

Avaliação Conjunta do Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique (PESS, 2014-2019)

Agosto de 2013

Abreviaturas

| Abreviaturas | Explicação |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACA | Avaliação Conjunta Anual |
| AIDS | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| APEs | Agentes Polivalentes Elementares |
| ARV | Antiretroviral |
| AS | Análise da Situação |
| | |
| CCS | Comité de Coordenação Sectorial |
| CMAM | Central de Medicamentos e Artigos Médicos |
| CFMP | Cenário Fiscal de Médio Prazo |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| | |
| DAF | Direcção de Administração e Finanças |
| DFID | Department for International Development (UK) – Departamento para o Desenvolvimento Internacional |
| DNAM | Direcção Nacional de Assistência Médica |
| DNSP | Direcção Nacional de Saúde Pública |
| DNT | Doenças Não Transmissíveis |
| DPC | Direcção Nacional de Planificação e Cooperação |
| DTN | Doenças Tropicais Negligenciadas |
| DPS | Direcção Provincial de Saúde |
| DRH | Direcção de Recursos Humanos |
| | |
| EPI / PAV | Programa Alargado de Vacinação |
| | |
| FSS | Fortalecimento dos Sistemas de Saúde |
| | |
| GFATM | Global Fund to Combat AIDS, TB and Malaria (Fundo Global de Combate ao SIDA, TB e Malária) |
| GM | Governo de Moçambique |
| | |
| HIS / SIS | Sistema de Informação para Saúde |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| | |
| IDS | Inquérito Demográfico de Saúde |
| IGS | Inspecção-geral da Saúde |
| IHP+ | International Health Partnership |
| IFMIS | Integrated Financial Management Information System (Sistema Integrado de Gestão Financeira) |
| I-ONGs | Organizações Não-governamentais Internacionais |
| | |
| JANS | Joint Assessment of National Strategies/ Avaliação Conjunta das Estratégias Nacionais de Saúde |
| | |
| M&A | Monitoria e Avaliação |

| Abreviaturas | Explicação |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MF | Ministério das Finanças |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| MPD | Ministério do Plano e Desenvolvimento |
| | |
| ODM | Objectivos de Desenvolvimento do Milénio |
| OGE | Orçamento Geral do Estado |
| ONG | Organizações Não-governamentais |
| OSC | Organizações da Sociedade Civil |
| | |
| PARP | Plano de Acção para a Redução da Pobreza |
| PAV | Programa Alargado de Vacinação |
| PD | Parceiros de Desenvolvimento |
| PES | Plano Económico e Social |
| PESS | Plano Estratégico do Sector Saúde |
| PF | Planeamento Familiar |
| PIMA | Grupo de Trabalho de Planificação, Infraestrutura, Monitoria e Avaliação (MISAU & Parceiros) |
| PPP | Parcerias Público Privadas |
| PQG | Plano Quinquenal do Governo |
| PT | Parteira Tradicional |
| | |
| QAD | Quadro de Avaliação de Desempenho |
| QDMP MTEF | Quadro de Despesas de Médio Prazo – Mid Term Expenditure Framework |
| | |
| RHH / RH | Recursos Humanos Para Saúde |
| | |
| SDSMAS | Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SIS | Sistema de Informação de Saúde |
| SISTAFE | Sistema de Administração Financeira do Estado |
| SMI | Saúde Materno-Infantil |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SSR | Saúde Sexual e Reprodutiva |
| | |
| TARV | Tratamento Antiretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TdR | Termos de Referência |
| | |
| UGEA | Unidade Gestora e Executora das Aquisições |
| UHC | Universal Health Coverage - Cobertura Universal de Cuidados de Saúde |
| UNICEF | United Nations Children Fund (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância) |
| WB / BM | World Bank – Banco Mundial |

Índice

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abreviaturas..... | 1 |
| Índice..... | 3 |
| Agradecimentos..... | 4 |
| Introdução..... | 5 |
| Historial e Objectivo..... | 5 |
| Metodologia..... | 6 |
| Equipa da JANS..... | 7 |
| 1. Principais Observações (Sumário Executivo) | 8 |
| 1.1 Observações e recomendações gerais..... | 8 |
| 1.2 Análise da situação e programação | 9 |
| 1.3 Processo | 10 |
| 1.4 Custo e quadro orçamental | 12 |
| 1.5 Implementação, Gestão Financeira e Governação | 13 |
| 1.6 Monitoria, Avaliação e Revisão..... | 16 |
| 2. Avaliação do PESS III | 18 |
| 2.1 Análise da Situação e Programação..... | 18 |
| 2.2 Processo | 21 |
| 2.3 Custos e Quadro Orçamental..... | 23 |
| 2.4 Implementação, Gestão Financeira e Governação | 26 |
| 2.5 Monitoria, Avaliação e Revisão..... | 34 |
| ANEXOS | 1 |
| 3.1. Termos de Referência para uma missão de Avaliação Conjunta do Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS III 2013-2017..... | 1 |
| 3.2. Programa de Trabalho | 7 |
| 3.3. Lista de pessoas contactadas / entrevistadas..... | 11 |
| 3.4. Documentos consultados..... | 15 |
| 3.5. Recomendações do JANS com Comentários do MISAU-PIMA | 18 |

Agradecimentos

A equipa da JANS gostaria de manifestar o seu profundo reconhecimento e gratidão ao Ministério da Saúde e às várias organizações que operam no sector da saúde e que facultaram os seus comentários e ideias sobre o conteúdo e o processo de elaboração do PESS 2014-2019. Gostaríamos de fazer uma menção particular às seguintes entidades:

- Exmo Senhor Secretário Permanente, Dr. Marcelino Lucas,
- À Direcção da DPC Dra. Célia Gonçalves, Dr. Moisés Ernesto Mazivila e toda a equipe,
- Ao Grupo Técnico de Trabalho (GTT) do PESS, com agradecimentos especiais ao Dr Elias Cuambe,
- Ao Grupo de Trabalho PIMA (Planificação, Infraestrutura e Monitoria & Avaliação), com agradecimentos especiais à Dra. Hilde De Graeve,
- Aos Directores Nacionais das várias Direcções Nacionais e Departamentos do MISAU,
- Aos membros dos vários Grupos Técnicos do sector de saúde,
- A todos os parceiros técnicos e financeiros com quem nos encontramos,
- À Sociedade Civil e aos participantes nas reuniões de trabalho.

Introdução

Historial e Objectivo

Desde a independência, celebrada em 1975, o desenvolvimento em Moçambique tem sido guiado por uma sequência de Planos Quinquenais de Desenvolvimento. Em 2002 o Governo de Moçambique (GM) introduziu uma série de reformas em todos os sectores de desenvolvimento com o objectivo de iniciar um processo de descentralização e levar as lideranças para mais perto dos níveis inferiores da organização do Estado (Províncias e Distritos). Para as Municípios, foi escolhido um modelo de delegação de poderes, que neste momento está em processo de expansão a todos os municípios do país. É neste contexto que o sector da saúde iniciou o seu Plano Estratégico do Sector da Saúde – PESS em 2000 com o objectivo de melhorar gradualmente o estado de saúde das populações. O actual PESS é o terceiro do género (PESS III), representando uma continuação desta boa prática de gestão no país, com vista a melhorar o acesso e a qualidade dos actuais serviços (Pilar 1), enquanto ao mesmo tempo se dá continuidade a uma série de Reformas no sector da saúde destinadas a melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de serviços em geral a todos os níveis (Pilar 2).

O sector da saúde distingue quatro níveis de prestação de serviços, desde os Postos de Saúde e Centros de Saúde a nível das localidades até aos Hospitais Distritais e Hospitais Provinciais e, por último, até aos Hospitais Centrais /de Especialidade no topo da pirâmide da saúde.

A elaboração do PESS 2014-2019 passou por um processo longo e participativo que envolveu Organizações do Estado a nível Nacional e Provincial (MISAU, MF, MPD e DPS), outras instituições chave a nível nacional e parceiros internacionais e ONGs nacionais / internacionais. Este processo assenta numa análise exaustiva da situação e em evidências de inquéritos e estudos anteriores. O processo também incluiu um exercício abrangente (OneHealth) de cálculo do custo do plano e a elaboração de um quadro de monitoria robusto.

Na fase final antes da formalização do plano, o MISAU e seus parceiros de desenvolvimento, dentro do contexto do Health Partnership (IHP+)¹, decidiram fazer uma Avaliação Conjunta independente do conteúdo e processo do rascunho da Estratégia Nacional (Joint Assessment of the National Strategy – JANS). A JANS foi realizada em duas fases: uma primeira fase, que teve lugar de 10 a 16 de Março, e uma segunda fase, que decorreu de 14 a 24 de Julho de 2013. A justificação desta abordagem faseada foi a observação em Março, pela equipa, de que o rascunho do PESS não estava pronto para uma avaliação completa (na ausência de um quadro completo de cálculo de custos e monitoria). Felizmente foi possível ter de volta a mesma equipa (menos uma pessoa) três meses mais tarde em Julho, altura em que tinha sido concluído um rascunho completo do PESS.

Os Termos de Referência (TdR no Anexo 3.1), que orientam este processo de avaliação, mencionam os seguintes objectivos para esta missão:

¹. Moçambique juntou-se à IHP+ em 2007. O País assinou um compacto com 18 Parceiros de Desenvolvimento em 2008

Analisar a versão preliminar do PESS III, usando os vários instrumentos e guiões, de modo a identificar as suas forças e desafios, e para recomendar melhorias onde se achar necessário:

Especificamente a missão desenvolveu um perfil de forças e desafios de cinco conjuntos de atributos:

1. A coerência da análise de situação do PESS III e as suas estratégias decorrentes dessa análise;
2. Processo pelo qual foi desenvolvido o plano nacional e as suas estratégias, incluindo o seu alinhamento com políticas nacionais e estratégias multisectoriais, e o papel de intervenientes chave;
3. A objectividade das projecções e estratégias financeiras, e dos procedimentos de financiamento e auditoria;
4. Procedimentos de implementação e gestão, incluindo para os vários programas e sistemas de saúde tais como recursos humanos e procurement;
5. Os mecanismos para resultados, monitoria e reavaliação, incluindo gestão do risco e plano de mitigação.

Metodologia

Uma equipa mista internacional e nacional avaliou o Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde (PESS 2014 - 2019), usando a Ferramenta e Directivas de Avaliação Conjunta² (versão 2, Setembro de 2011), elaboradas pelo Secretariado da IHP+.

As metodologias usadas para se chegar às conclusões e recomendações foram as seguintes:

Revisão documental (Anexo 3.4): Bem antes do início da missão em Março, a equipa recebeu um volume significativo de documentos chave que cobrem áreas importantes de programas, sistemas, financiamento e monitoria e avaliação. Antes e durante a segunda fase da avaliação (em Julho), foi recebida informação adicional, com mais detalhes sobre o processo de elaboração do PESS, incluindo as actas das reuniões que tiveram lugar com as instituições do governo e Parceiros em todas as Províncias do país.

Entrevistas e discussões com informadores chave: Durante a missão realizada em Março, a equipa reuniu-se com o grupo de trabalho conjunto para a Planificação, Infraestruturas e Monitoria e Avaliação (PIMA), o grupo técnico de trabalho (GTT), responsável pela elaboração do PESS, doadores e outros intervenientes. No primeiro dia da missão de Julho, a equipa voltou a reunir-se com a PIMA e o GTT. Com base no programa de trabalho anteriormente elaborado (anexo 3.2), a equipa iniciou no mesmo dia uma série intensiva de entrevistas com o objectivo de se reunir com quase todos os intervenientes (anexo 3.3), nomeadamente a Direcção Máxima do MISAU, todas as Direcções Nacionais e Departamentos relevantes, todos os principais programas do sector, membros de todos os seis grupos de trabalho (GT do lado dos doadores e do lado do Misau), uma grande representação de agências doadoras presentes no sector da saúde e o órgão de coordenação das ONGs (inter) nacionais. Apenas o sector privado não foi entrevistado.

Foram realizadas **visitas de campo** em Março às províncias de Sofala, Gaza e Maputo, onde a equipa entrevistou pessoal responsável da Direcção Provincial de Saúde (DPS), as ONGs e outros parceiros de financiamento na Província. Além disso, foram visitados 1-2 distritos de cada Província, onde foi entrevistado pessoal de nível de gestão do distrito e pessoal do hospital distrital ou centro de saúde.

². IHP+, September 2011. Combined Joint Assessment Tool and Guidelines (rascunho, Versão 2)

Além das acções acima mencionadas e a pedido do Secretariado da IHP+ em Genebra, a equipa prestou particular atenção ao alinhamento do PESS com as estratégias e planos dos vários programas (importantes) no país, financiados essencialmente através do GFATM. O enfoque incidiu em questões relacionadas com o equilíbrio, coerência e alinhamento no financiamento e na monitoria entre as estratégias do programa e a estratégia do sector em geral.

A ferramenta JANS mais recente reduziu a importância da análise das questões fiduciárias, uma vez que a JANS não substitui uma avaliação fiduciária pelas DP's. A equipa JANS moçambicana não tinha um especialista em gestão financeira e/ou procurement (aquisições). Não obstante, o relatório inclui algumas observações importantes nestas áreas.

No fim da missão, a equipa reuniu-se informalmente com a comissão organizadora da JANS (PIMA) e com a equipa que elaborou o PESS (GTT). Na Terça-feira, dia 24 de Julho, a equipa apresentou um informe completo a todos os intervenientes (cerca de 100 participantes). A reunião foi presidida pelo Secretário Permanente.

Equipa da JANS

Membros da equipa da JANS em Moçambique (todos os membros participaram a título pessoal):

| NOME | PROFISSÃO | FOCO DO ATRIBUTO | ATRIBUTOS |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Jarl Chabot, Chefe de Equipa | Saúde Pública / Serviços | Governança | 1 - 4 e 14 |
| Hélder Nhamaze | Antropólogo | Análise da Situação e Programação | 1 - 4 |
| Carolina Omar | Especialista em Saúde Pública | Processos | 5 - 7 |
| Nicolas Bidault ³ | Engenheiro Médico | Processos | 5 - 7 |
| Bernt Andersson | Economista em Saúde | Custos e Finanças | 8 - 9 e 13 |
| John Fieno ⁴ | Cientista Político | Implementação e Gestão | 10 - 12 |
| Notburga Timmermans | Especialista em Sistemas de Saúde | Implementação e Gestão | 10 - 13 |
| Henk Eggens | Saúde Pública / Controlo de Doenças | Monitoria, Avaliação e Revisão | 15 - 16 |

³. Nicolas Bildault, participou na primeira missão do JANS e na segunda missão do JANS deu apoio a distância.

⁴ John Fieno, participou somente na primeira missão do JANS.

1. Principais Observações (Sumário Executivo)

1.1 Observações e recomendações gerais

O Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique (PESS 2014 - 2019) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Direcção de Planificação e Cooperação / DPC) em conjunto com as outras Direcções do Ministério, Direcções Provinciais de Saúde (DPS), parceiros técnicos e financeiros e com o apoio indirecto das Organizações da Sociedade Civil. O documento contém uma Estratégia totalmente orçamentada para um período de seis anos (formulada com recurso à ferramenta OneHealth) e um Quadro de Monitoria capaz de avaliar anualmente o grau de execução dos principais programas (Pilar 1). O PESS foi elaborado durante um período ligeiramente superior a um ano, durante o qual os últimos 4-5 foram um processo impressionante de consciencialização e de apropriação no seio de todos os intervenientes.

O documento contém uma análise da situação detalhada e completa, com base em documentação de fundamentação exaustiva, incluindo políticas gerais, mecanismos de prestação de serviços, sistemas de saúde e questões ligadas à governação e liderança. A seguir às suas declarações de Visão e Missão, propõe dois pilares de intervenção, em que o *Pilar 1* assenta numa maior e melhor prestação de serviços e o *Pilar 2* aborda uma série de áreas de reformas como parte da agenda de descentralização da acção governativa. A sustentar os dois *Pilares* estão sete objectivos estratégicos que respondem aos vários princípios que orientam o sector, nomeadamente: melhorar o acesso e a utilização; melhorar a qualidade do atendimento; reduzir as desigualdades; melhorar a eficácia e a eficiência, melhorar as parcerias e a transparência e – por último – fortalecer os vários sistemas de saúde (pilares).

No *Pilar 1*, a maior parte dos programas está devidamente alinhada com o PESS (ex. prioridades, indicadores, orçamento), enquanto no *Pilar 2*, o documento adopta um enfoque relacionado com os sistemas, em que as intervenções e as metas continuam ainda por definir com mais detalhes. No geral, as metas relativas ao *Pilar 1* parecem realistas dentro do período de 6 anos, dependendo do grau de apoio financeiro (externo) e do compromisso por parte de níveis políticos (superiores) (MF, MPD). O PESS é orçado utilizando custos unitários de todos os pilares e programas. Sugere três cenários alternativos. No entanto, com os recursos disponíveis, e conforme descrito no PARP, é pouco provável que os cenários 1 e 2 se venham a materializar.

Dado o calendário muito limitado para concluir o PESS, a equipa da JANS sugere que as suas recomendações sejam tomadas em consideração pelo MISAU e Parceiros em dois âmbitos: curto prazo (dentro de 4 semanas antes do CCS a ser incluídas no PES 2014) e médio a longo prazos (a ser incluído como parte do PES 2015 e outros).

A seguir resumimos apenas as recomendações essenciais a curto prazo⁵:

⁵. Todas as recomendações e os comentários do MISAU foram juntados no Anexo 3.5.

- Incluir a realização da Cobertura Universal de Cuidados de Saúde (Universal Health Coverage – UHC) como um objectivo global do PESS.
- Incluir uma descrição das estruturas de coordenação existentes a nível central e provincial.
- Alinhar o PESS com o próximo Plano Quinquenal do Governo, alterando a data do seu início do rascunha que a equipe recebeu de 2013 para 2014 e acrescentando mais um ano à sua duração. Desta forma, o PESS III irá durar de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2019.
- Como parte do Pilar 2, elaborar Termos de Referência com calendário de implementação, roteiro e pontos de referência para as principais intervenções relacionadas com as Reformas, conforme especificado mais adiante no presente documento. Neste contexto, considerar a possibilidade de criação de uma “Unidade de Reformas”.
- Fortalecer o diálogo com todos os parceiros do PROSAUDE com vista a garantir que os desafios deste importante mecanismo de financiamento sejam resolvidos; o MISAU deve providenciar uma liderança credível e forte para ultrapassar o actual impasse e/ou apresentar alternativas de médio a longo prazos.
- Além do acima exposto, o PESS deve incluir (i) uma descrição (e orçamentação) dos actuais esforços de desenvolvimento de grandes infra-estruturas; (ii) informação qualitativa sobre a formação de um número adicional de profissionais de saúde, projecções e lacunas; e (iii) uma análise da situação referente à gestão da logística do equipamento médico e não médico, bem como de artigos não médicos. Por último, deve fazer menção aos objectivos, estratégias e indicadores para o fortalecimento do sistema de aquisições (procurement).
- Equilibrar a lista de indicadores do programa, reflectindo melhor as prioridades (mais equilibradas) definidas no PESS. Rever as metas do fim do PESS para o novo ano final do PESS (2019).
- Rever e completar a lista de fontes de informação, dados de referência e metas necessários para avaliar o desempenho.
- Alinhar as prioridades e Objectivos Estratégicos do PESS (com os seus dois Pilares, o seu quadro de monitoria e orçamento com base na ferramenta One Health) com o PES 2014, que já está elaborado neste momento.

1.2 Análise da situação e programação

A Análise de Situação (AS) fez uso de um vasto conjunto de dados e informações produzidos de uma forma sistematizada por vários estudos e revisões. Assim sendo a AS beneficiou de uma visão ampla e holística de todos os sectores com uma descrição apurada dos determinantes sociais, dos programas e dos respectivos sistemas de apoio. Do exercício realizado foi possível ver as relações existentes entre indicadores como as características da produção agrícola, a matriz sociocultural ou as condições ambientais; com o estado da saúde no país.

A análise sistematizada realizada serviu de base para a definição dos princípios e objectivos estratégicos do Plano, estes últimos são o retrato fiel de uma resposta às dinâmicas descritas naquela. Todavia nota-se que a análise dos problemas enfrentados pelo sector, por um lado, não enfatizou as inúmeras realizações do Ministério da Saúde (MISAU) já em curso particularmente no campo das reformas, e por outro lado parece ter sido muito crítica em relação ao desempenho do mesmo diminuindo o peso relativo da contribuição e das responsabilidades dos outros intervenientes.

Ligado ao último ponto, ou talvez não, o Plano não chega a fazer uma descrição das diversas estruturas de coordenação existentes no sector, apesar de a sua existência ser largamente reconhecida. Na mesma linha o Plano é fraco em definir detalhadamente os mecanismos de colaboração entre actores estatais e não estatais. A nível interno seria igualmente uma mais-valia se o PESS III abordasse de uma forma directa a natureza vertical de muitos dos seus programas, um dos pontos críticos quando se pretende alcançar os objectivos centrais por via de uma descentralização do aparelho de decisão.

Pode-se notar que a estratégia de intervenção do MISAU continuou concentrada na componente curativa, com pouca prevalência tanto da dimensão preventiva como das estruturas a ela ligadas como a saúde comunitária e o Departamento de Promoção de Saúde. O pacote básico de serviços é indicado em um primeiro momento mas a sua implementação não é operacionalizada pelo documento. A equipa da JANS recomenda portanto que os mecanismos e estruturas de coordenação do sector devem ser clarificados e documentados. Esse aspecto irá ajudar na identificação de papéis e responsabilidades a serem atribuídos a cada um dos *stakeholders*.

1.3 Processo

O processo do qual o PESS 2014-2019 foi desenvolvido demonstrou uma apropriação ‘Ownership’ do MISAU dentro do sector público, liderado por um grupo técnico de trabalho (GTT), criado em Junho de 2012 e composto por quadro seniores da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) e parceiros técnicos de cooperação do MISAU, que tinham como responsabilidade coordenar as etapas necessárias para elaboração e aprovação do PESS, num horizonte temporal dum ano, que segundo o próprio Ministério reconhece, o tempo constituiu um determinante crucial na condução e inclusão de todos os aspectos inerentes a elaboração do PESS.

A elaboração do PESS envolveu um processo de consulta interna em que os responsáveis de programas, dos departamentos e das instituições subordinadas ao MISAU trabalharam com a equipe do GTT dando o seu contributo no desenvolvimento do documento PESS e harmonização deste com as estratégias e planos estratégicos e operacionais já existentes. Também, os grupos de trabalho dos parceiros de cooperação do sector saúde-HPG (Administração e Finanças, Recursos Humanos, ONGs, Programas e Prestação de Serviços, Medicamentos, Logística & Procurement e Planificação, Infra-estruturas, Monitoria & Avaliação) tiveram uma participação sistemática no desenvolvimento do PESS, que de maneira colectiva e ou individual, deram a sua própria contribuição para melhorar o conteúdo e a redação do primeiro (em Novembro de 2012); segundo (em Março de 2013) rascunho do documento PESS e o terceiro rascunho (em Maio de 2013).

O processo de auscultação externa, apesar de não ter sido sistemática ao longo do desenvolvimento do PESS, esta ocorreu em duas fases. Na primeira fase, em Fevereiro de 2013, foi realizado um processo de consulta com os parceiros de cooperação do MISAU e uma consulta nacional em que participaram todas as Direcções Provinciais de Saúde e os representantes da sociedade civil. Na segunda fase, em Junho de 2013, foi efectuado um processo de consulta com a sociedade civil nas 11 províncias do país na qual

abrangeu também uma consulta a sete sessões de Governos Provinciais e uma consulta com as instituições do Governo ao nível central. Este processo de consulta foi liderado por quadros seniores e técnicos do MISAU e teve também representatividade dos parceiros de cooperação do MISAU.

Caixa nº 1: Principais Eventos no Desenvolvimento do PESS 2014 - 2019

| DATA | EVENTO |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Novembro de 2011 | Revisão do Sector da Saúde (aprovado em Outubro de 2012) |
| Junho de 2012 | Criação do GTT |
| Novembro de 2012 | Primeiro rascunho do PESS 2013-2017 (circulou no MISAU para comentários) |
| Dezembro de 2012 | Início do exercício de custeamento (One Health) |
| Fevereiro de 2013 | Consulta as Direcções Provinciais e seus representantes da sociedade civil |
| Março de 2013 | Segundo rascunho do PESS (não custeado) submetida para avaliação do JANS 1 |
| Abril de 2013 | Apresentação no CCS: Assuntos principais do PESS e as principais prioridades do PESS a rem inclusos no PES 2014 |
| Maio de 2013 | Terceiro rascunho do PESS para comentários e consulta às províncias |
| Maio/Junho de 2013 | Exercício de Priorização do PESS e finalização de One Health |
| Junho de 2013 | Reunião de Consulta: Consulta a 11 Províncias e a 7 sessões do Governo Provincial |
| Julho | Quarto Rascunho do PESS (10.07.2013) para Avaliação do JANS 2 |
| Julho de 2013 | Visita do JANS 2 |

Neste processo de auscultação, houve uma ampla e abrangente participação das instituições provinciais, distritais e municipais do Governo, representantes públicos e parceiros de desenvolvimento e a sociedade civil, embora o sector privado de prestação de cuidados de saúde não tenha tido representatividade. O MISAU reconhece os esforços efectuados para a inclusão participativa de todos os intervenientes no sector da saúde dentro do processo da elaboração do PESS, embora especificamente o processo da sua auscultação massiva a sociedade civil e dos Governos Provinciais ter acontecido numa fase em que decisão das prioridades do sector para o próximo quinquénio já tivessem sido definidas, questionando assim o papel destes intervenientes em influenciar a tomada de decisão dentro do sector.

Em Moçambique, pela existência de políticas sectoriais e multisectoriais tais como o PQG, o PARP os ODM, assim como de legislações pertinente como por exemplo a Constituição da República, orientam a curto e médio prazo as metas e pontos de referência do papel do sector da saúde na agenda de desenvolvimento nacional e facilitam o sucesso da sua implementação, evidenciado assim um compromisso político ao mais alto nível. Dentro do documento PESS 2014-2019, há inclusão das principais estratégias políticas nacionais e legislações pertinentes, coerência entre e os programas para doenças específicas, outras sub-estratégias do sector, embora este tenha que ser realinhado com o próximo ciclo de planificação e programação do Governo que acontecerá no final da corrente legislatura.

Está planificado que o documento PESS seja endorsado ao mais alto nível com pareceres do Conselho Coordenador da Saúde e dos parceiros de desenvolvimento do MISAU (no CCS) e aprovação pelo Consultivo do Ministro da Saúde e Conselho de Ministro de Moçambique.

A principal recomendação é:

Enquadrar o processo de auscultação a sociedade civil de maneira sistemática nos processos de planificação estratégica e operacional numa etapa que permita a inclusão destes na priorização das estratégias e intervenções preconizadas.

1.4 Custo e quadro orçamental

O PESS é orçamentado utilizando a “OneHealth”, uma ferramenta que apresenta modelos (templates) para desenvolver e associar estimativas de custos, orçamentação e financiamento. As estimativas de custos do PESS baseiam-se nas metas de cobertura do plano e dos contributos necessários. O exercício de custeamento foi participativo, com consulta de programas e unidades, e inclui todas as componentes relevantes, tais como recursos humanos, infra-estrutura, equipamento médico, medicamentos e gastos correntes. O âmbito do custeamento limita-se aos serviços do sector público devido à inexistência de dados sobre o sector privado. A utilização da ferramenta OneHealth constituiu uma oportunidade de se fazer, pela primeira vez, um exercício abrangente de custeamento de um plano quinquenal com base em estimativas detalhadas de custos de todas as actividades relativas aos programas e áreas necessárias para atingir as metas do PESS. A estimativa baseia-se nos custos correntes e nos planos estratégicos e em planos existentes de aceleração para os recursos humanos, infra-estrutura, HIV/SIDA etc. O cálculo de custos inicial foi cuidadosamente analisado para reduzir os custos através de racionalizações e da detecção e eliminação da duplicação de custos. O resultado foi uma redução de custos de cerca de USD 700 milhões, ou seja, cerca de 10% do custo total estimado.

O PESS também descreve três cenários de financiamento com explicações detalhadas dos pressupostos para cada um dos três cenários e inclui uma análise das lacunas.

Existem alguns desafios. Ainda não há um orçamento multianual anexo ao plano. A estimativa de custos do plano apresenta uma estrutura que é diferente da estrutura orçamental do MISAU, embora a OneHealth tenha um módulo que pode ser usado para transformar o cálculo de custos em formato do orçamento do MISAU.

O custeamento relativo aos recursos humanos baseia-se no plano estratégico deste sector. A necessidade de recursos humanos para implementar o PESS é, na realidade, maior do que o que será conseguido no âmbito do plano estratégico de RH e não há nenhuma análise no PESS sobre como sanar esta lacuna adicionando recursos para aumentar as acções de formação ou providenciar incentivos com vista a aumentar os níveis de contratação ou retenção de RH.

Uma vez que vários doadores não podem reservar fundos para todo o período de planificação, as projecções de apoio dos doadores para os últimos anos baseiam-se em tendências históricas. As projecções de financiamento não incluem contribuições privadas e taxas colectadas localmente, em

relação às quais não existe uma informação completa de quanto é arrecadado. As contribuições do sector privado podem ser significativas, conforme constatado pela revisão no sector da saúde (13% do total do orçamento do sector da saúde em 2006). Recentemente foi realizado um estudo sobre a recuperação de custos e contribuições dos pacientes / despesas correntes. Uma vez que a alocação do Governo ao sector da saúde é de cerca de 9% da despesa do Governo em 2013 (e manter-se-á no mesmo nível até 2016, de acordo com as projecções contidas no Cenário Fiscal de Médio Prazo), não é provável que os cenários 1 e 2 se materializem nos próximos anos. Dada esta situação, e uma vez que não há nenhuma priorização no plano que demonstre o que devia / podia ser conseguido no cenário 0, o PESS não dá qualquer orientação quanto à priorização das metas em termos de prestação e cobertura de serviços à luz da disponibilidade de financiamento em 2014. Uma vez que as contribuições financeiras não foram tomadas em consideração nos cenários de financiamento disponível, isto terá contribuído para se subestimar o financiamento disponível.

Principais recomendações:

- O Governo deve alocar 15% do Orçamento do Estado ao sector da saúde, em conformidade com o acordo assinado em Abuja;
- Deve ser elaborado um orçamento multianual 2015 – 2019, o qual deve ser anexado ao plano utilizando a ferramenta OneHealth;
- Devem ser definidas prioridades com vista a garantir a sua observância no financiamento. Além disso, o plano deve ser adaptado aos diferentes cenários de financiamento. As metas de prestação e cobertura de serviços devem ser ajustadas em função da disponibilidade de financiamento;
- O debate sobre os mecanismos de financiamento alternativos do sector deve continuar para garantir a sustentabilidade. A descrição dos elementos de recuperação de custos deve ser melhor elaborada na nova estratégia de financiamento do sector da saúde. Um futuro desafio do MISAU será aumentar o grau de interesse e de envolvimento do sector privado com fins lucrativos na prestação de serviços e financiamento do sector da saúde;
- O PESS deve incluir alternativas sobre como eliminar o défice de recursos humanos.

1.5 Implementação, Gestão Financeira e Governança

Implementação:

Para orientar a implementação do PESS, o MISAU elabora um plano operacional geral anual do sector da saúde (PES) a nível central. Neste processo, os distritos começam por elaborar os seus planos anuais, guiados pelas prioridades do sector definidas pelo CCS em Março de cada ano. Os planos distritais são posteriormente incorporados nos planos provinciais que, por sua vez, são incorporados no PES a nível central.

Estão a ser elaborados vários planos sub-sectoriais (programáticos / temáticos) que apoiam o PESS. A implementação do PES anual, bem como de uma série de planos anuais temáticos / departamentais é

acompanhada de perto pelo MISAU e pelos parceiros e o desempenho em função destes planos serve de ponto de referência para o desempenho do fundo comum do sector da saúde, o PROSAUDE.

O documento do PESS refere-se a questões de equidade em várias secções, incluindo as relacionadas com a distribuição de recursos humanos pelos serviços de saúde. Menciona os critérios de equidade da alocação dos fundos do Governo às províncias. No entanto, não se faz referência à fórmula de alocação dos fundos do PROSAUDE a nível provincial.

O PESS inclui fortes referências a questões de capacidades relacionadas com os recursos humanos e a logística de medicamentos e artigos médicos, incluindo sistemas de informação relacionados, e a identificação de estratégias e intervenções para atender a estas questões. A necessidade de fortalecer os sistemas de informação de RH e Logística é reconhecida e incluída como uma intervenção prioritária.

Principais recomendações:

- O Capítulo 2 do PESS deve incluir (i) uma descrição dos actuais esforços de desenvolvimento de grandes infra-estruturas; (ii) informação qualitativa sobre os actuais esforços com vista a formar mais trabalhadores de saúde, projecções e lacunas e (iii) uma análise da situação da gestão logística de equipamento médico e não médico e de artigos não médicos.
- A secção 5.2 do PESS deve incluir os objectivos, estratégias e indicadores de desenvolvimento de infra-estruturas.
- A secção 5.2 poderia também mencionar que a realização de mais acções de formação de novos profissionais de saúde é apenas uma forma de aumentar a capacidade de prestação de serviços e que o MISAU e os parceiros poderiam considerar a possibilidade de traçar estratégias alternativas ou disponibilizar financiamento adicional suficiente para uma maior aceleração da formação de RH e de contratação de RH com recursos externos.
- Incluir a recomendação da Revisão do Sector da Saúde 2012 (RSS) de que é necessário definir uma Política Nacional Farmacêutica.

Gestão financeira

O sector foi submetido a vários exercícios de avaliação de Gestão das Finanças Públicas (GFP) e outros relacionados. Foram elaborados vários planos de acção. O Plano Acelerado de Reformas Institucionais, PARI 2013- 2015, prevê a necessidade de fortalecer o sistema de GFP e define as actividades que devem ser implementadas com vista a fortalecer o sistema a nível central, provincial e distrital. Estão a ser realizadas acções destinadas a melhorar o funcionamento dos sistemas de GFP, com capacitação e recursos humanos, de acordo com os planos de acção, embora os avanços no impacto em termos de melhoria do sistema sejam lentos.

Existem várias auditorias diferentes no sector da saúde. O Tribunal Administrativo é responsável pela auditoria geral do Orçamento do Estado, a Inspecção-geral de Saúde (IGS) é o auditor do MISAU e as auditorias externas são feitas pelos doadores, ou seja, no caso do PROSAUDE e da auditoria dos fundos

do GFATM, é utilizada a Inspeção-geral. As constatações de carácter geral incluem pagamentos irregulares, a falta de documentos justificativos, o mau registo e gestão do inventário e dos activos fixos. Os sistemas para agir sobre as conclusões da auditoria e fazer o seu acompanhamento com vista a garantir que os erros detectados nas constatações tenham sido corrigidos são fracos.

As aquisições do MISAU são efectuadas por 2 instituições. A CMAM adquire medicamentos e a maioria dos artigos médicos, enquanto a UGEA trata da aquisição de material médico-cirúrgico, assim como equipamento médico e não médico, mobiliário, artigos não médicos e transportes. Todas as aquisições obedecem a padrões internacionais. A capacidade de compra e aviaamentos da CMAM é descrita no documento do PESS. Todavia, o PESS não menciona os desafios nem os objectivos relacionados com a aquisição de equipamento médico e não médico, mobiliário, artigos não médicos e transportes.

Um desafio existente é a infinidade de fluxos de fundos provenientes do Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, doadores e OSC, que chegam a escalões mais baixos de várias direcções e em momentos diferentes. A fragmentação do financiamento proveniente de muitas fontes cria um grande peso no sistema, originando fraquezas significativas na qualidade dos sistemas de gestão financeira. São comuns e repetidos os atrasos no financiamento. A falta de pessoal e de capacidades, em especial a nível provincial e distrital, impede a observância cabal das regras e regulamentos nos sistemas financeiros.

Os relatórios financeiros sobre a execução orçamental são abrangentes, mas não obedecem à estrutura de actividades e resultados definidos no plano estratégico. Os relatórios são elaborados essencialmente para informação aos doadores, e não para efeitos de gestão. Os escalões mais baixos do sector da saúde não estão devidamente reflectidos nos relatórios.

Principais recomendações:

- O plano de fortalecimento da GFP deve ser implementado. Como parte do fortalecimento do sistema de GFP, deve ser prestada atenção à racionalização e simplificação do fluxo de fundos e à observância dos prazos dos desembolsos;
- A secção 5.2 do PESS deve incluir os objectivos, estratégias e indicadores para o fortalecimento do sistema de aquisições de produtos não médicos, assim como de todo o equipamento, mobiliário e viaturas;
- As auditorias devem ser fortalecidas através de acções de capacitação e pessoal; devem ser introduzidas auditorias “economicamente vantajosas” e o sistema de acompanhamento das constatações das auditorias deve ser fortalecido.

Governança

No que diz respeito à governança e liderança, o PESS indica correctamente que a governança cria as bases para o funcionamento de todo o sistema de saúde, com políticas coerentes, estratégias e prioridades ligadas à tomada de decisões com base em evidências; a cooperação, colaboração e parceria

com os parceiros relevantes constituem uma condição prévia para o bom desempenho do sector público.

Não obstante, alguns destes requisitos inerentes ao correcto funcionamento da governação e liderança no sector da saúde ainda não foram implantados na totalidade e/ou devem ser abordados de forma explícita no PESS.

Principais recomendações:

- Incluir a realização da Cobertura Universal de Cuidados de Saúde (UHC) como um objectivo global do PESS pelos seus objectivos / metas a longo prazo (20 anos?).
- Incluir uma descrição das estruturas de coordenação existentes a nível central e provincial entre os vários intervenientes do governo (com outros ministérios, parlamento), dentro do próprio MISAU (CCC e outros) e com os parceiros técnicos (vários GTTs) e financeiros (CCS, PROSAÚDE).
- Alinhar o PESS III com o próximo Plano Quinquenal do Governo, alterando a data do seu início para 2014 e acrescentando mais um ano à sua duração. Desta forma, o PESS III irá durar de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2019.
- Incluir a necessidade de uma Revisão de Meio Termo (Mid Term Review - MTR) em meados de 2006, a qual deverá avaliar o seu progresso no *Pilar 1* e *Pilar 2* e analisar as metas preliminares para 201-2019. As recomendações devem ser incluídas no PES 2017.
- Como parte do *Pilar 2*, elaborar Termos de Referência com calendário de implementação, roteiro e marcos para as principais intervenções relacionadas com as Reformas, conforme especificado mais adiante no presente documento. Neste contexto, considerar a possibilidade de criação de uma “Unidade de Reformas” com pessoal em tempo inteiro proveniente de diferentes níveis / cantos do sector e que fará parte do quadro orgânico do MISAU e que deverá prestar contas directamente ao Ministro. A principal tarefa desta “Unidade de Reformas” é fazer avançar / impulsionar as Reformas nos próximos dois anos (2014-2015).

1.6 Monitoria, Avaliação e Revisão

A Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) do Ministério da Saúde preparou um quadro de monitoria e avaliação valioso e prático destinado a monitorar a implementação e a execução do PESS. O recém-criado Departamento de Monitoria e Avaliação dentro da DPC constitui uma condição essencial para orientar a monitoria, em colaboração com os parceiros de implementação e de financiamento do Ministério.

Estão implantados procedimentos valiosos, os quais vêm sendo usados desde 2011, para se efectuar uma monitoria conjunta, incluindo a verificação da qualidade dos dados no local. O actual rascunho do documento do PESS, mais o Anexo de Monitoria e Avaliação contém um conjunto abrangente de indicadores a vários níveis (impacto, objectivos estratégicos e resultados).

Conforme indicado acima, a visão estratégica e o plano dos programas e serviços existentes estão bem elaborados. Contudo, a agenda das Reformas (Pilar 2 no PESS) ainda não foi desenvolvida de forma

suficientemente detalhada. Por essa razão, não foi apresentado um sistema de monitoria claro para acompanhar as reformas.

Dentro do quadro apresentado, o leque de indicadores reflecte as prioridades definidas de forma incompleta. A Saúde Sexual e Reprodutiva domina a lista de indicadores, enquanto as intervenções preventivas e de promoção estão menos representadas. Também a inclusão de serviços clínicos detalhados no PESS, sem indicadores de desempenho adequados e metas mensuráveis suficientes, tornará a monitoria desta parte do plano estratégico difícil, se não impossível.

Principais recomendações:

1. Equilibrar a lista de indicadores do programa, reflectindo melhor as prioridades definidas no PESS.
2. Analisar as metas do fim do PESS referentes ao novo ano final do plano (2019).
3. Alargar os planos e os resultados finais pretendidos para a transição à gestão de dados do Sistema de Informação para a Gestão da Saúde (SIGS) usando tecnologias de informação.

2. Avaliação do PESS III

2.1 Análise da Situação e Programação

| Análise da Situação e Programação | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clareza e relevância das prioridades e estratégias seleccionadas com base numa análise da situação sólida. | |
| PONTOS FORTES | |
| <i>Atributo 1: Estratégia baseada numa análise da situação sólida.</i> | |
| Δ | A Análise da Situação (AS) realizou uma descrição detalhada do sector da Saúde, com secções que focalizaram o perfil do país no seu contexto político, os factores económicos, os determinantes culturais; terminando nos principais determinantes sociais que influenciam a situação sanitária tanto do lado da demanda como da oferta dos serviços. As relações que são estabelecidas com as características da produção agrícola do país, o nível de instrução da população ou as condições do meio (água, habitação, etc.) que a mesma desfruta; proporcionam uma visão mais aprofundada e sistemática do estágio da saúde em Moçambique. |
| Δ | Tal discussão é acoplada às características que a provisão de serviços de saúde assume no país com os seus variados subsistemas e elementos, como forma de abordar os contornos da resposta nacional aos desafios do sector. O desempenho dos vários programas dentro dos serviços de saúde e os respectivos sistemas de apoio foram descritos com profundidade e coerência. |
| Δ | A AS beneficiou de análises e dados actualizados de estudos e revisões recentemente realizados como são os casos da Revisão do Sector de Saúde (RSS, 2012), da Avaliação Conjunta Anual (ACA, 2012), do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2011), ou do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA, 2010). Esses recursos possibilitaram que a AS fosse holística e tecnicamente mais rica, graças ao acesso a dados actuais e desagregados sobre a situação prevalecente e a qualidade da resposta em uso através de uma variedade de indicadores chave. |
| <i>Atributo 2: Clareza das metas, políticas, objectivos, intervenções e resultados previstos.</i> | |
| Δ | A análise da situação e os princípios, prioridades e objectivos estratégicos do PESS formam um todo coerente. A título de exemplo identificação das fragilidades como o fraco nível de instrução da população e os obstáculos de natureza cultural aliados às deficiências do sistema que resultam numa fraca cobertura, determinam a ênfase colocada no acesso a serviços por parte da maior parte da população reflectida na Visão e na Missão do PESS III. Os objectivos estratégicos seguem a mesma linha e propõem o aumento no acesso aos serviços mas também a melhoria da sua qualidade e a redução das desigualdades geográficas que afectam aos diferentes grupos populacionais. A intervenção a favor da redução das desigualdades faz com que o Plano aborde as necessidades dos mais vulneráveis – de entre os quais se inclui os pobres –; um desiderato nacional do mais alto nível. |
| Δ | O PESS III identificou cinco prioridades e sete Objectivos Estratégicos (OE) para o sector de saúde |

de Moçambique, cada um dos quais com linha de base, indicadores de processo/resultado, metas e impacto. Esses objectivos, no seu conjunto, respondem às fraquezas identificadas nos serviços e sistemas de apoio e como tal é esperado que os mesmos tenham um impacto significativo sobre o estado de saúde geral da população. Verifica-se portanto uma clareza e interligação entre as realizações a alcançar em diferentes níveis. As intervenções e metas dos programas e serviços encontram-se ligados a Objectivos Estratégicos do Pilar 1 (“Mais e Melhores Serviços de Saúde”), enquanto desafios relacionados com o fortalecimento do sistema e às desejadas reformas encontram enquadramento no Pilar 1 e Pilar 2 (“Agenda de Reforma”). O uso da ferramenta *OneHealth* permitiu a elaboração de um Plano Estratégico Quinquenal que incluiu o respectivo custeamento e a possibilidade de três cenários distintos.

Atributo 3: As intervenções são viáveis, adequadas, equitativas e baseadas em evidências

- Δ As intervenções desenhadas tiraram o maior proveito de uma Análise da Situação holística e baseada em evidências empíricas sistematizadas em diversos estudos. Como tal as intervenções radicam num conhecimento profundo do sistema e das suas dinâmicas internas.

Atributo 4: Avaliação de risco e proposta de estratégia de mitigação.

- Δ O Capítulo 10 inclui uma análise de risco detalhada, seguindo a matriz de risco da Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID). A mesma contém propostas de medidas de mitigação de tais riscos e a hierarquização desses riscos parece bastante credível.

PONTOS FRACOS

Atributo 1: Estratégia baseada numa análise sólida.

- ▽ A análise efectuada na AS não enfatizou as realizações do Ministério da Saúde (MISAU) no campo das reformas. Existia (e existe) um conjunto de actividades já levadas a cabo pelo ministério e que não foram tomadas em conta nos “Antecedentes” apresentados no Plano.
- ▽ A descrição do desempenho do sector parece ser muito crítica ao MISAU e deixa intocáveis o papel e a contribuição dos outros intervenientes. Poucas realizações positivas do Ministério foram devidamente destacadas.

Atributo 2: Clareza das metas, políticas, objectivos, intervenções e resultados previstos.

- ▽ O texto do PESS III dá mais ênfase à componente curativa quando comparada com a preventiva na provisão de serviços de saúde (o mesmo no que diz respeito ao orçamento curativo, que é mais alta que aquele para prevenção). Intervenções de natureza preventiva, como a saúde comunitária, parecem ter sido deixadas ao cargo da sociedade civil sem a necessária liderança e orientação do MISAU. Reflexo desse estágio é o Departamento de Promoção de Saúde (DEPROS) que se encontra fragmentado numa imensa variedade de programas e intervenientes.
- ▽ A intervenção é grandemente influenciada pela estrutura de coordenação existente e envolvendo os diversos *stakeholders*. Essas entidades não foram abordadas explicitamente pelo PESS. Tais estruturas existem há algum tempo e têm estado a actuar nos diferentes programas e assuntos do interesse tanto do MISAU como das outras partes, talvez pela sua existência tão presente a sua menção foi omissa no Plano.
- ▽ A colaboração entre actores estatais e não estatais, um dos segredos para uma implementação multifacetada e completa, foi abordada de uma forma bastante marginal no Plano. Existem várias áreas em que os papéis não estão claros e as responsabilidades de uma e outra parte,

bem como os respectivos limites, não se encontram inequivocamente definidas.

- ▽ O Plano não aborda de uma forma directa e específica o problema da natureza vertical de muitos dos seus programas. Tratando-se uma característica muito forte dos programas seria útil incluir um posicionamento firme e definitivo sobre a matéria.

Atributo 3: As intervenções são viáveis, adequadas, equitativas e baseadas em evidências.

- ▽ A Agenda de Reforma não fornece muitos detalhes operativos e a falta desses elementos implica que a exequibilidade da realização de tais reformas não pode, à partida, ser determinada. Existe um determinado nível de clareza ao nível das intenções mas o documento ainda demonstra falta de elementos essenciais para a acção.
- ▽ O PESS III expressa claramente a intenção de abordar a iniquidade e as necessidades dos mais pobres, mas não chega a explicar COMO pretende operacionalizar esse objectivo. O alívio à Pobreza é um objectivo nacional e motivo de envolvimento de diversos actores mas o desafio persistente consiste em definir formas de intervenção concreta para se alcançar os intentos pretendidos.
- ▽ Outro problema não abordado de forma concreta são as barreiras financeiras enfrentadas pelos mais pobres para aceder a serviços de qualidade. O Plano não focaliza COMO pretende eliminar essas barreiras de modo a que os mais desfavorecidos acedam aos serviços.
- ▽ Existe evidência de um rápido desenvolvimento do sector privado a nível de todo o país (incluindo os *mega- projectos*), e essa presença já se faz sentir fortemente na área da saúde. Todavia o PESS III não aborda o (futuro?) papel do sector privado em relação à provisão de serviços de saúde pelo sector público. Isso acontece quando algumas actividades e/ou programas já estão sendo desenvolvidos por este sector.
- ▽ Em um primeiro momento o PESS III aborda a necessidade de desenvolvimento de um pacote básico de cuidados de saúde, mas a ideia não é posteriormente operacionalizada.

Atributo 4: Avaliação de risco e proposta de estratégia de mitigação

- ▽ Apesar de o Plano incluir um Capítulo com riscos e medidas de mitigação não foram incluídos planos de contingência para responder a situações de Emergência. Este é um factor crítico dada a história recente do país em termos de calamidades naturais cíclicas.

IMPLICAÇÕES PARA O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO

- A Análise de Situação foi elaborada fazendo uso de vários estudos e outra evidência fidedignamente documentada. Uma vez que foram identificadas algumas lacunas na análise produzida há necessidade de as levar em conta e ter em mente algumas das realizações já presentes e que podem ajudar grandemente a fase da implementação.

SUGESTÃO DE ACÇÕES (Curto Prazo)

1. Incluir no PESS uma secção que descreva as estruturas de coordenação existentes a nível central dentro do MISAU e entre o MISAU e:
 1. Outros Ministérios,

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 2. Associações e órgãos paraestatais, 3. Parceiros de Desenvolvimento através dos vários Grupos de Trabalho Técnicos (GTTs), 4. Sociedade civil (ONGs internacionais, nacionais, organizações à base comunitária (OBCs), 5. Sector privado (com intenção de lucro). <p>2. Onde se mostrar necessário, rever o desempenho, os TdR, composição e frequência de encontros dessas estruturas.</p> <p>3. O Capítulo 7, sobre Mecanismos de Implementação, poderia beneficiar de uma narrativa mais detalhada sobre COMO o PESS será posto em prática e que contribuição é esperada dos vários intervenientes em níveis diferentes.</p> |
| SUGESTÃO DE ACÇÕES: (Médio a Longo Prazo) |
| <p>4. Elaborar um 'sistema de saúde distrital' operacional com a sua gestão interna e externa e sistemas de referência.</p> |

2.2 Processo

| PROCESSO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solidez e abrangência dos processos de desenvolvimento e aprovação da estratégia nacional. |
| PONTOS FORTES |
| <i>Atributo 5: Envolvimento dos múltiplos parceiros.</i> |
| <p>Δ O Processo de elaboração do PESS 2014-2019 envolveu uma forte liderança coordenada pelo GTT aonde também participaram os responsáveis dos programas, dos departamentos, das instituições subordinadas ao MISAU, os quadros seniores e técnicos do MISAU e uma significativa contribuição dos seis grupos de trabalho (HPG) dos parceiros técnicos e financeiros.</p> <p>Δ Outros intervenientes, que incluem as instituições nacionais e locais do governo, os representantes públicos, a sociedade civil, estiveram envolvidos através de um processo de consulta que ocorreu em duas fases (Fevereiro e Junho de 2013) de maneira a dar a oportunidade a estes atores darem o seu contributo no desenvolvimento da estratégia nacional. A composição dos representantes da sociedade civil a estas reuniões de auscultação foi de decisão das próprias províncias, existindo entretanto o termo de referência para realização dos encontros para esta auscultação.</p> <p>Δ Os quadros do sector da saúde, os parceiros técnicos e financeiros do MISAU e o governo, foram intervenientes sistemáticos no desenvolvimento do PESS, enquanto a sociedade civil teve um papel mais consultivo no processo de tomada de decisão sobre as prioridades ou da visão das intervenções que o sector da saúde acabou por adtar dentro do documento PESS.</p> |
| <i>Atributo 6: Compromisso Político.</i> |
| <p>Δ Existem políticas sectoriais e multisectoriais tais como o PQG, o PARP, os ODM, assim como a legislação pertinente como a Constituição da República, que orientam a curto e médio prazo as metas e pontos de referência do papel do sector da saúde na agenda de desenvolvimento nacional e facilitam o sucesso da sua implementação, evidenciado assim um compromisso político ao mais alto nível. Está planificado que o documento seja endorsado ao mais alto nível (Conselho Coordenador da Saúde, CCS, Consultivo do Ministro, Conselho de Ministros).</p> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atributo 7: Coerência com as estratégias pertinentes de mais alto e/ou baixo nível. | |
| Δ | Há coerência entre o PESS 2014-2019 e os programas para doenças específicas, e outras sub-estratégias dentro do sector da saúde de maneira a que o PESS e estas estratégias ou planos tivessem coerência dos seus objectivos e metas e alinhamento com as estratégias políticas de desenvolvimento nacional (PQG, PARP, ODM), apesar do sector ter de se comprometer de manter este realinhamento no novo ciclo de planificação e programação do Governo previsto no final da corrente legislatura. |
| DESAFIOS | |
| Atributo 5-7 (Transversais) | |
| ▽ | O processo de decisão das prioridades do sector foi centralizado dentro do MISAU e dos seus parceiros técnicos e financeiros, deixando para a sociedade civil um papel meramente consultivo. |
| ▽ | Não houve visibilidade da participação do sector privado de prestação de serviços de saúde em todo o processo do desenvolvimento do PESS. |
| IMPLICAÇÃO PARA O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO | |
| <ul style="list-style-type: none"> • O compromisso político não é evidenciado pela decisão de aumentar preferivelmente o financiamento do sector da saúde pelo Orçamento do Estado, segundo indica as projecções do Cenário de Financiamento à Medio-Prazo (CFMP) de 2014-2016. • A estratégia reconhece que tem problemas para implementar a execução das reformas referidas no PESS, dado que aspectos para a sua operacionalização envolver outros sector do Estado, tal é o caso de aspectos ligados a descentralização, em outros casos, ser mesmo necessário a elaboração de regulamentos ou quadros de referência legislativo que tornem possível a sua efectivação, como é o caso por exemplo o papel do sector privado na prestação de cuidados de saúde. | |
| SUGESTÃO DE ACÇÕES (Curto Prazo) | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No Capitulo 7 do documento PESS (Implementação e Operacionalização do PESS), incluir a participação da sociedade civil e do sector privado de prestação de serviços de maneira sistemática nos processos de planificação operacional (PES) ao nível nacional, provincial e distrital, de maneira que permita que estes participem no processo de decisão das prioridades das estratégias, planos e intervenções nacionais, sub-sectoriais e ou de programas preconizadas dentro do sector da saúde. 2. Apresentar o documento final do PESS aos principais intervenientes do sector (as instituições nacionais e locais do governo; representantes públicos, a sociedade civil incluindo o sector privado de prestação de serviços de saúde e os parceiros técnicos e financeiros do MISAU) antes do documento seguir para a aprovação ao mais alto nível. | |

2.3 Custos e Quadro Orçamental

| Custos e Quadro Orçamental | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solidez e Viabilidade | |
| PONTOS FORTES | |
| <i>Atributo 8: Quadro de despesas, incluindo orçamento / cálculo de custos abrangentes</i> | |
| Δ | O PESS é orçamentado utilizando a ferramenta “OneHealth”, que providencia modelos (templates) para desenvolver e ligar o custeamento, orçamentação e financiamento. O custeamento do PESS baseia-se nas metas de cobertura do plano e nos contributos necessários. Fez um custeamento relativo à realização dos resultados de saúde definidos para a prestação de serviços e referente ao fortalecimento dos sistemas de saúde; |
| Δ | O exercício de custeamento foi participativo, com consulta de programas e unidades com base nas melhores evidências disponíveis sobre os custos unitários e pode ser considerado como credível. O cálculo de custos inclui todas as componentes relevantes, tais como recursos humanos, infra-estrutura, equipamento médico, medicamentos e gastos correntes; |
| Δ | A utilização da ferramenta OneHealth constituiu uma oportunidade de se fazer, pela primeira vez, um exercício abrangente de custeamento de um plano quinquenal com base em estimativas detalhadas de custos de todas as actividades relativas aos programas e áreas necessárias para atingiras metas do PESS com base nos custos correntes e nos planos estratégicos e planos existentes de aceleração para os recursos humanos, infra-estrutura, HIV/SIDA etc.; |
| Δ | O custeamento inicial foi cuidadosamente analisado com o objectivo de reduzir os custos através de racionalizações e da detecção e eliminação da duplicação de custos. O resultado foi uma redução de custos de cerca de USD 700 milhões, ou seja, cerca de 10% dos custos gerais estimados no PESS. |
| <i>Atributo 9: Quadro orçamental realista e projecções de financiamento</i> | |
| Δ | O cálculo do envelope de recursos previsto inclui financiamento do governo, financiamento do PROSAUDE e contribuições dos doadores dentro e fora do orçamento para três cenários de financiamento; |
| Δ | O PESS contém uma explicação detalhada dos pressupostos de cada um dos três cenários de financiamento. O cenário de baixo nível (cenário 0) parte do pressuposto de que o financiamento do governo ao sector da saúde seguirá o PIB (7-8% ao ano). O cenário de nível médio (cenário 1) segue o CFMP para o financiamento do governo, mantém o nível actual do financiamento para o PROSAUDE e os desembolsos acordados do Fundo Global. O cenário de alto nível (cenário 2) baseia-se nos compromissos do governo em relação à declaração de Abuja, alocando 15% do orçamento do Estado ao sector da saúde. Todos os cenários tomam em consideração os compromissos dos doadores para 2014 e 2015, e em relação aos anos seguintes as estimativas têm como base as tendências recentes; |
| Δ | O PESS inclui uma análise de lacunas no âmbito dos três cenários. |

PONTOS FRACOS

Atributo 8: Quadro de despesas, incluindo orçamento / custeamento abrangentes

- ▽ O âmbito do custeamento limita-se aos serviços do sector público devido à falta de dados sobre o sector privado;
- ▽ Não há um orçamento plurianual anexo ao plano. O custeamento do plano apresenta uma estrutura que é diferente da estrutura orçamental do MISAU, embora a ferramenta OneHealth tenha um módulo que pode ser usado para transformar o custeamento num formato do orçamento do MISAU;
- ▽ Não são explicados os pressupostos e os detalhes que estiveram na base do custeamento, mas serão explicados num relatório separado referente ao exercício de custeamento;
- ▽ O exercício de custeamento foi feito por assistentes técnicos temporários e o método não foi plenamente institucionalizado dentro do Ministério da Saúde, embora algum pessoal tenha recebido formação e vários programas tenham manifestado o desejo de usar a ferramenta OneHealth na sua planificação no futuro;
- ▽ O custeamento relativo aos recursos humanos da saúde baseia-se no plano estratégico de RH. Na realidade, a necessidade de recursos humanos para implementar o PESS é maior do que será conseguido no âmbito do plano estratégico de RH e não existe uma discussão no PESS sobre como minorar esta lacuna adicionando recursos com vista a aumentar as acções de formação ou oferecer incentivos para aumentar a contratação ou a retenção de RH.

Atributo 9: Quadro orçamental realista e projecções de financiamento

- ▽ Uma vez que vários doadores não podem reservar fundos para todo o período de planificação, as projecções do apoio dos doadores para os últimos anos baseia-se em tendências históricas;
- ▽ As projecções de financiamento não incluem contribuições privadas e taxas colectadas localmente, em relação às quais não existe uma informação completa de quanto é arrecadado. As contribuições do sector privado podem ser significativas, conforme constatado pela revisão no sector da saúde (13% do total do orçamento do sector da saúde em 2006). Todavia, foi realizado recentemente um estudo sobre a recuperação de custos no sistema de saúde e sobre as contribuições dos pacientes / despesas correntes;
- ▽ Ao desenvolver o PESS, não foi aproveitada a oportunidade para discutir possíveis modelos de financiamento inovadores, tais como parcerias público-privadas;
- ▽ O financiamento do Governo (OGE) ao sector da saúde baixou nos últimos anos. Uma vez que a alocação do Governo ao sector da saúde é de cerca de 9% dos gastos do governo em 2013, e mantém-se mais ou menos ao mesmo nível até 2016, consoante as projecções contidas no CFMP, neste momento não é provável que os cenários 1 e 2 se venham a materializar;
- ▽ Não há nenhuma priorização no plano que demonstre o que devia / podia ser conseguido com os diferentes cenários de financiamento. Não há uma discussão sobre como garantir que as principais prioridades sejam atendidas no financiamento, nem sobre como adaptar o plano aos diferentes cenários de financiamento. As metas de prestação e cobertura de serviços não estão

ajustadas em função do financiamento disponível.

IMPLICAÇÕES PARA O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO

- Os custos relativos à implementação do PESS situam-se acima dos três cenários e a implementação dos resultados de saúde pretendidos, conforme manifestado no PESS, requer um financiamento no mínimo do cenário “0” (zero);
- O facto de a estrutura usada para o cálculo dos custos do PESS ainda não ter sido transformada numa estrutura do orçamento do Estado dificultará a introdução das acções e custos do PESS no plano e orçamento do sector da saúde de 2014;
- Sem reduzir o fosso entre os recursos humanos de saúde existentes e os desejados, o PESS não pode ser implementado na íntegra. Não foram definidas prioridades para adaptar o PESS aos diferentes níveis de disponibilidade de RH;
- Uma vez que não é provável que os cenários “1” e “2” se venham a materializar, pelo menos nos próximos dois anos, e dado que não existe nenhuma priorização do plano para mostrar o que devia / podia ser conseguido no cenário “0”, o PESS não dá qualquer orientação sobre a priorização das metas de prestação e cobertura de serviços em função da disponibilidade de fundos para 2014;
- O facto de as contribuições financeiras privadas não terem sido tomadas em consideração nos cenários de financiamento disponível fez com que este fosse subestimado e a necessidade de priorização pode ser inferior à calculada na análise de défices.

SUGESTÃO DE ACÇÕES (Curto Prazo)

1. Deve ser elaborado um orçamento para 2014, o qual deve ser anexado ao plano usando a ferramenta OneHealth;
2. O PESS deve incluir alternativas de como reduzir o défice de RH;
3. Continuar a promover o diálogo com os parceiros do PROSAUDE de modo a garantir que este importante mecanismo de financiamento ao sector da saúde continue a funcionar;
4. Os resultados do estudo sobre a recuperação de custos no sistema de saúde e as contribuições dos pacientes / despesas correntes devem ser tomados em consideração ao proceder à revisão dos cenários de financiamento na versão revista do PESS.

SUGESTÃO DE ACÇÕES (Médio a Longo Prazo)

1. O Governo deve alocar 15% do orçamento do Estado ao sector da saúde, em conformidade com o acordo assinado em Abuja;
2. Deve ser elaborado um orçamento multianual 2015 – 2019, o qual deve ser anexado ao plano utilizando a ferramenta OneHealth;
3. Deve ser acrescentada uma explicação detalhada dos pressupostos das estimativas dos custos unitários como anexo ao PESS;

4. O uso da ferramenta OneHealth como um método da planificação, custeamento e orçamentação deve ser institucionalizado no Ministério da Saúde;
5. Devem ser realizados esforços com vista a melhorar a prestação de contas das contribuições de entidades privadas e das taxas colectadas localmente e, se possível, incluí-las no financiamento;
6. Devem ser definidas prioridades com vista a garantir que as principais intervenções sejam priorizadas para receber financiamento. O plano também deve ser adaptado aos diferentes cenários de financiamento. As metas em termos de prestação e cobertura de serviços devem ser ajustadas em função da disponibilidade de financiamento.
7. O debate sobre mecanismos de financiamento alternativos ao sector da saúde deve continuar para garantir a sustentabilidade. A descrição dos elementos de recuperação de custos do sector da saúde devem ser incluídos na nova Política de Financiamento da Saúde. Um futuro desafio para o MISAU será aumentar o interesse e o envolvimento do sector privado com fins lucrativos no fornecimento de serviços e financiamento do sector da saúde.

2.4 Implementação, Gestão Financeira e Governação

| Implementação e Gestão | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solidez das modalidades e sistemas de implementação e gestão dos programas contidos na estratégia nacional. | |
| PONTOS FORTES | |
| <i>Atributo 10: Os planos operacionais detalham como a estratégia será conseguida.</i> | |
| Δ | O MISAU elabora um plano operacional geral anual do sector da saúde (PES) a nível central, que define as intervenções prioritárias para a implementação do PESS durante esse ano, com o apoio do GM e dos parceiros. Num processo semelhante em cada província, a DPS elabora um PES provincial anual para orientar a implementação do PESS na província. |
| Δ | Foram elaborados vários planos sub-sectoriais (programáticos / temáticos) que apoiam o PESS, nomeadamente o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) para 2008 – 2015 e seus sub-planos e planos operacionais; o recente Plano Estratégico da Logística Farmacêutica (2014 – 2019); e Planos de Aceleração, tais como os do HIV e TB. Foram também elaborados planos operacionais anuais temáticos / programáticos para algumas direcções / departamentos / instituições. |
| Δ | A implementação do PES anual e de uma série de planos anuais temáticos / departamentais é acompanhada de perto pelo MISAU e seus parceiros. O grau de execução em função destes planos serve de ponto de referência para o desembolso do PROSAUDE (ex. Plano de Acção de Gestão das Finanças Públicas, Plano de Acção da Logística Farmacêutica, etc.). |
| Δ | Os planos operacionais muitas vezes incluem a introdução em regime piloto de estratégias de intervenção / abordagens / tecnologias pelas autoridades e serviços de saúde distritais, com o |

apoio dos parceiros técnicos e das agências de implementação. Infelizmente, estas nem sempre são realizadas mediante a aprovação prévia das autoridades distritais, provinciais e centrais.

Atributo 11: Descreve como os recursos serão distribuídos para se conseguir os resultados e melhorar a equidade.

- Δ A organização geral da prestação de serviços de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde está definida e os recursos necessários, estão incluídos no custeamento do PESS.
- Δ O Capítulo 3 do documento do PESS menciona a intenção de formular e implementar um pacote básico de saúde para cada nível de prestação de serviços.
- Δ Na secção sobre a equidade, há uma menção à fórmula de alocação do Ministério das Finanças usada na afectação de recursos do Estado às províncias.
- Δ O PESS e o Plano Estratégico de Recursos Humanos e respectivos planos abordam questões de desigualdade na distribuição de RH pelas zonas geográficas e instituições. O PESS menciona o sistema de incentivos, recentemente implementado, que dá incentivos ao pessoal que aceita ser colocado em zonas rurais remotas.

Atributo 12: Adequação da capacidade institucional.

- Δ A necessidade de fortalecer a capacidade institucional está devidamente integrada nas várias secções do documento do PESS.
- Δ O PESS inclui fortes referências a questões de capacidades relacionadas com os recursos humanos e com a logística dos medicamentos e artigos médicos, identificando também estratégias e intervenções para abordá-las. A necessidade de fortalecer os sistemas de informação de RH da Logística é reconhecida, estando incluída como intervenção prioritária.
- Δ Os objectivos dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS) mencionados no PESS estão em conformidade com as recomendações emanadas da recente avaliação de meio termo do plano de RHS (PNDRHS).
- Δ Existem directivas para a planificação e supervisão a cada nível (central, provincial e distrital).
- Δ O documento do PESS menciona que um grupo técnico do pessoal do MISAU focalizado na coordenação e orientação das reformas será colocado no Gabinete do Ministro da Saúde.
- Δ O documento do PESS identifica algumas necessidades em termos de assistência técnica a curto e longo prazos.

Atributo 13: Gestão financeira e aquisições (procurement).

- Δ O SISTAFE (Sistema de Administração Financeira do Estado) e o e-SISTAFE são sistemas sólidos, estão em conformidade com os padrões nacionais e internacionais, são devidamente implementados e, de uma forma geral, estão de acordo com o nível central, mas menos com os escalões inferiores do governo;
- Δ O sector foi submetido a vários exercícios de avaliação da GFP e outros afins, de onde resultou

um Plano de Acção para a Melhoria da GFP;

- Δ Estão a ser tomadas medidas com vista a melhorar o funcionamento dos sistemas de GFP através de acções de capacitação e recursos humanos, em conformidade com os planos de acção, embora os avanços no impacto em termos de melhoria do sistema sejam lentos. O documento do PESS refere-se ao Plano Acelerado de Reformas Institucionais (PARI), que define intervenções urgentes em 2013 – 2015 para a capacitação a nível central, regional e distrital nas áreas de administração e finanças, planificação, gestão de RH, logística e distribuição de medicamentos e artigos médicos (CMAM), aquisições (UGEA) e inspecção.
- Δ Existem várias auditorias diferentes no sector da saúde. O Tribunal Administrativo é responsável pela auditoria geral do Orçamento do Estado, a Inspecção-geral de Saúde (IGS) é o auditor do MISAU e as auditorias externas são feitas pelos doadores, ou seja, no caso do PROSAUDE e da auditoria dos fundos do GFATM, é utilizada a Inspecção-geral. O MISAU presta assistência técnica para o mesmo efeito;
- Δ As aquisições do MISAU são efectuadas por 2 instituições. A CMAM adquire medicamentos e a maioria dos artigos médicos, enquanto a UGEA trata da aquisição de material médico-cirúrgico, assim como equipamento médico e não médico, mobiliário, artigos não médicos e transportes. Todas as aquisições obedecem a padrões internacionais. A capacidade de compra e aviamentos da CMAM é descrita no documento do PESS.

Atributo 14: Mecanismos de governação, responsabilização, gestão e coordenação.

- Δ Durante muitos anos, o sector da saúde está habituado a mecanismos sólidos de planificação central, tais como o PESS e o PES. Estes dois definem as prioridades e os formatos de planificação e monitoria nas Províncias e Distritos.
- Δ Foram definidas responsabilidades e métodos de prestação de contas entre os níveis Central, Provincial e Distrital no contexto do processo de descentralização, assim como as implicações da delegação de poderes aos municípios para o sector da saúde (mecanismos de financiamento + planificação).
- Δ A gestão sectorial é feita pelas seis Direcções do MISAU. Estas reúnem-se semanalmente com o Ministro ou o Secretário Permanente (SP) para partilhar informação e tomar decisões sobre medidas críticas.
- Δ Existem estruturas bem estabelecidas para a realização de consultas regulares e coordenação entre o MISAU e os seus parceiros (financeiros e técnicos) a nível das políticas (CCC e CCS) e a nível técnico (GTTs). Esta colaboração foi inserida no Memorando de Entendimento de 2008 (para os doadores do PROSAUDE) e o Código de Conduta do Kaya Kwanga de 2003 para todos os parceiros que trabalham no sector da saúde. Existem igualmente mecanismos bem estabelecidos que fazem a revisão regular do desempenho do sector (ACA + QAD) e o acompanhamento das suas recomendações.
- Δ Todos os principais Programas Nacionais estão totalmente alinhados com o PESS III, tanto em termos do seu orçamento (incluindo os doadores fora do orçamento) e em termos do seu quadro de monitoria (incluindo a definição de indicadores, pontos de referência e metas).

| PONTOS FRACOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atributo 10: Os planos operacionais detalham como a estratégia será conseguida. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▽ A secção 5.2 do PESS (que descreve os “sistemas de apoio” do sector da saúde) não inclui indicadores, enquanto a secção 5.1 que descreve os programas de saúde inclui indicadores. ▽ O documento do PESS e as suas estratégias programáticas / temáticas nem sempre descrevem com clareza quem é responsável pelas actividades e quem é responsável pela implementação. ▽ Os processos de planificação dos distritos ainda não são sólidos: as intervenções são essencialmente planificadas a nível provincial e incluídas nos planos anuais provinciais. ▽ A actual multiplicidade de estratégias temáticas e planos operacionais dos vários subsectores do sector da saúde nem sempre estão claramente associados ao PESS e poderão nem sempre estar harmonizados com o PESS e com os planos dos outros subsectores. ▽ Não está definido um mecanismo no documento do PESS que garanta que as melhores práticas e lições tiradas dos projectos piloto e da inovação sejam incorporadas nas decisões de política a nível central e na implementação. ▽ Embora a secção 6.2 do PESS mencione a intenção do MISAU de elaborar um plano integrado de infra-estrutura, a análise da situação contida no Capítulo 2 não menciona os esforços em curso tendentes a aumentar / fortalecer a infra-estrutura dos serviços de saúde; e a secção 5.2 não inclui qualquer referência ao desenvolvimento de infra-estrutura. ▽ A Revisão do Sector da Saúde de 2012 (RSS) recomendou que fosse elaborada uma Política Nacional Farmacêutica de modo a definir a política nacional de medicamentos e confirmar a divisão de tarefas e responsabilidades entre as diversas instituições activas no sector farmacêutico. Esta recomendação não foi incluída no documento do PESS. ▽ O papel e a responsabilidade da medicina tradicional não estão claramente definidos no documento do PESS. |
| Atributo 11: Descreve como os recursos serão afectados para se conseguir os resultados e melhorar a equidade. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▽ Embora a intenção de desenvolver um pacote básico de saúde para cada nível de serviços seja mencionada no Capítulo 3, não se faz mais nenhuma referência a esta questão nos Capítulos 5 e 6. ▽ O documento do PESS contém apenas uma breve descrição dos provedores de serviços, sem menção às empresas privadas com fins lucrativos. ▽ A secção sobre equidade não se refere a um outro esforço importante do MISAU que visa garantir a equidade na afectação de recursos, nomeadamente a fórmula de afectação de fundos do PROSAUDE a nível provincial. ▽ O documento do PESS não inclui qualquer menção a um mecanismo de afectação de pessoal |

recentemente formado a áreas / serviços técnicos / programáticos prioritários.

- ▽ Não se faz qualquer menção ao objectivo geral do sector da saúde de fornecer medicamentos e artigos médicos com vista a melhorar a disponibilidade de medicamentos a nível das unidades sanitárias periféricas e dos pacientes.
- ▽ Na descrição de medicamentos e artigos médicos contida na secção 5.2.4, as estratégias definidas para as várias áreas programáticas não são claras⁶. Além disso, o texto na área Farmacêutica refere-se apenas à responsabilidade de controlo de qualidade referente aos medicamentos adquiridos pelo MISAU, ao invés de se referir à responsabilidade de garantir o controlo de qualidade dos medicamentos adquiridos por todos os actores do sector.
- ▽ O Capítulo 3 não formula objectivos ou estratégias de gestão e logística de artigos não médicos, equipamento médico e não médico e manutenção; também não menciona a necessidade de se formular um plano estratégico para estas áreas, uma vez que actualmente não existe nenhum plano.

Atributo 12: Adequação da capacidade institucional.

- ▽ O Capítulo 2 do documento do PESS não contém qualquer informação qualitativa sobre os actuais esforços com vista a formar mais trabalhadores de saúde, projecções e lacunas, nem se refere à necessidade de profissionalizar as tarefas de gestão.
- ▽ No PESS não se faz qualquer menção a estratégias alternativas que visam aumentar a capacidade de prestação de serviços (sem ser através da formação e do recrutamento de um maior número de quadros).
- ▽ O PESS não contém uma análise sistemática das necessidades de Assistência Técnica.

Atributo 13: Gestão financeira e procurement.

- ▽ Existe uma multiplicidade de fluxos de fundos provenientes do Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, doadores, projectos técnicos e organizações da sociedade civil (OSC) que chegam a escalões mais baixos de várias direcções e em momentos diferentes. A fragmentação do financiamento proveniente de muitas fontes cria um grande peso no sistema, originando fraquezas significativas na qualidade dos sistemas de gestão financeira;
- ▽ Os atrasos registados no desembolso de fundos do Governo de Moçambique e dos doadores (incluindo o PROSAUDE) são comuns e repetidos. Não existem sistemas que garantam desembolsos de forma mais atempada;
- ▽ A falta de pessoal e de capacidades, em especial a nível provincial e distrital, impede o cumprimento cabal das regras e regulamentos sobre os sistemas financeiros;
- ▽ Os relatórios financeiros produzidos pelo MISAU sobre a execução orçamental são abrangentes, mas não obedecem à estrutura de actividades e a resultados definidos no plano estratégico. Os relatórios são elaborados essencialmente para informação aos doadores, e não para efeitos de

⁶. Estas áreas são a “área farmacêutica”, a “área logística de medicamentos” e a “área de farmácia hospitalar.” A Direcção Nacional de Farmácia providenciará um texto corrigido à DPC.

gestão. Os escalões mais baixos do sector da saúde não estão devidamente reflectidos nos relatórios;

- ▽ Os relatórios de auditoria do Tribunal Administrativo são gerais e não contêm dados específicos ao sector da saúde. As constatações gerais incluem pagamentos irregulares, falta de documentos justificativos, mau registo e gestão do inventário e dos activos fixos;
- ▽ A IGS não possui capacidade tanto em termos de número de quadros como de conhecimentos, pelo que não pode fazer auditorias regulares ao sector da saúde. As auditorias não incluem a avaliação da vantagem económica (custo – eficiência);
- ▽ Os sistemas destinados a agir sobre as conclusões e acompanhamento da auditoria para apurar se as constatações foram corrigidas são inadequados;
- ▽ O PESS não menciona a questão da actual inexistência de um Comité de Compras, que já existiu no passado.

Atributo 14: Mecanismos de governação, responsabilização, gestão e coordenação.

- ▽ As estruturas de coordenação para as várias actividades intersectoriais (tais como nutrição, água e saneamento, saúde escolar não foram devidamente definidas, limitando assim o processo de abordagem dos vários factores determinantes sociais da saúde (sublinhado na Análise da Situação);
- ▽ O desempenho das várias estruturas de coordenação entre o MISAU e os parceiros (CCC, GTT) varia em termos de resultados e de qualidade. A participação nestas estruturas de I-ONGs é regular e construtiva. Contudo, a participação das ONGs Nacionais e do Sector Privado é limitada ou até inexistente;
- ▽ Em termos de tempo, pelo facto do período preliminar do PESS 2013-2017 não ir estar totalmente alinhado com o proximo Plano Quinquenal do Governo (PQG) e o seu Plano de Redução da Pobreza (PARP). Além disso, por metade do ano de 2013 ter passado e o PES 2014 já está a ser preparado, houve necessidade de realinhar o PESS para o período 2014-2019 ja mesmo durante o processo da realização do JANS;
- ▽ Os objectivos e desafios da modalidade dos doadores do PROSAUDE não foram abordados no PESS, resultando numa estagnação e fraco empenho dos parceiros;
- ▽ Embora Moçambique tenha aderido ao Secretariado do IHP+ em 2007, a necessidade de melhorar a Harmonização e Alinhamento pelo MISAU e seus parceiros não foi especificamente abordada no PESS;
- ▽ A importante Agenda de Reformas proposta no Capítulo 6 (Pilar 2) parece uma intervenção não estruturada e em aberto, sem Termos de Referência, resultados, calendário de implementação e pontos de referência;
- ▽ A Política Nacional de Saúde, elaborada em 1979, nunca foi actualizada nem revista desde essa altura;

- ▽ A questão da Regulamentação e Controlo no sector (acreditação, aplicação da lei, regulamentação do sector privado, controlo de medicamentos), bem como o papel das várias Associações (médicos, enfermeiros) e órgãos reguladores não foi devidamente abordada no PESS. O desenvolvimento de sistemas de acreditação e a elaboração do pacote básico de cuidados de saúde serão contributos essenciais ao abordar a questão das Reformas (*Pilar 2*) ou ao redigir a política de financiamento da saúde.

IMPLICAÇÕES PARA O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO

Implementação

- O sucesso da implementação do PESS dependerá imenso do grau de envolvimento das províncias e dos distritos e de como eles são apoiados na planificação e operacionalização do plano estratégico.
- O sucesso da implementação do PESS também dependerá do Governo de Moçambique (GM) e parceiros disponibilizarem os recursos necessários e dos parceiros alinharem o seu apoio às estratégias e sistemas do GM a nível central e provincial.
- A construção de novas unidades sanitárias em curso e programada para as zonas remotas e desfavorecidas possui um efeito multiplicador na necessidade de mais trabalhadores de saúde qualificados, equipamento e orçamento operacional. Este aspecto deve ser tomado em consideração ao fazer as projecções de recursos humanos.

Cálculo de Custos e Gestão Financeira

- A multiplicidade de fundos que fluem para as províncias e distritos, os atrasos registados nos desembolsos e a falta de capacidade de gestão financeira – especificamente nos escalões inferiores, aquisições e capacidade de tomar medidas e de fazer o acompanhamento das auditorias – dificultarão a implementação do PESS.
- O sucesso da implementação do PESS dependerá, em grande medida, do aperfeiçoamento da gestão financeira e da prestação de contas atempada dos gastos das várias fontes de financiamento.

Governança

- A longo prazo, a implementação da agenda de reformas na íntegra (*Pilar 2*), conforme detalhado nos resultados (Termos de Referência) adiante descritos contribuirá substancialmente para as melhorias na qualidade da prestação de serviços, melhorará o acesso (geográfico e financeiro) e a monitoria.
- Muito dependerá de um clima de trabalho mais favorável e confiança entre os parceiros do sector, devolvendo a confiança que caracterizou o sector da saúde há alguns anos. Por essa razão, as questões do IHP+ e da Declaração de Paris / Acra continuam muito relevantes neste momento.

SUGESTÃO DE ACÇÕES (Curto Prazo)

1. O Capítulo 2 do PESS deve incluir:
 - Uma descrição dos actuais esforços de desenvolvimento de grandes infra-estruturas.

- Informação qualitativa sobre os actuais esforços no sentido de formar novos trabalhadores de saúde (formação inicial), projecções e lacunas.
 - Análise da situação para a gestão da logística do equipamento médico e não médico e de artigos não médicos.
2. A secção 5.2 do PESS deve incluir objectivos, estratégias e indicadores para o:
 - Fortalecimento do sistema de aquisições (procurement) de produtos não médicos e de todo o equipamento, mobiliário e viatura. Mencionar que o MISAU e parceiros poderão considerar a possibilidade de reactivar um Comité de Compras.
 - Fortalecimento da gestão da logística do equipamento médico e não médico e de artigos não médicos.
 - Desenvolvimento de infra-estruturas.
 - O MISAU e parceiros poderão considerar a possibilidade de formular estratégias alternativas ou disponibilizar financiamento adicional suficiente para uma maior aceleração da formação de RH e da contratação de RH a partir de recursos externos.
 3. Considerar a recomendação da recomendação da Revisão do Sector da Saúde 2012 (RSS) de que é necessário definir uma Política Nacional Farmacêutica. Ao elaborar a Política Nacional Farmacêutica, abordar também a questão da divisão de tarefas e responsabilidades entre as várias instituições activas no sector farmacêutico.

Governança: (Curto Prazo)

1. Incluir no PESS a realização da Cobertura Universal de Cuidados de Saúde (UHC) como um objectivo global para os seus objectivos / metas a longo prazo (20 anos?).
2. Incluir uma descrição das estruturas de coordenação existentes a nível central e provincial entre os vários intervenientes do governo (com outros ministérios, parlamento) dentro do próprio MISAU (CCC e outros) e com os parceiros técnicos (vários GTTs) e financeiros (CCS, PROSAÚDE). Para cada um deles, rever (onde for relevante) os seus objectivos, resultados previstos, presidência, composição e frequência das reuniões.
3. Alinhar o PESS III com o período do próximo Plano Quinquenal do Governo, alterando a data do seu início para 2014 e acrescentando mais um ano à sua duração. Desta forma, o PESS III irá cobrir o período compreendido entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2019. Incluir a necessidade de uma Revisão de Meio Termo externa em meados de 2016 que deve avaliar o seu progresso no *Pilar 1* e *Pilar 2* e rever as metas preliminares para 2017 - 2019. As recomendações da Revisão de Meio Termo devem ser incluídas no PES 2017.
4. Como parte do *Pilar 2*, elaborar Termos de Referência com calendário de implementação, roteiro e pontos de referência para as principais intervenções relacionadas com as Reformas; os resultados devem ser os seguintes:
 - Pacote básico de cuidados de saúde definido por nível e sistema de saúde distrital definido, incluindo sistemas de referência,
 - Política / Estratégia de Financiamento da Saúde elaborada,
 - Plano Integrado de Desenvolvimento de Infra-estruturas (PIS) concluído,
 - Política Nacional Farmacêutica definida / elaborada,
 - Relação com o Sector Privado (colaboração, controlo, regulação / acreditação)

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>esclarecida,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sub-planos dos vários programas harmonizados com o PESS (calendário de implementação, conteúdo, orçamento e M&A), • Plano de Reforma Hospitalar definido em conjunto com os novos papéis e responsabilidades da DNAM, • Autonomia administrativa e financeira da CMAM definida, • Arquitectura adequada para os vários sistemas de informação, tais como o SIS, LMIS, SIRH concluída. <p>5. Considerar a possibilidade de criação de uma “Unidade de Reformas” com pessoal em tempo inteiro proveniente de diferentes níveis / cantos do sector e que fará parte do quadro orgânico do MISAU e que presta contas directamente ao Ministro. A principal tarefa desta "Unidade de Reformas" é fazer avançar / impulsionar as Reformas nos próximos dois anos (2014-2015).</p> |
| <p align="center">SUGESTÃO DE ACÇÕES (Médio a Longo Prazo)</p> <p><i>Cálculo de custos: Médio a longo prazo</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os planos de fortalecimento da GFP – incluindo o fortalecimento das aquisições – devem ser implementados na íntegra; 2. Como parte do fortalecimento do sistema de GFP, deve ser prestada atenção à racionalização e simplificação do fluxo de fundos e à observância dos prazos dos desembolsos; 3. A IGS deve ser reforçada através de acções de capacitação e da afectação de quadros adicionais a vários níveis; devem ser introduzidas auditorias “economicamente vantajosas”; 4. Os sistemas para agir sobre as conclusões da auditoria e fazer o seu acompanhamento devem ser fortalecidos; 5. Deve ser explorada a alternativa de “out-sourcing” das aquisições, tomando em linha de conta as vantagens e desvantagens. <p>Governança: Médio a longo prazo</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Assim que o PESS tiver sido aprovado, desenvolver (i) uma estratégia de comunicação que defina como o PESS irá informar e orientar os diferentes intervenientes do sector a nível nacional, provincial e distrital / das unidades sanitárias e (ii) uma versão resumida e simplificada do PESS para ser usada por outros que não estejam directamente envolvidos na sua implementação (governos distritais / provinciais, partidos políticos, órgãos de informação, etc.). 7. Iniciar o processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde. |

2.5 Monitoria, Avaliação e Revisão

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Monitoria, Avaliação e Revisão</p> <p>Solidez dos mecanismos de revisão e avaliação e como os seus resultados serão utilizados</p> <p>PONTOS FORTES</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Atributo 15: O plano de M&A é sólido, reflecte a estratégia e inclui os principais indicadores, fontes de informação, métodos e responsabilidades pela colecta, gestão, análise e controlo de qualidade dos dados.

- △ O PESS e o respectivo plano estratégico de M&A descrevem um quadro abrangente que permita a monitoria da execução da estratégia nacional. Existe uma lista abrangente de indicadores para o impacto e objectivos estratégicos do plano. A maioria dos indicadores contém dados de base, na sua maioria do IDS 2011, e de inquéritos específicos à população. Na secção relativa ao Pilar 1 do PESS, nove de 36 indicadores reflectem o desempenho do fortalecimento dos sistemas de saúde (recursos humanos, infra-estrutura, orçamento, equidade); os restantes 75% são indicadores do impacto baseados em programas e baseados nos objectivos estratégicos. Este parece ser um equilíbrio razoável. Nota-se que os indicadores das Reformas (Pilar 2) raramente estão presentes no documento.
- △ Os indicadores que reflectem o desempenho do programa estão quase totalmente alinhados com os planos estratégicos do programa, embora os períodos abrangidos nos planos nem sempre sejam os mesmos.
- △ O Ministério da Saúde e a sua Direcção de Planificação e Cooperação enveredaram há alguns anos por um processo de utilização de tecnologias de informação para a gestão dos dados do SIGRH. A visão, o plano e os avanços registados até à data não foram devidamente descritos no PESS.

Atributo 16: Existe um plano de revisões periódicas conjuntas do desempenho e processos para incorporar as conclusões na tomada de decisões e acções.

- △ Desde 2011 que foi implantada uma série de procedimentos e intervenções para avaliar o progresso e validar os dados dos indicadores usados para medir o desempenho dos planos estratégicos. Estão totalmente operacionais balanços trimestrais, revisões anuais, que incluem deslocações às províncias para a verificação de dados. Estes balanços / revisões incluem a participação dos principais parceiros de desenvolvimento (doadores bilaterais e multilaterais) e, em menor grau, representantes da sociedade civil. Os resultados destes balanços / revisões são divulgados pelos principais intervenientes. Supostamente, os resultados são utilizados para ajustar as actividades e as dotações orçamentais. A intervenção é considerada como sendo muito útil pelo MISAU e parceiros.

PONTOS FRACOS

Atributo 15: O plano de M&A é sólido, reflecte a estratégia e inclui os principais indicadores, fontes de informação, métodos e responsabilidades pela colecta, gestão, análise e controlo de qualidade dos dados.

- ▽ A lista de indicadores do impacto e da estratégia contida no resumo do PESS não apresenta na totalidade as fontes da informação a ser recolhida em futuras intervenções de monitoria. A maioria das fontes é constituída por inquéritos à população. O timing destes inquéritos pode nem sempre coincidir com os marcos do PESS (meio termo, fim do período). Alguns indicadores do programa e a maioria dos 'programas' de serviços clínicos não possuem indicadores (SMART) relevantes. Os sistemas de apoio (tais como Recursos Humanos e logística não médica) não foram descritos em termos operacionais, dificultando a monitoria da sua execução. Os indicadores de programas estratégicos não apresentam uma visão equilibrada de todos os programas: mais de 50% pertencem aos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde

Infantil, enquanto não existe um indicador estratégico para medir a execução do Programa de Promoção da Saúde, por exemplo.

- ▽ O Governo de Moçambique já se comprometeu com algumas metas ambiciosas, por exemplo, para reduzir o Rácio da Mortalidade Materna de 408 (em 2011) para 190 por 100.000 nascimentos vivos (em 2017). Comprometeu-se ainda a aumentar a proporção de pessoas seropositivas que recebem Tratamento Antiretroviral de 54% para 80% em três anos. Estas metas parecem difíceis de alcançar num curto espaço de tempo.
- ▽ Com a mudança de duração proposta para Janeiro de 2014 – Dezembro de 2019, devem ser definidas novas metas para o fim do período a que o plano se refere. Esta situação criará desafios aos vários programas e serviços.

Atributo 16: Existe um plano de revisões periódicas conjuntas do desempenho e processos para incorporar as conclusões na tomada de decisões e acções.

- ▽ Embora esteja operacional um sistema bem sucedido de revisão periódica de desempenho, devendo continuar firme durante o período do plano estratégico, devido à natureza relativamente vertical de alguns programas importantes, o fluxo de informação não está bem integrado, nem o plano apresenta medidas para melhorar a gestão integrada de informação.

IMPLICAÇÕES PARA O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO

- O quadro de monitoria deve ser melhorado antes do início do PESS. As melhorias incluem a conclusão das fontes de dados previstas, actualização dos dados de referência, das metas de meio termo onde for viável e as metas de fim do período (2019). É altamente desejável um conjunto de indicadores mais equilibrado que reflecta as prioridades do MISAU.
- A expansão do quadro de M&A de modo a incluir a Agenda de Reformas da Saúde depende da inclusão de um roteiro para as reformas.
- Uma intervenção conjunta contínua para a monitoria constitui uma parte essencial da implementação das intervenções de M&A.

SUGESTÃO DE ACÇÕES (Curto Prazo)

4. Equilibrar a lista de indicadores do programa para que as prioridades definidas no PESS estejam melhor reflectidas na lista de indicadores.
5. Rever e concluir a lista de fontes de informação, linhas de base e metas necessárias para avaliar o desempenho.
6. Rever as metas do fim do PESS para o novo ano final do plano (2019).
7. Alargar os planos e os resultados finais pretendidos para a transição à gestão de dados do SIGRH usando tecnologias de informação.
8. Substituir o indicador “mortalidade da Tuberculose” (não mensurável em Moçambique) por “Proporção de mortes em grupos de casos anuais de tuberculose” (recolhidos de forma rotineira pelo Programa Nacional de Controlo da Tuberculose).

| | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SUGESTÃO DE ACÇÕES (Médio a Longo Prazo) | |
| 1. | Rever a viabilidade das metas, dentro das limitações dos compromissos já assumidos. |
| 2. | Elaborar um plano com vista a integrar os fluxos de informação para os diferentes programas e serviços. |

ANEXOS

3.1. Termos de Referência para uma missão de Avaliação Conjunta do Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS III 2013-2017

Antecedentes

Até à data, Moçambique tem implementado o *“Programa Quinquenal do Governo - PQ”*, actualmente aprovado para 2010-2015, o *“Plano de Acção para Redução da Pobreza – PARP 2011-2014 – PARP II”* o *“Plano Económico e Social – PES”*, o *“Cenário Fiscal e de Despesas de Médio Prazo” – CFDMF*, e o *“Plano Estratégico do Sector Saúde -PESS II 2007-2012”*. Para além do plano estratégico de sector, Moçambique tem também várias estratégias de relativas a programas específicos de saúde e sistemas tais como o *“Plano Integrado para os ODMs 4 & 5”*, o *“Plano Estratégico para a Tuberculose”*, o *“Plano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos 2008-2015”*, o *“Plano Estratégico para os Sistemas de Informação de Saúde”*, e o *“Plano Estratégico para o HIV”*.

O actual PESS que orienta o desenvolvimento de planos anuais, nomeadamente os PES (planos económicos e sociais), termina no fim de Dezembro 2012, mas, por razões práticas, será alargado até Abril 2013 de modo a se ter mais tempo para finalizar o próximo plano estratégico. O MISAU (Ministério da Saúde) de Moçambique iniciou a elaboração do PESS III (2013-2017) em Agosto 2012 com a criação de um Grupo Técnico de Trabalho (GTT), composto por gestores do Ministério da Saúde e por parceiros de cooperação e consultores. O GTT responde directamente ao Director de Planificação, que por sua vez, é responsável pelo processo de redacção do novo plano de sector.

Uma referência-chave para a elaboração do PESS III é o relatório da recentemente conduzida revisão do sector da saúde, que apresenta uma análise da situação actual, bem como das tendências que cobrem os últimos 5 a 10 anos dos pilares dos sistemas e dos programas de saúde. O relatório final em entregue em Outubro.

É fundamental para a realização de um plano - que é propriedade de todos os intervenientes do sector de saúde - a decisão de ter um processo de consulta amplo e participativo com os parceiros de desenvolvimento, sectores-chave do governo e ministérios, associações profissionais, sociedade civil e partes interessadas.

Para tornar o PESS III mais robusto e incentivar mais a aceitação por uma vasta gama de intervenientes, o Ministério decidiu submetê-lo ao processo da *“Avaliação Conjunta de Estratégias Nacionais (JANS – Joint Assessment of National Strategies)”*. Este exercício tem igualmente recebido assistência técnica da OMS (10-14 Setembro 2012) para dar orientação sobre o propósito, processo e instrumento do JANS aos gestores séniores e parceiros de desenvolvimento do sector da saúde. Esta *“fase introdutória do JANS”* foi também usada para avaliar o actual PESS comparando com as ferramentas existentes do JANS.

As expectativas são de que uma avaliação e qualquer revisão subsequente aumentarão a confiança no plano, ajudarão a trazer mais parceiros on-plan and on-budget e reduzirão, pelo menos, parte da carga de avaliações separadas ou preparação de propostas (custos de transacção). O elemento independente

é desejável, a fim de proporcionar uma perspectiva nova e sistemática do plano.

Estado do desenvolvimento do PESS III em Moçambique

O desenvolvimento do PESS III está numa fase intermédia. Começou em Agosto 2012 com a criação do Grupo Técnico de Trabalho e actualmente (meio Novembro) intensificou as consultas com as partes interessadas, revendo documentos importantes e melhorando a estrutura do PESS III. Um rascunho mais elaborado estará pronto em Dezembro 2012. Esta versão será submetida ao JANS em Março de 2013 e um rascunho final incorporando as recomendações da avaliação independente será entregue para aprovação e subsequente endosso pelo Comité de Coordenação Conjunta – CCC em Abril de 2013.

A programação do JANS para Março 2013 permite que um rascunho melhorado do PESS III esteja pronto para uma revisão aprofundada, bem como dá à Direcção de Planificação e Cooperação tempo para incorporar as recomendações do JANS e finalizar o plano estratégico no prazo acordado em Abril 2013.

Organização do JANS

O grupo de trabalho PIMA (Planificação, Investimento, Monitoria e Avaliação), que é um grupo conjunto de trabalho de gestores seniores e pessoal técnico do Departamento de Planificação (DPC) & Cooperação do MISAU e de parceiros de desenvolvimento de saúde, incluindo representantes da sociedade civil, está assistindo a organização do processo JANS. O grupo PIMA é chefiado pelo Director de Planificação e Cooperação. A missão do JANS irá prestar contas a este grupo no princípio e final desta missão. A missão irá apresentar os seus achados e discutir as recomendações com o MISAU e o grupo de parceiros de saúde (HPG) durante a reunião de validação no fim da missão. A missão irá submeter o seu relatório final ao Director de Planificação e Cooperação que irá partilhar o relatório com os parceiros do PIMA e subsequentemente torná-lo disponível para o grupo de parceiros de saúde (HPG) e outros intervenientes. O Director de Planificação irá assegurar a incorporação das recomendações validadas na versão final do rascunho do PESS.

Objectivos da avaliação conjunta

O objectivo geral da missão é:

Avaliar o rascunho do PESS III, usando a ferramenta e as directrizes do JANS, a fim de identificar os seus pontos fortes e fracos, recomendando melhorias onde necessário.

Especificamente, a missão irá desenvolver um perfil dos pontos fortes e fracos num conjunto de cinco atributos:

- A análise da situação e a coerência do PESS III e suas estratégias com a análise;
- O processo através do qual o plano nacional e as suas estratégias foram desenvolvidos, incluindo o seu alinhamento com as políticas nacionais e estratégias multi-sectoriais e o papel dos principais interessados;
- A adequação das projecções financeiras e estratégias, e mecanismos de financiamento e de auditoria;
- Mecanismos de implementação e gestão, incluindo os de procura/aquisição; e
- Os mecanismos de resultados, monitorização, e revisão.

Entende-se que, embora não seja tarefa da equipa de avaliação conjunta fazer qualquer recomendação sobre o financiamento, prevê-se que as agências individuais usarão os resultados da avaliação para informar as suas decisões e, idealmente, em alguns casos usar os resultados desta avaliação em vez de realizar missões separadas.

Composição da equipa

Prevê-se que a equipa incluirá uma combinação de membros internacionais e locais, os quais possam ser vistos como “independentes” do processo do desenvolvimento do PESS III; isto é, “não envolvidos no desenvolvimento da estratégia e/ou não associados com o governo ou outros principais interessados responsáveis pela estratégia”.

Será identificado um Líder da Equipa, de preferência com experiência na realização de exercícios JANS, o qual será apoiado por consultores independentes de dentro e fora de Moçambique a fim de assegurar uma combinação de conhecimento local e experiência internacional. O chefe da equipa será responsável por assegurar no início da tarefa um bom ambiente e entendimento comum no seio dos membros da equipa no que concerne ao objectivo do JANS, o processo e as ferramentas a utilizar.

Uma vez que o objectivo é submeter o PESS III a uma avaliação global, as principais competências exigidas são nomeadamente a) saúde pública/sistemas de saúde b) economia/financiamento e c) monitorização e avaliação. Prevê-se que a equipa tenha 4-5 membros (incluindo o chefe de equipa) e inclua membros locais e internacionais independentes nestas áreas. O líder da equipa deve ser fluente na leitura, escrita e comunicação em Português. Será uma vantagem para os outros membros da equipa poderem comunicar-se bem em Português. É também uma vantagem ter experiência na Região Africana e domínio de processos da eficácia da ajuda e coordenação dos parceiros.

A equipa independente será apoiada pelo GTT (Grupo Técnico de Trabalho) durante a sua estadia no país em termos logísticos e de transporte, marcação de encontros e servindo como informante-chave com conhecimentos profissionais e locais relevantes para facilitar o trabalho da equipa.

Metodologia

A avaliação envolverá tanto a preparação como uma fase dentro do país. Esta será realizada através de:

- Teleconferências entre o MISAU e o chefe da equipa para acordarem os detalhes da missão;
- Análise documental do rascunho do PESS III e outros documentos relevantes;
- Entrevistas com pessoas chave do MISAU e das agências, organizações da sociedade civil, parceiros de desenvolvimento, e outros ministérios governamentais, departamentos e agências (e.g. Ministério do Planeamento e Desenvolvimento);
- A reunião de validação para discutir as recomendações será realizada com os principais interessados, no final do trabalho.

Produtos

O chefe da equipa garantirá os seguintes resultados:

- Apresentação para a reunião de validação;
- Um relatório conciso com os resultados e recomendações, no prazo de uma semana após o término da missão (em Português, não mais de 20 páginas e anexos).

Calendário

A missão do JANS começará no dia 11 de Março 2013, dependendo da disponibilidade da equipa e o rascunho do PESS 2013-17. Prevê-se que a equipa despenderá, pelo menos, 12 dias úteis em Moçambique. Entretanto, a revisão do documento poderá começar mais cedo.

Orçamento

1. Honorários de consultoria e DSA:15 days (incluindo trabalho 1 dia antes da chegada ao país e 2 dias adicionais para finalizar o relatório/seccção.
2. Passagem Aérea Internacional (para/de Moçambique)
3. Viagens locais e transportes
4. Despesas do GTT incluindo material de escritório, materiais e impressão
5. Seminário de divulgação.

Documentos-chave

Em anexo

Termos de Referência Específicos

Chefe de Equipa

O líder da equipa deve ser um especialista em sistemas de saúde com experiência prévia na realização de JANS. Ele(a) deverá combinar o trabalho neste domínio com o papel de líder da equipa. É essencial ter experiência em reformas/descentralização do sector da saúde.

- Analisar documentos existentes e conduzir consultas com informantes-chave, ou atribuir aos membros da equipa para o fazer;
- No início do trabalho dar orientação aos membros da equipa nos princípios chave, métodos, ferramentas e terminologia do JANS;
- Orientar e supervisionar o trabalho de equipa;
- Trabalhar com a equipa utilizando as ferramentas e processos do JANS para o PESS 2013-2017
- Realizar outras tarefas na sua área de especialidade, incluindo analisar se a secção de reformas fornece justificação suficiente e detalhada com relação à descentralização e os benefícios esperados para o sector da saúde.
- Assegurar que os produtos acordados são apresentados atempadamente;
- Coordenar os contributos dos diferentes membros e do GTT para o relatório, com base no resultado de consultas;
- Apresentar os resultados da avaliação no último seminário de consulta;
- Elaborar o relatório final.

Ao longo do contrato, está previsto que o líder da equipa esteja em contacto com o Ministério da Saúde, GTT e o parceiro ponto focal da saúde para apoio logístico e actualização regular.

Saúde Pública / Sistemas de Saúde

É uma vantagem, ter experiência anterior na realização de um JANS.

- Rever os documentos existentes na área designada;
- Trabalhar com a equipa utilizando as ferramentas e processos do JANS para o PESS 2013-2017;
- Entrevistar os informantes-chave;
- Apresentar relatórios e outros resultados atribuídos pelo chefe de equipa como acordado com a equipa;
- Participar nas reuniões de equipa e nas reuniões de divulgação como exigido.

Gestão financeira / Economia da saúde

É uma vantagem, ter experiência anterior na realização de um JANS.

- Rever os documentos existentes na área designada;
- Trabalhar com a equipa utilizando as ferramentas e processos do JANS para o PESS 2013-2017;
- Entrevistar os informantes-chave;
- Apresentar relatórios e outros resultados atribuídos pelo chefe de equipa como acordado com a equipa;
- Participar nas reuniões de equipa e nas reuniões de divulgação como exigido.

Monitorização e Avaliação

É uma vantagem, ter experiência anterior na realização de um JANS.

- Rever os documentos existentes na área designada;
- Trabalhar com a equipa utilizando as ferramentas e processos do JANS para o PESS 2013-2017;
- Entrevistar os informantes-chave;
- Apresentar relatórios e outros resultados atribuídos pelo chefe de equipa como acordado com a equipa;
- Participar nas reuniões de equipa e nas reuniões de divulgação como exigido.

3.2. Programa de Trabalho

| DATA E HORA | Instituição a encontrar | Con-firm. | Objectivo | Equipa JANS | Participantes | Local |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|
| Dia 0 - Domingo, 14 Julho | | | | | | |
| 16.00 – 20.00 | Encontro interno da equipa | V | Atributos, metodologia, divisão de tarefas | Todo equipa | | Hotel Terminus |
| Dia 1 - Segunda, 15 Julho | | | | | | |
| 08.00 - 10.00 | Comité organizador do JANS (Elias, Celia, Leopoldina, Daniel, etc) | V | Discutir osTdR, Programa e logística | Todo equipa | Comité organizador | MISAU (6º andar) |
| 10.30 - 12.00 | Encontro com a equipa da elaboração do PESS | V | Processo / desenvolvimento PESS | Todo equipa | GTT, Comité organizador | MISAU |
| 15.00 – 16.30 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 2 - Terça 16 Julho | | | | | | |
| 07.30 - 08.30 | MISAU DPC Director Nacional de Planificação / Director Adjunto | V | Planificação | JC, HN, CO, HE | Dr. Célia, Dr Mazivila | MISAU |
| 08.00 - 09.30 | GTAF (Grupo de Trabalho Administração & Finanças) (parceiros) | V | | BA, NT | Irish Aid, USAID, CIDA, SDC, Italian Coop, Danida | Irish Embassy, Av. J. Nyerere |
| 10.00 - 11.30 | ICSM (Instit. Ciências de Saúde) | V | | NT | | Hospital Central |
| 10.00 - 11.30 | ANEMO (Assoc. Enfermeiros) | V | | JC, HN | | MISAU |
| 11.30 - 13.00 | AMM (Assoc. Médicos) | V | | HN | | MISAU |
| 11.30 - 13.00 | GT ProgrSer (Programas / Serviços) (parceiros) | V | | JC, HE, NT | SDC, CDC, MSF | SDC |
| 14.00 - 15.30 | MPD Departamento da Planificação | V | | JC, HN | Sra Marisa Alves Sra Zita Zoaquim | Chef Dept Planif. /MPD |
| 14.00 - 15.30 | MISAU DPC Dpto. orçamentacao | V | Planificação, orçamentação, custeamento | BA, NT, CO | Vania, Laia, Ibraimo, Manuel | MISAU |
| 14:00 – 15:30 | MISAU DPC Dpto. M&A | V | | HE | Dra Leopoldina, Eduardo, Silvia | MISAU 6º andar |
| 16.00 - 17.30 | GT RH (Recursos Humanos) (parceiros) | V | RHS | JC, NT, BA, HN | Parceiros | OMS, USAID, BTC. JPIEGO |
| 17.30 – 18.30 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 3 - Quarta 17 Julho | | | | | | |

| DATA E HORA | Instituição a encontrar | Con-firm. | Objectivo | Equipa JANS | Participantes | Local |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|-------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 08.00 - 09.30 | GT ONGS (Grupo de Trabalho das ONGs) | V | Sociedade civil | JC, NT, HN | Secretariado e membros da NAIMA+ | NAIMA+, em cima do Mimmos |
| 09.00 - 10.00 | MF – Direcção Nacional de Contabilidade Pública | V | | BA, HE, CO | Manuel Mucavel, Srª Lurdes, Sr. Bento | Av. Marginal (Baixa) |
| 10.00 - 11.30 | DEPROS (Dep. Promoção de Saude) | V | | JC, HN, | Dr Laura | MISAU |
| 10.00: 11.00 | Assessor Tecnico PFM do Danida | V | | BA | | MISAU |
| 10.00 – 11.00 | Assessor Tecnico RH | | | NT | Marcelle Claquin | MISAU |
| 11.30 - 13.00 | GT PIMA (Grup Trab Plan, Invest, M&A) (parceiros) | V | | JC, HE | OMS, EU, UNFPA, CIDA | OMS |
| 11.30 - 13.00 | CMAM | | Procurement, & distribuiçao medic. | NT, BA | Dr Paulo Nha-ducue & equipa | MISAU |
| 13.00 – 14.00 | MISAU DPC Orçamentação | V | Custeamento | BA,CO | Vania, Laia,Simione, Afisa, Manuel | MISAU 6º andar |
| 14.00 - 15.30 | Programa ITS/HIV/SIDA | V | | NT, HE, BA | Dra Aleny | MISAU (2º andar) |
| 16.00 - 17:15 | HPG (Health Partners Group) Focal Partnr Team | V | | Toda equipa | UNICEF, Irish Aid, DFID | UNICEF, Av. Zimbabwe |
| 17.30 – 18.30 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 4 - Quinta 18 Julho | | | | | | |
| 08.00 - 09.30 | MISAU Programa Doenças Tropicaes & Negligadas, Programa Doenças Nao Transmissiveis (DNT) | | | JC, HE | | MISAU |
| 10.00 - 11.30 | MISAU DAF (Dir. Administração & Finanças) | | | BA, NT | Ligia Vilanculo, Alirio Chrizindza | MISAU (rez de chao) |
| 10.00 – 11.30 | MISAU DNSP (Dir. Saude Publica) | | | JC, HN, HE | Dr. Mouzinho Saide (Dir) | MISAU (3º andar) |
| 11.30 - 13.00 | MISAU Nutrição, SMI, PAV | | | JC, HE, HN | Dr. Nazir, Dra Benigna, Dra Edna | MISAU |
| 11.30 – 13.00 | MISAU DAF | | | BA | Dr. Mariam Bibi, Danida TA | |

| DATA E HORA | Instituição a encontrar | Con-firm. | Objectivo | Equipa JANS | Participantes | Local |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------|------------------------------|
| 14.00 - 14.30 | MISAU DPC Infra-estruturas | | | JC, NT | Dr. Mazivila | MISAU |
| 14.00 - 15.30 | MISAU Prog. TB | | | HE | Dr Ivan | MISAU |
| 15.30 – 17.00 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 5 - Sexta 19 Julho | | | | | | |
| 08.00 - 13.00 | MISAU UGEA e IGS (Procurement / Audits) | V | | BA | Dr Ndlala & equipa | MISAU rez de chao |
| 08.00 - 09.30 | MISAU Prog. Malária | | | HE | Dra Graça e equipa | MISAU (3º andar) |
| 08.00 - 09.30 | MISAU Dpto de Logística / Centro de Abastecimento | V | | NT | Dr Fortunato / Dr. Acácio | MISAU 6º andar |
| 08.00 -09.00 | MISAU Legislação | | | CO | Drª Dalmazia Cossa, Drª Malaica | |
| 10.00- 10.30 | MISAU Secretario Permanente | V | | JC | Comité Organizador | MISAU |
| 10.00 – 11.30 | GT medicamentos (parc.) | V | | NT | BM Saul Walker | Banco Mundial |
| 10.00 – 11.30 | Parceiros apoiando a descentralização | V | | JC, HN, HE | Danida, SDC, USG | Dan.Embassy , Av. J. Nyerere |
| 11.30 - 13.00 | MISAU DRH (Dir. Recursos Humanos) | V | | JC, NT | Dr. Dgedge e equipe | MISAU 2º andar |
| 14.00 - 15.30 | MISAU Dir. National de Farmacia | V | | NT | Dra Felicidade | MISAU |
| 14.00 - 15.30 | MISAU DNAM (Dir. Assistencia Medica) | V | | JC, HE | Dr Assane | MISAU 4º andar |
| 16.00 – 17.00 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 6 – Sabado 20 Julho | | | | | | |
| Dia entero | Consultores preparam slides para apresentação | V | | JANs Team | | Hotel |
| Dia 7 – Domingo 21 Julho | | | | | | |
| 13.30 – 18.00 | Encontro de equipa para preparar apresentação | V | | JANs Team | | ? |
| Dia 8 - Segunda 22 Julho | | | | | | |
| 08.00 - 12.30 | DPC + GTT | V | Debriefing informal + passos a seguir | JANs Team | Dra Celia, Dr Mazivila + GTT | MISAU |

| DATA E HORA | Instituição a encontrar | Con-firm. | Objectivo | Equipa JANS | Participantes | Local |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|-------------------------|
| 14.00 – 15.00 | Ministerio de Finanças, Direcção de Orçamento | V | | BA, CO | Amilcar Tivane, Paula Bila, Xamila Ali | MF |
| 14.00 – 16.00 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | Hotel |
| Dia 9 - Terça 23 Julho | | | | | | |
| 09.00 - 12.00 | Directores MISAU, parceiros | V | Apresentaçãodas conclusoes do JANS | Equipa | Celia, GTT, HPG, ONGs | MISAU-Anfiteatro |
| 12.00 – 13.00 | Encontro Equipa JANS | V | | Equipa | | |
| Dia 10 - Quarta 24 Julho. Regresso da equipa JANS | | | | | | |
| Quarta, 31 Julho | Chefe JANS a enviar o rascunho do relatório ao coordenador do GTT | | | JC | | |
| Sexta 2 Agosto | Encontro de clarificação do relatorio na DPC | | | JC, CO | Dra Celia, GTT | DPC |
| Sexta, 9 Agosto | Tradução do relatorio JANS do Ingles para o Portugues | | | OMS | | |
| Sexta 16 Agosto | Entrega do Relatório final a DPC | | | | | |
| XXX | Apresentação do PESS no CCS (High Level Meeting) | | Com prioritizacao e recomendações do JANS | | | |

3.3. Lista de pessoas contactadas / entrevistadas

| NOME | ORGANIZAÇÃO |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1º Dia. Segunda-feira, 15 de Julho | |
| Dra. Célia Goncalves | MISAU DPC |
| Dr. Moses Mazivila | MISAU DPC |
| Dr. Daniel Simone Nhachengo | MISAU DPC |
| Dr. Elias Cuambe | USAID / GTT PESS |
| Dra. Hilde De Graeve | OMS Moçambique |
| Dr. Daniel Kertesz | OMS Moçambique |
| | |
| 2º Dia. Terça-feira, 16 de Julho | |
| GTAF (Grupo de Trabalho de Admin & Finanças) | |
| Viriato Chevane | CDC |
| Nicole McHugh | Irish Aid |
| Eliane Moser | ACDI Canadá |
| Dr. Guilio Borgnolo | Cooperação Italiana |
| Ana Bodipo-Memba | USAID |
| Leo Näscher | Cooperação Suíça |
| Kirsten Havemann | Danida |
| Dr. Jonas Chambule | Irish Aid |
| | |
| Ignacio Mondlane | Instituto de Ciências de Saúde de Maputo (ICSM) |
| Lagina Mause | ICSM |
| Silvestre Langa | ICSM |
| | |
| Jaime Chore | ANEMO |
| José Davuce | ANEMO |
| Zita Joaquim | MPD |
| Marisa Alves | MPD |
| | |
| GTProgSer (Grupo de Trabalho Programas & Serviços) | |
| Benedito Toalha | SDC |
| Leo Näscher | SDC |
| Rebekka Ott | SDC |
| Jean-Luc Anglade | Médecins Sans Frontières / NAIMA+ |
| Dr. Charity Ndalama | CDC |
| | |
| Dr. Leopoldina Ferreira Massingue | MISAU DPC – Departamento de Monitoria e Avaliação |
| Sra. Silvia Bignamini | AT ao MISAU DPC (FORSSAS / Deloitte) |
| Sra. Eduarda | MISAU DPC – Departamento de sistemas de |

| | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| | informação |
| Dr. Cidália Baloi | MISAU DPC – Departamento de sistemas de informação |
| Dr. Eduardo Celades | AT à DPC (OMS) |
| Laia Cirera i Crivillé | MISAU DPC |
| Vânia Tembe | MISAU DPC |
| Ibrahimo Momade | MISAU DPC |
| Manuel Mahase | MISAU DPC |
| | |
| GTRH (Grupo de Trabalho de Recursos Humanos) | |
| Dr. Hilde De Graeve | OMS |
| Dr. Eric Korsten | Belgian Technical Cooperation (BTC), AT à MISAU DRH |
| Dr. Angel Mendoza | JPIEGO |
| Ana Bodipo-Memba | USAID |
| | |
| Sra. Emanuele Capobianco | UNICEF Saúde e Nutrição |
| Sra. Etelvina Mahanjane | DFID |
| Sra. Monica Zaccarelli Davoli | UNICEF |
| | |
| Sra. Adelaide Matisa Alves | MPD Departamento de Planificação |
| Sra. Zita Chipemba | MPD Departamento de Planificação |
| | |
| 3º Dia. Quarta-feira, 17 de Julho | |
| GT ONGs (Grupo de Trabalho das ONGs) | |
| Sally Griffin | NAIMA+ |
| Rita Chico | Malaria Consortium |
| Rachida Melo | Medicus Mundi |
| José Luis de Peray | Medicus Mundi |
| Jorge Matine | Pathfinder International |
| Mathias Nzaramba | Friends for Global Health |
| Alcides Tumidas | Kulima |
| Joelma Joaquim | Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva |
| Malicas de Melo | CUAMM Médicos com Africa |
| Cláudio Machalile | Fundação Ariel Glaser |
| | |
| Marcelle Claquin | AT ao MISAU DRH (JPIEGO) |
| | |
| Dr. Paulo Nhaducue | MISAU CMAM |
| Joao Grachane | MISAU CMAM |
| | |
| Dr. Aleny Couto | MISAU Programa Nacional de ITS/HIV/SIDA |
| Delane | MISAU Programa Nacional de ITS/HIV/SIDA |
| Tatiana Borchova | AT ao MISAU Programa Nacional de ITS/HIV/SIDA (HAI) |
| Joseph Lara | AT ao MISAU Programa Nacional de ITS/HIV/SIDA |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | (HAI) |
| | |
| Laura Mavota | MISAU DEPROS |
| Natércia Matule | MISAU DEPROS |
| Teresa Mapasse | MISAU DEPROS |
| | |
| GT PIMA (Grupo de Trabalho de Planificação, Investimento e M&A) | |
| Dr. Geert Haghebaert | União Europeia |
| Fernanda Maússe | ACDI |
| Dr. Pilar de la Corte Molina | FNUAP |
| | |
| Parceiros Focais, Grupo de Parceiros da Saúde | |
| Dr. Emmanuele Capobianci | Co-Presidente HPG, UNICEF |
| Monica Davoli | UNICEF |
| Etelvina Mahanjane | DFID |
| | |
| 4º Dia. Quinta-feira, 18 de Julho | |
| Rebeca Lígia Vilanculo | MISAU DAF |
| Alírio Ozas José Chirindza | AT ao MISAU DAF (FORSSAS) |
| Mariam Umarji | AT ao MISAU DAF (DANIDA) |
| Moisés Mazivila | MISAU DPC |
| | |
| Dr. Mouzinho Saíde | MISAU - DNSP |
| Dr. Carla Silva Matos | MISAU – DNSP DNT |
| Dr. Olga Nelson | MISAU – DNSP DTN |
| Dr. Edna Germack Possolo | MISAU – DNSP Departamento de Nutrição |
| Dr. Nazir Amade Ibrahim | MISAU – DNSP Departamento da Mulher e Criança |
| Dr. Maria Benigna | MISAU – DNSP EPI |
| Dr. Ivan Manhiça | MISAU – DNSP NTCP |
| Dalmazia Cossa | MISAU – Assessora Jurídica |
| Humberto Muquingue | MISAU-DPC-GTT – Coordenador de Consultas às Províncias |
| | |
| 5º Dia. Sexta-feira, 19 de Julho | |
| Dr Marcelino Lucas | Secretario Permanente (SP) |
| Dr. Graça Matsinha | MISAU – DNSP Programa da Malária |
| Fortunato Rafael de Oliveira | MISAU DAF – Departamento de Logística |
| | |
| Sra. Kirsten Havemann | DANIDA |
| Sra. Kirstina | DANIDA |
| Sra. Monica Davoli | UNICEF |
| | |
| António dos Santos Ndiala | MISAU UGEA |
| Joquieo Ahoad Fernandes | MISAU UGEA |
| António Paulino Rodrigues | MISAU IGS |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laria Helene Catarina Abdul | MISAU IGS |
| Iolanda Matsimbe Malace | MISAU IGS |
| Baltazar Mateus Tamele | MISAU IGS |
| | |
| Grupo de Trabalho de Medicamentos | |
| Saul Walker | Banco Mundial |
| Rebekka Ott | SDC |
| Benedito Chanque | USAID |
| Ana Fernandes | OMS |
| Röseler Ventura | Médecins Sans Frontières |
| | |
| Dr. Martinho Dgedge | MISAU DRH |
| Adelaide Mbebe | MISAU DRH |
| Natalia Santanu | MISAU DRH |
| Monica Paigiannis | MISAU DRH |
| Eric Korsten | MISAU DRH / BTC |
| Isabel Buffalo | MISAU DRH / BTC |
| | |
| Dr. Felicidade Sebastião Siteo Macamo | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Dr. Pedro | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Virgília | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Sultan | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Gilberto | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Steffi | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Dra. Paula Lurdes Raimundo | MISAU Direcção Nacional de Farmácia – Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos (LNCQM) |
| Orlando | MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| Dr. Abdel Raouf Qawwas | AT ao MISAU Direcção Nacional de Farmácia |
| | |
| 8º Dia. Segunda-feira, 22 de Julho | |
| Dra. Celia Goncalves | DPC |
| Dr. Moses Mazivila | DPC |
| Dr. Daniel Simone Nhachengo | DPC |
| Dr. Elias Cuambe | USAID / GTT PESS |
| | |
| 9º Dia. Terça-feira, 23 de Julho | |
| Dr Marcelino Lucas | MISAU Secretário Permanente (SP) |
| Dra. Celia Goncalves | DPC Director Nacional |
| Dr. Elias Cuambe | USAID / GTT |
| Dra. Hilde De Graeve | OMS - Moçambique / PIMA |
| Directores Nacionais e muitos quadros das várias Direcções e Departamentos do MISAU | |
| Parceiros Técnicos e Financeiros | |
| Sociedade Civil | |

3.4. Documentos consultados

| AUTOR / ANO | TÍTULO |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Análise da Situação | |
| Carrachás, 2011 | Análise da Situação das Práticas na Gestão dos Recursos Humanos no Sector da Saúde em Moçambique BDC |
| MISAU, 2012 | Relatório da Revisão do Sector de Saúde |
| | |
| Processo | |
| Governo de Moçambique, 2010 | Plano Quinquenal do Governo de Moçambique_2010-14.pdf |
| MISAU, 2013 | PESS versão pré final – 10 Julho 2013 |
| MISAU, 2013 | ANEXOS DO PESS 2013 |
| MISAU, 2013 | Matriz_detalhada_dos_indicadores PESS |
| MISAU, 2013 | Comentários consolidados dos parceiros_ PESS versão 26-05-13 |
| HPG, 2013 | Coordenação dos doadores HPG 2013-14-130605 |
| GTT, 2013 | GTT_response_final_comentarios_consolidados_parceiros V2 |
| MISAU, 2012-3 | Várias Actas do PROSAUDE |
| HPG2012-3 | Várias Actas do Grupo de Parceiros da Saúde |
| MISAU, 2012 | Guião de Consulta às Províncias PESS 2013-2017 |
| MISAU, 2013 | Retro informação das Consultas Provinciais |
| MISAU, 2013 | Consultas: SUMÁRIO ANOTADO COM ACCOES |
| MISAU, 2013 | PES DPS-GAZA |
| MISAU, 2012 | MPD Proposta PES 2013 |
| MISAU, 2012 | Actas do CCC 2012 |
| MISAU, 2012 | Actas do CCS 2012 |
| MISAU, 2011 - 2013 | ACA, Relatórios |
| | |
| Custos e financiamento | |
| Ernst & Young, 2010 | Relatório dos Fundos do PROSAUDE, Fundo Global, Fundo de Medicamentos e Fundo Comum Provincial |
| Fiscus Public Finance Consultants e SAL & Caldeira – Advogados e Consultores. 2009 | Avaliação dos Sistemas de Gestão de Finanças Públicas & Procurement no Sector da Saúde de Moçambique, 2008 |
| Intellica, 2013 | Estudo sobre as Fontes e o Potencial de Receitas no Sector da Saúde |
| MB Consulting, 2011 | Public Expenditure and Financial Accountability – PEFA (Despesas Públicas e Responsabilidade Financeira), Avaliação em Mozambique 2010 |
| Ministério das Finanças, 2013 | Cenários Fiscais de Médio Prazo (CFMP), 2014-2016 |
| MISAU, 2011 | Relatório da Revisão do Sector da Saúde, |
| MISAU, GTAF, 2011 | Análise do ponto de vista dos Parceiros Relatório de Execução Orçamental e Financeira |
| MISAU, 2012 | Plano de Acção para o Fortalecimento da Gestão Financeira do Sector de Saúde em Moçambique |

| AUTOR / ANO | TÍTULO |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MISAU, Intellica, 2013 | Manual de Procedimentos de Colecta e Gestão das Receitas do Sector da Saúde |
| MISAU, DAF, 2013 | Ponto de Situação Julho 2013 das “10 Prioridades de Gestão de Finanças Públicas 2013” |
| MISAU DAF, 2013 | Manual de Procedimentos de Gestão Financeira. Versão 01, Maio 2013. |
| Inspecção-geral, Fundo Global, 2012 | Auditoria das Doações do Fundo Global para a República de Moçambique |
| | |
| Implementação | |
| <i>Recursos Humanos</i> | |
| MISAU, 2008 | Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde 2008-2015 |
| MISAU, 2008 | HRH Plan 2008-2015_English |
| MISAU, 2011 | Estratégia da Formação Contínua em Saúde |
| MISAU, 2012 | Relatório Anual DRH 2011 Final |
| MISAU, 2012 | Avaliação de Meio-termo (2008-2011) do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015. Maio de 2012 |
| | |
| <i>Programas</i> | |
| MISAU, sem data | Estratégia de promoção de saúde |
| | |
| <i>HIV/AIDS</i> | |
| MISAU, 2010 | Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014 |
| MISAU | MISAU; Plano de M&A do HIV 2012-2014 |
| MISAU | MISAU; Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique 2013-2015 |
| <i>Malaria</i> | |
| MISAU, 2012 | MISAU; PNCM – Plano Estratégico da Malária 2012-2016 |
| MISAU, 2012 | MISAU; PNCM – Plano de Monitoria 2012-2016 |
| MISAU, | Adolescent Health Geracao BIZ _ Moz_eng1 |
| MISAU, 2009 | PAV 2009-2013 Moçambique – PLANO MULTIANUAL |
| MISAU, 2011 | Plano Multi Sect Malnutrition - final English |
| MISAU, 2010 | Programa APes 2010 aprovado |
| | |
| <i>Tuberculose</i> | |
| MISAU, 2013 | NTCP: Plano Estratégico TB 2013-2017 Rascunho |
| | |
| <i>Logística e Farmácia</i> | |
| MISAU, 2012 | Avaliação das Aquisições (Procurement) Maio de 2012-Port |
| MISAU 2012 | Plano Estratégico da Logística Farmacêutica. Dezembro 2012 |
| MISAU 2013 | Departamento Farmacêutico – Mapa Estratégico 2013 – 2017 |
| | |
| Governança | |
| MISAU, 2013 | Plano Acelerado de Reformas Institucionais (PARI) 2013 – 2015. Narrativo de Maio 2015 & Excel Matriz Monitoria 2013. |

| AUTOR / ANO | TÍTULO |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| FORSASS, 2012 | Plano de Monitoria do Desempenho |
| GFATM, 2011 | OIG_GFOIG11018AuditMozambique_Report_en |
| MISAU, 2012 | Várias Actas do HPG 2012. |
| MISAU, 2011/13 | QADs 2011-2013 |
| | |
| M&A | |
| MISAU, 2013 | Plano de Fortalecimento de Sistema Monitoria e Avaliação_27_Mar_2013_final |
| MISAU, 2013 | Plano Nacional Monitoria Avaliação e Anexos |
| OMS, 2010 | Desenvolvimento de M&A abrangente Mozambique – Relatório CHeSS |
| MISAU, 2013 | Matriz detalhada metas Indicadores PESS2013_2017 v06 |
| MISAU, 2009 | Plano Estratégico SIS 2009-2014 Aprovado |

3.5. Recomendações do JANS com Comentários do MISAU-PIMA

| A. Sugestões de Acções-do JANS (Curto Prazo ⁷) | A. Comentários do MISAU-PIMA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Geral | |
| Incluir o conceito de “Cobertura Universal de Saúde” como objectivo geral do PESS. | <p>No lema está incluída a cobertura universal de “serviços”- Vai se trocar por cobertura universal de saúde.</p> <p>A protecção contra o risco financeiro é um compromisso político que não está sob controlo do PIMA (visão).</p> <p>A equidade e qualidade podem ser atingidas pelo sector (missão) e já existem indicadores para os respectivos objectivos estratégicos.</p> <p>Decisão do PIMA: Incluir o conceito de cobertura universal de saúde na visão e descrever os passos que o sector vai seguir nos próximos 6 anos nomeadamente estratégia de financiamento, mecanismos de alocação de recursos (critérios), pacote básico, (...).</p> |
| <p>Incluir a descrição dos existentes mecanismos de coordenação ao nível central e provincial inter- e intra- sectoriais (CCC, GT-SWAP*, CCS, PROSAUDE...)</p> <p>* São grupos de coordenação no âmbito do SWAP (AidEffectiveness) e alguns grupos técnicos liderados pelo Ministério.</p> | <p>O GTT vai incluir as principais estruturas de coordenação na secção de governação (e.g., SWAP), com a sociedade civil em todos os níveis e as comissões de trabalho intersectoriais.</p> <p>Na análise de situação serão descritas as estruturas de coordenação.</p> <p>No capítulo 5.2 serão descritos os principais desafios.</p> <p>Nas reformas serão descritas os mecanismos para fortalecer as estruturas de coordenação.</p> |
| Alinhar o PESS com o próximo Plano Quinquenal do Governo mudando a data de início para 2014 e adicionando mais um ano de duração. PESS III terá duração a partir de Janeiro 2014 até Dezembro 2019. A revisão de meio-termo deve ser prevista em 2016. | <p>Esta recomendação já foi aceite.</p> <p>As metas e os custos estão a ser alinhados com o novo período temporal.</p> |
| Elaborar no âmbito do Pilar 2, os Termos de Referencia com cronograma e principais acções/resultados das reformas institucionais (ver o ponto G1 abaixo) | O PIMA/MISAU acolhe a recomendação do desenvolvimento dos TdR das reformas baseados na visão e princípios do PESS, incluindo a criação da Unidade das reformas, as acções e resultados |

⁷ Antes do CCS e a ser incluídas no PES 2014

| A. Sugestões de Acções-do JANS (Curto Prazo ⁷) | A. Comentários do MISAU-PIMA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Considerar a criação de uma Unidade das Reformas com pessoal a tempo inteiro proveniente de diferentes níveis/áreas do sector que sejam parte do quadro orgânico do MISAU e sob a liderança directa do Ministro. | chave (<i>milestones</i>) e cronograma. Porém os TdRestarão focalizados no processo e não deverão ser muito prescritivos. |
| <p>Fortalecer o diálogo com os parceiros do PROSAUDE para assegurar que os desafios deste importante mecanismo de financiamento sejam ultrapassados</p> <p>O MISAU devia mostrar uma forte liderança e credibilidade para ultrapassar a actual situação do PROSAUDE e/ou encontrar alternativas no médio e longo prazo.</p> | O PIMA/MISAU concorda com a recomendação de manter o diálogo e reconhece a necessidade de adaptar os mecanismos de coordenação do SWAP (vai ser incluso no capítulo das reformas). A revisão do Memorando de Entendimento do PROSAUDE é uma acção urgente e vai ser inclusa no capítulo 5.2. |
| Rever a lista de indicadores programáticos para melhor reflector as prioridades definidas no PES. | Isto já está a ser feito.Os indicadores de SMI mostram a prioridade do sector mas vão ser balanceados com outros indicadores (promoção da saúde e assistência medica). |
| Definir metas para o último ano do PESS (2019). | <p>Isto já está a ser feito. As metas e os custos estão a ser extrapolados para o 2019</p> <p>NOTA: as metas para o 2018- 2019 são provisórias e serão revistas depois da avaliação do meio termo (MTR) no 2016</p> |
| Expandir os planos e resultados esperados para a transição do SIS utilizando novas tecnologias de informação | Concordamos (Isto já está a ser feito). Meia página será produzida para integrar o conteúdo no capítulo 5.1 |
| <p>O PES interno 2014** devia ser alinhado as prioridades, objectivos estratégicos, indicadores e metas do novo PESS</p> <p>**Reformular a frase: o PES 2014 deve ser alinhado ao novo PESS.</p> | Concordamos. Isto já está a ser feito (PES interno, a ser finalizado em Novembro 2013). |
| B. Análise de Situação | |
| <p>Incluir no PESS uma secção que descreva as estruturas de coordenação existentes a nível central dentro do MISAU e entre o MISAU e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outros Ministérios, • Associações e órgãos parastatais, • Parceiros de Desenvolvimento através dos vários Grupos de Trabalho (GTTs)* • Sociedade civil (ONGs internacionais, nacionais, organizações à base comunitária (OBCs), • Sector privado (com intenção de lucro). <p>*São grupos de coordenação no âmbito do SWAP</p> | <p>Concordamos. Ver recomendação 2</p> <p>(exemplos: GITEV, SETSAN,...)</p> |

| A. Sugestões de Acções-do JANS (Curto Prazo⁷) | A. Comentários do MISAU-PIMA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Aid Effectiveness) e alguns grupos técnicos liderados pelo Ministério. | |
| Onde se mostrar necessário, rever o desempenho, os TdR, composição e frequência de encontros dessas estruturas. | O PIMA/MISAU concorda com a recomendação; e sugere que a discussão seja transferida para o longo-termo (a ser incluída no PES 2015) |
| O capítulo 7, sobre Mecanismos de Implementação, poderia beneficiar de uma narrativa mais detalhada sobre COMO o PESS será posto em prática e que contribuição é esperada dos vários intervenientes. | Concordamos. Os mecanismos de implementação vão ser elaborados com mais detalhe O documento PESS é também um instrumento para a mobilização de fundos; por tanto, a abordagem actual mostrando o <i>gap</i> financeiro parece mas adequado. |
| C. Processo | |
| Enquadrar (Ch 7) o processo de auscultação a sociedade civil de maneira sistemática nos processos de planificação estratégica e operacional (see also A2) | Concordamos. O documento vai detalhar os mecanismos actuais de participação da sociedade civil na planificação operacional |
| D. Custo e Quadro Orçamental | |
| O Governo devia alocar 15% do Orçamento do Estado ao sector de saúde para cumprir com o acordo assinado em Abuja. | Concordamos, mas sugerimos a revisão da redacção para o fortalecimento do diálogo com o MPD/MF. Este é um dos pressupostos do cenário 2 (cenário optimista) do envelope de recursos e vai ser incluído na estratégia do financiamento. |
| Através do instrumento OneHealth, devia ser elaborado um orçamento plurianual para 2014-2015 Uma justificação detalhada com os pressupostos da estimativa dos custos unitários devia ser inclusa como anexo ao PESS. | O PIMA/MISAU concorda com a recomendação; e sugere que a discussão seja transferida para o longo-termo, porque a classificação do Onehealth é diferente daquela do Governo (isto vai levar tempo, pode ser feito a partir do PES 2015) Concordamos. O anexo está a ser elaborado |
| É necessário definir as prioridades na alocação dos fundos disponíveis. As metas das intervenções e das coberturas deviam ser adaptadas a disponibilidade de fundos. | O capítulo de custeamento vai mostrar como o padrão de custos reflecte a prioridade do sector e a distribuição de custos por nível de atendimento. As metas serão revistas e ajustadas anualmente e na revisão do meio termo. |
| O PESS deveria apresentar alternativas para fechar a lacuna de RHS. | Concordamos. Esta acção se enquadra dentro das acções previstas no âmbito do PESS-Pilar 2 |
| E. Implementação | |
| O capítulo 2 do PESS devia incluir (i) uma descrição dos progressos na área de grandes infra-estruturas; (ii) informações sobre os esforços para formar RHS adicionais, projectar as necessidades e colmar as lacunas; e (iii) uma análise da gestão e logística de produtos médicos e não médicos incluindo equipamento e consumíveis. | Concordamos. Isto é parte do análise de situação e vai ser incluído. |

| A. Sugestões de Acções-do JANS (Curto Prazo ⁷) | A. Comentários do MISAU-PIMA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A secção 5.2 do PESS devia incluir objectivos, estratégias e indicadores para o desenvolvimento de infra-estruturas. | Concordamos. Isto vai ser reflectido no plano de desenvolvimento das infra-estruturas que vai ser desenvolvido no próximo ano (2014), depois da análise de situação (inventário de infra-estruturas de saúde), mas as intervenções actuais vão aparecer como anexo no capítulo de financiamento. |
| A secção 5.2 devia considerar se desenhar estratégias alternativas ou garantir a disponibilidade de fundos adicionais para acelerar a formação de RHS e/ou a contratação de RHS com fundos externos. | Concordamos. Ver recomendação D5 |
| Incluir a recomendação da Revisão do Sector da Saúde (RSS) sobre o desenvolvimento da Política Farmacêutica Nacional. | Concordamos. Vai se incluir no Pilar 2. |
| F. Gestão Financeira e Procurement | |
| O plano de fortalecimento da Gestão Financeira Pública deveria ser implementado. Como parte do sistema da Gestão das Finanças Públicas, deveria se prestar atenção ao racionamento e simplificação dos fluxos de fundos e aos desembolsos. | <p>Pode o JANS clarificar esta recomendação?</p> <p>Agora o PARI (plano acelerado das reformas institucionais) é o documento que substituiu o “Plano de Fortalecimento de Gestão das Finanças Públicas”</p> <p>O orçamento do estado não tem problemas actuais com o fluxo dos fundos. Clarificar se isto é uma recomendação sobre o PROSAUDE.</p> |
| A secção 5.2 do PESS deveria incluir os objectivos, estratégias e indicadores para fortalecer o sistema de procura dos productos não-médicos, assim como tudo o equipamento, mobiliário e viaturas (ver E1). | Concordamos. Já está a ser feito. |
| G. Governação | |
| <p>Elaborar como parte do Pilar 2, os Termos de Referencia com o cronograma, etapas e acções e resultados chave para as principais intervenções no âmbito das reformas; resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definição do pacote mínimo de serviços médicos por nível e sistema distrital de saúde, incluindo sistemas de referencia, Esboço da Política/Estratégia de Financiamento da Saúde, Finalização do Plano Integrado de Desenvolvimento das Infra-estruturas Definição da Política Farmacêutica Nacional Esclarecer a relação com o Sector Privado (colaboração, controle, regulação /acreditação), | Ver recomendação A4 |

| A. Sugestões de Acções-do JANS (Curto Prazo⁷) | A. Comentários do MISAU-PIMA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Harmonização dos sub-planos dos diversos programas com o PESS (cronograma, conteúdo, orçamento e M&A). • Definição do Plano de Reforma Hospitalar conjuntamente com as novas responsabilidades da DNAM. • Definição da autonomia administrativa e financeira • Finalizar a arquitetura adequada para os diferentes sistemas de informação, tais como o SIS, LMIS, HRIS. | |

| B. Sugestões de Acções do JANS (Médio e Longo Pazo⁸) | B. Comentários do MISAU-PIMA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B. Análise de Situação | |
| Elaborar um 'sistema de saúde distrital' operacional com a sua gestão interna e externa e sistemas de referência. | Concordamos. Vamos elaborar melhor no capítulo das Reformas (serviços de saúde) e incluímos nos TdR |
| D. Custo e Quadro Orçamental | |
| Deveria-se desenvolver e anexar no plano um orçamento multi-anual, usando a ferramenta do OneHealth. | Concordamos. |
| O debate sobre os mecanismos alternativos de financiamento do sector deveriam continuar garantindo a sustentabilidade. A descrição dos elementos de recuperação de custos deveriam se desenvolver melhor na nova estratégia de financiamento da saúde. Um futuro reto do MISAU vai ser incrementar o interesse e o envolvimento do sector privado lucrativo na provisão e financiamento do sector da saúde. | Concordamos. Fará parte da estratégia de financiamento. |
| O uso do OneHealth como ferramenta de planeamento, custeamento e orçamentação deveria ser institucionalizada dentro do Ministério de Saúde; O plano deveria ser adaptado aos diferentes cenários de financiamento. | Concordamos. Esta prevista a institucionalização do OneHealth. |
| Deveriam se fazer esforços para melhorar o reporte das contribuições privadas e das taxas coletadas ao nível local, e si for possível incluir esses no financiamento. | Concordamos e será baseado no estudo sobre a identificação, tipificação e quantificação das receitas provisionais arrecadadas no sector |
| As prioridades deveriam se definir para assegurar que as intervenções chave são priorizadas para | O documento PESS é também um instrumento para a mobilização de fundos; por tanto, a |

⁸ A incluir no PES 2015 e outros

| B. Sugestões de Acções do JANS (Médio e Longo Pazo⁸) | B. Comentários do MISAU-PIMA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| receber financiamento. O plano deveria também se adaptar a os diferentes cenários de financiamento. As metas na provisão dos serviços e nas taxas de coberturas deveriam se ajustar em função dos fundos disponíveis. | abordagem actual mostrando o <i>gap</i> financeiro parece mas adequado. |
| F. Gestão Financeira e Procurement | |
| Os planos de fortalecimento da Gestão das Finanças Públicas – incluindo o fortalecimento e a procura – deveriam ser implementados. | Concordamos, mas trata-se do PARI Rever recomendacao F1 |
| Como parte do sistema da Gestão das Finanças Públicas, deveria se prestar atenção ao racionamento e simplificação dos fluxos de fundos e aos desembolsos. | Concordamos, mas trata-se do PARI. Rever recomendação F1. |
| Deveriam se fortalecer as auditorias da IGS a través da capacitação do pessoal, a introdução de auditorias de “value for Money” e o fortalecimento dos sistemas de atendimento e seguimento dos resultados de auditoria. | Concordamos. Já estáincluído no PARI. |
| O sistema de atendimento e seguimento dos resultados de auditoria deveriam ser fortalecidos. | Concordamos. Já está incluído no PARI. |
| A alternativa da terceirização da procura deveria se explorar, tendo em conta as vantagens e desvantagens. | Concordamos. Sera discutido no âmbito das reformas incluindo o PARI. |
| G. Governação | |
| Uma vez o PESS seja aprovado, desenvolver uma estratégia de comunicação e uma versão simplificada e mais breve do PESS. | Concordamos. A ser incluído no PES 2014 |
| Iniciar o processo para desenvolver a Nova Política Nacional de Saúde. | Concordamos. Vamos incluir como acao chave nas reformas. |
| H. Monitoria, Avaliação e Revisão | |
| Substituir o indicador “Mortalidade em Tuberculose” (não mensurável em Moçambique) para a “Proporção de óbitos na cohorte anual de pacientes de tuberculose” (coletados regularmente pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. | O indicador è recomendado pela OMS, maso Programa vai reportar a % de óbitos entre os casos de TB porque o indicador “tuberculosismortality” não e mesuravel. |
| Rever a factibilidade das metas, com as limitações dos compromissos já feitos. | A revisão das metas em relação aos compromissos serão avaliadas anualmente nos mecanismos de monitoria e de dialogo existentes. |
| Elaborar o plano de integração dos fluxos de informação para os diferentes programas e serviços. | Concordamos. Já esta a ser incluído no PESS como acção de curto prazo. |