda e as taxas de inflação), desde 1976, e com muitos casos de variações provinciais. Revisões recentes sobre o financiamento do SNS consideraram que o quadro jurídico das taxas no SNS é muito complexo, e as visitas desta missão aos Distritos confirmou essa variação e complexidade (<sup>50</sup>): o pessoal encarregue de decidir sobre a aplicação ou isenção das taxas desconhece certas isenções, ou são utilizados mecanismos variados para confirmar a elegibilidade para determinadas isenções.

O financiamento para o SNS tem melhorado, nos últimos anos, mas é ainda muito dependente da Ajuda Externa (AE). Os gastos com Saúde representavam, em 2007, 13% do total de gastos públicos, crescendo a um ritmo de 3-4% ao ano, representando entre 2,8 – 3,4% do PIB, 1999-2000 (se se considerarem também os gastos privados, a percentagem do PIB foi de 5-5,9%, entre 1997-2001), e 7,50 Dólares EUA de Despesa Pública / capita, em saúde. (<sup>51, 52, 53</sup>) A percentagem do orçamento do sector dependente de financiamento interno era estimada em 40.6%, em 2007. Esta dependência da AE é muito mais pronunciada na área dos medicamentos (tradicionalmente a AE financia mais de 80% dos medicamentos consumidos pelo SNS moçambicano).<sup>f</sup>

A própria estrutura do orçamento sectorial merece atenção: é estimado que o investimento consuma, em 2007, 61% do gasto total do sector (o que denota a carência de infra-estruturas, mas acarreta riscos de sustentabilidade), sendo que o investimento também é maioritariamente financiado pela AE. Mas também se deve notar que mais de 50% desse investimento (em 2007) é dirigido a US rurais. Por outro lado, alguns autores estimam que a percentagem do Orçamento Corrente do sector que é destinada a “despesas com o pessoal” é muito reduzida, mesmo para padrões regionais (raramente ultrapassou os 41%, nos últimos anos) (<sup>54</sup>), embora os OE – Saúde de 2006-07 incluam um custo progressivo com cada elemento adicional contratado, reflectindo provavelmente a insistência na colocação de mais profissionais de nível superior e médio. Os maiores doadores manifestaram a sua preocupação com o crescimento da

<sup>f</sup> A análise numérica do peso da AE, ao longo dos últimos anos, é matéria que se mantém fora do âmbito deste relatório, pela complexidade decorrente da utilização de diferentes modos de exprimir a progressiva integração de fundos externos no Orçamento do Estado.

percentagem do orçamento corrente destinada aos três hospitais centrais, entre 2005-2007 (de 15% para 28%) ( <sup>55</sup>).

### **Barreiras aos utentes. A corrupção no sector Saúde**

Um dos objectivos deste estudo era o de avaliar o peso da barreira financeira para os utentes. Dada a limitação de tempo disponível, e a amostra reduzida que seria possível inquirir, foram procurados dados de outros inquéritos para comparação. Os Inquéritos aos Agregados Familiares, 1997 e 2003 constituíram uma dessas fontes. ( <sup>56, 57</sup> ) Assim, as dificuldades financeiras constituíram barreira para, respectivamente, 35% e 18% dos inquiridos (1997 e 2003), mas atingiram os 52% dos inquiridos rurais no estudo realizado em 2003 para a publicação “O nível primário do Sector da Saúde em Moçambique” ( <sup>58</sup> ). Quanto à distância, 38% dos inquiridos em 1997 considerou a US “longe”, em 2003, só 21% dos inquiridos rurais demoravam menos de 30 minutos a chegarem ao CS, sendo o tempo médio de deslocação dos inquiridos rurais de quase 1 hora (54 min.).

Por outro lado, as cobranças ilegais e a corrupção entre os trabalhadores de saúde têm constituído motivos de preocupação para entidades oficiais, não governamentais, órgãos de comunicação, público e as próprias associações profissionais. Pelo seu próprio carácter informal, estas actividades raramente são anotadas, sendo difícil estimar uma frequência para os mesmos: em contrapartida, a repetição com que os mesmo relatos se sucedem de diferentes fontes permite estimar que os abusos aconteçam um pouco em todas as US e com alguma frequência ( <sup>59, 60, 61</sup> ). Também parece estar estabelecido um padrão mais abusivo nas Maternidades e consultas de Estomatologia, seguindo a lógica da dependência extrema do utente em ambos os locais.

Outras actividades abusivas de importância têm a ver com os medicamentos e as várias formas de os desviar (ou facilitar o seu desvio) do seu uso previsto: os registos dos armazéns distritais e províncias são precários (19% de saídas não documentadas, nas farmácias de ambulatório) ( <sup>62</sup> ), permitindo uma perda estimada entre 25% – 60% do total de medicamentos ( <sup>63</sup> ). Certos autores citam esta percentagem de perda como muito elevada por qualquer tipo de padrão ( <sup>64</sup> ).

A utilização dos amplos fundos disponibilizados para os Medicamentos, em Moçambique apresenta ainda o problema do uso racional, comum a outros PMD's: diversos estudos têm encontrado percentagens de prescrições com antibiótico na ordem dos 35 – 45%, o número médio de medicamentos por prescrição frequentemente ultrapassa o 1,8 propostos pela OMS ( <sup>65, 66</sup> ).

### **Incentivos à Performance dos Recursos Humanos**

Um estudo recente sobre o sistema de incentivos que tem vindo a ser progressivamente utilizado no sector relata alguns dados relevantes para a estratégia de implementação de uma eventual remoção das taxas de utente: ( <sup>67</sup> )

- Para os técnicos de nível básico e elementar (que ainda constituem a maioria dos prestadores dos CSP) o salário constitui parte muito mais importante (do seu ingresso financeiro total) do que os diversos tipos de subsídios que foram sendo

instalados. Estes incentivos e subsídios têm sido maioritariamente absorvidos pelos técnicos de nível superior e médio;

- O MISAU não tem obtido a resposta pretendida do MINFIN quanto ao aumento do OE para permitir contratar os novos formados dos Institutos de Ciências de Saúde (ICS) – em 2004, apenas foi concedido financiamento para 1039 formados, contra 2200 solicitados. O resultado é o aumento do pessoal contratado “fora do quadro” (de 3 – 14%, entre 1999 – 2006) e a utilização dos Fundos Comuns Provinciais
- Os profissionais entrevistados para esse estudo: i) voltaram a manifestar que a sua performance responde não apenas a incentivos financeiros, mas também de ambiente e chefia de trabalho; ii) indicaram que preferem melhorias nos salários, devendo os incentivos e subsídios ser tratados só depois dos ajustes salariais

## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA E FONTES DE INFORMAÇÃO**

### **Questões – Chave**

As respostas solicitadas pelos TdR requeriam informação sobre:

- i. Estimar a dimensão da necessidade não satisfeita, e os números adicionais de serviços que seria necessário fornecer (em acrescento à tendência temporal crescente dos últimos anos)
- ii. Estimar o peso relativo das taxas no conjunto de barreiras enfrentadas pelos utentes
- iii. A capacidade actual de resposta aos requisitos adicionais de medicamentos e recursos humanos, se as taxas forem removidas e o número de serviços procurados aumentar
- iv. Os requerimentos adicionais em RH, medicamentos e financiamento que serão colocados com o aumento da procura de serviços

Complementarmente, seria necessário obter informação para a estratégia de implementação e mecanismos de monitorização.

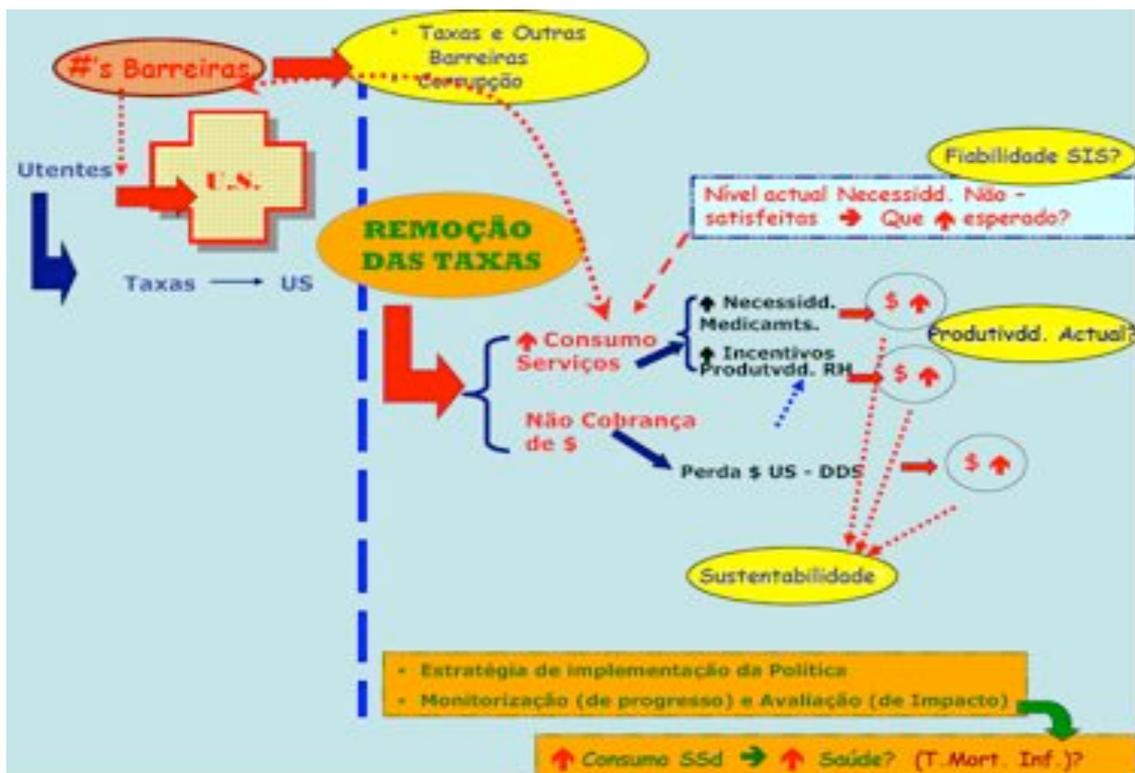
A resposta à primeira questão obrigava a assegurar a confiabilidade nos números de serviços reportados pelo Sistema de Informação de Saúde (SIS): uma diferença de umas poucas décimas no índice de “consultas / capita / ano” poderia significar alguns milhões de consultas adicionais. O SIS apresenta, desde há alguns anos, taxas de cobertura surpreendentemente elevadas (mais de 100%) para diversos tipos de serviços preventivos. Por outro lado, o modo de distribuição de kits de medicamentos essenciais (PME) baseia-se no número de consultas externas reportadas, e pode constituir incentivo ao sobre-relato das mesmas, já que os medicamentos do PME são desviados em percentagem relevante.

Complementarmente, era necessário confirmar os níveis actuais de produtividade dos RH, antes de propor os números adicionais necessários a satisfazer o aumento previsto da procura. O SIS também coloca aqui alguns problemas, já que apenas calcula as “unidades de atendimento”, que incluem os actos de maternidade e internamento, com elevada ponderação. Era, pois, necessário fazer alguma estimativa limitada aos actos de ambulatório (felizmente, o Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde -2003 já tinha feito uma estimativa recente, que serviu de comparação às estimativas obtidas deste estudo).

Quanto á estratégia de implementação, era necessário averiguar os montantes até agora cobrados e requisitados para uso local (receitas consignadas, que poderá ser útil substituir por transferências semelhantes às do MINED), bem como a capacidade local de gestão financeira para o efeito.

O diagrama na **Figura - 1** expressa esse conjunto de questões a abordar.

### **Figura - 1: Questões - Chave**



## FONTES DE INFORMAÇÃO

### 1. Inquérito a Utentes e Não – Utentes

O Inquérito, realizado a Utentes (das US das sedes dos oito Distritos visitados) e “não – utentes” (mercados dos mesmos locais), pretendeu informar sobre:

- A importância relativa das taxas e outras barreiras (distância, outros custos, relações com o pessoal, qualidade percebida)
- O aumento estimado da procura (necessidades não-satisfeitas) que se manifestará se forem removidas as taxas – de consulta e de medicamentos;
- O peso dos pagamentos directos nas US sobre o orçamento doméstico

A inclusão de “não utentes” pretendeu reduzir o viés habitual das respostas de utentes com poucas alternativas de serviços (receosos de represálias se manifestarem abertamente o seu eventual desagrado com as condições de atendimento).

Aproximadamente metade dos “utentes” foi procurada entre aqueles que se tinham dirigido à US para consulta “preventiva”, com o objectivo de saber se a barreira financeira os impedia de uma consulta curativa.

Foram inquiridos aproximadamente 20 utentes e 20 não utentes, em cada um dos oito locais. Os “utentes” (de cuidados curativos) foram inquiridos à saída da farmácia, de modo a obter informação sobre todos os pontos visitados na US. Os das consultas preventivas foram inquiridos à medida que terminavam o atendimento nas consultas de SMI. Os “não – utentes” incluíram uma mescla de “vendedores” e “clientes” nos

mercados. Em ambos os casos, os candidatos a entrevistados foram escolhidos a cada 3.º potencial inquirido.<sup>g</sup> Os inquéritos foram sempre ministrados por elementos estranhos às US em causa e estranhos aos locais (a totalidade dos inquéritos em Nampula foi feita por inquiridores, em Maputo parte dos inquéritos foram feitos pelos restantes elementos da equipe de estudo, além do inquiridor). Os inquiridores foram previamente instruídos no significado de cada pergunta e modo de as traduzir em frases com sentido preciso e compreensível para utentes de baixo nível educacional. Os inquiridores eram perfeitamente conhecedores das línguas locais de cada província, e tinham formação superior ou técnica de saúde.

Os modelos de inquérito foram previamente submetidos á apreciação de informantes - chave no MISAU. A informação colhida (fichas individuais) foi inserida numa base de dados e analisada através do programa SPSS (oficial de estatística contratado para o efeito). Os modelos de entrevista (utentes e não – utentes) encontram-se em anexo.

O MISAU tinha previamente procedido à selecção aleatória de duas províncias (Maputo e Nampula) e quatro distritos em cada uma, pretendendo, na selecção destes representar: um distrito urbano e restantes rurais, distritos com vários níveis de utilização actual (ver Anexo – 5).

Dada a pequena dimensão da amostra foi considerado pertinente a comparação (triangulação) com resultados de outros inquéritos recentes e que utilizaram amostras de maiores dimensões: Inquéritos aos Agregados Familiares de 1997 e 2003, Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde (2003).

## **2. Visita às Unidades Sanitárias e Direcções Distritais de Saúde (DDS)**

Em cada um dos oito locais, foi recolhida informação sobre:

- i. circuito de cobrança de taxas (e sua entrega na secretaria – posterior depósito nas Finanças e/ou banco);
- ii. gestão das receitas consignadas;
- iii. entrevista a um grupo de técnicos de saúde envolvidos nas consultas e atendimentos de urgência;
- iv. farmácia: disponibilidade e gestão de stocks de medicamentos (sua relação com números de consultas);
- v. confirmação da coerência entre registos de consultas e estatísticas reportadas ao SIS, bem como estimativas da produtividade dos RH do ambulatório

Foram preparados modelos de recolha destes vários tipos de informação, de forma a reduzir o viés de interpretação das entrevistas ( e reduzir o tempo de trabalho no campo). Os modelos encontram-se em anexo.

### **Circuito de cobrança de taxas**

---

<sup>g</sup> As limitações de tempo, particularmente nas deslocações na Província de Nampula, não permitiram maiores cuidados de selecção das amostras.

Foi entrevistado o trabalhador encarregue da cobrança das taxas (de consulta) e da atribuição das isenções. Foi simultaneamente averiguado o modo (periodicidade e documentos de prova) como eram posteriormente entregues as importâncias cobradas.

### **Gestão das receitas consignadas**

Foi entrevistado o trabalhador da “secretaria” responsável pela gestão financeira (em muitos casos constatou-se estarem os mesmos em processo de substituição, por vezes motivada por suspeitas de má gestão), para averiguar: os montantes cobrados em taxas de consulta e medicamentos, sua utilização e comparação com os valores recebidos / gastos do OGE de anos recentes.

### **Entrevista a técnicos de saúde**

Foi aplicado um modelo de entrevista de grupo semi-estruturada, concentrada em: satisfação com a profissão de saúde, percepção da apreciação da comunidade e de eventuais acusações de corrupção, importância de eventuais incentivos financeiros e de ambiente de trabalho para responder de modo satisfatório à procura aumentada de serviços.

Em cada uma das US foram entrevistados 3-4 técnicos.

### **Farmácia: disponibilidade e gestão de stocks de medicamentos**

Também aplicado modelo de entrevista e tabela de colheita de dados numéricos.

A entrevista abordou: modo de conferência entre número de kits PME consumidos e número de consultas, disponibilidade de meios de transporte e armazenagem de medicamentos, rotura de stocks de medicamentos do PME.

A colheita – tabulação de dados repetiu a procura de coerência entre número de kits PME consumidos e número de consultas, no Distrito e na US da sede distrital, em três anos recentes.

### **Coerência entre registos de consultas e estatísticas reportadas ao SIS**

Foram consultados os livros de registo de consultas e urgências da US de cada sede distrital visitada, para 2006. Uma tabela registou os números de doentes atendidos em 12 dias de 2006 (um dia para cada mês). Para os meses em que os livros não foram encontrados, foi calculada, primeiro, uma média dos meses com informação, e depois aplicada essa média aos primeiros. O número de serviços dos 12 dias foi depois extrapolado para os dias úteis do ano (365, no caso das urgências, 246 para as consultas).

Os dados assim obtidos foram comparados com os mapas estatísticos do SIS de 2006.

### **Estimativas da produtividade dos RH do ambulatório**

Foi feita na base da simples divisão entre o número de consultas realizadas (área preventiva – SMI) e consultas / urgências e os técnicos afectos a cada uma dessas áreas. Nos casos em que o enfermeiro de certos turnos do serviço de urgência repartia o tempo com o internamento, foi afecto 50% do tempo à urgência, ie. considerado 0,5 enfermeiro “equivalente”.

### **3. Entrevistas a Actores e Informantes – Chave**

Os Actores e Informantes – Chave entrevistados dividem-se em dois grupos:

- Informantes locais, sobre: confirmação de informação sobre barreiras; corrupção; conselhos sobre difusão da nova política de remoção das taxas. Este grupo incluiu os Governadores de ambas as Províncias, os Administadores dos oito Distritos, os Directores Provinciais e Distritais de Saúde
- Informantes em Maputo, para assuntos específicos: corrupção (Centro de Integridade Pública); disponibilidade dos Ministérios do Plano e Finanças para as necessidades financeiras resultantes da remoção das taxas; Instituto Nacional de Segurança Social - INSS (seguros saúde); grupo de doadores “de primeiro contacto” e do grupo SWAP; MINED – Direcção Nacional do Ensino Básico, para a experiência da remoção das taxas de matrícula e substituição das receitas locais por transferências directas; Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO); Direcções Nacionais do MISAU (Recursos Humanos, Gestão Financeira, Programas de Prestação de Cuidados, Medicamentos, Inspeção Geral de Saúde)

Representantes das ONG's foram também entrevistados nas duas províncias, com o objectivo de conhecer as suas preocupações frente ao eventual aumento de procura de cuidados e necessidade de rever os acordos de co-financiamento com o MISAU, nas respectivas áreas. Foi visitado o CS de Polana – Caniço, gerido por uma ONG na Cidade de Maputo.

Algumas pessoas e grupos foram de particular relevância para este trabalho. Entre os Doadores, diversos oficiais do DFID (incluindo a Sra. Chefe do Escritório) manifestaram em diversas ocasiões as suas opiniões sobre o assunto, e na OMS o tema foi debatido com grande detalhe com o Sr. Representante e a Dra. Eva Pascoal. No Ministério da Educação, o Sr. Director Nacional – Adjunto para o Ensino Básico, João Assale, proporcionou informação sobre o programa de substituição das receitas das taxas de matrícula. No Ministério da Saúde, além da disponibilidade dos Srs. Directores Nacionais e Secretário Permanente, a consultoria pôde contar com a informação do Conselheiro do Ministro, Prof. Hélder F. B. Martins e de SExa. o Ministro, Dr. Paulo Ivo Garrido.

Em anexo, encontra-se a lista das pessoas entrevistadas.

### **4. Documentação do sector Saúde**

Em diversos locais dos Órgãos Centrais do MISAU foi colhida informação específica sobre:

- Produção de serviços (Direcção de Planificação e Instituto Nacional de Saúde – Sistema de Informação de Saúde) desde 2000 - 2006; População
- Direcção de Administração e Finanças: orçamentos e gastos correntes em anos recentes;
- Direcção de Recursos Humanos: custos dos RH e previsões de orçamentação para responder às necessidades de incentivos
- Central de Medicamentos e Artigos Médicos: custos e distribuição do PME

Nas Direcções Provinciais de Saúde foi também colhida informação semelhante, nos sectores de : Planificação (SIS), Administração e Finanças, Depósito Provincial de Medicamentos. No Depósito Provincial de Medicamentos de Maputo foi ainda possível recolher informação sobre o valor dos medicamentos fornecidos aos Distritos pela “via clássica”.

## **CALENDÁRIO E LOGÍSTICA**

A missão decorreu entre 18.06 e 27.07.2007, tendo as visitas às duas Províncias decorrido entre: Maputo, 27.06 – 04.07; Nampula, 06 – 14.07.2007.

O MISAU designou um economista, o Dr. Gabriel Domingos, como contraparte do consultor e cada Direcção Provincial de Saúde designou também um elemento para acompanhar as visitas aos Distritos (Sra. Maria de Jesus, Directora de Saúde da Cidade da Matola – Maputo; Sr. Salimo António, Chefe da Repartição provincial de Saúde da Comunidade – Nampula).

Ambas as Direcções Provinciais de Saúde foram instrumentais na organização das visitas aos Distritos e na organização dos contactos a nível da capital da Província.

O MISAU e o Escritório do Representante da OMS facilitaram a organização da viagem a Nampula.

Na última semana da missão, os primeiros resultados disponíveis da análise estatística dos inquéritos foram revistos com o Prof. Hélder Martins.

## CAPÍTULO IV - RESPOSTA ÀS QUESTÕES - CHAVE

### RESULTADOS DO INQUÉRITO A UTENTES / NÃO - UTENTES

Apresentam-se em seguida os dados mais relevantes da análise das respostas aos inquéritos (a informação que permite estimar a dimensão da necessidade não satisfeita e que pode indicar o aumento da procura de cuidados se as taxas forem removidas).

#### O Dinheiro como Barreira e a Incerteza sobre o montante a despende

A Tabela – 1 mostra a importância das taxas (de consulta e medicamentos) como barreiras de acesso, bem como o peso dos gastos com saúde no orçamento familiar. É ainda reflectida a incerteza quanto aos montantes a despende.

**Tabela - 1: barreiras monetárias ao acesso**

#### AS TAXAS COMO BARREIRA - UTENTES

	Global	Nampula	Maputo	Rural	Urbano
Se estivesse doente não tinha dinheiro	10%	5%	16%	12%	0%
Não levou Medicamentos - Motivo Não Ter \$	15%	20%	12%	19%	9%
Mês passado não veio CS (Doença / Prevent) porque NÃO \$	33%	33%	11%	33%	#DIV/0!
Não sabe quanto deverá pagar	31%	11%	55%	28%	39%
Saúde 2.º Gasto Doméstico	11%	14%	7%	14%	7%
O \$ "Pagamento CS" é superior ao \$ "Tempo Perdido"	83%	56%	52%	55%	53%

#### AS TAXAS COMO BARREIRA - NÃO UTENTES

	Global	Nampula	Maputo	Rural	Urbano
Não sabe quanto deverá pagar	24%	1%	47%	20%	31%
Saúde 2.º Gasto Doméstico	9%	15%	1%	9%	8%
O \$ "Pagamento CS" é superior ao \$ "Tempo Perdido"	39%	33%	37%	34%	38%

É de salientar:

- A indicação quantificada da necessidade não satisfeita que poderá manifestar-se com a remoção da taxa de consulta (10%) e de medicamentos (mais 15%), ou o limite superior de 30% entre os utentes das consultas preventivas;
- A frequência da “incerteza” quanto aos montantes a despende, provavelmente reflectindo o período anterior à fixação da taxa de medicamentos;
- O peso inesperado dos gastos de saúde no orçamento doméstico (muito superior ao relatado no IAF de 2003 e no Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003)
- A diferença de valorização do dinheiro gasto na consulta entre os não – utentes: os vendedores consideram mais importante o tempo de espera para serem atendidos no CS (actividade económica perdida)

#### Outras barreiras

A Tabela – 2 mostra a importância de outras barreiras:

- ✚ Outros custos

- ✚ Distância
- ✚ Medicamentos (existência)
- ✚ Qualidade percebida
- ✚ Relações com Pessoal

**Tabela - 2: Outras barreiras ao acesso**

**OUTRAS BARREIRAS - UTENTES**

	Global	Nampula	Maputo	Rural	Urbano	
Espera CS > 2 Horas	66%	2,3	2,2	2,5	1,7	Média
<b>Tempo Transporte Casa &gt; 1 Hora</b>	<b>38%</b>	21%	46%	1,1	0,9	
\$ Transporte > 10 MTS	87%	6,25	15,58	17,6	10,0	Média
<b>\$ Directos Totais / Vinda CS &gt; 20 MTS</b>	<b>15%</b>	4%	<b>24%</b>			
<b>Medicamentos, NÃO levou "Alguns / Todos"</b>	<b>25%</b>	12%	21%	13%	26%	
<b>NÃO levou "Alguns / Todos", porque NÃO HAVIA</b>	<b>21%</b>	9%	21%	11%	<b>26%</b>	
Atendimento Defict. - Não indicaç. Toma Medicts.	12%	2%	14%	8%	5%	
Atendimento Defict. - Não Info. Diagnóstico	38%	21%	26%	24%	21%	
<b>Atendimento Defict. - Superficial</b>	<b>27%</b>	31%	22%	28%	21%	
<b>Atendimento Defict. - Sem respeito</b>	<b>15%</b>	13%	18%	18%	8%	
Atendimento Defict. - Pouca Informação	61%	27%	29%	28%	26%	
<b>Atrasou vinda ao CS &gt; 5 DIAS</b>	<b>35%</b>	5%	36%			

**OUTRAS BARREIRAS - NÃO UTENTES**

	Global	Nampula	Maputo	Rural	Urbano
Medicamentos, NÃO levou "Alguns / Todos"	44%	37%	52%	44%	44%
Atendimento Defict. - Superficial	42%	42%	41%	41%	44%
Atendimento Defict. - Sem respeito	36%	38%	35%	33%	46%

É de salientar:

- O tempo dispendido no CS, frequentemente superior a duas horas;
- Os custos directos totais de uma “vinda” ao CS podem ultrapassar os 20,00 Mts (0,74 Dólares EUA) em 24% dos utentes da Província de Maputo
- O surpreendente “mais tempo” de deslocação na Província de Maputo, que pode estar associado à disponibilidade de transportes, e também pode indicar que nas zonas rurais de Nampula (grandes distâncias em Mogovolas e Murrupula) os utentes regulares do CS estão limitados à população que vive num raio relativamente próximo da localidade sede
- Que 25% dos utentes não levaram medicamentos, sendo que em 21% desses casos o motivo foi o “não haver” um ou mais dos medicamentos prescritos (a percentagem maior nos “não utentes” não merece tanta confiança, pois que se refere ao “último episódio” tratado no CS, podendo tratar-se de viés de memória) ( <sup>h</sup> )

<sup>h</sup> Vale a pena mencionar a informação anedótica das reacções dos utentes à taxa fixa para os medicamentos: i) volta ao gabinete de consulta, para pedir ao enfermeiro que insira mais um medicamento na prescrição, para “valer” os 5,00 Mts; ii) mente (por excesso) sobre a duração dos sintomas, para obter um antibiótico...

- As diversas percepções sobre a atitude do pessoal em relação: i) ao episódio de doença; ii) ao utente (também nos inquiridos aos não utentes)
- Que 35% dos utentes atrasou a sua vinda ao CS (pelo motivo que o trouxe no dia do inquirido) em mais de 5 dias

Pode ainda relatar-se que 20% dos utentes e 27% dos não utentes consideravam que “será necessário pagar ao pessoal, para ser melhor atendido, ou mais rapidamente”, mesmo depois de abolidas as taxas (receando maiores filas de espera com maior número de doentes). Esta percentagem é maior na província de Maputo e nas zonas urbanas.

### **Utilização de outros prestadores**

Constatou-se que, apesar das dificuldades de acesso, na maioria dos episódios de doença “do mês anterior” foram procurados os serviços do CS (rácio “N.º episódios / N.º visitas ao CS” próximo de “1”). E que raramente foram utilizados outros prestadores (medicina tradicional, uso único da farmácia próxima, etc.).

### **Comparação com outras fontes**

#### **Autoridades Distritais**

Os Srs. Administradores Distritais entrevistados forneceram informações que confirmam alguns dos dados obtidos do inquirido:

- A importância das distâncias às US, muito marcada em Nampula (Mogovolas e Murrupula), mas também em Marracuene <sup>i</sup>
- Que a disponibilidade regular de medicamentos e mais qualidade no atendimento são considerados factores de utilização mais importantes que as taxas que actualmente se pagam (a população rural começa a sair da pobreza absoluta e dispõe de algum dinheiro)
- É de esperar que as cobranças ilícitas vão continuar (e que as “ofertas” dos utentes já se banalizaram), pelo motivo da espera com maiores filas de doentes

### **Inquiridos anteriores**

A Tabela – 3 resume informação sobre barreiras de acesso colhida de três fontes:

### **Tabela – 3: Informação de outros Inquiridos**

<sup>i</sup> Uma mensagem conexas é relacionada com as “Casas de Espera” para as Grávidas: não basta construí-las, é necessário encontrar forma de co-financiar a alimentação da parturiente e da acompanhante, durante o período de espera.

### Inquérito aos Agregados Familiares - Orçamento Familiar INE, 2002-03

	Geral	Rural	Urbano
Acesso < 30 min	36%	21%	68%
Insatisfação - Espera	52%		
Insatisfação - N Medicamentos	33%		
Insatisfação - Caro	18%		

### I.A.F. - Proc. Cuidds. Saúde, 1997

#### Não procurar Assistência Médica

CS longe	38%
Dinheiro	35%

### O Nível Primário do Sector Saúde em Moçambique, 2004

	Geral	Rural	Urbano
Dificuldade em arranjar Dinheiro	46%	52%	32%
Tempo de Deslocação à US (min.)	48,2	53,8	32,6

É de salientar:

- A dificuldade monetária, em período relativamente recente (2003)
- Que a “espera” constituiu motivo de insatisfação mais frequente que a falta de medicamentos
- As atitudes do pessoal não mereceram destaque (embora o Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003 tenha identificado o tempo curtíssimo que dura uma consulta)
- Que a deslocação é mais difícil nas zonas rurais, contrariamente aos resultados do inquérito deste estudo <sup>j</sup>

**Em resumo, o Inquérito aos Utentes e Não – Utentes permite estimar a necessidades não satisfeita, que poderá manifestar-se com a remoção das Taxas, com aumentos da procura de consultas (no nível Primário) da ordem de:**

- **10%: se só se remover a Taxa de Consulta**
- **25 - 30%: se remover também a Taxa de Medicamentos**

## GESTÃO DAS COBRANÇAS E ISENÇÕES

A recepção dos utentes é geralmente feita por serventes, que recebem o dinheiro das taxas e decidem sobre as isenções.

As decisões sobre isenções são muito variáveis, podendo limitar-se a “antigos combatentes, crianças < 5 anos e reclusos”, ou mencionar que os “idosos” não vêm ao

<sup>j</sup> Estes outros inquéritos incidiram sobre amostras de vários milhares de habitantes, espalhados por todos o País. O nosso inquérito usou uma pequena amostra, e limitou-se aos CS das sedes distritais: os utilizadores rurais poderiam, neste inquérito estar demasiado representados por utentes próximos da sede distrital.

CS. (<sup>k</sup>) Podem variar também os modos de conferir a elegibilidade (cartão de diversas entidades para autenticar indigência, o recluso solto, no 1.º dia, etc.).

Mas, o mais importante é que apenas em metade dos CS visitados se encontraram livros próprios de talonárias: nos restantes, os serventes “cortavam” diariamente um certo número de pedaços de papel caqui, numeravam e usavam como talão: a correcção na entrega dos montantes cobrados fica completamente dependente da ética do trabalhador.

A impossibilidade de conferir montantes e números de utentes ainda é adicionada de pormenores locais como a entrega de talonária (não cobrada) aos isentos, para se poderem apresentar no gabinete de consulta... Ou a não entrega (dos montantes cobrados) entre os dias 25 – 30 de cada mês, por encerramento de contas.

As entregas do servente cobrador à secretaria têm frequências muito variáveis (diária, semanal, etc.) e o mesmo acontece com os depósitos da secretaria às Finanças locais ou dependência bancária.

Do inquérito aos utentes, resultou que apenas 1,4% (em Maputo) de utentes referiu ter pago “algo” (ilegal) a um trabalhador do CS.

O Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003 estimou que os registos das receitas cobradas atingiam apenas os 68%, nas taxas de consulta, e os 80%, nos medicamentos.

***Em resumo, são muitas as portas abertas ao uso indevido das taxas cobradas, entre diversos tipos de trabalhadores.***

### **Gestão das Receitas Consignadas**

Os serviços administrativos, mensalmente, preenchem uma guia Modelo B, emitem um cheque de montante correspondente ao depositado e os remetem às Direcções Provinciais de Plano e Finanças. Uma vez depositadas, essas receitas consignadas, podem ser requisitadas, só que as instituições visitadas informaram que a partir do segundo semestre de 2006 não têm recebido os montantes requisitados.

Os montantes cobrados têm estado a diminuir, entre 2004-2006: de 5 – 1% em Maputo, de 4 – 1%, em Nampula, como percentagem do OGE dos Distritos visitados.

Embora os montantes cobrados estejam a decrescer e sejam relativamente pequenos é opinião comum dos responsáveis administrativos inquiridos que no primeiro trimestre e nos dois últimos meses do ano eles exercem um papel importante de fundo de maneo enquanto não se dispõe do OE ou quando ele se esgota.<sup>1</sup>

Foi reportado em três dos oito lugares visitados que se paga salários de guardas para as unidades sanitárias, cuja contratação pelas vias normais teria sido difícil.

<sup>k</sup> No Monapo, o servente “cobrador” nunca tinha visto um “idoso” no CS...

<sup>1</sup> Esta informação contrasta com a opinião dos gestores financeiros centrais, que consideram que uma das manifestações óbvias da limitada capacidade gestonária periférica é a elevada taxa de não execução orçamental.

Também foi reportado que se pagam despesas de combustíveis e lubrificantes para as viaturas que estão constantemente a deslocar-se à capital provincial, para além da aquisição de géneros alimentícios para os pacientes e artigos de escritório.

Foram também relatadas algumas “improvisações” locais (para que as receitas continuem a pagar as despesas importantes) que constituem porta aberta à corrupção: atrasos na entrega às Finanças (até que chegue novo duodécimo), ou mesmo entrega parcial.

As taxas cobradas pelos medicamentos têm um circuito diferente, como é sabido: devem ser remetidas à CMAM, e não podem ser requisitadas para uso local (um mecanismo diferente é utilizado pelos Hospitais Provinciais e Centrais).

A informação colhida no Depósito Provincial de Medicamentos de Nampula é de má qualidade e não permite comparar as receitas cobradas nos distritos (medicamentos e consultas). A informação da Província de Maputo é fiável e reflecte que:

- Em 2004-2005, as cobranças de medicamentos constituíram aproximadamente 4 vezes mais que as taxas de consulta
- Em 2006 este rácio reduziu-se dramaticamente, para aproximadamente 1,1

***Em resumo, os montantes cobrados são pequenos, mas constituem alívio para as Direcções Distritais de Saúde (DDS) em alguns momentos do ano. No entanto, a sua utilização está aberta à corrupção.***

## **A POSIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS (técnicos)**

As entrevistas aos grupos de técnicos de cada um dos CS visitados revelaram os seguintes pontos interessantes para antecipar a sua integração na materialização duma política de remoção das taxas (e aumento da procura de serviços):

- A maioria dos inquiridos não está satisfeita com as suas condições de trabalho;
- No entanto, a quase totalidade não mudaria de profissão (se se materializasse a irrealidade de voltarem a “ter 18 anos e escolherem o ensino técnico para a sua carreira”), embora preferissem graus de ensino mais elevados; <sup>(m)</sup>
- A maioria refere desconhecer rumores locais de corrupção, embora achem já normal que os doentes façam ofertas para obter melhor serviço;
- Sentem-se esquecidos quanto a melhorias salariais e subsídios anunciados em diversas ocasiões: as progressões na carreira estagnadas; as horas extraordinárias e subsídios de turno não pagos; o subsídio de alimentação que foi interrompido; atrasos na contratação e na recepção dos primeiros salários, etc. Têm esperança que a progressão na carreira seja agora facilitada pelo recente Censo da Função Pública e pelo facto de tal já ter começado no MINED;

<sup>m</sup> Esta opinião gentil contrasta com a informação obtida de uma responsável da ANEMO, em como, nas maiores cidades, os técnicos médios se matriculam em cursos superiores de outras carreiras.

- Os incentivos poderiam tomar formas não pecuniárias, como apoios para obtenção de terrenos para construção de habitação e melhoria do alojamento nas zonas rurais, em geral. O fornecimento de uniformes e refeição decente também poderiam ser sinais de atenção “pela entidade empregadora”;
- As condições de trabalho também necessitam grandes melhorias (particularmente na periferia rural de Nampula): consumíveis clínicos e pequeno equipamento que falta (“vão desaprender”, principalmente nas manobras de atendimento na urgência), mobiliário degradado, livros de registo inexistentes, alternância nas designações para formação contínua, etc.; (<sup>n</sup>)

A estas respostas pode adicionar-se a preocupação da ANEMO, de que, para responder a um aumento da procura de cuidados os enfermeiros básicos não estão capacitados para diagnóstico e terapêutica.

## **ENFRENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DA REMOÇÃO DAS TAXAS: AUMENTO DA PROCURA**

As estimativas apresentadas nesta secção referem-se ao número adicional de consultas que será procurado, se e quando as taxas forem removidas: adicional, em relação à tendência temporal anterior que já é de aumento anual.

Por outro lado, procuram estimar-se as diferenças de cenários entre: i) remoção apenas das taxas de consulta; ii) remoção, também, das taxas de medicamentos.

As estimativas limitam-se também aos serviços de ambulatório nos Cuidados Primários: as taxas de cobertura (reportadas pelo SIS) nos serviços de Saúde Materna e Infantil são já tão elevadas que parece descabido projectar qualquer aumento. Além do mais, esses serviços são já gratuitos.

### **Métodos e etapas**

Colheu-se informação do SIS – MISAU sobre: i) prestação de consultas externas (incluem atendimentos de urgência) no nível primário, no país, entre 2001-2006; ii) estimativas de crescimento da população do País, até 2011. Com esta informação foi feita a estimativa de: taxa anual de crescimento das consultas procuradas; número total de consultas anuais, prevendo a continuação das taxas anuais de crescimento dos últimos anos.

As consultas reportadas no SIS - nacional não identificam o nível primário. Foi, assim, estimado, que: 25% das consultas referidas à capital provincial seria feitas no Hospital Provincial; 25% das consultas aos habitantes da Província de Maputo são realizadas no Hospital Central e Hospitais Gerais da Cidade de Maputo. Com esta adaptação foram

---

<sup>n</sup> Pode juntar-se a estas manifestações as condições dramáticas de falta de higiene nos CS rurais visitados em Nampula: nenhum deles dispunha de instalação sanitária, significando, entre outras, que os técnicos não lavam as mãos durante todo um turno de atendimento de doentes... Além da má imagem para a educação higiénica da população. Mesmo os que tinham uma instalação higiénica (em Maputo) tinham-nas defeituosas (falta de luz, descarga não funcionante, etc.).

calculadas as “taxas de utilização” actuais para os CSP (N.º de consultas / habitante / ano).

Procurou verificar-se **o grau de fiabilidade das estatísticas reportadas pelo SIS – MISAU** (os persistentes índices de cobertura muito superiores aos 100% nos cuidados preventivos não se acompanham de sobre-estimações dos cuidados curativos?):

- i. Por um lado, pode estimar-se que há dois factores que constituem incentivos contrários (sobre e sub – relato): o uso abusivo dos kits do PME incentiva o sobre-relato; o uso abusivo das taxas de consulta incentiva o sub-relato;
- ii. O Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003 também estimou taxas de cobertura. Estas taxas foram contrapostas às do SIS – MISAU, para o mesmo ano e sugerem adaptação às taxas de cobertura na Província do Niassa (muito maiores que as das restantes províncias do Norte do País). Esta contraposição encontra-se no *Anexo 4*. Nas restantes províncias, as taxas de cobertura para Partos e Vacina Anti-Sarampo não diferem substancialmente entre o SIS – MISAU e o IDS-2003;

A revisão aos livros de registo de consultas e urgências dos oito CS visitados forneceu também alguma comparação com as estatísticas reportadas pelos mesmos CS em 2006: pode estimar-se um sobre-relato da ordem dos 6%, conforme a Tabela – 4, abaixo. Este sobre-relato pode estar sobrestimado, porque a revisão em Nacala – Porto foi dificultada pela ausência de grande número de livros de registo.

**Tabela – 4: Comparação entre SIS e revisão dos livros de Consultas (CS visitados). 2006**

**PODE CONFIAR-SE NA ACTUAL TAXA DE UTILIZAÇÃO?**

AMOSTRA DE 8 DISTRITOS (2006):  
Comparação de SIS com Livros de Registo

DISTRITO	N.º CONSULTAS EXTERNAS	
	SIS	Livros Reg.
BOANE	42.233	43.918
MATOLA	90.869	88.478
MARRACUENE	75.010	66.669
MAGUDE	59.109	50.861
MOGOVOLAS	52.621	56.314
MURRUPULA	34.805	37.405
MONAPO	55.653	57.920
NACALA - PORTO	99.491	79.767
TOTAL	509.791	481.332
		<b>6%</b>
		Tx. Sobrenotific. do SIS / Registos

A Tabela – 5 resume as taxas de crescimento das consultas externas nos últimos anos, por província:

**Tabela – 5: Taxas de crescimento das consultas externas, 2001 - 06**

<b>PROVÍNCIAS</b>	<b>Tx. Cresc. Util. (01-06)</b>
NIASSA	8%
CABO DELGADO	7%
NAMPULA	11%
ZAMBEZIA	3%
TETE	5%
MANICA	7%
SOFALA	6%
INHAMBANE	7%
GAZA	6%
MAPUTO PROVINCIA	3%
MAPUTO CIDADE	12%
<b>PAIS</b>	<b>7%</b>

## Cenários

Foram projectados os possíveis aumentos de procura de consultas nos Cuidados primários, entre 2008 – 2011, em **três cenários**, que reflectem a “*necessidade não – satisfeita*” expressa no Inquérito a Utentes e Não - Utentes:

1. Um aumento de 10% adicional ao crescimento anual dos últimos anos: representa o cenário para uma remoção apenas das **taxas de consulta**;
2. Um aumento de 30% no primeiro ano após a remoção **de taxas de consulta e medicamentos**, seguido de crescimentos anuais nas taxas actuais
3. Um aumento de 25% nos primeiro e segundo anos após a remoção de **taxas de consulta e medicamentos**, seguido de crescimentos anuais nas taxas actuais

O número de consultas nos CSP, em cada um desses cenários, pode ser **comparado com o crescimento previsto pela tendência anual recente**, e estimado o **número de consultas “adicionais”** resultantes da remoção das taxas. A Tabela – 6 mostra: i) a evolução das taxas de utilização (N.º consultas / capita / ano); ii) o número total de consultas, nos três cenários comparados com a evolução sem mudanças; iii) os números adicionais. (º)

Como se pode ver da primeira parte da Tabela – 6, os cenários com maior procura atingem taxas de utilização entre os 1,75 e 1,80. Pode parecer uma procura excessiva, para as médias da África sub-sahariana. No entanto, a revisão do crescimento da procura nos países vizinhos que removeram as taxas revela que a taxa utilização de 1,6 foi atingida tanto no Uganda como no Rwanda (º) em, respectivamente, 4 anos e 4 meses... Uma taxa de utilização de 1,8 era sugerida em exercícios de planificação na África do Sul, no fim da década de '90 (º, º): em Moçambique, actualmente é a taxa de utilização da Cidade de Maputo. A Figura – 2 compara os resultados dos cenários com a evidência dos países vizinhos.

O crescimento da procura de consultas resultará de dois movimentos: i) as necessidades não satisfeitas dos utentes relativamente próximos das US; ii) uma maior

º Os números totais de consultas, no país, em cada cenário e ano, resultam da multiplicação de: taxa de utilização X população.

º Adaptado de Centre for Health Policy, 1995

proximidade dos cerca de 50% que ficam a mais de 1 hora de deslocação à US mais próxima.

**Tabela - 6: Cenários - Crescimento do N.º de Consultas Externas, CSP, 2008 - 2011. Tendência Recente e Consequências da Remoção das Taxas**

**EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE UTILIZAÇÃO, EM DIVERSOS CENÁRIOS**

	2008	2009	2010	2011
Crescimento por Tendência Actual	1,12	1,19	1,26	1,34
Remoção Tx. Consulta: 10% Adicional / Ano	1,23	1,31	1,39	1,47
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 30% 1.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	1,45	1,55	1,65	1,76
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 25% 1.º - 2.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	1,40	1,49	1,64	1,80

**EVOLUÇÃO DO N.º CONSULTAS C.S.P, EM DIVERSOS CENÁRIOS**

	2008	2009	2010	2011
Crescimento por Tendência Actual	23.307.548	25.387.177	27.615.690	29.955.560
Remoção Tx. Consulta: 10% Adicional / Ano	25.638.303	27.925.894	30.377.259	32.951.116
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 30% 1.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	30.299.813	33.043.043	36.066.126	39.366.685
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 25% 1.º - 2.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	29.134.435	31.733.971	35.768.765	40.317.479

**N.º ADICIONAL DE CONSULTAS, COM REMOÇÃO DAS TAXAS**

PAÍS	2008	2009	2010	2011
Crescimento Actual	23.320.735	25.398.397	27.627.620	29.955.560
Remoção Tx. Consulta: 10% Adicional / Ano	2.317.568	2.527.497	2.749.639	2.995.556
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 30% 1.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	6.979.077	7.644.646	8.438.506	9.411.124
Rem. Tx. Cons. + Medicamt.: 25% 1.º - 2.º Ano ----> Tend. Act. Anos Seg.	5.813.700	6.335.574	8.141.145	10.361.918

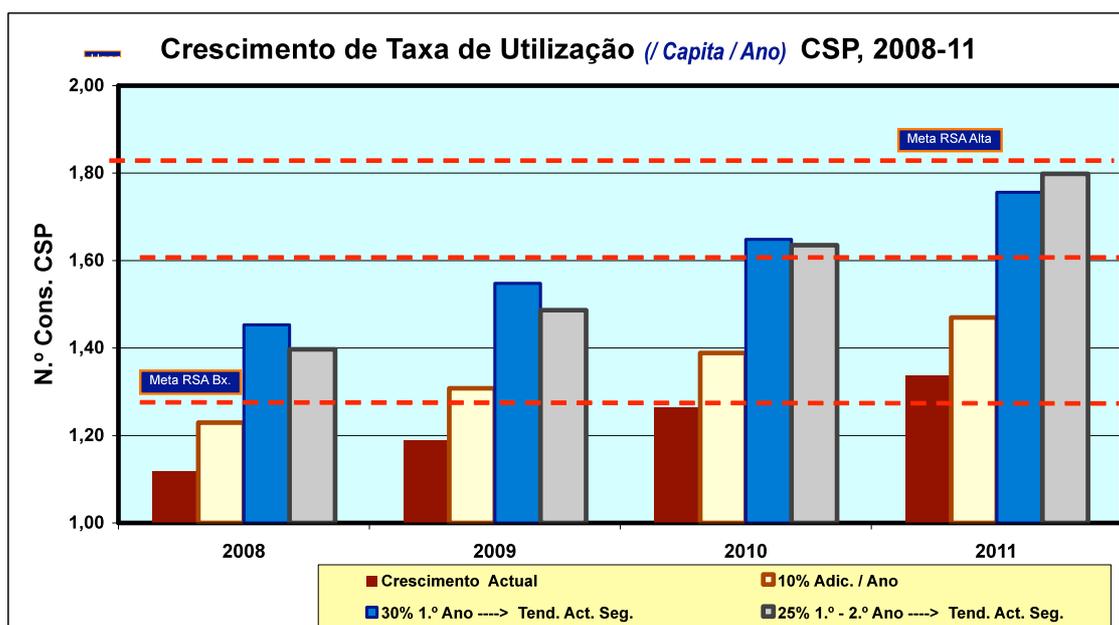
As consequências de recursos adicionais podem agora começar a ser estimadas: recursos humanos, medicamentos e financiamento (que deve incluir a substituição das receitas consignadas para as DDS's).

**ENFRENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DA REMOÇÃO DAS TAXAS: MAIS RECURSOS HUMANOS**

**Metodologia e Pressupostos. Produtividade e incentivos**

O **número adicional** de recursos humanos (RH) necessários para responder ao aumento da procura deve ser baseado em estimativas de produtividade. O seu **custo** deve basear-se nos encargos médios actuais com os técnicos de nível médio e básico para os CSP.

**Figura - 2: Crescimento da Utilização - Cenários e ocorrência nos Países vizinhos**



## **Produtividade**

Foram estimados limites mínimos e máximos de produtividade, com base nos dados recolhidos pelo Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003. O conjunto de pressupostos pode ser resumido na Tabela – 7:

- Tempo que os RH estão efectivamente presentes na US
- Percentagem desse tempo dedicado a atender doentes (o que pode ser dividido por um “tempo médio por consulta”) ( <sup>q</sup> )
- Duração média da consulta

**Tabela - 7: Pressupostos de Produtividade**

<b>PRESSUPOSTOS:</b>	N.º Min. Trab. / Mês	N.º Min. Trab. / Dia	N.º Horas Trab. / Dia
Pontualidd. Baixa - Med. Act.	4.776	217	3,6
Pontualidd. Melhorada	8.000	364	6,1
Dias Úteis / Mês	22		
Dias Úteis / Ano	225		
% Ocup. Tempo - Baixa (44,3%)	2.116	96	1,6
% Ocup. Tempo - Melhord. (60%)	4.800	218	3,6
N.º Minutos / Consulta - Baixo	4		
N.º Minutos / Consulta - Melhorado	6		
N.º Minutos Trab. / Ano - % Ocup. Tempo Baixo	21.639		
N.º Minutos Trab. / Ano - % Ocup. Tempo Ano - Melhorado	49.091		

Com base nesses pressupostos, podem ser escolhidos limites mínimos e máximos, e valores intermédios - razoáveis para aplicação prática em programação. São resumidos na Tabela – 8.

<sup>q</sup> As percentagens de “Ocup. Tempo”, *actual* e *melhorada* (tempo dedicado a atender doentes) foram aproveitadas de estudos de fluxo de trabalho em CS da RSA.

**Tabela - 8: Valores extremos e intermédios de Produtividade**

	N.º Cons. Ext. / Técnico / Ano	
	Tempo / Cons. Bx.	Tempo / Cons. Melhord.
N.º Cons. / Ano Baixa Pont - Produt.	5.410	3.606
N.º Cons. / Ano Pont - Produt. Melhord.	12.273	8.182

Os valores intermédios – razoáveis podem representar a maioria das realidades do SNS / CSP em Moçambique, actualmente:

- O valor 5.410 Consultas / Técnico / Ano representa: baixa pontualidade e % de tempo dedicado, associado a consultas de curta duração;
- O valor 8.182 Consultas / Técnico / Ano representa: elevada pontualidade e % de tempo dedicado, associado a consultas mais longas. Veja-se a tabela abaixo:

	Produtividade Intermédia - Baixa	Produtividade Intermédia - Alta
	N.º Consultas / Ano / Técnico	5.410
N.º Horas Trabalho / Dia	3,6	6,1
% Ocupação do Tempo	44,3%	60,0%
N.º Minutos / Consulta	4	6

Na **amostra de oito Distritos visitados**, a produtividade média, em ambulatório curativo, forneceu a indicação de 8.779 Consultas / Técnico / Ano, como se pode ver da Tabela – 9. Os valores maiores na Província de Nampula são coerentes com resultados de outros estudos, que apontam para a sobrecarga dos RH em Nampula e Zambézia.

**Tabela - 9: Produtividade média, nos 8 Distritos visitados**

	N.º C.Ext / Técn / Ano
Boane	6.497
Matola	7.902
Marracuene	8.825
Magude	8.444
Mogovolas	10.524
Murrupula	6.961
Monapo	11.131
Nacala - Porto	9.949
Média	8.779

Os dois valores intermédios de produtividade mencionados na Tabela – 8 podem ser aplicados ao número total de consultas da procura aumentada, nos vários cenários, para estimar o número de técnicos necessários à produção do número adicional de consultas. A estimativa é apresentada na Tabela – 11.

### **Custos dos RH**

Os custos associados aos RH adicionais foram estimados a partir de:

- i. Tabela de Vencimentos para as Carreiras Específicas de Regime Especial de Saúde utilizadas pela Direcção de Administração e Finanças do MISAU para efeitos de previsão orçamental (instrução do Ministério das Finanças, de Junho, 2007): custo médio dos escalões das carreiras de Técnicos de Saúde (carreira 71) e Assistentes Técnicos de Saúde (carreira 93);
- ii. A combinação de Técnicos dos dois níveis, normalmente encontradas nas US de nível primário (Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003): Nível Médio – 22%; Nível Básico – 78%.

O custo médio por profissional inclui: salário (pela tabela acima mencionada) e subsídios (baseado no Relatório da CESO sobre Incentivos, 2006). É representado na Tabela – 10.

**Tabela - 10: Custo médio anual, por profissional**

Custo Unitário	Sal - Base	Subsídio	Sal. TTI / Mês	N.º Meses Orçament.	Custo Anual
Nível Médio	4.094	2.129	6.222	13	80.888
Nível Básico	3.155	694	3.849	13	50.038

Estes dois custos anuais, se aplicados à distribuição entre profissionais de Níveis Médio e Básico mencionada acima fornecem um custo médio por técnico adicional: **56.954 Mts / Ano.**

### Custo total dos RH adicionais

A estimativa do **número adicional de RH necessários** resulta de dividir o número de consultas da procura aumentada – vários cenários – pelo valores intermédios de produtividade. É resumido na Tabela – 11:

**Tabela - 11: Número adicional de profissionais, para responder à procura aumentada**

PAÍS	2008	2009	2010	2011
Consultas Adicionais - 10%	2.317.568	2.527.497	2.749.639	2.995.556
N.º Técnicos Adicionais				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	428	467	508	554
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	283	309	336	366
PAÍS	2008	2009	2010	2011
Consultas Adicionais - 30%	6.979.077	7.644.646	8.438.506	9.411.124
N.º Técnicos Adicionais				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	1.290	1.413	1.560	1.740
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	853	934	1.031	1.150
PAÍS	2008	2009	2010	2011
Consultas Adicionais - 25% / 25%	5.813.700	6.335.574	8.141.145	10.361.918
N.º Técnicos Adicionais				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	1.075	1.171	1.505	1.915
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	711	774	995	1.266

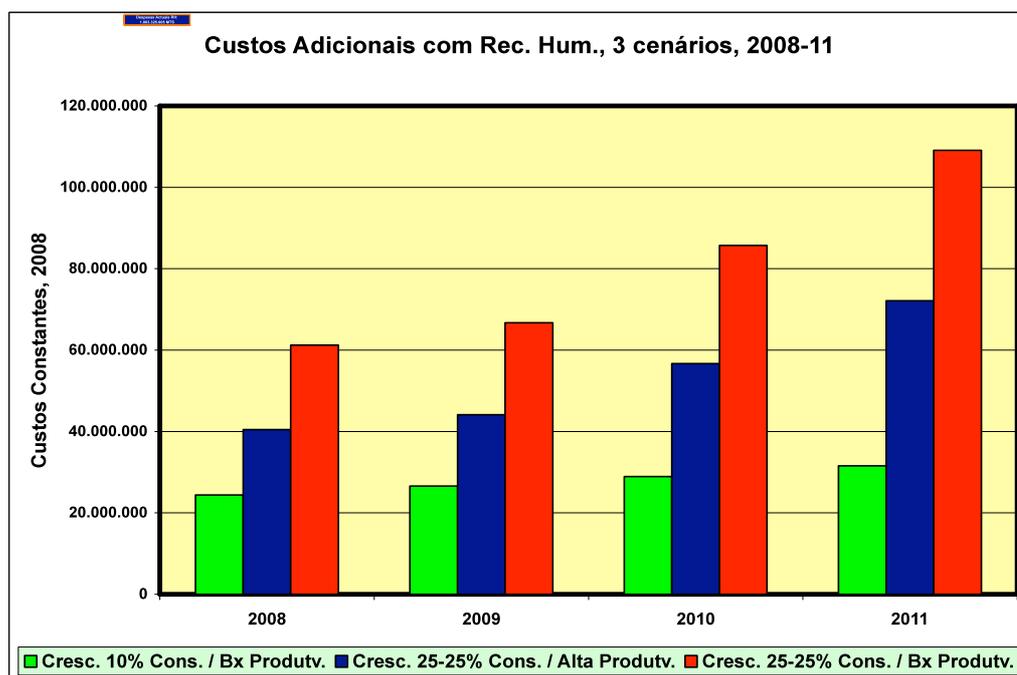
A etapa seguinte consiste em estimar os **custos anuais** destes números adicionais de técnicos, como é resumido na Tabela – 12, utilizando custos constantes de 2007:

**Tabela - 12: Custo anual do Número adicional de profissionais**

PAÍS	2008	2009	2010	2011
<b>Consultas Adicionais - 10%</b>				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	24.399.997	26.610.191	28.948.966	31.538.045
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	16.132.729	17.594.059	19.140.405	20.852.246
PAÍS	2008	2009	2010	2011
<b>Consultas Adicionais - 30%</b>				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	73.477.664	80.484.955	88.842.932	99.082.930
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	48.581.778	53.214.841	58.740.948	65.511.404
PAÍS	2008	2009	2010	2011
<b>Consultas Adicionais - 25% / 25%</b>				
Bx. Pontualdd. - Produt. / Bx. Dur. Cons.	61.208.248	66.702.677	85.712.234	109.093.152
Pontualdd. - Produtivdd. Melhord. / Tempo Cons. Melhord.	40.469.516	44.102.309	56.671.000	72.129.938
<b>Custo Unitário / Ano</b>	<b>56.954</b>	<i>(Custos Constantes, 2007)</i>		

A Figura -3 mostra que o cenário de maior procura originará um custo adicional com RH de cerca de 10% dos actuais custos totais com RH no SNS.

**Figura - 3: Custos adicionais com RH, vários cenários**



## ENFRENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DA REMOÇÃO DAS TAXAS: MAIS MEDICAMENTOS

### Metodologia e Pressupostos

Utilizou-se a via simplificada de estimar directamente os custos dos medicamentos, e não as quantidades adicionais a consumir. Os medicamentos para os CSP são uma combinação de: kits do PME (só foram considerados os “A” e “B”, dado que os “C” só se usam para os Agentes de Aldeia – APE’s) e a chamada “via clássica”.

Os kits “A” e “B” são supostos gastarem-se com números médios de consultas de, respectivamente, 1.000 e 500. O seu custo (dos últimos anos) é conhecido:

<b>CUSTOS KITS PME:</b>		
	<b>\$ USD, 2006</b>	<b>N.º Cons.</b>
<b>Kit A</b>	343,203	1000
<b>Kit B</b>	128,644	500
<b>Kit C</b>	38,194	250

O **custo aproximado do consumo de medicamentos nos CSP foi feito por duas vias**, cujos valores médios foram comparados com informantes – chave:

- **O custo dos Medicamentos no CSP, como porção do gasto total com medicamentos no SNS:** i) a percentagem do gasto total com medicamentos que foi destinada aos *PME*, em 2002 (Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003), adicionado a; ii) o rácio de consumo adicional pela “*via clássica*”, baseado nos valores fornecidos pelo Depósito Provincial de Medicamentos de Maputo: fornece uma estimativa de **5,72 Mts / Consulta**, a custos constantes de 2007 (aproximadamente 0,20 Dólares EUA);
- **A razão entre o “custo dos medicamentos” (PME + Via Clássica) e o N.º de Consultas – dados das DPS Maputo, para este estudo:** i) somando os custos totais de Kits (75% - A, 25% B) fornecidos nas 2 províncias da amostra, em 2006, ao rácio de consumo adicional pela via clássica, e; ii) dividindo pelo número médio de consultas que fizeram no período de tempo correspondente ao fornecimento destes medicamentos (1 ano), obtém-se a estimativa de **10,69 Mts / Consulta**, a custos constantes de 2007 (aproximadamente 0,40 Dólares EUA).

As etapas são demonstradas na Tabela – 13, abaixo.

Estes custos / consulta podem ser considerados próximos de: a) recomendado com boa logística, gestão de stocks e uso racional - 0,20 USD ; b) esperado com níveis de desperdício – descontrolo semelhantes aos relatados pelas auditorias da CMAM - 0,40 USD. ( <sup>r</sup> Irónicamente, os valores representam também, na realidade moçambicana: o baixo custo resultante das roturas de stock - 5,72 Mts ; o custo elevado que seria o aprovisionamento sem roturas (kits + via clássica), mas com o desperdício actual - 10,69 Mts.

**Tabela - 13: 2 Métodos de Estimação do Custo dos Medicamentos para os CSP**

<sup>r</sup> Informação por cortesia de um antigo responsável do sector farmacêutico em Moçambique.

1.º Método: RÁCIO "\$ Medcts. CSP / \$ TOTAL Medicts. SNS"

	Milh. MTS				
	Rácio no Inqt. \$ CSP 2003	Rácio aplicado ao OGE - 2007	Rácio aplicado a Proj. OGE - 2008	N.º Cons.Ext. CSP Proj. 2008	\$ Medicts. / CExt. CSP 2008
\$ TOTAL MEDICTS. SNS	227.959.000	937.228.670	1.055.239.460		
\$ Medicamentos Kits PME	22.074.000	90.754.854	102.182.216		
<i>Via Clássica: 29,8% adicional ao Custo PME</i>	<i>6.742.117</i>	<i>27.719.481</i>	<i>31.209.769</i>		
\$ Medicmts. CSP: Kits PME + Via Clássica	28.816.117	118.474.335	133.391.985	23.320.735	5,72

a) Baseado nos Gastos (Bens e Serviços) Sector Saúde entre 2002 - 2006

2.º Método: \$ PME + \$ V. Cláss. / N.º Consultas

Províncias Maputo + Nampula: 8 Distritos

Kits PME	Custo (2006) USD.	% do Cons. CS/PS	N.º Consultas Previsão
A	343,2	75%	1.000
B	128,6	25%	500
C	38,2	APE's	250
<b>Custo Médio combinação Kits "A" + "B" (Mts)</b>	<b>7.673,43</b>		

**Via Clássica**

\$ Via Clássica p/ Consultas CSP Maputo (Mts)	2,46
---	------

**8 Distritos:**

N.º Consultas	1.437.599
N.º Kits	1.507
<i>Custo deste N.º de Kits PME</i>	<i>11.563.853</i>
<i>\$ Via Clássica p/ este N.º de Consultas</i>	<i>3.531.976</i>
<b>\$ Medicts. PME + V. Cláss. / Cons. Ext. CSP</b>	<b>10,50 MZM</b>

Assim, podem ser utilizados como estimativas “mínima” e “máxima” para os gastos com medicamentos que acarretará a resposta à procura adicional de consultas.

Este custo para as consultas adicionais foi comparado com o que se prevê que **custem actualmente os medicamentos para o nível primário**. A estimação deste valor foi feita com base em:

- Percentagem dos gastos totais com medicamentos para o PME, no SNS, em 2002 (Inquérito sobre o Nível Primário de Saúde – 2003), aplicada aos gastos totais com medicamentos em 2007: 12,6%
- Aplicação da taxa de crescimento anual dos gastos totais com medicamentos (SNS) entre 2002 – 2006 (13%) aos anos a seguir a 2007.

**Custo total dos Medicamentos adicionais**

O custo com os medicamentos para as consultas adicionais foi estimado de dois modos:

- **Pelo 1.º Método** - Simples extrapolação por rácio de um orçamento em crescimento: do actual gasto (no país) com medicamentos para os CSP (e respectivo número de consultas), a um gasto acrescido para um maior número de consultas (resultantes da remoção das taxas) – *equivalente ao valor mínimo, 5,72 Mts / Consulta;*

- **Pelo 2.º Método** - A multiplicação do número de consultas adicionais pelo custo unitário estimado actual com medicamentos / consulta na Província de Maputo (incluindo medicamentos PME e “via clássica”) – *equivalente ao valor máximo, 10,69 Mts / Consulta;*

Os resultados são resumidos na Tabela – 14 e Figura - 4. A última linha da Tabela representa os custos adicionais estimados pela segunda via.

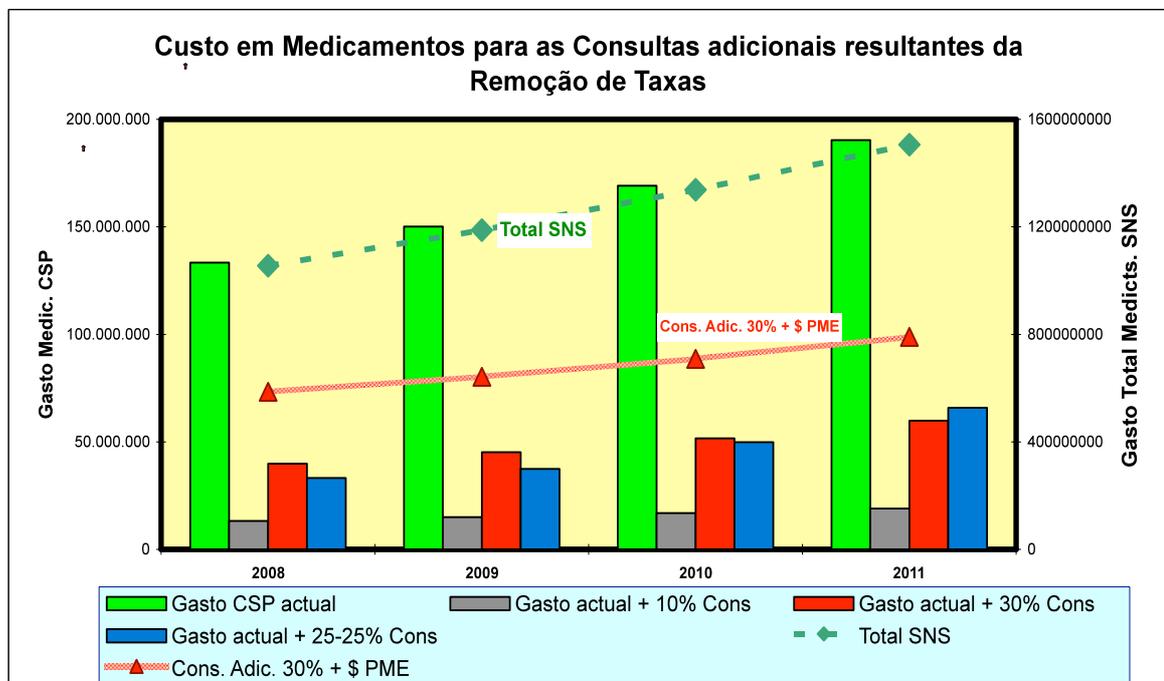
**Tabela - 14: Custo anual do consumo adicional de medicamentos**

		<b>CUSTO ADICIONAL DE MEDICAMENTOS, COM REMOÇÃO DAS TAXAS</b>				
		(Kits PME + Via Clássica)	Em Milh. MTS	Tx. Cresc. Anual: a)	13%	
		PAÍS	2008	2009	2010	2011
\$ Actual - Min. 5,69 Mts / CExt	<b>Custo Medicamentos Total procura Actual</b>		1.055.239.460	1.188.109.534	1.337.709.892	1.506.147.123
	<b>Custo Medicamentos CSP procura Actual</b>		133.391.985	150.187.986	169.098.849	190.390.866
	<b>Consultas Adicionais - 10%</b>		13.256.228	14.945.813	16.829.566	19.039.087
	<b>Consultas Adicionais - 30%</b>		39.919.539	45.204.978	51.649.098	59.815.010
	<b>Consultas Adicionais - 25% / 25%</b>		33.253.711	37.464.058	49.829.057	65.858.044
\$ Máx. 10,69 Mts / CExt	<b>Consultas Adicionais - 30% + \$ PME ↑</b>		73.285.363	80.274.314	88.610.417	98.823.616

a) Baseado nos Gastos (Bens e Serviços) Sector Saúde entre 2002 - 2006

A Figura -4 mostra que o cenário de maior procura e maior custo originará um custo adicional de cerca de 7% dos actuais custos totais com Medicamentos no SNS.

**Figura - 4: Custos adicionais com Medicamentos, vários cenários e Custos Unitários / Consulta**



## ENFRENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DA REMOÇÃO DAS TAXAS: PERDA DE RECEITAS E DESPESAS LOCAIS

A administração do SNS pode perder dois tipos de receita, dependendo do tipo de medida política que for tomada:

- taxa de consulta
- receita de medicamentos

De acordo com as disposições actuais para o destino das cobranças nos CSP, as taxas de consulta são receitas consignadas para uso local, enquanto as receitas da venda dos medicamentos revertem directamente a favor da CMAM. Ambas constituirão perdas, ao tomar-se a decisão de abolir taxas. No entanto, as receitas correspondentes às taxas de consulta constituem importante mecanismo de suporte a algumas despesas dos CS e deveria ser considerada a sua substituição por “transferência de verbas”, em moldes semelhantes aos do MINED – Ensino Básico. Assim, os valores de ambas são estimados em separado.

### Perda de receita respeitante à Taxa de Consulta

A estimação recorreu à comparação da receita cobrada nos oito Distritos visitados com os montantes do OGE que lhes foram atribuídos em 2006 (excluído o montante respeitante a medicamentos). Pode mesmo estimar-se um rácio de “receita cobrada / N.º de Consultas” (que reflecte a frequência das isenções e/ou receitas não entregues). O método é resumido na Tabela – 15 abaixo:

**Tabela – 15: Receitas cobradas nos oito Distritos visitados. Comparação com OGE e N.º de Consultas**

#### % Cobranças - Consultas / OGE: Diversos Locais

	2004	2006
DPS Maputo	3,00%	0,94%
DPS Nampula	5,05%	
Média 8 Distritos	2,31%	
<b>Média Global</b>	<b>2,82%</b>	

#### Rácio "\$Cobranças / N.º Consultas": Diversos Locais

(MTS / Consulta)	2004	2005	2006
MÉDIA 8 Distritos	0,15	0,19	0,17

Os rácios podem então ser aplicados aos gastos habituais com os CSP, no OGE. Foi utilizada uma estimativa da porção do OGE gasta directamente com os CSP mencionada no estudo *Despesa Pública com a Saúde em Moçambique, 2004* (exclui as despesas com medicamentos). O resultado é resumido na Tabela – 15, que reflecte já os valores que deveriam ser substituídos em transferências para os Distritos, para a actividade do nível Primário. (<sup>s</sup>)

<sup>s</sup> Como se explicará adiante, preferiu-se trabalhar com o rácio sobre o OGE em vez de sobre o N.º de Consultas: este método poderia constituir um incentivo viciante (semelhante ao método dos Kits PME) para o sobrestimar do N.º de Consultas reportadas no SIS.

Os valores perdidos podem ser comparados com o N.º de consultas (nos CSP) estimado para 2008 (perto de 23 Milhões): se a maioria dos utentes rurais pagar 0,5 Mt e se considerar ainda as isenções, o valor mencionado na Tabela – 16 poderá ser próximo da realidade.

**Tabela – 16: Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta**

**1. SUBSTITUIÇÃO DE RECEITA PERDIDA: TAXA DE CONSULTA**

<b>ESTIMATIVA SOBRE O.E. ACTUAL</b>	<b>OGE - 2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>\$ TOTAL OGE Gastos Correntes</b> a)	3.174.607.000	3.574.336.428	4.024.397.635	4.531.128.127	5.101.663.395
<b>\$ CSP - Distritos</b> b)	470.062.633	529.250.390	595.890.751	670.922.107	755.401.008
<b>Transferências de Substituição das Receitas Txs. Cons. (2,82% do OGE dos CSP)</b>	<b>13.271.389</b>	<b>14.942.451</b>	<b>16.823.923</b>	<b>18.942.301</b>	<b>21.327.414</b>

a) Taxa de Crescimento / Ano de 13%, baseado nos Gastos (Bens e Serviços) Sector Saúde entre 2002 - 2006

b) Inclui Despesa Corrente - excl. Medicamts. (baseado em Desp. Públ. c/ Saúde em Moçambique, MPF/MS, 2004)

**Perda de receita respeitante à Cobrança de Medicamentos**

Nos Distritos visitados, apenas foi fornecida informação fiável, de vários anos, nos Distritos da Província de Maputo, e mesmo nestes a informação para 2006 carece de confirmação (brusca descida da cobrança, em relação a 2004 e 2005). ( <sup>t</sup> )

Como se afirmou antes, a receita proveniente da cobrança da taxa de medicamentos era, até muito recentemente, considerada 3-4 vezes superior à proveniente da cobrança da taxa de consulta. A flutuação recente destes valores obrigou à procura de um método para ultrapassar a redução de fiabilidade: um modo simples seria relacionar a cobrança de medicamentos com os valores estimados da cobrança da taxa de consulta (já estimada na secção anterior do relatório).

Assim, procurou-se uma forma de estimar a relação entre a cobrança de taxas de Medicamentos e a cobrança de taxa de consulta, de várias fontes: i) Distritos de Maputo, 2004-2005; ii) Desp. Públ. c/ Saúde em Moçambique, MPF/MS, 2004; iii) Informação da DAF/MISAU, sobre Gastos 2004 – 2006. Com a informação disponível elaborou-se uma rácio médio:

**Rácio "Receita Medicamentos" / "Receita Consulta"**

	<b>Máx.</b>	<b>Mín.</b>	
Distritos do Estudo (Prov. Maputo)	4,2	1,1	
Desp. Públ. c/ Saúde em Moçambique, MPF/MS, 2004	1,98		
Info MS/DAF, Gastos 2004 - 2006	1,94		
		<b>2,72</b>	<b>Média (3)</b>

Este rácio pode agora ser também aplicado aos gastos habituais com os CSP, no OGE. Foi utilizada, tal como para as cobranças das taxas de consulta, a estimativa da porção do OGE gasta directamente com os CSP mencionada no estudo *Despesa Pública com a Saúde em Moçambique, 2004*. O resultado é resumido na Tabela – 17, que reflecte os valores que não serão cobrados pelos medicamentos, nos CSP.

<sup>t</sup> Segundo alguns informantes, a descida nas cobranças poderá estar relacionada com a introdução da taxa única para medicamentos nos CSP. No entanto, a equipe deste estudo obteve informação da Sra. Directora do Hospital Geral de Mavalane (Cidade de Maputo) em como os montantes cobrados (depois da introdução da taxa única) eram muito semelhantes aos cobrados com as tarifas individualizadas.

**Tabela - 17: Receitas perdidas com remoção da Cobrança de Medicamentos**

**2. SUBSTITUIÇÃO DE RECEITA PERDIDA: MEDICAMENTOS**

ESTIMATIVA SOBRE O.E. ACTUAL	OGE - 2007	2008	2009	2010	2011
\$ TOTAL OGE Gastos Correntes <i>a)</i>	3.174.607.000	3.574.336.428	4.024.397.635	4.531.128.127	5.101.663.395
\$ CSP - Distritos <i>b)</i>	470.062.633	529.250.390	595.890.751	670.922.107	755.401.008
Perda de Receitas de Medicamentos CSP ( <i>Receita perdida de Taxa de Consulta X 2,72</i> )	<b>36.153.659</b>	<b>40.705.933</b>	<b>45.831.406</b>	<b>51.602.249</b>	<b>58.099.727</b>

*a)* Taxa de Crescimento / Ano de 13%, baseado nos Gastos (Bens e Serviços) Sector Saúde entre 2002 - 2006

*b)* Inclui Despesa Corrente - excl. Medicams. (baseado em Desp. Públ. c/ Saúde em Moçambique, MPF/MS, 2004)

**Comparação das duas Perdas de receita: Consulta e Medicamentos**

As opiniões podem dividir-se quanto à oportunidade de remover a cobrança de uma ou as duas taxas. Comparam-se os valores que se podem perder, na Tabela – 18:

**Tabela - 18: Comparação das Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta e da Cobrança de Medicamentos**

	OGE - 2007	2008	2009	2010	2011
Taxa de Consulta	13.271.389	14.942.451	16.823.923	18.942.301	21.327.414
Receita de Medicamentos	36.153.659	40.705.933	45.831.406	51.602.249	58.099.727

**Somatório das duas Perdas de receita: Consulta e Medicamentos**

A Tabela – 19, compara o somatório da perda de receita das duas taxas com a estimativa da despesa corrente nos CSP, até 2011: **um pouco mais de 10% da despesa corrente nos CSP.**

**Tabela - 19: Somatório das Receitas perdidas com remoção da Taxa de Consulta e da Cobrança de Medicamentos**

**3. SUBSTITUIÇÃO DE RECEITA PERDIDA: TAXA DE CONSULTA + MEDICAMENTOS**

ESTIMATIVA SOBRE O.E. ACTUAL	OGE - 2007	2008	2009	2010	2011
\$ TOTAL OGE Gastos Correntes <i>a)</i>	3.174.607.000	3.574.336.428	4.024.397.635	4.531.128.127	5.101.663.395
\$ CSP - Distritos <i>b)</i>	470.062.633	529.250.390	595.890.751	670.922.107	755.401.008
Transferências de Substituição das 2 Receitas Perdidas	<b>49.425.048</b>	<b>55.648.384</b>	<b>62.655.329</b>	<b>70.544.551</b>	<b>79.427.141</b>

*a)* Taxa de Crescimento / Ano de 13%, baseado nos Gastos (Bens e Serviços) Sector Saúde entre 2002 - 2006

*b)* Inclui Despesa Corrente - excl. Medicams. (baseado em Desp. Públ. c/ Saúde em Moçambique, MPF/MS, 2004)

**RESUMO: OS CUSTOS TOTAIS DA REMOÇÃO DAS TAXAS**

Esta secção do texto expôs as diversas consequências financeiras da remoção das taxas (só de consulta, e/ou também de medicamentos): i) os custos de mais pessoal e medicamentos para responder ao aumento da procura de consultas; ii) a perda de receita resultante da remoção de uma ou duas taxas.

O resumo é apresentado na Tabela – 20. A tabela apresenta os custos por “ordem” crescente, desde os custos mais modestos de apenas se remover a taxa de consulta (e se conseguir disciplinar a utilização de recursos nos CSP – melhor gestão do tempo dos

RH, melhor gestão do PME), até aos custos maiores de remoção de ambas as taxas (maior procura de serviços) se não for acompanhada de melhorias de gestão de RH e PME.

**Tabela - 20: Custos Totais resultantes remoção das Taxas de Consulta e Medicamentos: a) crescimento da procura e recursos adicionais necessários; b) perda de receitas**

	2008	2009	2010	2011
<b>MÍNIMO: 10% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH</b>	44.331.407	49.363.796	54.912.272	61.218.746
<b>MÉDIO: 30% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH + Boa Gestão Medicats. + Perda Receita Medicts.</b>	144.149.701	161.075.148	180.934.596	204.753.555
<b>MÁXIMO: 30% ↑ Cons. + Bx. Pontualdd. RH + ↑ PME \$ + Perda Receita Medicts.</b>	202.411.411	223.414.599	247.997.900	277.333.687
<b>\$ TOTAL OGE Gastos Correntes</b>	<b>3.574.336.428</b>	<b>4.024.397.635</b>	<b>4.531.128.127</b>	<b>5.101.663.395</b>

Na Tabela – 20, deve notar-se que os valores do OGE corrente são estimativas baseadas no OGE 2007, com taxas de crescimento anuais de 12,6%, tal como apresentado na informação DAF/MISAU, para os anos 2002-2006. A evolução das consequências financeiras da remoção das taxas é apresentada como custos constantes de 2007 (taxa de câmbio de 26,5 MTS / 1,00 Dólar EUA).

Na Tabela – 20, cada linha (numerada) de consequências de custos representa:

1. Apenas remoção da taxa de consulta, modesto aumento da procura, melhoria da gestão de RH, custos modestos de medicamentos
2. Remoção de ambas as taxas, aumento dramático da procura, maior produtividade de RH, custos modestos de medicamentos
3. Remoção de ambas as taxas, aumento dramático da procura, continuação de baixa produtividade dos RH, e desperdício de Medicamentos PME

Estes detalhes são fornecidos na Tabela – 21.

**Tabela - 21: Detalhes dos Custos Totais resultantes da remoção das Taxas de Consulta e Medicamentos**

	2008	2009	2010	2011
<b>MÍNIMO: 10% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH</b>	44.331.407	49.363.796	54.912.272	61.218.746
Custo Pessoal Adicional - Produtivdd. Alta	16.132.729	17.594.059	19.140.405	20.852.246
Custo Adicional Medicamentos - Boa Gestão	13.256.228	14.945.813	16.829.566	19.039.087
Perda Receita (Tx. Consulta)	14.942.451	16.823.923	18.942.301	21.327.414
<b>MÉDIO: 30% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH + Boa Gestão Medicats. + Perda Receita Medicts.</b>	144.149.701	161.075.148	180.934.596	204.753.555
Custo Pessoal Adicional - Produtivdd. Alta	48.581.778	53.214.841	58.740.948	65.511.404
Custo Adicional Medicamentos - Boa Gestão	39.919.539	45.204.978	51.649.098	59.815.010
Perda Receita (Tx. Consulta + Tx. Medicmts.)	55.648.384	62.655.329	70.544.551	79.427.141
<b>MÁXIMO: 30% ↑ Cons. + Bx. Pontualdd. RH + ↑ PME \$ + Perda Receita Medicts.</b>	202.411.411	223.414.599	247.997.900	277.333.687
Custo Pessoal Adicional - Produtivdd. Baixa	73.477.664	80.484.955	88.842.932	99.082.930
Custo Adicional Medicamentos - Má Gestão	73.285.363	80.274.314	88.610.417	98.823.616
Perda Receita (Tx. Consulta + Tx. Medicmts.)	55.648.384	62.655.329	70.544.551	79.427.141

A leitura a “custos constantes” pode ser facilitada pela conversão da Tabela – 20 a Dólares EUA, câmbio de 1.º Semestre de 2007 (26,5 MTS / 1,00 Dólar EUA): é apresentado na Tabela – 22.

**Tabela - 22: Custos Totais resultantes remoção das Taxas de Consulta e Medicamentos: em Dólares EUA**

	2008	2009	2010	2011
<b>MÍNIMO: 10% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH</b>	1.672.883	1.862.785	2.072.161	2.310.141
<b>MÉDIO: 30% ↑ Cons. + Alta Pontualdd. RH + Boa Gestão Medicats. + Perda Receita Medicts.</b>	5.439.611	6.078.307	6.827.721	7.726.549
<b>MÁXIMO: 30% ↑ Cons. + Bx. Pontualdd. RH + ↑ PME \$ + Perda Receita Medicts.</b>	7.638.166	8.430.740	9.358.411	10.465.422
<b>\$ TOTAL OGE Gastos Correntes</b>	134.880.620	151.864.062	170.985.967	192.515.600
<b>Tx. Câmbio, 2007:</b>	26,5		MTS / 1 Dólar EUA	

Estes custos da remoção das taxas devem também ser comparados com a estimativa do crescimento dos OGE para gastos correntes do SNS, como apresentado na Tabela – 23.

**Tabela - 23: Custos Totais resultantes remoção das Taxas, como % do OGE corrente para o SNS**

	2008	2009	2010	2011
<b>MÍNIMO: 10% ↑ Cons. + Boa Gestão RH e Medicamts.</b>	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
<b>MÉDIO: 30% ↑ Cons. + Boa Gestão RH e Medicamts.</b>	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
<b>MÁXIMO: 30% ↑ Cons. + Bx. Pontld. RH + ↑ \$ PME</b>	5,7%	5,6%	5,5%	5,4%

### Decomposição – resumo dos aumentos de custos

Pode ser útil, como apoio à tomada de decisão, relembrar os componentes do aumento de custos que foram tratados ao longo desta secção do texto. A posição relativa dos diversos factores de crescimentos de despesa são apresentados em relação aos anos de 2008 e 2011, e nos cenários de custos intermédios e altos, como exemplo, na Tabela – 24:

**Tabela - 24: Componentes dos aumentos de custos, 2008 e 2011**

	2008	2011
Perda das receitas consignadas	14.942.451	21.327.414
Perda das cobranças de Medicamentos	40.705.933	58.099.727
<b>Custo adicional de RH - Produtividade Alta</b>	<b>48.581.778</b>	
<b>Produtividade Baixa</b>		<b>99.082.930</b>
<b>Custo adicional de Medicamentos - Boa Gestão PME</b>	<b>39.919.539</b>	
<b>Desperdício PME - Consumo Via Clássica</b>		<b>98.823.616</b>
<b>Crescimento Total de Custos</b>	<b>144.149.701</b>	<b>277.333.687</b>

Pode notar-se que as componentes “custo adicional” com RH e Medicamentos passam a ter uma importância progressivamente maior (comparativamente com a perda de receitas), à medida que o número de serviços aumenta.

## CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

### RESUMO DAS CONSEQUÊNCIAS DA REMOÇÃO DAS TAXAS

A parte final da secção anterior do texto apresentou o somatório das diversas consequências financeiras da remoção da/s taxa/s, e em diversos cenários:

- Os custos podem variar entre 1,7 e 7,6 Milhões de Dólares, em 2008, ou entre 2,3 e 10,5 Milhões de Dólares, em 2011, conforme se remova apenas a taxa de consulta ou, simultaneamente, a cobrança de medicamentos (melhorias na gestão de recursos humanos e medicamentos permitirão custos intermédios)
- Estes custos adicionais, como percentagem dos gastos correntes totais do SNS, significam um aumento de despesa que se situa entre 1,2% e 5,7%. Melhorias na gestão de recursos humanos e medicamentos reduzirão o custo adicional para 4%, mesmo com remoção de ambas as taxas e um aumento dramático da procura de serviços

Parece, pois razoável que se considere que **este aumento de custos é compatível com o nível de financiamento corrente do sector**, e que as decisões políticas sobre financiamento intersectorial (CFMP) possam ter em conta os potenciais efeitos desta medida no PARPA, através da melhoria do estado de saúde, principalmente infantil.

## CONCLUSÕES

### Benefícios

**A remoção da taxa de consulta poderá originar um aumento da procura de consultas curativas nos CSP**, da ordem dos 10% adicionais à tendência já crescente dos últimos anos. A remoção da cobrança de medicamentos poderá fazer subir esse aumento de procura até aos 30%.

Para além dos custos dos recursos adicionais envolvidos na prestação dos serviços adicionais, são perdidas pequenas quantidades de numerário de receitas consignadas (taxa de consulta) e de medicamentos (que não revertem mais para a CMAM). À medida que os anos passam e o consumo de consultas é mais pronunciado, os custos com os recursos adicionais são superiores às receitas perdidas.

A remoção da taxa de consulta e mesmo da cobrança de medicamentos, nos CSP, **têm custos financeiros relativamente modestos**, em comparação com os gastos correntes actuais do SNS:

- A remoção da Taxa de Consulta tem o potencial de fazer crescer o consumo de consultas de CSP em 10%, originando um aumento de apenas 1,2% nos gastos correntes do SNS;

- A remoção simultânea das Taxas de Consulta e de Medicamentos tem o potencial de fazer crescer o consumo de consultas de CSP em 30%, originando um aumento de apenas 5,5% nos gastos correntes do SNS

Por outro lado, a medida pode **trazer benefícios, principalmente para as camadas mais pobres da população rural, em zonas de economia menos monetarizada**: em termos de capital humano, o mais fácil acesso a cuidados de saúde pode significar episódios de doenças de menor duração (menores perdas de rendimentos para as famílias) e menor sobrecarga de pagamentos para o orçamento familiar. A remoção das taxas no Uganda permitiu este julgamento, de uma maior “incidência dos benefícios” para os mais pobres.

Se estes resultados se manifestarem, a equidade estará melhor servida.

Paralelamente, os estratos mais pobres da população ganharão também mais hábitos de consumir serviços e aumentarão a sua exigência em relação aos mesmos, eventualmente modificando a sua relação com os técnicos prestadores e pressionando estes pela prestação de contas.

### **Precauções**

**Esta apreciação geral positiva merece, no entanto, algumas precauções**: as outras barreiras que persistem, o aproveitamento do benefício pelos pobres que pode ser apenas de curto prazo, os obstáculos de execução ligados à gestão de recursos, e a necessidade de aproveitar o momento para reformas de fundo do SNS.

Os resultados do inquérito nos oito Distritos visitados deixa claro que as **outras barreiras de acesso** têm uma força tão grande como o obstáculo financeiro representado pelas taxas, e não serão modificados por uma eventual política de remoção das mesmas:

- as distâncias podem ser muito grandes nas zonas rurais dispersas de Nampula e Zambézia (províncias com baixas taxas de utilização nos CSP), sendo que, numa primeira fase, os benefícios da remoção de taxas de limitará aos habitantes mais próximos das US. Algumas medidas tácticas podem ser tomadas em paralelo à remoção das taxas: fortalecimento do papel dos APE's (agentes de saúde de aldeia), casas de espera para as grávidas, por exemplo;
- os outros custos directos de uma ida à US podem ser igualmente grandes, bastando relembrar os 25% de inquiridos de Maputo que gastaram mais de 20,00 MTS: os habitantes de zonas mais urbanizadas, com mais transportes, gastarão ainda importâncias significativas. Em relação a esta barreira, o MISAU pouco pode fazer, a não ser garantir a melhor qualidade, para quem assume estes custos de acesso;
- a relação com os RH consultados nem sempre é a apropriada, minando a construção da confiança / cidadania, bem como a eficácia de cada contacto

- a percepção da utilidade / qualidade da visita à US pode continuar a não ser muito positiva enquanto percentagens tão elevadas de utentes não encontrarem os medicamentos essenciais prescritos

Sugeriu-se acima que uma maior concentração (incidência) dos benefícios entre os mais pobres, no curto prazo, pode ser aumentado com a redução de distâncias nas zonas rurais. No entanto, a experiência recente dos países vizinhos (e as respostas aos inquéritos neste estudo) mostram que há boas **razões para estar atento no médio prazo**: com o aumento da procura, as US não apenas terão maiores filas (e tempo de espera), mas também maiores riscos de falta de medicamentos (e redução da percepção de qualidade / utilidade). Não apenas o uso em geral pode decrescer para os anteriores níveis (pré – remoção das taxas) como os “menos pobres” ficarão em melhores condições para aproveitarem os benefícios do serviço em quantidade limitada (melhor comunicação com o pessoal, disponibilidade para pagamento extra): o serviço público voltará a ser pouco eficiente para o conjunto da sociedade, os benefícios não serão maioritariamente colhidos por quem mais necessita deles.

Foram mencionados diversos **obstáculos de execução ligados à gestão de recursos**: a moral e performance do pessoal técnico abaixo do exigível para responder ao aumento da procura, o fraco controle sobre o aprovisionamento dos medicamentos essenciais (relembre-se o espectro dos 7-8 meses de exaustão dos stocks nos países vizinhos), a reduzida capacidade de gestão financeira na periferia (para eventuais fundos de substituição das receitas consignadas), e a não previsão dos custos adicionais na preparação do OGE para 2008 (pelos Ministérios da Planificação e Desenvolvimento e Finanças).

Por último, a remoção das taxas não resolve os problemas estruturais de nenhum SNS (pode mesmo expô-los de forma prejudicial para a sua imagem de serviço público). O segredo do sucesso da história do Uganda parece ter sido o aproveitamento do momento / pretexto para fazer avançar algumas componentes de reforma que tardavam. **A remoção das taxas de utente pode servir um movimento de reforma dum SNS** através de:

- Alteração na relação entre utentes e RH, bem como maior participação da comunidade na gestão das US ( <sup>u</sup>, <sup>70</sup>). A própria campanha de informação preparatória da remoção das taxas deve servir esse propósito de informar a população sobre os seus direitos e gerar, pelo menos no curto prazo, mais um momento de reivindicação sobre os prestadores;
- Devem ficar esclarecidas as dúvidas sobre a alocação prioritária de recursos ao nível primário (lembrem-se os comentários dos doadores acerca da percentagem do OGE retida para os níveis III e IV), mas também melhorar as capacidades de gestão na periferia (ou os fundos transferidos continuarão a ser criticados por baixa taxa de execução) ( <sup>v</sup>, <sup>71</sup> )

<sup>u</sup> Embora alguns autores tenham notado que o fim da colecta das taxas arrefeceu o entusiasmo dos representantes comunitários: as reuniões tinham perdido o motivo palpável anterior (decidir do destino do dinheiro cobrado).

<sup>v</sup> No Uganda, a remoção das taxas (e a necessidade de financiamento adicional) serviu, inicialmente, para aumentar substancialmente a porção do financiamento externo que passou para fundos comuns (anteriormente gerida através de projectos).

- A gestão dos RH, para sua performance e satisfação profissional, simultânea à canalização dos restantes insumos para a produção dos serviços, pré-condição para que não se atinja uma redução da qualidade de tal modo perceptível que mesmo os mais pobres deixem de utilizar os serviços gratuitos
- Continuar a lutar pela minoração das outras barreiras de acesso e redução de desigualdades, incluindo a melhoria sustentada do financiamentos para as regiões tradicionalmente mais pobres e com menos infra-estrutura (os casos de Nampula e Zambézia, em Moçambique);
- Melhorar a gestão e apertar a auditoria ao circuito do medicamento: as taxas actuais de desperdício e descontrolo constituem incentivos a comportamentos corruptos bem mais fortes que a existência de taxas de utente – os bens desviados para a prática de medicina privada maioritariamente não regulada, as faltas de medicamentos chamando os utentes ao “oferecimento” de pagamentos extra. No Uganda dos anos '90, o desvio de medicamentos foi considerado um agravo aos utentes mais sério que os pagamentos extra <sup>(72)</sup>; comentadores da situação moçambicana consideram que mais vale investir o financiamento da AE em apoios ao pessoal do que em mais medicamentos (que serão desviados) <sup>(73)</sup>

A página seguinte procura, em forma sistematizadora e tabular, resumir os “**Custos**” e “**Benefícios**” da Remoção das Taxas de Utente.

Seguem-se algumas recomendações quanto à “**estratégia de implementação**”, e sua **monitorização**.

## **ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO**

### **Problemas de calendário (de financiamento) inicial**

Dos contactos com informantes – chave ficou-se a saber que a preparação do OGE do sector para 2008 não previu aumentos que contemplem maiores contratações de RH, nem as perdas de receitas consequentes a eventual decisão de remoção das taxas.

Por outro lado, a preparação do aprovisionamento do PME parece exigir um período de aproximadamente 18 meses para que qualquer alteração de quantidades se manifeste na sua recepção a nível de CSP.

O recurso extraordinário aos fundos comuns da AE, por exemplo para compras extraordinárias de medicamentos, teria de responder a algumas das perguntas que foram deixadas nas reuniões com os doadores mais importantes, para além da negociação com o minis (para os fundos já “*on-budget*”): por exemplo, o aperto na auditoria à gestão dos Medicamentos Essenciais, a espera pelo documento do PESS.

Em resumo, para que sejam tomadas medidas em 2008, teria de ser usado algum dispositivo orçamental extraordinário, provavelmente com recurso à AE, e respondendo aos seus requisitos.

Um apoio político de alto nível será necessário, em paralelo, para que esse dispositivo orçamental extraordinário encontre continuidade (nas negociações com o MINFIN) na preparação do OGE sectorial de 2009.

### REMOÇÃO DE TAXAS DE UTENTE, NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: PRÓS E CONTRAS

MEDIDA	CUSTOS	BENEFÍCIOS
<p><b>REMOÇÃO DAS TAXAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de custos com RH e Medicamentos (por aumento da procura)</li> <li>• Conjunto integrado de medidas para garantir performance dos RH (salários, incentivos, condições de vida e trabalho)</li> <li>• Redução das receitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior acessibilidade para os mais pobres – mais consumo de cuidados (que deviam ser) eficazes → <b>combate à Pobreza</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Menor duração dos episódios de doença = ↓ perdas de rendimentos</li> <li>☞ Menor custo para os orçamentos domésticos</li> </ul> </li> <li>• Mais equidade</li> <li>• Hábitos de consumo e exigências, repercutindo-se sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Relação com RH</li> <li>☞ Participação em mecanismos de prestação de contas</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b><u>RISCOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O menor interesse pela descentralização, se as receitas consignadas não forem substituídas por outros fundos</li> <li>• O aumento da procura, se não for acompanhado de incentivos aos RH, pode repercutir-se em maiores tempos de espera, podendo resultar em estímulos a pagamentos extra pelos utentes</li> <li>• A confusão na recepção dos utentes (se a “paragem” para pagamento da taxa não for substituída por outro acto de registo) podendo resultar menor qualidade</li> <li>• A exaustão dos stocks de medicamentos</li> <li>• A procura de cuidados para doenças crónicas, em zonas urbanas, com elevados custos associados (medicação)</li> </ul>	
<p><b>NÃO REMOÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuação de reduzido acesso aos mais pobres</li> <li>• Porta para corrupção, atrasando a criação de relações de confiança entre utentes e RH</li> </ul>	<p>Continuação de receitas → interesse pelos gestores locais</p>

Uma alternativa, para o caso de dificuldades de maior na mobilização dos recursos financeiros adicionais, é o início da remoção nas zonas rurais, deixando para o ano seguinte as zonas urbanas: as zonas rurais são aquelas aonde o consumo é menor (maior necessidade não satisfeita) e aonde a não monetarização da vida coloca maior valor às reduzidas taxas actuais. O benefício da remoção das taxas será maior (para o utente).

### **Recomendações específicas**

A remoção do pagamento da taxa de consulta elimina um “passo” no trajecto de chegada do utente, antes do gabinete de consulta: os técnicos, nos Distritos visitados, expressaram a sua preocupação por um eventual aumento da confusão que já actualmente se instala em cada manhã (a maioria dos CS não dispõe, na área dos cuidados curativos, de espaços de espera amplos como os da SMI). É necessário garantir um elemento do pessoal para organizar as filas de atendimento, por hora de chegada, e distribuição por gabinetes (adulto, criança, DTS’s, etc.).

Mais ainda, é necessário e urgente colocar regularmente livros de registo das consultas.

Com o aumento da procura, a qualidade dos serviços deve ser monitorizada: as longas esperas e o atendimento (ainda mais) apressado reduzirão a “utilidade percebida” e agudizarão a “oferta” cúmplice de pagamentos extra. Mecanismos simples incluem: i) monitorização do tempo por consulta (por inquérito ou inspecção); ii) monitorização do cumprimento de protocolos clínicos bem estabelecidos (AIDI, DTS’s, Malária, etc.); iii) nos CS com laboratório, monitorização do rácio “N.º testes laboratoriais para Malária / N.º Diagnósticos de malária / Síndr. Febr. Indeterm.”.

As preocupações dos técnicos com as suas condições de vida e trabalho devem começar rapidamente a ter algumas manifestações de resposta. Deve lembrar-se que: i) o uso de fundos adicionais para melhorar as condições do RH pode ser mais eficiente do que para adquirir mais medicamentos; ii) melhorar a base salarial tem mais impacto para os técnicos elementares e básicos do que as diversas políticas de incentivos. Assim, baseado nas recomendações de consultas anteriores e nas entrevistas nos Distritos visitados, recomenda-se atenção mais urgente a alguns aspectos que poderão “dar sinal” de atenção pela direcção do MISAU: a) aceleração das contratações do pessoal actualmente fora do quadro; b) obter financiamento para as progressões nas carreiras; c) facilitação para apoios não – pecuniários (habitação, terrenos, nas zonas mais periféricas); d) melhoria dos meios materiais (consumíveis clínicos) e das condições de ambiente de trabalho. As melhorias salariais serão sempre bem-vindas, embora possam demorar mais, pelo esforço massivo que implicam.

As receitas consignadas (taxa de consulta), apesar do seu pequeno montante, são muito do agrado das Direcções Distritais: permitem responder a diversas dificuldades (a imagem local fica melhorada) e a sua gestão é permissiva. O MINED substituiu-as por transferências directas trimestrais, e o Uganda tomou medida semelhante. Pelo reduzido custo, são um modo simples de recrutar aliados para esta medida (e não fomentar adversários). Devem ser tomados alguns cuidados:

- As regras de gestão não podem nem manter a permissividade actual, nem ser tão estritas como as do MINED (as necessidades para a prestação de cuidados de saúde podem ser mais variáveis que para a gestão de uma escola primária)
- A capacidade de gestão financeira das DDS tem de ser melhorada, ou os gestores centrais das transferências rapidamente estarão a reclamar de baixa execução
- As comunidades podem ser envolvidas na gestão de cada “tranche” transferida, a exemplo do MINED: melhora-se a transparência, obtém-se o equilíbrio entre a permissividade e o excesso de zelo

Os pagamentos ilegais poderão continuar, sob várias formas, como aconteceu nos países vizinhos, e é anunciado pelo inquérito deste estudo. Convém lembrar alguns pormenores da experiência do Uganda (estudada com mais pormenor): a) os serventes continuaram a tentar fazer cobranças ilegais (não têm outras formas de contornar a remoção das taxas); b) os técnicos passaram a dedicar mais tempo à actividade privada (regulamentada ou não): desviam consumíveis, medicamentos e tempo. As pré-condições no caso moçambicano são preocupantes: baixa pontualidade e elevada taxa de desvio de medicamentos. As “auditorias” devem combinar o profissional (inspecção) e o popular (inquéritos e consultas) para que se melhore a confiança entre utentes e profissionais.

## **Recomendações gerais e de organização**

### **Comunicação à população**

A comunicação exacta dos novos direitos é fundamental, para se evitarem situações de turbulência adicional.

Podem (e devem) utilizar-se muitos canais disponíveis (referência de SExas. os Srs. Governadores de Província e Administradores de Distrito), em particular a experiência adquirida com a organização do Censo de 2007.

O caso dos APE's e da venda dos medicamentos do Kit “C” deve ser clarificado: sugere-se que se mantenha a permissão da venda (informando a população sobre tal), dado ser uma das poucas alternativas de sobrevivência do APE, e este ser um dos poucos mecanismos para reduzir a distância em zonas rurais. O argumento do pagamento dos medicamentos do Kit “C” pode ser o do benefício da distância reduzida: quem procurar mais qualidade terá de deslocar-se à US fixa, aonde não pagará taxas, mas terá os custos de tempo e transporte.

### **Canais de denúncia de abusos**

A população não tem o hábito de apresentar reclamações por vias formais – escritas, e habituou-se a negociar um “melhor trato” pelos profissionais (nível baixo de confiança).

Embora os canais formais não devam ser descurados, é necessário fortalecer canais alternativos, particularmente: a) a consulta regular entre dirigentes (do governo, do MISAU) e população periférica; b) promover a participação da comunidade na gestão

das US por aspectos úteis (por exemplo, a sugestão da decisão do uso das tranches de transferência directa à DDS).

### **Comunicação entre Direcção do MISAU e gestores e RH locais**

Deve ser o contraponto da “voz popular” e o apoio aos problemas concretos de organização para responder à procura aumentada. Os RH da periferia devem sentir que são apoiados na resolução destes, incluindo por consultas directas de dirigentes centrais.

### **Ganhar aliados**

A implementação desta política gerará alguma turbulência e ansiedade: é importante que se ganhem aliados e se evite criar adversários. Melhorar as condições de vida – trabalho dos técnicos e substituir as receitas consignadas (gestores das DDS) são as medidas mais óbvias.

### **Medicamentos Essenciais**

Os Distritos visitados não apresentaram problemas de capacidade de transporte para os Kits PME. No entanto, os espaços de armazenagem parecem estar no limite.

A introdução da taxa única (5,00MT) por prescrição aliviou muito os técnicos da farmácia dos anteriores cálculos parcelares das isenções sobre os medicamentos prescritos.

Este relatório insiste na gestão dos stocks e no uso racional: confirmaram-se relatos anteriores de rotura de stocks, bem como da limitada capacidade de gestão (de cobranças, de informação) nas farmácias Distritais (e mesmo no depósito Provincial de Medicamentos de Nampula). As auditorias da CMAM aos Depósitos periféricos revelaram taxas elevadas de divergências de inventário e de saídas não documentadas. Esta situação não apenas põe em perigo a resposta ao aumento da procura (repetir-se-á a “crise dos 7-8 meses” dos países vizinhos?) como faz recuar alguns dos doadores importantes nesta área (relembrem-se as posições da USAID, ligando fraca gestão com corrupção, nesta área).

O perigo da remoção da cobrança de medicamentos é que se relaxe ainda mais a conferência de informação que permita manter o controle entre consumo de medicamentos e número de consultas, porque não será mais necessário comprovar as receitas cobradas.

### **A distância, nas zonas rurais**

Documentos em preparação, como o Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS, 2007-2012) referem a intenção de rever o conceito das “brigadas móveis”, alargando-as das actuais prestações de SMI. Estas brigadas, juntamente com a revitalização dos APE's e medidas de aumento da utilização das casas de espera das grávidas podem dar ao habitante rural a sensação de estar a ser contemplado, para além da remoção das taxas.

### **As doenças crónicas, nas zonas urbanas**

A remoção da barreira financeira e o aumento de procura subsequente podem despoletar o aumento do consumo de consultas para controlo de doenças crónicas. Estudos recentes mostram a elevada prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) (32%) e da Diabetes Mellitus (DM) (3,4%) na população moçambicana de mais de 25 anos de idade (<sup>74</sup>). Enquanto, actualmente, a procura de cuidados por estes doentes potenciais é ainda muito reduzida (o diagnóstico precoce pressupõe algum grau de informação do indivíduo que o leva a uma consulta) esta poderá aumentar em função de campanhas de sensibilização em preparação, e crescerá se os doentes não enfrentarem custos de consulta (existe já legislação moçambicana que confere a estes doentes medicação subsidiada: o Regulamento do Fundo Social de Medicamentos, constante do Decreto-Lei n.º 16/88, de 27 de Dezembro; mas a atribuição de isenção de pagamento de taxa de consulta varia de lugar para lugar).

Se se passar dos 11% “que sabiam ter HTA para 22% (os que mediram a TA no ano anterior ao estudo STEPS) poder-se-á contar com uma afluência da ordem dos 90.000 pessoas com uma destas duas doenças crónicas (HTA e DM), a tomar medicação diária, e a visitar regularmente um CS.

### **Os contratos com as ONG's prestadoras**

São ainda poucas as ONG's que prestam cuidados gerais subsidiados à população em geral. Mesmo o Diploma Ministerial n.º 40/2003, de 2 de Abril, só na alínea c) da Cláusula Quarta do Anexo 1 (Contrato – Programa) prevê que a ONG deve “prestar cuidados... acessíveis à população”, e a d) prevê que a ONG deve “executar as actividades... de forma idêntica às levadas a efeito por outras US ... do SNS”.

É, no entanto, de prever que essas ONG's procurem rever os seus contratos com o MISAU, de forma a beneficiar dos mesmos subsídios adicionais previstos neste estudo (financiamento para RH e medicamentos adicionais, e substituição das receitas perdidas): a conceder-se tais subsídios adicionais, estes devem ser estritamente proporcionais ao aumento do N.º de doentes atendidos, tal como nas US do SNS (ou seja, mais recursos para serviços de melhor qualidade e custo, deverão ser objecto de co-pagamento pelos utentes). No Uganda, as US geridas por ONG's mantiveram inicialmente as taxas, levando maior número de doentes a afluir às US do SNS: o financiamento adicional para que as ONG's pudessem também abolir as taxas de utente só foi introduzido no segundo ano do programa.

### **Prioridade explícita aos CSP, no financiamento**

A distribuição financeira por níveis do SNS deve tornar-se mais transparente para o conjunto de actores envolvidos.

A prestação de cuidados primários de qualidade, e a performance dos técnicos, dependem de um aprovisionamento combinado de consumíveis e pequeno equipamento clínico que torne eficiente o contingente contratado.

O financiamento deve ainda ser transferido com fluidez, para limitar a tentação da retenção de receitas e outros expedientes.

### **A negociação com os Doadores**

Os maiores doadores devem ser envolvidos como aliados na implementação desta política. Alguns doadores (USAID, Cooperação Suíça, CE) não são apologistas da remoção das taxas, em todas as circunstâncias. Outros, por motivos históricos, preferem apoiar sistemas de seguros saúde (GTZ).

Diversos doadores, em reuniões com a equipe do estudo, mostraram a sua preocupação com o tardar do novo PESS 2007- 2012. Outros manifestaram a sua preocupação com a menor flexibilidade dos fundos “on – budget” para que o MISAU possa dispor de financiamento extraordinário para incentivos, transferências às DDS, e outros passos de flexibilidade ao longo do processo. E é necessário pressionar os maiores doadores para que aumentem o grau de previsibilidade dos montantes e áreas privilegiadas da sua ajuda sectorial.

Por todos estes motivos, e porque o financiamento da AE (por Fundos Comuns, ou “on-budget”, via MINFIN) será indispensável para a execução desta política, o diálogo com os doadores é indispensável.

### **Ponto focal de coordenação**

A experiência de execução de reformas em outros SNS vizinhos aconselha a designação formal de um “ponto focal de coordenação”, por causa dos vários actores envolvidos, muitas medidas de suporte, solução de situações de conflito inevitáveis, digestão dos dados de monitorização e avaliação, etc. (75)

### **Acções – Chave**

A lista seguinte engloba aquelas que podem ser consideradas as decisões e acções mais determinantes para o sucesso da implementação desta política:

- Ponto focal de coordenação da implementação
- Ampla comunicação à população
- Consulta(s) à periferia (população e RH)
- Mecanismos alternativos de inscrição (para consulta) nas US
- Regras de uso dos Fundos de Transferência
- SISTAF: evitar atrasos nas transferências
- Melhorar a remuneração dos técnicos: começar pela progressão nas carreiras
- Melhorar as condições de trabalho nos CS (material; higiene; alimentação)
- Reduzir roturas de stocks PME

## **MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO**

A “monitorização” trata dos processos e componentes de execução da política. A avaliação verifica se os resultados sócias pretendidos (impacto) estão a ser atingidos.

### **Monitorização. Curto – Prazo**

O resultado óbvio e imediato da política é o aumento do consumo de serviços, particularmente curativos, e proporcionalmente mais pelos mais pobres. A primeira comparação é com a tendência anterior de crescimento (se as taxas não se removessem). Por outro lado, a monitorização do (aumento do) N.º de serviços deve desagregar entre: i) população rural e urbana; ii) género e idade (adultos e crianças); iii) cuidados curativos e preventivos. É praticamente todo possível de realizar com o SIS.

O interesse pelo desagregar por idades tem a ver com consumo diferenciado (com taxas) e impacto potencial mais marcado no curto prazo (ver abaixo).

A desagregação entre cuidados curativos e preventivos é motivada, por um lado pelo interesse em responder à necessidade dos curativos, e, por outro verificar se não se repete o fenómeno observado na RSA, aonde os recursos foram consumidos pelo aumento dos cuidados curativos.

A monitorização deve também abordar a qualidade dos serviços (para prever situações de redução da utilidade percebida pelos mais pobres) e a produtividade dos técnicos (uso eficiente do financiamento adicional e causa de mais tempo de espera). Pode fazer-se através de inquéritos simples, com pequenas amostras.

A disponibilidade dos Medicamentos Essenciais é outro dos pilares da execução da política e pode ser monitorizada através da auditorias da CMAM.

A continuação da prática das cobranças ilegais (ou da “compra” de qualidade pelos utentes) deve ser conhecida sem rodeios. Pode fazer-se através de inquéritos simples, com pequenas amostras.

### **Avaliação. Médio – Prazo**

A bibliografia recente sobre as experiências ocorridas sugere dois pontos de consideração:

**A Taxa de Mortalidade nos 0 – 4 Anos:** a saúde das crianças pode reagir de modo mais rápido e dramático à remoção das taxas: maior consumo (procura mais precoce) pode significar tratamento atempado de várias doenças com elevada letalidade (AIDI). Foi já objecto de alguma modelagem <sup>(76)</sup> que pode permitir alguma predição de resultados

**A avaliação económica dos “benefícios para os Mais Pobres”:** os economistas de saúde podem medir a chamada “incidência de

benefícios” entre quartis de rendimentos. Esta avaliação foi já feita para o Uganda, por técnicos do Banco Mundial ( <sup>77</sup> ). Bastam os dados de dois Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), um anterior, e outro posterior à aplicação da remoção das taxas. O último IDS realizou-se, em Moçambique, em 2003. Outro deve estar já previsto, da a sua periodicidade aproximada de 5 anos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DOMÉSTICA?**

Alguns autores, mesmo que defendam a remoção das taxas de utente, sublinham que o que está errado com as taxas é o momento: i) o cidadão não devia enfrentar a despesas (decisão de pagar) no momento da doença (vulnerabilidade); ii) mas, os serviços de saúde têm custos e estes têm que se pagar. ( <sup>78</sup> ) Por isso, alguns defensores da manutenção das taxas consideram que ao removê-las se está a retirar o incentivo histórico que levou quase todas as sociedades hoje desenvolvidas a construir sistemas de pré-pagamento colectivo: os cidadãos pagaram tradicionalmente pelos cuidados médicos, e decidiram, individual e colectivamente, fazer pagamentos antecipados para evitar a despesa catastrófica (quando a medicina mais eficaz se tornou também mais cara). ( <sup>79</sup> ) Ou ainda, que os cidadãos não devem pensar que é uma entidade abstracta – o Estafo – que tomará conta desse pré – pagamento: o benefício dos chamados “direitos de 3.ª geração” paga-se, porque a sua materialização tem custos.

Se a AE tem assumido os custos das medidas de remoção de taxas, nos países vizinhos, por motivos já listados na secção introdutória deste relatório (particularmente o atraso com a materialização das MDM’s), é igualmente relevante assegurar que as bases de financiamento doméstico e organização fiscal serão capazes, no médio e longo prazo, de assegurar a sustentabilidade do SNS. Um dos Administradores de Distrito entrevistado manifestava a sua inquietação sobre se *“daqui a uns anos não teremos de voltar a enfrentar a população para, então, lhes comunicar que é necessário voltar a pagar taxas de utente?”*.

O assunto de fundo poderá continuar a ser, de facto, a sustentabilidade do SNS, via impostos (economia formal): uma publicação recente do Banco Mundial menciona que nas condições económicas e sociais de PMD’s os SNS, apesar das muitas críticas que têm merecido, ainda constituem melhor alternativa que os sistemas de seguros de saúde: os sistemas de base laboral são difíceis de gerir e têm ainda uma base populacional muito reduzida para a distribuição de riscos; ii) os sistemas de base comunitária têm um currículo ainda titubeante, após 2 décadas de tentativas em África (o que não constitui surpresa, quer pela necessidade de base gestonária, quer porque não se constitui sequer o rudimento da base populacional para a distribuição de riscos). ( <sup>w</sup> )

<sup>w</sup> Em Moçambique, devem anotar-se dois pontos: a) o Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) informou os autores que não contempla, para o curto prazo, qualquer iniciativa de lançamento de um seguro saúde para os seus inscritos; b) pelo menos uma ONG, responsável pelo CS de Polana – Caniço, em Maputo – pensa fazer um estudo de viabilidade para um seguro comunitário no bairro de sua implantação (mais de 100.000 habitantes).

Em Moçambique, as perspectivas de crescimento económico e da colecta fiscal parecem ser favoráveis ao suporte ao SNS por via fiscal. Mas o atingir das metas de financiamento per capita sugeridas pela Comissão para Macro-Economia e Saúde talvez só seja possível dentro de algumas décadas ( <sup>80</sup> ). A distribuição por níveis dos financiamento disponíveis e a monitorização dos resultados obtidos continuarão a exigir monitorização atenta.

## **LOCAIS VISITADOS**

### **MAPUTO (Cidade):**

Hospital Geral de Mavalane  
Centro de Saúde de Polana – Caniço

### **MAPUTO – Província:**

DPS: Depósito Provincial de Medicamentos  
SIS Provincial (Dept. Prov. de Cooper. e Planificação)  
DAF Provincial

DISTRITOS: Boane, Magude, Marracuene, Matola  
Mercados (4)

### **NAMPULA:**

DPS: Depósito Provincial de Medicamentos  
SIS Provincial (Dept. Prov. de Cooper. e Planificação)  
DAF Provincial

DISTRITOS: Mogovolas, Monapo, Murrupula, Nacala – Porto  
Mercados (4)

## **ENTREVISTAS E REUNIÕES**

### **MAPUTO – Província:**

SExa. a Governadora da Província

DPS: Sra. Directora Provincial de Saúde

#### **DISTRITOS:**

- SExas. os Administradores dos Distritos (3) e Responsável pelas Actividades Económicas (Magude, em substituição)
- Sras. Directoras Distritais de Saúde
- Grupos de Técnicos de cada CS
- Responsáveis por: Estatística, Cobrança de Taxas, Farmácia, Administração Financeira

### **NAMPULA:**

SExa. o Governador da Província

DPS: Sr. Director Provincial de Saúde

#### **DISTRITOS:**

- SExas. os Administradores dos Distritos
- Srs. Directores Distritais de Saúde
- Grupos de Técnicos de cada CS
- Responsáveis por: Estatística, Cobrança de Taxas, Farmácia, Administração Financeira

### **MAPUTO – CIDADE:**

#### **MISAU:**

- SExa. o Ministro da Saúde
- Sr. Conselheiro do Ministro da Saúde, Prof. H.F.B. Martins
- Sr. Secretário Permanente do MS
- Sr. Inspector-geral de Saúde
- Srs. Directores Nacionais de Assistência Médica e Promoção de Saúde e Controlo da Doença, de Recursos Humanos, de Administração e Finanças
- Responsáveis Nacionais pelo SIS, Doenças Não – Transmissíveis, Programa HIV-SIDA, Cooperação Internacional, Central de Medicamentos e Artigos Médicos

## **OUTRAS INSTITUIÇÕES:**

**MINED:** Sr. Director Nacional Adjunto para o Ensino Básico

**MIN. PLAN. – DESENV.:** Sr. Director Nacional Adjunto para a Planificação

**Centro de Integridade Pública:** Director

**INSS:** Sr. Director Geral do INSS, acompanhada de equipa de quadros

**ANEMO:** Sra. Secretária Geral

## **REUNIÕES COM DOADORES E PARCEIROS DE PRIMEIRO CONTACTO:**

Representantes das seguintes organizações participaram em encontros com a equipa:

- DFID
- OMS
- USAID
- Embx. da República da Irlanda
- Comissão Europeia
- FNUAP
- Cooperação Técnica Suíça
- Embx. da Holanda
- Embx. da Noruega
- NAIMA (ONG)

## SIS – SAÚDE E IDH-2003: COMPARAÇÃO DE TAXAS DE COBERTURA

### SIS - NACIONAL

PROVÍNCIAS	2006		Tx. UTILZ. CONS. /H / Ano			Tx. Cobert. Partos			
	Habtt/US	T.M. Inf.	2001	2004	2006	2001	2004	2006	IDS-2003
NIASSA	8.283	140	0,8	1,1	1,2	55,7%	73,3%	76,7%	45,9%
CABO DELGADO	17.190	178	0,6	0,7	0,8	26,0%	34,1%	38,8%	29,6%
NAMPULA	19.894	164	0,5	0,8	0,9	37,0%	43,1%	46,3%	36,8%
ZAMBEZIA	21.683	89	0,6	0,7	0,7	27,8%	34,6%	36,0%	32,6%
TETE	15.366	125	0,7	0,8	0,9	42,2%	48,4%	45,0%	47,4%
MANICA	16.789	128	0,9	1,0	1,2	48,0%	55,8%	58,0%	55,7%
SOFALA	12.235	149	1,0	1,1	1,2	41,6%	49,1%	51,2%	51,4%
INHAMBANE	13.580	91	0,9	1,2	1,3	41,8%	43,1%	41,1%	49,6%
GAZA	10.927	92	1,1	1,4	1,4	51,1%	53,8%	52,4%	62,6%
MAPUTO PROVINCIA	6.618	61	1,2	1,2	1,4	37,1%	42,6%	45,1%	84,8%
MAPUTO CIDADE	29.624	51	1,0	1,4	1,6	89,6%	76,2%	78,9%	88,2%
PAIS		b)	0,8	0,9	1,0				

PROVÍNCIAS	% Cobert. Vac. Sarampo				Índice Cons. Realizáveis PME a)			N.º TOTAL CONS. NÍV. 1.º ano c)			Tx. Utilz. CSP (2006)
	2001	2004	2006	IDS-2003	2001	2004	2006	2001	2004	2006	
NIASSA	115,3%	129,2%	133,5%	51,9%	89,0%	66,9%	79,3%	794.553	1.041.527	1.150.437	1,06
CABO DELGADO	96,8%	91,1%	104,5%	80,2%	106,3%	95,4%	70,0%	971.718	1.111.961	1.314.841	0,8
NAMPULA	109,0%	94,5%	102,2%	69,1%	0,0%	106,2%	0,0%	2.024.904	2.650.881	3.143.574	0,8
ZAMBEZIA	88,4%	101,3%	100,8%	63,3%	100,2%	78,2%	18,8%	1.972.022	2.363.606	2.464.228	0,6
TETE	105,2%	90,7%	102,3%	72,0%	90,6%	35,7%	21,5%	977.499	1.184.041	1.310.121	0,8
MANICA	93,4%	101,9%	128,7%	81,5%	83,5%	56,5%	90,4%	1.089.259	1.222.563	1.552.220	1,1
SOFALA	80,6%	80,6%	85,2%	74,7%	89,5%	103,4%	67,7%	1.411.015	1.571.899	1.916.142	1,1
INHAMBANE	87,6%	93,9%	90,3%	92,9%	79,6%	105,5%	86,5%	1.327.086	1.598.297	1.773.687	1,3
GAZA	92,6%	102,0%	97,5%	91,7%	37,5%	114,6%	66,2%	1.337.254	1.709.306	1.858.253	1,4
MAPUTO PROVINCIA	74,5%	77,3%	92,4%	95,2%	20,3%	204,8%	82,8%	1.235.011	1.239.649	1.512.596	1,4
MAPUTO CIDADE	80,8%	75,2%	68,8%	96,9%	0,0%	78,2%	0,0%	1.399.590	1.384.616	1.648.545	1,3
PAIS										19.644.642	0,98

a) (N.º Cons. X KIT PME) / N.º Cons. Realizadas

b) Informação do IDS, 2003

c) Estimativa: 25% das Cons. Ext. da Capital Provincial, feitas no Hosp. Provincial / Central.  
Na Prov. De Maputo, 25% das Cons. Ext. feitas em Hospitais da Cidade de Maputo

## EVOLUÇÃO DE TAXAS DE COBERTURA E N.º SERVIÇOS, SEM REMOÇÃO DAS TAXAS

PROVÍNCIAS	Tx. Cresc. Util.	Tx. Utilz. 2006	Tx. Utilz. 2011
	(01-06)		
NIASSA	8%	1,06	1,49
CABO DELGADO	7%	0,80	1,09
NAMPULA	11%	0,81	1,30
ZAMBEZIA	3%	0,65	0,75
TETE	5%	0,84	1,05
MANICA	7%	1,14	1,57
SOFALA	6%	1,14	1,49
INHAMBANE	7%	1,26	1,74
GAZA	6%	1,39	1,82
MAPUTO PROVINCIA	3%	1,41	1,61
MAPUTO CIDADE	12%	1,32	2,13
PAÍS	7%	0,98	1,34

### CRESCIMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - 1: TAXAS DE CRESCIMENTO ÚLTIMOS ANOS

#### N.º CONSULTAS C.S.P.

PROVÍNCIAS	2008	2009	2010
NIASSA	1.326.351	1.458.574	1.599.449
CABO DELGADO	1.565.410	1.700.732	1.843.058
NAMPULA	3.961.394	4.454.423	4.981.158
ZAMBEZIA	2.736.704	2.882.679	3.035.581
TETE	1.507.953	1.615.924	1.730.322
MANICA	1.882.976	2.064.516	2.257.428
SOFALA	2.241.835	2.418.525	2.636.720
INHAMBANE	2.129.604	2.322.972	2.527.098
GAZA	2.169.657	2.338.670	2.517.009
MAPUTO PROVINCIA	1.675.736	1.761.023	1.848.641
MAPUTO CIDADE	2.123.115	2.380.361	2.651.156
PAÍS	23.320.735	25.398.397	27.627.620

## TAXAS DE UTILIZAÇÃO (C.S.P.) NOS DISTRITOS DA AMOSTRA (VISITADOS)

Taxa de utilização de Consultas Nível Primário  
Distritos de Inquérito  
Informação SIS, 2005

	DISTRITO	Taxa de Utilização (a)	
MAPUTO	BOANE	1,4	
	MAGUDE	1,4	
	MARRACUENE	3,1	
	DSC MATOLA	1,0	(u)
NAMPULA	MOGOVOLAS	0,7	
	MONAPO	0,7	
	NACALA-PORTO	0,6	(u)
	MURRUPULA	0,8	

(a) Taxa de utilização =  $N.^{\circ}$  Consultas / Capita / Ano

(u) Distrito Urbano

## LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS DA AMOSTRA (VISITADOS)



## BIBLIOGRAFIA

- 1 Termos de Referência da Consultoria
- 2 República de Moçambique. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2006-09. Maputo, Maio, 2006
- 3 DFID, Working together for better health, 2007
- 4 Save the Children Fund. An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries. Londres, 2005
- 5 Thomas Vogel. User Fees in Health. Arguments in the Current Debate. A brief stocktaking paper. A paper established in the frame of the SDC Backstopping Mandate 2006 of the Social Development Division's Health Desk. Dec. 31st 2006
- 6 G8 Summit, 2007, Heilingendamm. Declaration. Growth and Responsibility in Africa.
- 7 UNDP, Human Development Report, 2005
- 8 Shaw, R and Griffin, C (1995). Financing Health Care in sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance Washington, DC: World Bank.
- 9 Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services What Works, What Doesn't, and Why. The World Bank, 2005
- 10 Muela, S, Mushi, A, and Ribera, J (2000). 'The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania'. Health Policy and Planning, 15, 296–302.
- 11 Shaw, R and Griffin, C (1995). IDEM
- 12 World Bank (1987). Financing health services in developing countries: An agenda for reform Washington, DC: World Bank
- 13 Save the Children Fund., 2005. IDEM
- 14 Gottret P., Schieber, G. Health Financing revisited. A practitioner's guide. The World Bank, 2006
- 15 Davidson R. Gwatkin. Are Free Government Health Services The Best Way to Reach to Poor?. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, September 2004
- 16 Deininger, K., Mpuga, P. Economic and Welfare impact of the abolition of user fees: evidence from Uganda. Journal of African Economies, 14, N.º 1, 55-91
- 17 Davidson R. Gwatkin, et al, 2005. IDEM
- 18 World Bank (1987). IDEM.
- 19 Save the Children Fund. 2005. IDEM
- 20 Sharma, P. Introduction to Human Development. Capit. 1 - Readings in Human Development. UNDP, 2006
- 21 Alleyne, G.A.O., Cohen, D. The Report of the Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health - Health, Economic Growth and Poverty Reduction. WHO, Geneva, 2002
- 22 Chris James, Saul S Morris, Regina Keith and Anna Taylor. Impact on child mortality of removing user fees: simulation model. BMJ 2005;331;747-749
- 23 Yates, R. International Experiences in Removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique. DFID Health Resource Centre, 2006
- 24 McPake, B. User charges for health services in Developing Countries: a review of the economic literature. Social Science & Medicine, 33, N.º 11 (1993), 1397-1405
- 25 Ministério da Saúde, Central de Medicamentos e Artigos Médicos. Relatório Síntese das Auditorias 2005. Maputo, Nov. 2006
- 26 USAID. Avaliação da corrupção, Moçambique. Relatório Final. Dez. 2005
- 27 Save the Children Fund, 2005. IDEM
- 28 Liz Walker, Lucy Gilson. 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Social Science & Medicine 59 (2004) 1251–1261
- 29 McPake, B. et al., Informal Economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. Social Science & Medicine, 49 (1999), 849-865
- 30 Ferrinho, P., van Lerberghe, W. Providing health care under adverse conditions. Studies in Health Services Organization & Policy, ITG Press, Antwerp, 2000
- 31 Ferrinho, P., Omar, C. The human Resources for Health Situation in Mozambique. Africa Regional, World Bank, March, 2006
- 32 McPake, B. et al., 1999. IDEM

- 33 Yates, R., 2006. IDEM
- 34 Lucy Gilson and Di McIntyre. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 2005;331;762-765
- 35 Save the Children Fund, 2005. IDEM
- 36 Davidson R. Gwatkin et al , 2005. IDEM
- 37 Liz Walker, Lucy Gilson. 2004. IDEM
- 38 Wilkinson, D, Gouws, E, Sach, M and Abdool Karim, SS (2001). ‘Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa’, *WHO Bulletin*, 79, 665–671.
- 39 Shaw, R and Griffin, C (1995). IDEM
- 40 Yates, R., 2006. IDEM
- 41 Yates, R The impact of abolishing user fees in Africa – recent developments in six African countries. Apresentação à IHEA, Copenhaga, Julho de 2007
- 42 J Nabyonga, M Desmet, H Karamagi, PY Kadama, FG Omaswa and O Walker. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*; 20(2): 100–108
- 43 Deininger, K., Mpuga, P. *Journal of African Economies*, 14, N.º 1, 55-91. 2004, IDEM
- 44 Gilbert M. Burnham, George Pariyo, Edward Galiwango, & Fred Wabwire-Mangen. Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization* | March 2004, 82 (3)
- 45 Yates, R 2007. IDEM
- 46 PARPA – II. IDEM
- 47 Moçambique, Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito aos Agregados Familiares sobre o orçamento familiar (2002/03). Relatório Final. Maputo, 2003
- 48 Moçambique, Ministério da Saúde. Base de Dados das ONG’s. Maputo, Dir. Nac. de Cooperação Internacional
- 49 Yates, R., 2006. IDEM
- 50 Moçambique, Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. Despesa Pública com a Saúde em Moçambique. Principia Publicações, Cascais, 2004
- 51 Mark Pearson. Issues Paper: The Case for Abolition of User Fees for Primary Health Services. DFID Health Resources Centre, 2004
- 52 Moçambique, Ministério da Planificação e Desenvolvimento, Ministério das Finanças. Cenário Fiscal de Médio Prazo, 2007-2009. Junho de 2006
- 53 Moçambique, Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. 2004. IDEM
- 54 Moçambique, Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. 2004. IDEM
- 55 Partners’ comments. Draft. Comments on OE 2007. Health component. Nov, 2006
- 56 Ferrara PD. (para o MISAU e o Management Sciences for health). Comportamento na Procura de cuidados de Saúde: análise do IAF, 1996-97 (Volume 6). Coleção Moçambique – Estudos do Financiamento da Saúde, 1997
- 57 Moçambique, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2003. IDEM
- 58 Moçambique, Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. O nível primário do Sector da Saúde em Moçambique. Resultados de um Inquérito sobre financiamento, gestão e prestação de serviços. Principia Publicações, Cascais, 2004
- 59 Mosse, M., Cortez, E. A corrupção no sector saúde, em Moçambique. Moçambique, Centro de Integridade Pública. Doc. de Discussão N.º 4, Jan. 2006
- 60 Thomas Vogel. , 2006. IDEM
- 61 USAID. 2005. IDEM
- 62 Ministério da Saúde, Central de Medicamentos e Artigos Médicos. 2006. IDEM
- 63 USAID. 2005. IDEM
- 64 Thomas Vogel. , 2006. IDEM
- 65 Ministério da Saúde, Central de Medicamentos e Artigos Médicos. 2006. IDEM
- 66 Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. 2004. IDEM
- 67 CESO – Consultores Internacionais. Estudo sobre Incentivos no Ministério da Saúde. Outubro, 2006
- 68 Yates, R. Copenhaga, 2007. IDEM
- 69 Rispel, L. et al. Confronting Needs with Resources: Guidelines and Standards for Primary Health Care in South Africa. Relatório Técnico final (para o Departamento de Saúde). 1995
- 70 Gilbert M. Burnham, 2004. IDEM
- 71 Yates, R., 2006. IDEM

- 72 McPake, B. et al, 1999. IDEM  
73 USAID. 2005. IDEM  
74 Matos, C., Damasceno et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in  
Mozambique. Apresentação em Fukuoka, Outubro 2006  
75 Lucy Gilson and Di McIntyre. BMJ 2005. IDEM  
76 Chris James, BMJ 2005. IDEM  
77 Deininger, K., Mpuga, P. Journal of African Economies, 14, N.º 1, 55-91. 2004, IDEM  
78 Lucy Gilson and Di McIntyre. BMJ 2005. IDEM  
79 Gottret P., Schieber, G. , 2006. IDEM  
80 Moçambique, Ministérios do Plano e Finanças e da Saúde. Despesa Pública com a Saúde em  
Moçambique. Principia Publicações, Cascais, 2004. IDEM