



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
A POLITÉCNICA

INSTITUTO SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS E NEGÓCIOS – ISAEN

PROGRAMA DE MESTRADO EM
GESTÃO ESTRATÉGICA DE NEGÓCIOS

**FINANCIAMENTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS DO NÍVEL
QUATERNÁRIO: CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE NAMPULA,
ENTRE 2018 E 2022**

LÚCIO LUCIANO HENRIQUES

NAMPULA

2024

LÚCIO LUCIANO HENRIQUES

FINANCIAMENTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS DO NÍVEL
QUATERNÁRIO: CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE NAMPULA, ENTRE
2018 E 2022.

Dissertação apresentada no Programa de Mestrado
em Gestão Estratégica de Negócios da
Universidade Politécnica como requisito parcial
para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Doutora Ana Maria Pinho Guina

Nampula

2024

Dedicatória

À minha avo, Atija Ntakuro, que sacrificou sua vida para que hoje existíssemos.

Agradecimentos

Quero, em primeiro lugar, prestar agradecimentos a Deus que me iluminou e me concedeu energias bastantes para que este projecto fosse concluído.

A Inspiração do meu pai, meu anjo, meu protector, a realização do seu sonho em formar seus filhos, Vai para ele a minha gratidão. Um especial agradecimento à minha querida mãe, minha heroína, por todo o carinho e apoio que me proporcionou ao longo da vida e devo a ela o que sou hoje. É extensivo a minha esposa e aos meus filhos que me deram forças e coragem para que esta fase fosse concretizada.

À Professora Doutora Ana Guina, que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho, pela confiança que depositou em mim, pela valiosa orientação e pela paciência com que me atendeu mostrar a minha gratidão.

Meus agradecimentos vão ainda para Dr. João Carlos, Dr. Rosário Joaquim e ao Sr. Elmane Sérgio João, Pelo valioso contributo que me deram durante a pesquisa deste trabalho. Ainda vão para Direcção e funcionários do HCN que disponibilizaram informações para que pudesse realizar este estudo.

Aos amigos e a todos que aqui não consegui mencionar,

MUITO OBRIGADO!

Declaração

Declaro por minha honra que esta dissertação é resultado da minha investigação pessoal e das orientações do meu supervisor, o seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto e bibliografia final.

Declaro ainda que esse trabalho não foi apresentado, em nenhuma outra instituição para obtenção de qualquer grau académico.

Nampula, aos de 08 Julho de 2024

Lúcio Luciano Henriques

Resumo

Os hospitais são organizações complexas com múltiplas actividades que requerem acções coordenadas de modo a garantir boa assistência de saúde dos pacientes. Para o bom funcionamento necessitam de Recursos humanos, financeiros e materiais de qualidade para proverem serviços de cuidados de saúde de qualidade para a satisfação dos utentes. No entanto, verifica-se inconsistências entre o financiamento (Orçamento de Estado-OE), alocado e as despesas das actividades realizadas. Este trabalho de investigação procurou analisar como o financiamento (OE) alocado ao Hospital Central de Nampula (HCN) contribui para o seu desempenho e eficiência. Pretendeu-se, através de um estudo de casos, identificar modelos de financiamento Hospitalar aplicados na alocação de fundos nas Unidades Sanitárias, descrever a evolução do financiamento do orçamento do Estado no HCN e avaliar os principais indicadores de desempenho e eficiência hospitalar, no período 2018 a 2022. Dos resultados obtidos conclui-se que o financiamento é baseado no OE e os indicadores tanto de desempenho quanto de eficiências estão acima de índices padrão recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois, há superlotação das enfermarias, equipamentos obsoletos, edifício degradado e falta de material para garantir o funcionamento normal, que tem contribuído muito para a qualidade de serviços prestados. A pesquisa mostrou desequilíbrio na alocação de financiamento entre as rubricas, há maior investimento nas despesas com pessoal ao contrário de despesas de bens e serviços e de capital que são necessários para garantirem a qualidade. A insuficiência do financiamento do OE não ajuda na eficiência e qualidades de serviços prestados no HCN.

Palavras-Chave: Financiamento do Sector Saúde, Orçamento de estado, desempenho e eficiência Hospitalar.

Abstract

Hospitals are complex organizations with multiple activities that require coordinated actions to ensure good health care for patients. For proper functioning, they need quality human, financial and material resources to provide quality health care services to the satisfaction of users. However, there are inconsistencies between the financing (State Budget-OE) allocated and the expenses of the activities carried out. This research work sought to analyze how the financing (OE) allocated to the Nampula Central Hospital (HCN) contributes to its performance and efficiency. The objective, through case studies, was to identify Hospital financing models applied in the allocation of resources in Health Units, describe the evolution of State budget financing at HCN and evaluate the main indicators of hospital performance and efficiency, in the period 2018 to 2022. From the results obtained, it can be concluded that the financing is based on the OE and the indicators of both performance and efficiency are above standard indices recommended by the World Health Organization (WHO), as there is overcrowding in wards, obsolete equipment, dilapidated building and lack of material to guarantee normal operation, which has contributed greatly to the quality of services provided. The research showed an imbalance in the allocation of financing between the headings, there is greater investment in personnel expenses as opposed to expenses for goods and services and capital that are necessary to guarantee quality. Insufficient OE funding does not help with the efficiency and quality of services provided at HCN.

Keywords: Health Sector Financing, State Budget, Hospital performance and efficiency.

Sumário

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xii
Lista de Quadros	xiii
Lista de Siglas	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Delimitação do Tema.....	3
1.2. Problema de Pesquisa.....	3
1.3. Objectivo Geral.....	4
1.3.1. Objectivos específicos.....	5
1.4. Justificativa.....	5
1.5. Características do Ambiente do Estudo.....	6
1.6. Estrutura do trabalho.....	6
2. REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1. Conceito de Financiamento.....	8
2.1.1. Importância de Financiamento para a Saúde.....	9
2.1.2. Modelos de Alocação de Recursos aos Hospitais.....	10
2.1.3. Vantagens e desvantagens dos modelos de financiamento.....	14
2.2. Conceito de Orçamento.....	15
2.2.1. Tipos de Orçamentos.....	17
2.2.2. Importância do Orçamento do Estado.....	19
2.2.3. Funções do Orçamento do Estado.....	20
2.2.4. Impacto do Orçamento nas Instituições.....	21
2.3. Sistemas de Saúde.....	23
2.3.1. Sistema de Saúde em Moçambique.....	24

2.4. Formas de Financiar Serviços de Saúde	26
2.5. Fontes de Financiamento do Sector de Saúde em Moçambique	29
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	32
3.1. Aspectos Metodológicos.....	32
3.2. Tipo de Estudo	33
3.3. População e Amostra da Pesquisa	33
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados.....	34
3.4.1. Métodos de colecta de Dados	35
3.4.2. Levantamento Bibliográfico	35
3.4.3. Observação	35
3.4.4. Análise Documental	36
4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	38
4.1. Caracterização do HCN.....	38
4.2. Organização Interna do HCN.....	39
4.3. Principais actividades do HCN	40
4.4. Os Indicadores de Gestão Hospitalar	41
4.4.11. Principais Desafios/ Constrangimentos	48
4.5. Situação Financeira do Hospital Central de Nampula	48
4.5.1. Fase de estabelecimento de limites indicativos e orçamento de Estado	49
4.5.2. Fase execução orçamental dos fundos.....	50
4.5.3. Despesas de Funcionamento.....	51
4.6. Outras Fontes de Financiamento.....	54
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1. Modelo de financiamento usado no Hospital Central de Nampula	55
5.2. Análise dos principais indicadores Hospitalares e eficiência no HCN.....	55
5.3. Situação Financeira do Hospital Central de Nampula	58
5.4. Orçamento Planificado VS Orçamento Disponibilizado	59
5.5. Orçamento Disponibilizado por Rubrica	61
5.5.1. Despesa Com pessoal	62
5.5.4. Despesas de Capital.....	64
CONCLUSÕES	67

SUGESTÕES	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	72

Lista de Figuras

Figura 1: Distribuição de OE por rubrica HCN-2018 a 2022	58
Figura 3: Orçamento disponibilizado para despesas com pessoal HCN - 2018-2022	62
Figura 4: Orçamento Disponibilizado para rubrica de Bens e Serviços 2018-2022 - HCN	63
Figura 5: Orçamento Disponibilizado para Transferências Correntes as Famílias (2018-2022) - HCN	64
Figura 6: Orçamento Disponibilizado para Despesas de Capital (2018-2022) - HCN	65

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dias camas ocupadas do HCN-2018-2022.....	42
Tabela 2: Taxa de ocupação de camas do HCN-2018-2022.....	43
Tabela 3: Intervalo de rotação/substituição de camas do HCN-2018 a 2022	43
Tabela 4: Tempo médio de internamento do HCN-2018 a 2022	44
Tabela 5: Rendimento Cama Hospitalar do HCN -2018-2022	44
Tabela 6: Taxa Bruta de Mortalidade do HCN-2018-2022.....	45
Tabela 7: Taxa de Mortalidade Neta do HCN-2018 a 2022	45
Tabela 8: Taxa de Mortalidade Materna do HCN-2018 a 2022.....	46
Tabela 9: Taxa de Mortalidade Neonatal do HCN-2018 a 2022.....	46
Tabela 10: Taxa de Mortalidade em Crianças Menos de 5 anos do HCN-2018 a 2022	47
Tabela 11: Limites Planificados pelo HCN-2018 a 2022	50
Tabela 12: Limite indicativo para PES e OE do HCN-2018 a 2022.....	50
Tabela 13: Limite definitivo para OE do HCN – 2018 a 2022	51
Tabela 14: Orçamento disponibilizado Para HCN-2018 a 2022.....	51
Tabela 15: Camas reais do HCN-2018-2022	56

Lista de Quadros

Quadro 1: Recursos Humanos Existente no HCN	41
Quadro 2: Ciclo de Planificação Para elaboração de plano Economico e Social e OE	49
Quadro 3: Despesas correntes com o Pessoal do HCN-2018 a 2022.....	52
Quadro 4: Despesas de Bens e Serviços do HCN - 2018 a 2022	53
Quadro 5: Despesas Para transferência Correntes a Famílias do HCN-2018 a 2022	53
Quadro 6: Despesas de Capital do HCN- 2018 a 2022	54
Quadro 7: Outras Fontes de Financiamento do HCN-2018 a 2022	54
Quadro 8: Orçamento Planificado VS Limites Indicativos SPEF HCN-2018-2022	61

Lista de Siglas

CMAM – Centro de Medicamento e Artigos Médicos

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CIP – Centro de Integridade Pública

DPS- Direcção Provincial de Saúde

GDH - Grupo de Diagnostico Homogéneos

HCN – Hospital Central de Nampula

INS – Instituto Nacional de Saúde

MISAU – Ministério da Saúde

OE - Orçamento do Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OCDE - Organização Europeia de Cooperação Económica

PESS – Plano Estratégico do Sector da Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SS – Sistemas de Saúde

SPEF- Serviço Provincial de Economia e Finanças

SDSMAS – Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social

SPS- Serviço Provincial de Saúde

UGBS- Unidades Gestoras Beneficiárias

US – Unidades Sanitárias

UNICEF – Fundo de Nações Unidas para Infância

1. INTRODUÇÃO

O financiamento no sistema de Saúde é um dos temas muito abordado em gestão de Unidades Sanitárias (US), pois diz respeito aos meios utilizados para obter e destinar recursos financeiros para a realização de um gasto na área de saúde. O mesmo constitui um instrumento capaz de promover a eficiência e qualidade para os utentes. Para Steven Finkler *et al.* (2007) a sustentabilidade económico-financeira dos Unidade Sanitária resume-se na mobilização, acumulação e alocação de fundo como forma de cobrir as despesas necessárias para desenvolvimento de actividades inerentes à prestação de cuidados de Saúde a pacientes. Portanto, o objectivo do financiamento segundo Larson (1991), não se define apenas na disponibilização de fundos, mas também na definição correcta das despesas para assegurar eficientemente na prestação de cuidados de saúde.

Existem quatro formas principais de financiar os serviços de saúde nomeadamente: (i) sistemas universais de saúde que são financiados por meio de tributos gerais, como impostos e contribuições. O atendimento é universal e, em geral, gratuito, e os serviços podem ser providos por prestadores públicos e privados;

(ii) Sistema de saúde do tipo seguro – este tipo de seguro, as empresas e o governo contribuem para um fundo de saúde. Os recursos desse fundo são utilizados para pagar as despesas com saúde das pessoas que contribuem para o fundo, e os serviços geralmente são prestados por instituições privadas de saúde;

(iii) Seguro privado de Saúde - as pessoas, directamente, ou as empresas, como benefícios para os seus empregados, contratam planos ou seguros de saúde;

(iv) Pagamento directo do bolso “Out-of-pocket”- a pessoa paga directamente aos prestadores (hospitais, clínicas, farmácias etc.) pelo uso de serviços de saúde ou compra de produtos, como medicamentos. Estas formas de financiamento estão presentes em diversos sistemas de saúde, em diferentes países

Existem vários modelos de financiamento das US que podem influenciar em certa medida no desempenho de prestação de serviços de saúde. Segundo Serrão (1996), os modelos mais comuns usados para alocar recursos financeiros nas US são retrospectivos e prospectivos que

incluem várias modalidades e unidades de pagamento. Entretanto, o orçamento global é uma das modalidades de unidades de pagamento usado, tanto nos modelos retrospectivo quanto prospectivo que, de acordo com Glaser (1987), corresponde à atribuição de um montante global para financiar toda a actividade durante um determinado exercício. Para este autor, o modelo de orçamento global pressupõe a existência de um acordo entre a entidade prestadora e financiadora acerca dos montantes totais a serem transferidos para a primeira, em função de diversos critérios que podem ser de oferta, procura ou mistos, tornando-se após o seu estabelecimento, como a forma de financiamento mais simples de todas.

O financiamento de sector de saúde em Moçambique, conforme o Plano Estratégico do sector saúde 2014-2019, é suportado fundamentalmente pelos recursos do Orçamento do Estado (OE) e contribuição de parceiros recorrendo a várias modalidades de financiamento com objectivo de encontrar mecanismos diversificados e sustentáveis de mobilização de fundos que assegurem o acesso de serviços de saúde de qualidade.

Em Moçambique todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, bem como o dever de promover e defender a saúde pública. A assistência médica e sanitária ao cidadão é organizada através de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) que beneficie todo o povo Moçambicano, é neste âmbito que o Hospital Central de Nampula é considerado como uma US do Nível Quaternário, de atenção de cuidados de saúde, desenvolve actividades na área assistencial, reabilitativa, pesquisa/investigação, ensino e preventiva.

No sector da saúde, assim como nos demais sectores económicos e sociais, os recursos disponíveis para dar resposta às crescentes necessidades das populações, em beneficiar-se dos bens e serviços que o Estado disponibiliza, são limitados. Assim sendo, o financiamento destinado ao sector, no geral, e aos hospitais, em particular, tem suscitado inquietações cruciais, na medida em que um sistema de saúde bem financiado, os fundos é alocado com base nas necessidades reais, pois há entendimento que os orçamentos são complicados e sabe-se o quanto os serviços realmente custam. Os profissionais de saúde são incentivados a fornecer cuidados de alta qualidade e elevar o nível de desempenho e eficiência.

1.1. Delimitação do Tema

A escolha do tema é o primeiro passo do trabalho científico. Para Cervo & Bervian (2002), o tema de uma pesquisa é assunto que necessite melhores definições, melhor precisão e clareza do que já existe sobre o mesmo. E ainda Lakatos & Marconi (1992) referem que o tema deve ser especializado para que possa ser tratado em profundidade. Nesse contexto a escolha deste tema surge devido a existência de várias lacunas na administração das finanças públicas no sector de Saúde em Moçambique relacionados com inconsistências entre o orçamento aprovado e as despesas do sector com planos anuais de actividades desajustados dos respectivos orçamentos. Essas lacunas financeiras ditam a qualidade de prestação de serviços de saúde o que leva a profissionais a trabalharem de forma desequilibrada em condições deficientes de trabalho, em termos de equipamento básico e infra-estrutura.

E nesta perspectiva que o presente trabalho pretende analisar o *contributo do Orçamento de Estado (OE) como fonte de financiamento das Unidades Sanitárias (US) do nível quaternário: caso do Hospital Central de Nampula (HCN) no período de 2018 a 2022.*

1.2. Problema de Pesquisa

O HCN é uma US do nível quaternário, desenvolve multiplicidade de actividades nas áreas curativas, reabilitativa, preventiva, pesquisa/investigação e ensino. Presta cuidados clínicos em regime ambulatorio a doentes referidos dos diversos níveis de atenção, isto é, nível primário, secundário e terciário, e em regime de internamento, com capacidade de 563 camas, de diversos serviços de especialidade existente. Conta ainda com serviços da cozinha industrial, lavanderia mecanizada, transportes e serve de campo de estágio, tanto para a formação de base como para a formação de pós - graduação de uma variedade gama de profissionais de Saúde.

As US do nível quaternário devem possuir melhores condições e equipamentos necessários para atender doentes que não encontram solução para seus problemas de saúde nos hospitais provinciais e nos hospitais rurais e/ou hospitais gerais, bem como para doentes provenientes de hospitais distritais e Centro de saúde (nível primário de atenção de saúde), que se situam nas imediações do Hospital Central e não tem Hospital Provincial, nem rural

e/ou hospital geral para onde possam ser referidos.

Para garantir a realização integral das actividades e criar condições e qualidade no processo de prestação de cuidados de saúde, exigidas para as US do nível quaternário, necessitam de apoio técnico administrativo e logístico. Ainda para manter a sua infra-estrutura em condições as US precisam de beneficiar regularmente, segundo as necessidades, de trabalho de manutenção de rotina em cada 5 anos.

Os desafios do HCN estão focalizados na melhoria de qualidade assistencial, sobretudo na redução de taxa de mortalidade geral e intra-hospitalar, assim como a taxa mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos de idade, na redução da mortalidade materna, peri e neonatal. No entanto, o HCN enfrenta grandes constrangimentos relacionados com a sua infra-estrutura de mais de 50 anos que se encontra em estado de degradação, superlotação das suas enfermarias de internamento e consultas externas, insuficiência de material médico-cirúrgico, equipamentos obsoletos de lavandaria e esterilização, com constantes avarias, insuficiência de recursos humanos qualificados (médicos especialistas, técnicos de saúde e enfermeiros) entre outros.

Para operacionalização das suas actividades e tarefas, o HCN necessita de recursos necessários de acordo com o nível das suas actividades. Deste modo, precisa de ter uma fonte de financiamento para suportar as despesas relacionadas com a gestão e desempenho da instituição. Sendo o HCN uma instituição do Estado, sem fins lucrativos, com poucas fontes de financiamento surge assim a seguinte questão:

Como é que, o financiamento por Orçamento de Estado (OE) alocado ao Hospital Central de Nampula (HCN) contribui para o bom desempenho desta Unidade Sanitária (US)?

1.3. Objectivo Geral

Em termos gerais, esta pesquisa procura analisar o contributo do financiamento do Orçamento do Estado no desempenho e eficiência da gestão Hospital Central de Nampula.

1.3.1. Objectivos específicos

- Identificar modelos de financiamento Hospitalar aplicados na alocação de fundos nas Unidades Sanitárias e no Hospital Central Nampula em particular;
- Descrever a evolução do financiamento do orçamento do Estado no Hospital Central de Nampula no período 2018 a 2022;
- Avaliar os principais indicadores de desempenho e eficiência hospitalar, no período 2018 a 2022.

1.4. Justificativa

A exigência de melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde tem sido actualmente preocupação dos utentes que procuram serviços nas US, e não só, mas também a política do governo preconiza que as Unidades Sanitárias devem ser equipadas com recursos necessários para proverem serviços de cuidados de saúde de qualidade para a satisfação dos utentes. Todavia, esta pesquisa é importante uma vez que procura despertar as causas fundamentais de insatisfação de quase na generalidade dos utentes das US pela qualidade dos serviços oferecidos ou prestados, quer em aspectos de humanização quanto a aspectos de conforto das condições oferecidas para acomodação, e encontrar soluções resilientes para os problemas vividos nas US.

Para a instituição, esse estudo é pertinente porque vai permitir aos gestores a realidade financeira que poem em causa o nível de qualidades de cuidados de saúde, as exigências dos utentes e das políticas do governo, daí que o financiamento das US seja uma condição indispensável para gestão eficiente e desempenho adequado.

Por um lado, a maior parte das US do nível quaternário tem sua infra-estrutura degradada, pois tem mais de 50 anos de vida e não beneficiaram de uma manutenção adequada ao longo dos anos. Por outro lado, é notório que nessas US há falta de equipamento básico para atendimento adequado dos utentes, como por exemplo, camas, macas, carrinhas, transporte para doentes, marquesas, entre outros. O equipamento existente encontra-se em

elevado estado de degradação e não permite um atendimento desejado. E esta pesquisa vai impulsionar as US a encontrarem soluções para a problemática de qualidade de serviços prestados.

E, para o pesquisador, espera que os resultados deste estudo não só vão ajudar a compreender os critérios orçamentais aplicados na atribuição de fundos nas US e perceber em que medida esse financiamento ajuda no desempenho da US, mas também para despertar atenção aos financiadores para a necessidade de focalizar suas atenções, ao alocar fundos para funcionamento normal, procurando contribuir para a melhoria de qualidade do serviço prestado e desempenho da instituição.

1.5. Características do Ambiente do Estudo

O presente estudo de Caso, foi realizado no HCN, situado na zona norte do país e é um hospital de nível quaternário e constitui referência para os dentes que não encontram solução para seus problemas de saúde nos hospitais provinciais e nos hospitais rurais e/ ou gerais, bem como para os doentes provenientes de hospitais distritais e de centros de saúde. Serve de referência as províncias de Niassa, Cabo delgado e norte da província de Nampula e tem como principais actividades Assistência, Reabilitativas, Formação, Pesquisa e Investigação ensino e Preventivas.

1.6. Estrutura do trabalho

O presente trabalho de pesquisa está subdividido em 6 capítulos, nomeadamente:

- Capítulo 1- Fornece uma visão geral sobre o assunto que se pretende abordar, trata-se da introdução do trabalho de pesquisa onde são descritos a problemática da pesquisa: justificativa, o problema da pesquisa, os objectivos gerais e específicos e hipóteses.
- Capítulo II – Apresenta o enquadramento teóricos que sustentam esta pesquisa. Aborda as questões teóricas sobre Financiamento de Serviços de Saúde, descreve as fontes de financiamento, realça a importância de financiamento do OE para o desempenho e eficiência hospitalar assim como as vantagens e desvantagem de modelos de financiamento e tipos de orçamentos.
- Capítulo III – Descreve a metodologia utilizada nesta pesquisa e destaca os principais

instrumentos utilizados na pesquisa.

- Capítulo IV – Faz a apresentação e interpretação dos dados recolhidos no campo da pesquisa.
- Capítulo V – Trata da discussão e análise dos resultados obtidos.

E por ultimo, a apresentação das conclusões e sugestões.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo tem como principal objectivo apresentar os conceitos que servem de sustentação para as discussões realizada nos capítulos seguintes, em especial, os conceitos sobre financiamento de serviços de saúde sublinhando as formas de financiamento, vantagens e desvantagens dos modelos de financiamento. Faz-se caracterização de Sistemas de Saúde no geral e com mais enfoque o sistema de saúde em Moçambique, assim como os modelos de financiamento Hospitalar.

2.1. Conceito de Financiamento

Existem várias definições sobre Financiamento. Segundo Magenge (2000), o financiamento é uma forma de por a disposição da organização (empresa) recursos financeiros ou materiais que permitam a organização realizar suas actividades ou fazer face a novos projectos de investimentos, pode ser feito por recursos oriundos de fontes próprias, ou de fontes alheias (capital alheio). O financiamento da Organização (empresa) pode ser entendido como um afluxo de capitais, proveniente de diversas origens e permanecendo por diferentes prazos, com o fim de ocorrer às necessidades resultantes da actividade empresarial, necessidades primariamente de constituição, depois de funcionamento e de crescimento (Cadilhe e Soares, 1988).

Neste trabalho, o financiamento deve ser entendido como o processo de obtenção regular e oportuna dos recursos financeiros necessários ao funcionamento e desenvolvimento do sistema de saúde, ao menor custo possível, bem como o controlo da rendibilidade de todas as aplicações a que são afectos esses recursos no processo de prestação de cuidados de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode definir-se financiamento como a função do sistema de saúde referente à mobilização, acumulação e alocação de dinheiro de forma a cobrir as necessidades de saúde de todas as pessoas, individualmente e colectivamente, no sistema de saúde.

O Propósito do financiamento é tornar os fundos disponíveis, bem como definir os correctos incentivos aos prestadores, de forma a assegurar que todos os indivíduos têm acesso a cuidados

de saúde públicos eficientes. Desta forma, no contexto de financiamento verifica-se a necessidade da correta e eficiente gestão financeira que assenta num conjunto de técnicas cujos objectivos principais consistem na obtenção regular e oportuna dos recursos financeiros necessários ao funcionamento e desenvolvimento da organização, ao menor custo possível, bem como o controlo da rendibilidade de todas as aplicações a que são afectos esses recursos.

2.1.1. Importância de Financiamento para a Saúde

Os factores como as alterações demográficas, o Empoderamento dos cidadãos, o fenómeno da escasseis de recursos, a procura de maior eficiência e o próprio desenvolvimento tecnológico, determinam que o sector da saúde seja um palco de constantes desafios que implicam mudanças e acções com consequências no seu desenvolvimento futuro, respeitantes à cobertura, universalidade, saúde e sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

A problemática do financiamento da saúde é motivo de crescente preocupação para a maior parte dos países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, seja pelo impacto social de ter boa saúde, seja pela participação crescente do sector na economia como um todo e, particularmente, nas contas públicas e nos orçamentos das famílias. O financiamento do sector da saúde surge como uma das principais funções dos sistemas de saúde e é entendido, de um modo geral, como a origem dos recursos financeiros para fazer face às despesas de saúde.

O financiamento da saúde tem assumido um papel cada vez mais relevante no contexto dos Sistemas de Saúde, considerando a premissa de que a saúde é um direito que assiste a qualquer ser humano e a sua promoção é um investimento estratégico para o bem-estar de uma sociedade, bem como para reduzir os níveis de desigualdade económica e social entre os cidadãos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, 2011).

A importância do financiamento é pelo facto de ser instrumento capaz de promover a eficiência e qualidade do sistema de saúde, sendo fundamental para a sustentabilidade económico-financeira das organizações de saúde.

2.1.2. Modelos de Alocação de Recursos aos Hospitais

Os modelos de financiamento da saúde têm sido objecto de análise por parte das organizações internacionais que têm estudado os sistemas de saúde, as quais têm manifestado uma séria preocupação com o crescimento dos gastos em saúde e tentam identificar os factores que estão na origem dessa situação (Campos e Simões, 2011).

Existem, principalmente, dois Sistemas de pagamento ou modelos de alocação de recursos financeiros aos hospitais:

- **O modelo retrospectivo** - Na origem deste modelo a base do pagamento é a despesa verificada no passado não havendo particulares preocupações com preços, tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados. Este sistema de pagamento permitia aos hospitais recuperar as despesas tidas no tratamento dos doentes, independentemente de essas despesas terem sido elevadas ou baixas, excessivas ou eficientes. Este tipo de financiamento diminui o risco de actividade dos serviços de saúde, tornando-os sempre viáveis, pois mesmo que os custos sejam elevados, as receitas serão no mínimo iguais às despesas. Assim, é considerado que um hospital é financiado retrospectivamente quando estamos perante um sistema de reembolso de custos.
- **Modelo prospectivo** - Neste tipo de modelo considera-se como base do pagamento a actividade desenvolvida, sendo os preços fixados antecipadamente, assim como o tipo e volume dos serviços a prestar. O pagamento prospectivo estabelece, assim, o pagamento para cada tipo de procedimento antes do tratamento ter tido lugar. São-lhe reconhecidas as capacidades, de promover eficiência técnica e conter custos. Este modelo tem vindo a substituir o modelo com base na despesa histórica. Ao estabelecer um pagamento fixo por admissão, o pagamento prospectivo permite fortes incentivos à poupança de recursos. Se o hospital usar muitos recursos então perderá financeiramente, enquanto se for parcimonioso ficará com um excedente para utilizar livremente. Ao pagamento prospectivo associa-se uma filosofia de criação de incentivos ao prestador o qual através da consideração do factor risco deverá atingir comportamentos considerados socialmente desejáveis. Perante este modelo, o gestor de serviços de saúde é incentivado a minimizar os custos do tratamento e a obter mais-valias financeiras.

No âmbito do financiamento hospitalar, tanto retrospectivo como prospectivo, incluem-se várias modalidades de pagamento aos prestadores que mais não são do que critérios que constituem a forma como o dinheiro é distribuído ao prestador para cobrir os custos de produção, sendo que a diferentes modalidades de pagamento estão associados riscos e incentivos distintos. Conforme as características que as definem, as unidades de pagamento podem ser consideradas de natureza retrospectiva ou prospectiva, existindo as seguintes unidades de pagamento que se agrupam do seguinte modo:

- Orçamento global - corresponde à atribuição de um montante global para financiar toda a actividade durante um determinado exercício (anos), é usado tanto nos modelos prospectivos como retrospectivos, pressupõe a existência de acordo entre a entidade prestadora e financiadora acerca dos montantes totais a serem transferidos para a primeira, em função de diversos critérios que podem ser de oferta, procura ou mistos, tornando-se após o seu estabelecimento, como a forma de financiamento mais simples de todas.

Os orçamentos globais podem ser Orçamentos Históricos (determinados com base na despesa histórica) ou Orçamentos de Base Zero (é um tipo de orçamento que efectua a alocação dos fundos com base na eficiência do programa e na necessidade do que na história orçamental). Os orçamentos são determinados conforme custos unitários fixos, populações a serem cobertas, volume de serviço a ser prestado (dias de internamento e/ou casuística dos casos tratados). Os contractos por Orçamento Global são, geralmente, realizados, tendo por base um volume previsível de produção e, consequentemente, um “plafond” financeiro previsível.

O orçamento global pode ser útil quando é associado a outras modalidades de pagamento, como sejam a capitação ou pagamento por episódio. Os principais problemas associados ao Orçamento Global são, segundo Santana, a definição da população alvo (delimitação geográfica), definição de objectivos de actividade esperada, a avaliação do desempenho da actividade e a definição de custos de referência (em Moçambique não existem custos por produtos).

- Pagamento pela produção – No pagamento pela produção o objectivo é a remuneração

dos factores de produção que contribuem para a prestação de cuidados de saúde. O pagamento é efectuado consoante o volume e mix de produção. O pagamento pela produção geralmente pode ser operacionalizado através de três medidas: pagamento por diária (de internamento), pagamento por ato e pagamento por episódio.

1. Pagamento por Diária é uma forma de pagamento relativamente fácil de aplicar. O prestador é remunerado com base nos dias de internamento do doente. Quando um hospital é pago por diária de internamento pode adoptar uma política de admissões, mesmo de doentes que poderiam ser tratados no ambulatório, e de internamentos mais prolongados, que favorecem financeiramente o hospital. Dado a decisão sobre o tempo de internamento pertencer ao hospital, não é um sistema de pagamento muito comum. Assim, com este sistema os custos podem aumentar pois não existem incentivos para que estes possam ser controlados.
2. Trata-se de uma forma de pagamento associada à prestação de um determinado acto ou serviço, podendo considerar-se um tipo de pagamento prospectivo. O número de actos produzidos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital. Os prestadores são remunerados por cada ato ou serviço prestado sendo que o pagamento total é o somatório de todos os actos prestados. É um sistema de pagamento de reduzida complexidade administrativa para quem paga e para quem presta os cuidados, tendo algumas exigências de detalhe informacional (requer enumeras listas com os actos e os montantes associados. A principal desvantagem apontada a esta unidade de pagamento é o incentivo que fornece a uma multiplicação (desnecessária) dos actos médicos e desincentivo à prevenção da doença aumentando os custos totais.
3. Pagamento por Episódio o preço base pago para cada episódio pretende remunerar todos os custos que foram incorridos ao longo desse episódio. Desta forma, existe um incentivo directo para a produção eficiente (encurtamento da duração do internamento), uma vez que se o hospital conseguir produzir a um preço inferior ao preço pago por cada episódio, reterá essa diferença para possível investimento futuro, em caso contrário, incorrerá em perdas sucessivas. No pagamento por episódio enquadra-se uma das mais conhecidas modalidades de financiamento o denominado financiamento Grupos de Diagnóstico

Homogéneos (GDH). A divulgação de sistemas de classificação de doentes, viabiliza a descrição dos produtos de um hospital em termos dos doentes internados que são semelhantes relativamente a um conjunto de características clínicas e de consumo de recursos. Ao se pagar um montante correspondente a todo o episódio de internamento e não pagamentos separados pelos serviços prestados durante esse episódio, cria-se alguma pressão para que os prestadores exerçam controlo sobre os seus custos, de forma a não ultrapassarem os preços estabelecidos.

4. Pagamento por Cotação - Segundo Santana, a Capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista ou na da sua área de residência, independentemente da quantidade de serviços a prestar. O foco deste sistema assenta na procura, sendo o financiamento das organizações de saúde estabelecido em função da dimensão da população previamente definida ou escolhida pelo prestador. de forma a não ultrapassarem os preços estabelecidos. A utilização deste sistema de pagamento obriga a um conhecimento abrangente das necessidades de saúde da população coberta. Implica geralmente um elevado risco operacional para o prestador. O Hospital recebe maior incentivo para a garantia da saúde da população abrangida, a qual se não recorrer aos serviços hospitalares permite a poupança de custos, desta forma, levantam-se críticas no que concerne à preocupação com a qualidade dos serviços prestados. Verifica-se incentivo duplo ao controlo dos custos e à prestação de cuidados custo-eficazes, pois se existir diferencial entre o preço pago e o custo este reverterá a favor do prestador.

O modelo bismarckiano assenta num seguro social obrigatório pago por quotizações indexadas ao rendimento, enquanto o modelo beveridgeano é financiado através do Orçamento do Estado, sendo universal e gratuito no atendimento. O modelo liberal tem financiamento misto (recursos públicos e dos beneficiários), não é universal e tem subjacente a livre concorrência através de seguros privados. Qualquer que seja o modelo de SS, a OMS (2000) reconheceu a sua notável contribuição para o aumento da esperança média de vida e do bem-estar das populações nos finais do séc. XX. Contudo, esta organização frisa que persistem enormes diferenças entre o potencial dos SS e o seu real desempenho, uma vez que

nenhum país alcançou ainda um sistema ideal, dada a diversidade, abrangência e transversalidade do sector da saúde nos diferentes contextos nacionais.

2.1.3. Vantagens e desvantagens dos modelos de financiamento

Segundo Barros, existem diversas vantagens e desvantagens associadas aos modelos de tipo de pagamento retrospectivo. Os próprios prestadores descrevem frequentemente as vantagens do pagamento em termos da liberdade conseguida e da maior continuidade nos cuidados. Para os serviços de saúde que funcionam segundo este sistema, os conflitos entre administração e a vertente operacional são minimizados, dado que o principal papel do hospital será a promoção da maximização de serviços prestados aos doentes, sendo este método variadas vezes referido como promotor do aumento da produtividade e resposta dos serviços (apesar do impacto negativo possível nos custos e eficiência).

No que toca a desvantagens é de referir a não orientação para com preços, tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados o que convida à subprodução e à não efectividade, ao desperdício e à má qualidade, por falta de indicadores do desempenho. O desenvolvimento de esforços para se ser mais eficiente não configura uma situação desejável para o prestador, pois é sinónima de um menor nível de financiamento recebido. Por estes motivos o modelo retrospectivo está a ser progressivamente abandonado. Os sistemas do tipo retrospectivo foram usados na Europa ocidental até aos anos oitenta, altura em que começaram a ser substituídos por orçamentos do tipo prospectivo.

Uma das desvantagens associadas ao pagamento prospectivo é o facto da incerteza financeira para o hospital ser muito maior contrariamente ao pagamento retrospectivo onde não existe qualquer incerteza. Um dos efeitos críticos associados aos modelos de pagamento prospectivos é a possibilidade de redução da prestação de cuidados de saúde mais onerosos e o risco de selecção adversa de doentes, i.e., seleccionar os doentes que possam implicar menores custos e melhores resultados. Na decisão de classificação (ou mesmo admissão) de um doente (a questão de admissão normalmente não se aplica aos hospitais pertencentes ao serviço público), é evidente a vantagem de admitir apenas os melhores casos, aqueles que implicam menores custos.

Num sistema prospectivo puro não há qualquer alteração de receitas com a gravidade do caso do doente, mas os custos de tratamento são diferentes.

A principal desvantagem apontada a esta unidade de pagamento é o incentivo que fornece a uma multiplicação (desnecessária) dos actos médicos e desincentivo à prevenção da doença aumentando os custos totais.

Como principais desvantagens a este modelo de pagamento, apontam-se o incentivo à selecção de doentes com menores custos de produção associados, dentro de cada categoria/grupo de episódios de doença, pois o interesse financeiro assenta na preferência por casos para os quais o pagamento seja superior aos custos esperados, a especialização em determinados produtos, acrescentando-se, ainda, como crítica, o potenciamento do incentivo à classificação dos doentes em categorias, episódios ou casos de doença associados a uma melhor remuneração.

Os variados modelos de financiamento das unidades de saúde influenciam fortemente o seu comportamento enquanto prestadores de cuidados de saúde. Tal pode potenciar aproximações ou afastamentos de objectivos de eficiência, equidade, de qualidade dos cuidados e de satisfação dos utentes.

2.2. Conceito de Orçamento

A palavra orçamento, segundo Lunke (2007), tem a sua origem relacionada a uma bolsa de tecido chamada *fiscus* e era utilizada pelos antigos romanos para colectar os impostos, mais tarde a palavra foi usada para tesouraria e também para os funcionários que as usavam. Portanto, a necessidade de prever comida para suportar longos invernos levou aos homens das cavernas a desenvolverem as práticas antigas de orçamento.

O Conceito de orçamento foi evoluindo ao longo dos anos, porém, as raízes das práticas contemporâneas de orçamento deveu-se ao desenvolvimento da constituição inglesa em 1689. A lei estabelecia que o rei, e depois o primeiro-ministro, poderia cobrar certos impostos ou gastar recursos, mas somente com autorização do parlamento. A maioria das políticas, procedimentos e práticas hoje conhecidas, teve seu desenvolvimento no século XIX. As principais mudanças

aconteceram na França durante o governo de Napoleão, como parte de um esforço para obter maior controle sobre todas as despesas, inclusive sobre o exército. Os procedimentos orçamentários franceses identificavam todas as etapas necessárias à elaboração do orçamento. Por exemplo, cálculo da quantia necessária de providências para um soldado considerava o número de soldados a ser utilizado durante o ano, deduzia o número de soldados doentes ausentes, calculava-se a quantidade de mantimentos e equipamentos a ser usados e multiplicava-se pelo custo unitário para saber qual a necessidade total de recursos.

Deste modo, podemos ver várias definições sobre o orçamento. Segundo Santos (2015) afirma que o orçamento é um instrumento político que serve de alocação de recursos económicos e sociais, além de ser instrumento contábil nas áreas de control e gestão. Soares e Matos (2012) conceituam o orçamento como "a maneira pela qual se materializa ou se estabelece de forma discriminada todas as fontes e aplicações de dinheiro público nos programas, projectos e actividades previamente planejados". Por sua vez, Fabretti (2001) refere que o orçamento, no Estado de Direito, não é somente um documento de carácter contábil ou administrativo, sendo ainda um poderoso instrumento de política económica e social que, para ser executado, faz-se necessária a alocação dos recursos de forma correta e eficaz.

Para Horngren, Sundem e Stratton (2004) o orçamento é um método pelo qual os gestores utilizam como apoio para suas funções de planeamento e controle. O orçamento ajuda os gestores a traçar os objectivos.

Braga (1995) ressalta ainda que no processo orçamentário deve constar o desenvolvimento e os resultados que a empresa almeja alcançar. Esses dados são apresentados observando-se a estrutura da empresa e dos sistemas de contabilidade geral e de custos. "Orçar não é apenas controle, não é apenas previsão. É uma análise exigente e rigorosa do passado e um cálculo cuidadoso das prováveis e desejadas operações futuras." (BRAGA, 1995, pg. 230).

Deste modo pode-se entender que o orçamento é um plano elaborado pela administração para compreender as operações de determinado período. É uma abordagem formal das metas, planos e objectivos traçados pela administração. Zdanowicz (1989), considera o orçamento como um

planeamento de operações e investimentos das organizações para um período pré estabelecido, em que se pretende operacionalizar as metas e objectivos almejados pela administração.

A execução do orçamento contribui para assegurar a eficácia da organização e o comando que vai possibilitar a difusão dos planos. Assim, o processo de controlo orçamentário compreende a etapa de análise do planeado em confronto com o que foi efectivamente realizado, dessa forma há a possibilidade de análise das variações em que se busca identificar as áreas que mais contribuíram e também as causas dos desvios, isto possibilitará a avaliação do desempenho, além de correcções que assegurem o alcance dos objectivos pretendidos (LUNKES, 2007).

2.2.1. Tipos de Orçamentos

Nos dias de hoje, podemos reconhecer o orçamento público como um instrumento que apresenta múltiplas funções. A mais clássica delas, a função controle político, teve início nos primórdios dos Estados Nacionais. Além da clássica função de controlo político, o orçamento apresenta outras funções mais contemporâneas, do ponto de vista administrativo, de gestão, contábil e financeiro.

Várias literaturas referem que Existem Diversos tipos de orçamento, dentre elas podemos destacar os seguintes

1. **Orçamento Anual Tradicional**- O Processo Orçamentário em que é explicado apenas o objecto do gasto. Apresenta valores para as despesas com pessoal, material, serviços, etc., sem readicionar os gastos a nenhuma finalidade (programa ou acção). Também é conhecido como orçamento clássico. Segundo Medeiros (2013) refere que o orçamento anual tradicional é preparado com um ano de antecedência face ao ano fiscal da empresa ou instituição. O orçamento tradicional, o mesmo autor refere que permite controlar a actividade financeira do estado, garantindo que os meios postos a disposição dos entes públicos fossem obtidos e utilizados em conformidade com legalmente previsto, ou seja, procura-se assegurar a legalidade.

Um orçamento tradicional é composto por um conjunto de orçamentos operacionais e financeiros que detalham o planeamento financeiro de uma organização de uma organização por um período contabilístico específico. Medeiros (2013)

2. **Orçamento Incremental (ou Inercial)** – Orçamento elaborado através de Ajustes marginais nos itens de receita e Despesa, é “ o Orçamento Incremental é historicamente a forma mais comum de construir orçamentos, porque é um modelo que assume de forma simples que os resultados do ano actual servem de base para próximo ano”, isto é a repetição do orçamento anterior acrescido da variação de preços ocorridos no período. Para Medeiros (2013). O Orçamento incremental apela ao senso comum, pois tenta simplificar a complexidade da realidade económica do Mundo. O orçamento incremental normalmente utiliza tendências agregadas (mais generalistas) e falhas na análise detalhada das receitas e despesas.
3. **Orçamento Base Zero** – Processo Orçamentário que se apoia na necessidade de justificativa de todos os programas cada vez que se inicia um novo ciclo orçamentário – analisa, revê e avalia todas as despesas propostas e não apenas as das solicitações que ultrapassam o nível do gasto já existente). Segundo Teixeira (2010) trata-se de um processo independente que identifica actividades fundamentais permitindo uma gestão dos recursos de forma mais eficaz e eficiente. Este orçamento tem por base os processos de planeamento, orçamentação e controlo e para que seja bem-sucedido pressupõe que as empresas tenham um sistema de planeamento e obriga a que os responsáveis apresentem medidas alternativas para o funcionamento a curto prazo e convergência com as unidades de trabalho (Caiado, 2009).
4. **Orçamento Contínuo** - O orçamento contínuo ao contrário do orçamento incremental baseia-se em actualizações constantes ao longo do ano. Este orçamento distingue-se dos outros tipos de orçamentos porque não é elaborado apenas uma vez por ano. O orçamento contínuo pressupõe o acréscimo de novos períodos à medida que o tempo vai decorrendo e, por isso, é mais ajustado à realidade tornando o processo de planeamento mais simples, flexível e objectivo (Teixeira 2010).

5. **Orçamento Baseado nas Actividades** - O orçamento baseado nas actividades tem por base “a definição de actividades necessárias em cada função da empresa e estima os recursos que lhes devem ser atribuídos no período orçamentado” (Teixeira 2010). Segundo o mesmo autor, este orçamento atende às relações de causa-efeito entre a procura de bens e serviços e as actividades e respectivos recursos afectos ou solicitados.
6. **Orçamento Flexível**- O Orçamento Flexível é elaborado por um conjunto de actividades que a empresa poderá desenvolver. Para a implementação de um orçamento flexível a empresa tem de decidir como vai responder a uma série de condições. (Medeiros 2013)
7. **Orçamento Programa** – Orçamento que expressa, financeira e fisicamente, os programas de trabalho de governo, possibilitando: a integração do planeamento com o orçamento; a quantificação de objectivos e a fixação de metas; as relações insumo-produto; as alternativas programáticas; o acompanhamento físico financeiro; a avaliação de resultados; a gerência por objectivos. Segundo Morais (2013) Orçamento por Programa “é uma forma de orçamentação que procura associar as dotações orçamentais aos resultados obtidos, tendo em conta as prioridades definidas pelo Governo, prioridades essas traduzidas em Programa”
8. **Orçamento do Estado** - O Orçamento do Estado é a previsão das receitas e Fixação das despesas da Administração publica relativas a um ano. “O orçamento do estado é um documento onde são previstas e computadas as receitas e as despesas anuais, completamente autorizadas” Basílio (2013), Normalmente pela Assembleia da república. O Orçamento do Estado é um documento fundamental das entidades públicas pois toda a execução da receita e despesas está assente nele. Com base no artigo 12 da SECÇÃO II da lei 9/2002 de 12 Fevereiro, das normas de ordenamento Jurídico Moçambicano, o Orçamento do Estado é o documento na qual estão previstas as receitas a arrecadar e fixadas as despesas a realizar num determinado exercício económico e tem por objectivo a persecução da política financeira do Estado.

2.2.2. Importância do Orçamento do Estado

- Em democracia, o orçamento deveria reflectir os objectivos e aspirações do povo

- O governo é um dos principais actores na economia. As compras governamentais assim como a maneira como o governo arrecada o dinheiro para fazer as suas compras afecta a toda a Agente
- O Orçamento é conexão vital que traduz a política em prestação de Serviços
- O orçamento é instrumento para conduzir ao desenvolvimento e redistribuição na sociedade
- O Orçamento é um instrumento poderoso para conduzir ao desenvolvimento e redistribuição na sociedade.

O orçamento pode atingir resultados económicos e sociais como: estimular o crescimento económico, a criação de emprego e investimento; deve ser direccionado para sectores estratégicos, grupos de população e assuntos que permitem maximizar o papel desenvolvimentista do retorno das realizadas; reduz a desigualdade através de acções que procuram alocar o orçamento para favorecer os excluídos ou desfavorecidos; o Orçamento tem a função de estabilizar a economia como um todo. Isto pode significar o ajustamento dos agentes económicos e sociais.

2.2.3. Funções do Orçamento do Estado

De acordo Basílio (2013), podemos agrupar as funções do orçamento em três grupos nomeadamente: Funções económicas, Funções Políticas e funções Jurídica, as quais podem subdividir. Assim temos

- Funções económicas – Dentro do domínio económico, como já vimos, o orçamento é uma previsão. Distingue-se, então nessa área, duas perspectivas:
 - Racionalidade Económica – a relação entre receitas e despesas facilita a busca pelo máximo bem-estar/utilidade com mínimo de gasto/custo possível, uma vez que o orçamento permite uma gestão mais racional e eficiente dos dinheiros públicos;
 - Eficácia – Como quadro de elaboração de políticas públicas, aqui o orçamento assume um papel fundamental na definição e execução das políticas financeiras das entidades, por meio deste, conhece-se a política económica global do estado;

- Funções Políticas – O Orçamento, como não podia deixar de ser, passa também por ser uma autorização política que visa conseguir o seguinte:
 - Garantia de Direitos Fundamentais – através do orçamento garante-se por um lado, que os rendimentos só são tributados para cobrir os gastos públicos mediante decisão dos representantes dos titulares desses rendimentos: trabalhadores, capitalistas; por outro lado, que a propriedade privada só é atribuída na medida em tal seja consentido pelo representante dos proprietários;
 - Garantia de Equilíbrio e da separação dos poderes – através do orçamento, é atribuído as Assembleias Parlamentais um papel financeiro importantíssimo: elas autorizam os recursos e a sua afectação o executivo executa o orçamento e as contas são tomadas pelo parlamento e/ou por um órgão jurisdicional;
- Funções Jurídicas – pode dizer-se que as funções jurídicas decorrem do elemento político do orçamento e consubstancia –se no aparecimento de toda uma panóplia de normas que se destinam a concretizar o fim da garantia que o orçamento visa prosseguir. Disto resulta que, a administração tem uma “limitação jurídica” mais forte, uma vez que, os seus poderes devem ser autorizados anualmente e por isso tornam se, assim, mais limitados.

2.2.4. Impacto do Orçamento nas Instituições

Os orçamentos, na generalidade das Organizações, são entendidos como uma ferramenta de controlo dos quadros superiores e poucas vezes são vistos como uma ferramenta de apoio à gestão (Caiado, 2009). Autores como Pereira e Franco (2001); Drury (2004), Franco *et al.* (2006) e Anthony e Govindarajan (2007) defendem que uma gestão baseada num sistema orçamental permite o planeamento das operações; coordenação das actividades; comunicação dos planos de acção dos diversos centros de actividades; motivação dos responsáveis para alcançar os objectivos da organização; controlo das actividades e análise e avaliação do desempenho. Os mesmos autores apontam várias vantagens que advêm do método da gestão orçamental, no entanto para que o orçamento não seja apenas uma ferramenta técnica e formal que expressa quantitativamente um plano de acções (Medeiros 2013) este deve integrar objectivos realistas e atingíveis para as acções futuras e coordenar os departamentos (Caiado, 2009).

Pereira e Franco (2001), Drury (2004), Franco *et al.* (2006) e Anthony e Govindarajan

(2007) tecem algumas considerações das eventuais vantagens ou inconvenientes resultantes do impacto dos orçamentos nas empresas:

O orçamento permite estreitar relações entre as várias áreas, ou seja, promove a equidade através da sua contribuição uniforme, favorecendo igualmente o alinhamento dos diferentes objectivos. Exige, por isso, uma coordenação vertical (articulação na estrutura hierárquica) e horizontal (alinhamento dos objectivos e dos planos de acção das várias áreas).

A preparação do orçamento de forma participativa permite reduzir o risco de erro ou conflitos gerados por falta de informação ou de capacidades.

O orçamento será tanto mais fortalecido quanto mais se diminuïrem as barreiras à comunicação, quer sejam barreiras de natureza técnica (tempo e sobre informação) quer sejam barreiras de linguagem ou barreiras psicológicas (Teixeira, 2014). Por isso fortalecer as linhas de comunicação entre as áreas é um imperativo. Por outro lado, o orçamento deve assegurar a troca de informação dos planos actuais entre os responsáveis dos diferentes centros de responsabilidade conduzindo à tomada de decisão e acções mais rápidas. O orçamento permite, para além disso, a troca de informação de forma descendente através da comunicação dos objectivos e propósitos da empresa e de forma ascendente através da identificação de pontos fortes ou limitações e gestão dos recursos por parte dos responsáveis das áreas. O orçamento, enquanto instrumento de gestão, permite estreitar as relações interpessoais na empresa através do processo de comunicação, pelo que a matriz da comunicação é crucial, caso contrário os objectivos podem não ser claramente entendidos e as decisões de gestão correm o risco de insucesso (Teixeira, 2014).

A elaboração do orçamento permite, simultaneamente, um controlo mais apertado das operações ou actividades e a comparação dos resultados actuais com os valores orçamentados, análise dos objectivos delineados, interpretar resultados e desencadear acções correctivas.

O processo de orçamentação permite ainda às empresas avaliar o seu desempenho. Esta função baseia-se nos desvios apurados através da comparação entre os montantes reais e os montantes orçamentados e não em relação a períodos anteriores.

Segundo Teixeira (2014) o orçamento não consegue influenciar o comportamento dos outros, portanto, ter efeito motivacional, se não for entendido e aceite pelos responsáveis, isto é para que estes atuem em conformidade com os objectivos da empresa a que pertencem. A elaboração do mesmo compreende a convergência e prossecução dos objectivos com o desenvolvimento de acções previstas durante o planeamento de forma a fortalecer o inter-relacionamento dos intervenientes.

Segundo Hofstede (1980) o efeito motivacional está intimamente relacionado com a cultura organizacional e que se diferencia da cultura nacional pelas práticas apreendidas a partir da socialização no âmbito do trabalho.

Jordan *et al.* (2003) apresentam, igualmente, o orçamento como um instrumento de descentralização, como um instrumento de planeamento, de motivação, de coordenação e como um instrumento de avaliação. O orçamento é visto como um instrumento de descentralização porque a gestão de topo ou administração define os objectivos globais para a empresa e participa na fixação dos objectivos das áreas ou centros de responsabilidade, sendo a sua execução e controlo da responsabilidade dos responsáveis. O orçamento enquanto instrumento de planeamento justifica-se se for baseado no trabalho de análise do meio envolvente da empresa. Para que o orçamento não seja apenas um exercício de estimativa e previsão e sirva para conceptualização e racionalização internas deve ser elaborado em convergência com a estratégia da empresa a curto e a longo prazo.

À semelhança de outros autores, Jordan *et al.* (2003) e Teixeira (2014) também defendem que o orçamento tem efeito motivacional, quer pelo fato de influenciar os responsáveis a alcançar melhores resultados quer pelo fato de estimular a satisfação pelo trabalho. O orçamento é definido e visto como instrumento de avaliação por permitir acompanhamento, interpretação e avaliação dos resultados.

2.3. Sistemas de Saúde

O conceito de Sistema de Saúde (SS). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a “todas as actividades que têm como finalidade essencial a promoção, recuperação ou

manutenção da saúde”. Esta definição é vasta e dá importância à complexidade do sistema em si, que agrega vários sectores e inclui todas as iniciativas conducentes à melhoria da saúde das pessoas. Alguns autores, afirmam que os modelos de SS desenvolvidos nos países ocidentais desde finais do séc. XIX podem ser classificados como bismarckianos, beveridgeanos e liberais (Mossialos *et al.* 2002; Escoval 2003; Boquinhas 2012). Esses modelos diferenciam-se entre si pelo modo de financiamento, população alvo e pelo acesso.

No entanto, e ainda de acordo com a OMS (2000), os SS devem ter como finalidade, principalmente: melhorar as condições de saúde das populações; promover a equidade no acesso aos serviços sanitários; oferecer protecção financeira contra os custos dos tratamentos de saúde; e responder atempadamente às necessidades de saúde das populações. Segundo Kutzin (2008), essas finalidades não são possíveis de alcançar sem o funcionamento de quatro funções: administração, geração de recursos, financiamento e provisão de serviços.

Melhorar o estado de saúde de uma população depende de condicionantes externas e do desempenho do sistema de saúde. Um sistema de saúde com um bom desempenho será um sistema que forneça equitativamente serviços de qualidade à população, responda às expectativas médicas e não médicas das pessoas e assegure a protecção financeira dos agregados familiares, ou seja, assegure que o acesso das pessoas aos cuidados de saúde não é limitado por barreiras financeiras.

2.3.1. Sistema de Saúde em Moçambique

O artigo 89 da Constituição da República de 1990 estabelece a todos os cidadãos o direito à assistência médica e sanitária e como forma de garantir a assistência medica e sanitária a lei n. 25/1991 Criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com objectivos promover acções promotivas, preventivas, assistenciais e de reabilitativa, recorrendo a formação como meio para o seu desenvolvimento continuo. Nesse âmbito “abriu possibilidades para o estabelecimento da Política Nacional de Saúde (PNS, 1995), que determinou a divisão da área da saúde em três subsectores (público, privado e comunitário) e destacou a introdução de taxas de serviço pagas pelos usuários, como forma de ampliar a base de recursos do sector” (Matsinhe & Namburete, 2019).

Os autores do relatório sobre a arquitectura da assistência ao desenvolvimento do sector da saúde em Moçambique afirmam que o sector da saúde é parte do processo histórico do país e desta forma “foi parte estruturante mas também estruturado pelo quadro de mudanças e de sucessão de regimes políticos do Estado” (p. 21) (Guambe *et al.*, 2018). As trajetórias do sistema de saúde assim como seus desafios, portanto, devem ser lidas nesta perspectiva histórica.

Segundo o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019), “a prestação de serviços de saúde, em Moçambique, é feita por quatro tipos de prestadores. O Sector Público, agrupado no SNS, é a mais abrangente geográfica e tecnicamente. O Sector Privado divide-se em lucrativo – de presença quase exclusiva em zonas urbanas – e não lucrativo, constituído por ONGs nacionais e internacionais com fortes ligações com o sector público” (MISAU – PESS 2014-2019). O MISAU ainda reconhece como parte do subsector comunitário, os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT). Existe, portanto, um reconhecimento da multiplicação de actores no sistema (pela entrada de diversos parceiros internacionais), mas também de uma estrutura múltipla de providência do serviço (Guambe *et al.*, 2018).

Hoje o sector de saúde é composto por um conjunto de entidades que fazem parte do Ministério da Saúde (MISAU), que estão organizados em três níveis administrativos: nível central, provincial e distrital. Presentemente fazem parte do sector um total de 184 Unidades Gestoras Beneficiárias (UGBs), entre as quais, o MISAU (que lidera a nível nacional), 11 SPS (coordenam o sector à nível de cada província), as DPS (que cuidam da gestão dos centros de saúde) e 151 SDSMAS (coordenam o sector à nível de cada distrito). Fazem ainda parte do sector o Instituto Nacional de Saúde (INS), a Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), 4 Hospitais Centrais, 8 Hospitais Provinciais, 5 Hospitais Gerais, 1 Hospital Psiquiátrico e 1 Hospital Distrital (UNICEF, 2020).

Ainda havia 1652 Unidades Sanitárias (UNICEF, 2020). Na provisão dos serviços diferenciam-se quatro níveis: nível primário (centros de saúde), nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais), nível terciário (hospitais provinciais) e nível quaternário (hospitais centrais e especializados).

2.4. Formas de Financiar Serviços de Saúde

Nos países da Organização Europeia de Cooperação Económica (OCDE), segundo Diniz (2013), podem identificar-se três formas ou modelos de financiamento, ou de pagamento, dos cuidados de saúde:

- O sistema de seguro privado voluntário - que cobre indivíduos ou grupos, sendo os prémios fixados em função das características do risco. Somente em dois países - EUA e Suíça - os seguros privados cobrem os mais importantes riscos de saúde para a maioria da população, embora na Suíça as seguradoras estejam sujeitas a um apertado controlo para que a avaliação do risco seja colectiva e não individual.
- O sistema de seguro social, obrigatório e «universal», que funciona no âmbito de caixas de seguro-doença, em regra geridas por entidades sociais, mas submetida à supervisão de organismos públicos. Estas seguradoras sociais realizam uma «mutualização» dos riscos e os prémios são normalmente fixados em função dos rendimentos, sendo a disparidade de cobertura dos riscos por vezes compensada com a intervenção dos governos.

O financiamento por imposto, que se pode organizar de dois modos: integrado - em que o financiamento e a prestação são assegurados por um único organismo público que recebe do orçamento do Estado as verbas de que necessita; e contratualizado- em que a prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou por entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos.

O financiamento da saúde é uma das funções centrais de todos os sistemas de saúde O financiamento dos cuidados de saúde abarca as seguintes funções:

- **A recolha de fundos** - os sistemas de saúde é financiada através de várias fontes: os fundos gerados internamente por prestadores de cuidados de saúde, os impostos cobrados pelo governo e distribuídos ao sector da saúde, os impostos destinados à saúde, o apoio externo de doadores e as contribuições para seguros. Um sistema de financiamento forte deverá arrecadar, de forma eficaz e sustentável, receita suficiente para financiar os investimentos necessários para fornecer serviços de qualidade a toda a população.

- **A gestão de fundos** - esta função refere-se à forma como um sistema de saúde agrega os recursos arrecadados, definindo em que medida existirá uma subsídio cruzada entre os diferentes segmentos da população (trabalhadores formais vs. Informais, ricos vs. pobres, doentes vs. saudáveis). Esta função é essencial para assegurar que o contrato social nacional é respeitado. Por um lado, quando existe uma agregação ampla dos recursos do sector da saúde, a solidariedade entre cidadãos é alta. Por outro lado, uma gestão fragmentada favorece os direitos individuais e o acesso a benefícios com base no nível individual de contribuição.
- **A função de aquisição** - diz respeito ao pagamento de serviços de saúde: quem paga aos prestadores de serviços médicos? Através de que mecanismos? Por que serviços? Os mecanismos de aquisição procuram promover a eficiência do sistema de saúde, estimulando o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde e controlando o custo da despesa. Foram desenvolvidos muitos mecanismos de aquisição internacionalmente. Alguns países separaram a função de compra do sector da função regulatória do Ministério da Saúde, muitas vezes criando organismos independentes para contratar prestadores de cuidados de saúde ou sistemas sociais de seguros de saúde. Existem também muitas formas de pagar aos prestadores de cuidados, desde rubricas orçamentais específicas a pagamentos baseados nos resultados, tais como uma taxa pelo serviço ou Grupos de Diagnósticos Homogéneos. Em muitos países é frequente o pagamento a prestadores de cuidados de saúde com base numa combinação dos sistemas referidos. Relacionado com a função de compra está o conceito do pacote básico de benefícios, que define os serviços que deverão ser adquiridos.

Desde a publicação do relatório mundial de saúde de 2010 da OMS, o desempenho do sistema de saúde é frequentemente analisado à luz do conceito de cobertura universal de saúde. A cobertura universal de saúde é medida através das três dimensões seguintes:

- ✚ Cobertura da população: diz respeito à proporção da população que acede aos serviços de que necessita;
- ✚ Cobertura do serviço: diz respeito à gama e à qualidade de serviços disponíveis nas unidades de saúde e hospitais;

- ✚ Protecção do risco financeiro: diz respeito ao nível de dificuldades financeiras com que a população se debate para ter acesso aos cuidados médicos.

A cobertura universal de saúde é um objectivo que só pode ser alcançado gradualmente, sobretudo em países em que os recursos financeiros são escassos.

O objectivo de um sistema de financiamento é contribuir para que o sistema de saúde alcance os objectivos a que se propõe, bem como para a cobertura universal de saúde. Para o conseguir, um sistema de financiamento tem de assegurar que:

- Haja cada vez mais recursos a entrar no sistema;
- Estes recursos sejam distribuídos de forma equitativa e
- A aquisição de serviços promova a eficiência na despesa - o mecanismo de financiamento deve se construir com base na capacidade financeira da população tendo em conta seu poder em pagar pelos serviços prestados, isto é, reduzir as dificuldades financeiras sentidas pelos agregados familiares, de forma a aumentar tanto quanto possível o acesso da população aos cuidados de saúde

No que concerne às formas de financiamento de hospitais, podem considerar-se quatro formas principais nos Estados membros da União Europeia (Barros e Gomes, 2002; Simões, 2004; Campos e Simões, 2011):

- Orçamentos prospectivos baseados fundamentalmente na despesa histórica (Dinamarca, Grécia e França);
- Orçamentos prospectivos baseados nas actividades ou nas funções dos hospitais (Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Portugal);
- Orçamentos prospectivos combinados com pagamentos de actividades; neste caso, a despesa do hospital é parcialmente fixa e parcialmente não é orçamentada (Bélgica, Espanha e Áustria);
- Pagamentos associados às actividades, que podem ser baseados no case-mix 2 (Suécia e Itália) ou em pacotes de serviços hospitalares (Reino Unido e Finlândia). Relativamente a sistemas de pagamento aos prestadores, Sousa (2010) defende que um sistema de pagamento ideal deve induzir os prestadores a entregar serviços de alta qualidade, respondendo às necessidades dos utentes com um elevado grau de eficiência técnica.

Os grandes desafios enfrentados pelos hospitais estão relacionados com a qualidade dos cuidados prestados, com a eficiência da prestação de cuidados e com o financiamento das organizações de saúde e para isso é necessário ter uma eficiente gestão orçamentária, que garanta a sustentabilidade da instituição (CONASS, 2011).

2.5. Fontes de Financiamento do Sector de Saúde em Moçambique

As fontes de financiamento do sector de saúde, Segundo a (UNICEF, 2018) estão divididas em dois grandes componentes: recursos internos (ou seja, nacionais) e externos (ou seja, estrangeiros). Os recursos internos constituídos por aqueles arrecadados através de impostos, tarifas, direitos e créditos interno e os recursos externos sendo divididos em três categorias:

- (i) “Contribuições do PROSAUDE”;
- (ii) “Fundos de Projectos Bilaterais”;
- (iii) “Doações em espécie”.

As actividades do sector de saúde são definidas pelos Planos Estratégicos que são publicados desde o ano 2000. O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019 (PESS), estipulou os seguintes objectivos estratégicos:

- Aumento do acesso e utilização dos serviços de saúde,
- Melhoria da qualidade dos serviços de saúde,
- Redução das desigualdades geográficas no acesso e utilização dos serviços de saúde,
- Melhoria da eficiência dos serviços de saúde prestados,
- Fortalecimento das parcerias de saúde,
- Aumento da transparência e a responsabilização na utilização dos recursos públicos, e
- (vii) fortalecimento da governação do sistema de saúde de Moçambique.

A Fonte principal para financiamentos das US em Moçambique é por Orçamento do Estado. Para dar melhor entendimento, nesta dissertação torna necessário dar conceitos básicos de orçamento e sua evolução ao longo dos tempos

O debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões- a sustentabilidade, por um lado, e a equidade, por outro. Não se pode ignorar a importância de

outros atributos como a efectividade, a eficiência e a qualidade, mas sem sustentabilidade os sistemas não podem funcionar e sem equidade perdem a sua razão de ser (Campos e Simões, 2011).

Estudos realizados sobre o financiamento do sector de saúde em Moçambique referem que enfrenta uma série de desafios que incluem a insuficiência de recursos, a centralização dos gastos e uma fragmentação decorrente do financiamento vertical do sector, especialmente em função dos tectos de gastos impostos ao sector público e um maior financiamento de Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras organizações do sector de saúde, que deixou o financiamento disperso e nem sempre alinhado às prioridades locais (Pfeiffer & Chapman, 2019; Pfeiffer *et al.*, 2017).

Esta ideia é reforçada no plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019, o MISAU reconhece que: “O sector é sistematicamente subfinanciado e dependente de recursos externos. Nos últimos anos, a situação tem-se agravado dado o decréscimo nestes financiamentos e ineficiências na alocação e utilização dos escassos recursos disponíveis” (MISAU – PESS 2014-2019).

De forma geral, pode-se afirmar que a multiplicação de actores de financiamento do sector de saúde a partir da década de 1990 não somente significou um aumento do total de recursos, mas também implicou profundas modificações na arquitectura do sistema de saúde e na provisão de serviços com transformações na formulação de políticas de saúde e na definição de prioridades de financiamento do sector. Estes factores revelaram que faltou construir uma estrutura e uma plataforma única de interacção entre o sector de saúde e os parceiros internacionais nos anos 1990, Aquando do início dos financiamentos internacionais com propostas nem sempre compatíveis entre si (Guambe *et al* 2018).

Hoje o sector da saúde de Moçambique “transformou-se num mosaico de complexidade em termos de coordenação das acções e esforços de melhoria do desempenho” (Guambe *et al.*, 2018), marcado por multiplicidade, concorrência e descoordenação, que dificultam o enfrentamento dos desafios do país. Entre os desafios, uma análise recente do Centro de

Integridade Pública (CIP) que compreende o período entre 2012 e 2018, apontou uma falta de transparência na ajuda externa, nomeadamente no financiamento ao sector da saúde através dos fundos verticais.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente trabalho é um estudo de caso de natureza descritiva. Como é evidente, num processo de investigação deve explicar-se, detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos a utilizar. Neste capítulo apresenta-se a abordagem metodológica que tornou este estudo possível, isto é, toda a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas e ao processo heurístico seguido neste estudo.

. Este capítulo de metodologia foi estruturado de forma a fazer uma reflexão sobre questões metodológicas que sustentam a estratégia de investigação escolhida, considerando a caracterização do contexto do estudo, expõe-se o plano de investigação empírico nas suas fases, abordando todo o procedimento relativo à execução do trabalho empírico, assim como os instrumentos e técnicas utilizadas na recolha de informação.

3.1. Aspectos Metodológicos

Uma investigação pode ser definida como sendo o melhor processo de chegar a soluções fiáveis para problemas, através de recolhas planeadas, sistemáticas e respectiva interpretação de dados. É uma ferramenta da máxima importância para incrementar o conhecimento e, deste modo, promover o progresso científico permitindo ao Homem um relacionamento mais eficaz com o seu ambiente, atingindo os seus fins e resolvendo os seus conflitos (Cohen & Manion, 1980; Santos, 1999).

Todo trabalho científico deve estar fundamentado em métodos para que seus objectivos sejam alcançados e seus resultados sejam aceites pela comunidade académica, nesta pesquisa será usada abordagem Científico. Assim toda a questão da pesquisa, os métodos e técnicas utilizadas, o delineamento da pesquisa, as definições constitutivas e operacionais das categorias de análise, a colecta de dados e forma de análise e as limitações da pesquisa são esclarecidos. A característica essencial do método científico é a investigação organizada, o controle rigoroso das observações e a utilização de conhecimentos teóricos.

3.2. Tipo de Estudo

O presente trabalho pesquisa, é um estudo de caso, numa abordagem qualitativa. O método do Estudo de Caso serve para entender fenómenos sociais principalmente quando não conseguimos entender o objecto no seu contexto. Este método representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porquê”, quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos num contexto específico da vida real. Estudo de caso baseou-se na observação, análise documental e triangulação das fontes e de perspectivas (Lessard -Herbert, Goyette & Boutin: 1994).

Segundo Silva e Menezes (2005:pag.20) “ a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o objecto e a subjectividade que não pode ser traduzido em números”. E como destacam Lessard- Herbert et al. (1994), na pesquisa qualitativa, a compreensão do significado ou da interpretação dada pelos próprios sujeitos inquiridos aos acontecimentos que lhes dizem respeito e aos comportamentos que manifestam, é essencial.

E ainda, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa é descritiva, os dados são recolhidos sob a forma de palavras ou imagens, contendo citações a fim de ilustrar e substanciar a sua apresentação e os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Neste tipo de abordagem, o pesquisador constitui o instrumento chave da pesquisa e a amostra não é necessariamente representativa, isto é, não se preocupa com representatividade numérica mas sim, com o aprofundamento da compreensão do fenómeno em estudo. Desta forma, Martinelli (1999) argumenta que, na pesquisa qualitativa o foco centra-se no significado das revelações dos sujeitos em função do que se busca com a pesquisa e não no número de pessoas que prestam informações.

3.3. População e Amostra da Pesquisa

Um estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o

contexto não estão claramente definidos. A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única e, como resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a recolha e a análise de dados (Yin, 2001 pp. 32-33).

De acordo com Ramos et.al. (2014), o universo da investigação constitui-se como um conjunto formado por todas unidades de análise ou por todas as características que são de interesse, relevantes para o investigador. No entanto, qualquer tipo de pesquisa empírica requer uma recolha de dados.

Neste contexto, o universo de investigação do presente estudo compreendeu aos funcionários das áreas de Planificação e Estatísticas, Repartição de prestação de Contas, Relatórios de actividades Anuais e Relatórios de Conta de Gerência do Hospital Central de Nampula. A escolha desta unidade de pesquisa pode-se considerar que foi por conveniência, valeu-se apenas pela acessibilidade dos dados, pela facilidade de acesso ao local de estudo em relação às outras unidades do género e a possibilidade de se desenvolver uma análise relevante para os objectivos que se pretendem alcançar nesta pesquisa.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados

Uma das formas de assegurar a validade interna é através do recurso à triangulação dos dados. A triangulação também nos permite avaliar a fiabilidade duma investigação. A triangulação consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados numa mesma pesquisa para que possamos obter como resultado final retrato mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa do fenómeno a analisar. A maior diversidade e integração de métodos produzem uma maior confiança nos resultados (Santos, 1999, 2002). Segundo Denzin (1970) a racionalidade desta estratégia reside no facto de se poder atingir o melhor de cada um dos métodos, pois que os defeitos de um método são, muitas vezes, os pontos fortes de outro, pelo que a combinação de métodos permite que se ultrapasses as suas deficiências específicas.

Em relação aos procedimentos técnicos, o presente estudo de caso concentrou-se numa única instituição, o HCN.

3.4.1. Métodos de colecta de Dados

Métodos constituem um conjunto de preceitos de que se serve uma ciência e habilidades para obter um propósito (Gil, 2002). Desta forma, optando por uma investigação qualitativa com abordagem multimetodológica. Para esta pesquisa utilizaram-se como técnicas de recolha de dados a observação, análise documental e entrevista não estruturada.

3.4.2. Levantamento Bibliográfico

A primeira fase da pesquisa consistiu no levantamento bibliográfico que envolveu diversas fontes de pesquisa, como monografias, dissertações, livros, artigos científicos e revistas, com o objectivo de, não só conhecer e analisar as contribuições científicas do passado sobre o tema em estudo, como também, para fundamentar teoricamente o tema em análise. Esta exploração da literatura, o contacto com a documentação disponível na instituição e com pessoas ligadas ao fenómeno em análise culminaram com o surgimento de questões iniciais do presente estudo.

3.4.3. Observação

Segundo Ludke e André (1986), a observação é um dos instrumentos básicos para a recolha de dados na investigação qualitativa. Na verdade, é uma técnica de recolha de dados, utilizando os sentidos, de forma a obter informação de determinados aspectos da realidade. Obriga o investigador a um contacto mais directo com a realidade, ajudando-o a identificar e a obter provas a respeito de objectivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam o seu comportamento (Lakatos & Marconi, 1990; Santos 1999, 2002).

Quer a observação seja estruturada ou não, o seu papel consiste em observar e registar da forma mais objectiva possível e depois interpretar os dados recolhidos. Como vantagens para esta técnica, podemos referir o facto de a observação permitir chegar mais perto da “perspectiva dos sujeitos” e a experiência directa ser melhor para verificar as ocorrências (Ludke & Andre, 1986), ou ainda o permitir a evidência de dados que não seriam possíveis de obter nas respostas a questionários (Lakatos & Marconi, 1990).

Para obter informações relevantes sobre o desempenho e eficiência hospitalar do HCN, serviu-se da observação para verificar todos os processos de prestação de cuidados médicos de atendimento de pacientes em regime ambulatoriais, nos serviços de Urgências e nas consultas externas de varias especialidades, sobretudo para avaliar o movimento de atendimento de pacientes na boca de entrada das consultas de Urgência e de especialidade para permitir determinar o nível superlotação no atendimento e qualidade de serviços prestados. E em regime de internamento que consistiu em visitar os doentes em todas as Enfermarias e verificar as condições de conforto do paciente no internamento relacionado com camas, colchões, roupa hospitalar, casas de banhos, qualidade de alimentação entre outros aspectos inerentes. Ainda visitou-se a lavandaria, os blocos operatórios Central e da maternidade, Central esterilização de material médico-cirúrgico e centro de tratamento de Lixo hospital onde avaliou a qualidade o estado de equipamento utilizado. Também verificou todas as condições do edifício interna e externamente o que permitiu revelar aspectos relacionados com a pesquisa, sendo, por isso, uma técnica de recolha de informação necessária em qualquer investigação.

3.4.4. Analise Documental

Para obter informações e colectar dados que não seriam possíveis apenas através da observação realizou – se a análise documental que consistiu nas consultas de Relatórios anuais e Contas de Gerências do HCN dos anos 2018 a 2022, onde analisou os balancetes de contas consolidadas o que permitiu verificar os orçamentos disponibilizados, a execução financeira e principais fontes de financiamento. Ainda analisou-se os indicadores de gestão hospitalar mais concretamente os indicadores de estrutura relacionados com disponibilidade de pessoal de saúde existente, rácio cama por pessoal de saúde, razão cama enfermeiro, camas por médicos, número de camas existentes, camas/população, disponibilidade de equipamento entre outros; indicadores de processos relacionados com dias camas ocupadas, tempo médio de internamento, taxa de ocupação de camas, rendimento cama hospitalar, intervalo de rotação de camas, tempo de espera de consulta de especialidade, etc; e, Indicadores de resultado ou de impacto relacionado com Taxa bruta de mortalidade, taxa neta, taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade, taxa de mortalidade neonatal entre

outros, o que permitiu relacionar o financiamentos do OE com e eficiência hospital.

Para clarificar alguns pontos que requeriam apenas esclarecimentos técnicos utilizou-se a entrevista não estruturada. Haguette (1997) define entrevista como “um processo de interacção social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objectivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. A entrevista como colecta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela, os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, colectar dados objectivos e subjectivos.

4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo será feita uma breve resenha histórica do Hospital Central de Nampula, objecto de análise, e seguidamente serão apresentadas as suas Funções, actividades e indicadores, caracterização dos seus gastos nos períodos de 2018 à 2022.

4.1. Caracterização do HCN

O Hospital Central de Nampula então Hospital Central Egas Moniz, foi inaugurado em 10 de Dezembro de 1968 e foi baptizado em reconhecimento aos Professor catedrático Egas Moniz Medico Neurologista, pelo seu trabalho de Angiografia Cerebral que lhe valeu premio Nobel de Medicina naquele ano. Segundo Langton (2019) “Foi Construído no âmbito do quadro complementar das construções Hospitalares segundo um Projecto da 1ª Repartição da Direcção das Obras Publicas e transportes, desenhado por *Francisco Assis* em co-autoria com *Luís Vasconcelos*”. A construção teve seu arranque entre o início de 1961e final de 1962, tendo entrado em funcionamento em Abril de 1967, posteriormente inaugurado oficialmente em 1968. Foi considerada a mais moderna unidade hospitalar de toda a província de Moçambique e uma das maiores realizações, ate então concretizada no campo de saúde em toda africa. A partir de 1975, com a independência de Moçambique, o Hospital Central Egas Moniz Passou a designar-se por Hospital Central de Nampula.

O Hospital Central de Nampula, a maior Unidade Sanitária da região norte do Pais, fica situado na Cidade de Nampula, Província do mesmo nome Segundo o artigo n.º 32 Diploma ministerial n.º 127/2002 de 31de Junho, os Hospitais Centrais tem como função dispensar Cuidados de saúde Quaternários e constituem o nível de referencia para os doentes que não encontram solução para seus problemas de saúde nos hospitais provinciais e nos hospitais Rurais e/ou gerais, bem como para os doentes provenientes de hospitais Distritais e centros de Saúde, que se encontram nas imediações do Hospital Central e não tem Hospital provincial, nem Hospital Rural e/ou Hospital Geral para onde Possam ser Referidos.

Neste âmbito O HCN, serve de referência aos casos complicados, previamente assistidos

no mesmo Hospital Central de Nampula, Centros periférico da Cidade de Nampula, os doentes dos Hospitais Provinciais de Cabo Delgado, Niassa e a parte norte da Zambézia, assim como os doentes transferidos dos distritos da Província de Nampula.

As principais características que o distinguem em relação aos Outros Hospitais são de possuírem melhores condições de Equipamento para realização de exames complementares de diagnóstico, muitas vezes servidos por técnicos de formação superior e/ou médicos especializados de diversos ramos: Imagiologia, Bioquímica, Hematologia, Microbiologia, anatomopatologia imunologia, electrocardiologia, electroencefalografia, electromiografia, provas funcionais diversas, etc. Para além de serviços de especialidades de Medicina interna, Pediatria, Cirurgia, obstetrícia e Ginecologia, Traumatologia e ortopedia, Doenças infecto-contagiosas, Otorrinolarigologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Dermato-venereologia. Presta serviços em regime de internamento e ambulatório nas diversas especialidades como Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Gastro enterologia, Hematologia, Nefralgia, Urologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Reconstructiva, Oncologia, Geriatria, Medicina Física e Reabilitação, etc.. Possui um serviço de transfusão de Sangue devidamente equipado; um serviço de Urgências e uma unidade de Cuidados Intensivos, entre outros serviços.

4.2. Organização Interna do HCN

De acordo com o regulamento interno do HCN, o HCN é uma instituição colectiva de direito público, dotado de capacidade jurídica e autonomia técnica, regendo-se administrativa e financeiramente de acordo com as regras definidas pelos órgão centrais do MISAUe pelo Ministério do Plano e Finanças. Tem como missão prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação de alta qualidade, competindo-lhe ainda colaborar na promoção de saúde, na prevenção da doença, no ensino das ciências da saúde e na investigação científica

Na sua estrutura vertical, compreende órgão de administração, de direcção técnica, de apoio técnico e de participação; na sua dimensão horizontal ou divisão do trabalho são constituídos por departamentos da área clinica e da área administrativa com objectivos específicos, capacidade técnica e de gestão bem como de património, recursos necessários para desenvolvimento da sua

actividade e de um chefe que dirige e orienta de forma a obter o maior rendimento e produtividade . os chefes dos departamentos da área clinica e da área administrativa intermedeia com poder de decisão no âmbito das suas competências, sendo responsáveis pela meios utilizados, pela qualidade dos cuidados prestados, pela imagem institucional e pelos resultados obtidos.

4.3. Principais actividades do HCN

Constituem as principais actividades do HCN de Nampula os seguintes:

- **Actividade Assistencial** – Prestação de Cuidados de Urgências a todos os tipo de situação em regime de 24 horas por dia; prestação de cuidados clínico em regime ambulatorio a doentes referidos dos diversos hospitais provinciais, Rurais e Gerais e, eventual e excepcionalmente, de Hospitais Distritais e Centro de Saúde da sua “zona de captação” e que necessitem de observação clinica por medico especialista de diversas especialidade médicas referidos; presta cuidados em regime de internamento, nos diversos serviços de especialidade; realiza transfusões sanguíneas sempre que necessário e distribuição, sob prescrição médica, de uma gama alargada de medicamento em instalações próprias – farmácia do Hospital.
- **Actividade Reabilitativa** – prestação de Cuidados de Medicina Física e Reabilitação e prestação de cuidados de reabilitação nutricional
- **Actividade de Ensino** – Serve de campo de estágio, tanto para formação de base como a formação de pós – graduação de uma variada gama de profissionais de Saúde
- **Actividade de Pesquisa/Investigação** – Resolução de problemas de pesquisa/investigação e desenvolve actividades académicas e científicas.
- **Actividade de Preventiva** - Desenvolve diferentes actividades relacionadas com Educação para a saúde – processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde; Prevenção da doença – conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas; e Protecção da saúde – conjunto de medidas destinadas ao controlo de factores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais.

A província de Nampula, ocupa uma área de 81.606 Km². De acordo com as projecções do Instituto Nacional de Saúde 2017, a província de Nampula tem uma população estimada de 6.814.439 habitantes com uma densidade populacional 74.8 (Hab. /Km²). O HCN tem uma população de captação directa (População da cidade de Nampula) estimada em 1.020.953 habitantes e Captação indirecta de 3.023.051 Habitantes provenientes das províncias circunvizinhas da Região norte de Pais (Niassa, Cabo delgado e norte da Zambézia). Tem uma capacidade instalada para 563 camas distribuídos por: Pediatria 168, Medicina 77, Cirurgia 133, Ortopedia 76, Ginecologia - Obstetrícia 75 e Oftalmologia 34 camas. O quadro1 ilustra o número de recursos Humanos existentes na instituição.

Quadro 1: Recursos Humanos Existente no HCN

Categorias	Numero de Profissionais
Médicos especialistas Moçambicanos	35
Médicos especialistas Estrangeiros	58
Total de Médicos Especialistas	93
Médicos de Clinica Geral	56
Total de Médicos Residentes	59
Pessoal Clínico/Técnico	412
Enfermeiros A (Licenciados em Enfermagem)	73
Enfermeiros gerais (Médios e Básicos)	430
Pessoal administrative	297
Pessoal serventuario	468
Outro Pessoal	483
Total do pessoal do hospital	1901

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anual 2023.

4.4. Os Indicadores de Gestão Hospitalar

Os Indicadores de Gestão Hospitalar são ferramentas indispensáveis para uma boa gestão. Podendo ser usados como recursos estratégicos, em que os dados da instituição servem para criar estruturas de trabalho.

4.4.1 Dias de Camas Ocupadas (DCO) – Expressa ao total de dias em que as camas estiveram ocupadas pelos pacientes (doentes) num certo período (dia, mês, ano, etc.). Ao longo dos anos de 2018 a 2022 no HCN verifica-se uma subida crescente de DCO nos primeiros 2 anos (2018-2019) com 183.076 e 185.495 respectivamente. Em 2020, por conta de Covid 19, baixou para 153.921, nos anos de 2021 e 2022 verifica-se a tendência de subida de 169.444 para 189.682 respectivamente, como ilustra a tabela 1.

Tabela 1:Dias camas ocupadas do HCN-2018-2022

DIAS CAMAS OCUPADAS -HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Dias Camas Ocupadas	183 076	185 495	153 921	169 444	189 682

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anual 2023.

4.4.2 Taxa de ocupação de Camas - Avaliar a taxa de ocupação de camas é uma acção estratégica, que visa analisar a Percentagem média de camas ocupadas em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise. Permitindo, portanto, avaliar a intensidade de utilização do recurso. Normalmente uma taxa de ocupação de camas, segundo a OMS deve ser de 80 a 90% de ocupação. Se a taxa de ocupação de cama for menor de 80%, significa pouca utilização de recurso básico cama, e taxas acima de 90% representa maior uso de recurso, isto é, a superlotação das enfermarias.

A taxa de ocupação camas do período em análise 2018 a 2022, verificou -se uma variação da taxa. A maior taxa registou-se no ano de 2019 (96,10%), indicando maior lotação de doentes. O ano de 2020 registou-se a menor taxa de ocupação (75%) devido a pandemia de Covid 19. Onde havia maior restrição de doentes (Tabela 2).

Tabela 2: Taxa de ocupação de camas do HCN-2018-2022

TAXA DE OCUPAÇÃO DE CAMAS - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Ocupação de Camas	94,80%	96,10%	75%	82,50%	93,20%

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação Relatório anual 2023.

4.4.3 Intervalo de Rotação de Camas – é um indicador de eficiência que mede Tempo médio que cada cama demora a ser ocupada em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise, Isto é, número de dias em que uma cama permanece desocupada (vazia) ente a saída (alta) e entrada (ocupação) de um doente na mesma cama. É um indicador que determinam estatisticamente a taxa de ocupação e de rendimento das camas.

De acordo com OMS, uma cama deve permanecer um dia vazio ou desocupado, para permitir a desinfecção da cama. No período de 2018 a 2022, o Intervalo de ocupação de camas a variação mais alta em 2020 com 1.9 e a mais baixa em 0.2 como se pode ver na tabela 3.

Tabela 3: Intervalo de rotação/substituição de camas do HCN-2018 a 2022

INTERVALO DE ROTAÇÃO /SUBSTITUIÇÃO DE CAMA -HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Intervalo de rotação de cama	0.3	0.2	1.9	1.2	0.5

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anual 2023.

4.4.4 Tempo Médio de Internamento - expressa a média de tempo (em dias) que os doentes permaneceram internados em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise, Isto é, mede a média dos dias de permanência dos doentes numa enfermaria durante um período determinado. Permite avaliar a qualidade dos serviços prestados e o aproveitamento do recurso básico cama. De acordo com OMS, o padrão para os Hospitais Centrais é de 7 dias. Entre 2018 a 2022, o Tempo Médio de Internamento no HCN teve um comportamento, conforme ilustra a tabela 4, com ligeiras variações sendo a mais alta no ano de

2022 com 7 dias e a baixa em 2021 com 5,7 dias.

Tabela 4: Tempo médio de internamento do HCN-2018 a 2022

TEMPO MEDIO DE INTERNAMENTO -HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Tempo Medio de Internamento	5,8	5,9	5,8	5,7	6,0

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação Relatório anual 2023.

4.4.5 Rendimento Cama Hospitalar - É a relação entre o número de internamentos hospitalares registados num período de tempo e o número de camas média registada nesse período. Mede a utilização de uma cama durante um período determinado de tempo (rendimento). Pode expressar o aumento por tratamentos inadequados, rendimentos desnecessários, demora de alta de pacientes, meninos e/ou idosos. Quando maior índice de rotação ou o rendimento, significa que, a cama será mais utilizada no período medido. Segundo a OMS o rendimento de cama hospitalar deve situar-se entre 40 a 50 doentes por ano e por cama. A tabela abaixo 5 ilustra que o HCN o rendimento por cama se encontra acima do recomendado, exceptuando para ano 2020 que estava dentro dos padrões aceitáveis. Isso deve-se ao facto de selecção dos pacientes para internação devido a COVID 19.

Tabela 5: Rendimento Cama Hospitalar do HCN -2018-2022

RENDIMENTO CAMA HOSPITALAR					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Rendimento cama hospitalar	57	54	48	52	56

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anual 2023.

4.4.6 Taxa Bruta de Mortalidade (TBN) – É a relação entre as mortes ocorridas no hospital e o número total dos doentes dados de alta num determinado período e, Expressa o número de mortes ocorridas no hospital num determinado tempo. Pode ser aplicada de maneira global ou específica, isto é, de todo o hospital ou por serviço. Segundo a OMS, a taxa padrão para Hospitais Central é de 5%. Durante o período de 2018 a 2021, HCN a TBM teve uma variação ligeira e quase constante variado de com mínima de 8.1% e máxima de 8,6%, como ilustra a tabela 6.

Tabela 6: Taxa Bruta de Mortalidade do HCN-2018-2022

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa bruta de mortalidade	8.5%	8.1%	8.6%	8.4%	8,10%

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anual 2023.

4.4.7 Taxa de Mortalidade Neta (TMN) - É a relação entre as mortes ocorridas no hospital apos das 48 horas de internamento e o número total dos doentes dados de alta num determinado período, Quantifica a ocorrência das mortes hospitalares apos 48 horas num determinado período de tempo. De acordo com OMS a percentagem Padrão é de 4%. Entre 2018 a 2022 a TMA caracteriza-se como ilustra a tabela 7 abaixo.

Tabela 7: Taxa de Mortalidade Neta do HCN-2018 a 2022

TAXA DE MORTALIDADE NETA - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Mortalidade Neta	5,8	5,3	5,4	5,2	5,6

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anuais (2018- 2023).

4.4.8 Taxa de Mortalidade Materna – estabelece a relação entre as mortes maternas ocorridas no hospital e o número total de nascidos vivos num determinado período. Quantifica a ocorrência das mortes maternas no determinado hospitalar num determinado período de tempo. Durante o período de 2018 a 2022 a taxa de Mortalidade materna por 100.000 Nados Vivos (NV) do HCN teve uma variação mínima em 2018 com uma percentagem de 1.166 enquanto a máxima foi de 1.504 em 2020 no período de COVID 19, segundo a tabela 8.

Tabela 8: Taxa de Mortalidade Materna do HCN-2018 a 2022

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Mortalidade Materna/1000NV	1 166	1 235	1 504	1 249	1 492

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anuais (2018- 2023).

4.4.9 Taxa de Mortalidade Neonatal – expressa a morte de recém-nascidos em menos de 28 de vida completos, é um indicador subdivida em duas componentes, sendo mortalidade neonatal tardio e mortalidade neonatal precoce, vide a tabela 9

Tabela 9: Taxa de Mortalidade Neonatal do HCN-2018 a 2022

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Mortalidade Neonatal	72	69	82	106	62

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação Relatório anuais (2018- 2023).

4.4.10 Taxa de Mortalidade Infantil (em crianças menor de 5 nos) – expressa o numero de óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade por cada 1000 nascidos vivos em um determinado período de tempo, especialmente num ano. É um indicador importante da saúde infantil e de desenvolvimento de uns pais, e é frequentemente usado para avaliar o progresso na

redução da mortalidade infantil e no alcance dos objectivos de desenvolvimento sustentável (ODS), relacionado a saúde. Durante o período de 2018 a 2022, o quadro de mortalidade infantil mostra que a menor taxa verificada foi em 2022 com 131/1000NV, sendo a maior taxa verificada em 2021 com 174/1000NV como ilustra a tabela 10.

Tabela 10: Taxa de Mortalidade em Crianças Menos de 5 anos do HCN-2018 a 2022

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Mortalidade Infantil em Crianças menores de 5 anos/1000	170	162	162	174	131

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação, Relatório anuais (2018- 2023).

O HCN anualmente recebe Orçamento do Estado (Dotação Orçamental) para suportar despesas de funcionamento nomeadamente: Despesas com pessoal, Bens e Serviços, Transferência correntes a famílias e despesas de Capital. A tabela abaixo, ilustra o quantitativo recebido ao longo de 2018 a 2022, no início de cada ano económico (Janeiro a Dezembro).

Os indicadores são ferramentas básicas para qualquer tipo de organização e são considerados com instrumentos poderosas para a gestão de sistemas complexos, como o de saúde. Ajudam grandemente na descrição da situação actual de um determinado fenómeno ou problema, fazem comparações, verificam as mudanças ou tendência, avaliam a execução das acções planeadas durante um período de em termos de qualidade e quantidades das acções de saúde executada. Garantir a melhor e a mais eficiente aplicação dos recursos públicos.

Todos os indicadores hospitalares acima mencionados possuem valor próprio e evidenciam resultados de vital importância para SNS, podendo gerar conhecimentos estratégicos, como aumento de recursos humanos, Materiais e financeiros, o redimensionamento das infra-estruturas, e outras acções que visem o melhoramento da qualidade de serviços prestados.

4.4.11. Principais Desafios/ Constrangimentos

Ao longo dos anos 2018 à 2019, o HCN teve vários desafios para garantir a qualidade de prestação de cuidados de saúde, segundo Relatórios (2019-2022) consultados, entres se destacam:

- Redução da taxa de mortalidade geral e intra hospitalar;
- Melhoria da qualidade assistencial (Humanização);
- Redução da mortalidade materna, Peri e neonatal;
- Redução da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos de idade;
- Redução das longas filas de espera nos serviços de urgência, bloco operatório e consultas externa de especialidade;
- Melhoria dos indicadores do internamento/Hospitalização;

Em ralação aos constrangimentos nesse período 2019 a 2022 destacam-se (Relatórios 2018-2019):

- Superlotação das enfermarias das Enfermarias;
- Insuficiência do orçamento geral do estado;
- Insuficiência de material médico-cirúrgico;
- Falta de um tanque concentrador de oxigénio;
- Insuficiência de recursos humanos (Médicos especialistas) e pessoal clinico;
- Insuficiência do orçamento geral do estado;
- Avaria constante da incineradora;
- Avaria constante de autoclave; Falta de um concentrador de Oxigénio;
- Avaria constante da rampa de Oxigénio;

4.5. Situação Financeira do Hospital Central de Nampula

O HCN tem adoptado estratégias de curto e médio prazo na perspectiva de melhorar cada vez mais a qualidade assistencial, dando enfase a formação, treinamento e aprimoramento do Pessoal com vista não só minimizar o já existentes equilíbrio do rácio pessoal de saúde –

população, que esta longe do patamar ideal como também criam-se mecanismo para utentes tenham um bom tratamento por parte do pessoal de saúde no contexto de humanização dos cuidados de Saúde.

4.5.1. Fase de estabelecimento de limites indicativos e orçamento de Estado

A planificação é descrita como um processo de visualização de futuro e é A planificação é um instrumento de gestão usado para ajudar as organizações a executarem melhor as suas tarefas focalizando os recurso e as energias para garantir, no máximo, o alcance dos objectivos da organização. É um instrumento usado para verificar e ajustar a direcção da organização em resposta as dinâmicas dos ambientes interno e externo da organização.

Para operacionalização das actividades e o funcionamento, o HCN recebe fundos do Orçamento do Estado através do Ministério de Economia e Finança de conforme o ciclo de Planificação e Orçamentação em vigor. O processo de planificação e orçamentação em Moçambique é gerido pelo Ministério da Economia e Finanças (MEF), que é responsável, de um lado, por liderar e coordenar o processo de planificação e dirigir o desenvolvimento económico e social integrado e equilibrado no país e, por outro lado, é responsável pela gestão das finanças públicas que compreende, entre outros processos, a elaboração e execução do orçamento. O quadro abaixo indica o calendário do Ciclo de Planificação para a elaboração do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado.

Quadro 2: Ciclo de Planificação Para elaboração de plano Economico e Social e OE

N.º de Ordem	Data	Procedimento
1	Final de Fevereiro	Elaboração de CFMP
2	Até 31 de Abril	Conselho de Ministro Aprova o CFMP
3	Até 31 de Maio	O MEF comunica os limites inddicativos e envia as orientações para a elaboração dp PES e OE para o ano N+1
4	De 1 de Junho a 31 de Julho	Sectores, Provincias e Autarquia Elaboram as Propostas de PES e OE do ano N+1
5	Ate 31 de Julho	Sectores, Governos Provincias e Autarquias submetem as Propostas do PES e OE ao MEF
6	Até 31 de Agosto	MEF elabora a proposta do PES e OE nacional referente ao ano N+1
7	Ate 15 de Setembro	MEF Submete a proposta do PES e OE ao Conselho do Ministros para apreciação
8	Ate 30 de Setembro	Governo Submete a proposta do PES e OE a AR para apreciação
9	Ate 15 de Dezembro	AR aprova a proposta do PES e OE
10	Ate 01 de Janeiro	Inicio da Execução do PESS e OE

Fonte: Manual de Planificação, Orçamentação e Elaboração de Relatórios. Maputo.

Os órgãos e instituições do Estado elaboraram anualmente suas propostas do orçamento, observando as acções a desenvolver, assim como os objectivos a atingir no âmbito das suas funções, e apresentam ao Ministério que superintende a área das Finanças, nos prazos legalmente definidos. Neste âmbito o HCN durante no Período de 2018 a 2022 submeteram a Direcção Provincial de Economia e Finanças (DPEF), suas propostas conforme ilustra a tabela 11 abaixo:

Tabela 11: Limites Planificados pelo HCN-2018 a 2022

LIMITES PLANIFICADOS - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
LIMITES PLANIFICADOS - HCN	429 694 477,20	477 438 308,35	570 094 402,74	612 851 482,94	658 815 344,16

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação – HCN.

Das propostas Submetidas ao DPEF, ao abrigo do n.º2 ao artigo n.22 da Lei n.º 9/2002 de 12 de Fevereiro, o Ministério de Economia e Finanças determina os limites indicativos para Elaboração do PES e do OE Os que são fixados tomando em conta a responsabilidade sectorial no quadro dos programas estratégicos, cuja priorização foi definida na Estrutura Programática e ainda sobre as medidas de políticas definidas pelo Governo.

Durante o período 2018 a 2022 os limites indicativos para PES e OE fixados, para o HCN, foram como ilustra a tabela 12 abaixo.

Tabela 12: Limite indicativo para PES e OE do HCN-2018 a 2022

LIMITES INDICATIVO PARA PES E OE - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Limite indicativo para PES E OE	335 838 880,00	361 026 796,00	545 547 610,21	478 024 155,95	422 365 930,00

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação – HCN.

4.5.2. Fase execução orçamental dos fundos

A execução orçamental é o processo de realização das despesas autorizadas para viabilizar as actividades previstas nos instrumentos de planeamento e orçamento do Estado, isto é, se trata da realização de gastos é a fase posterior à de planeamento e orçamento, quando são estimadas as despesas e quando é definida a forma de sua alocação. Nesta fase, A Direcção Provincial de Economia e Finanças, comunica os limites definitivos fixados que serão alocados as instituições para seu funcionamento e a forma como será executado. Normalmente designado por Fundo de Funcionamento o orçamento alocado aos órgãos e instituição do Estado, esta subdivide em rubrica que compreende entre outras: Despesas com o Pessoal, Bens e Serviços, Transferências as Famílias, Despesas de Capital. No período de 2018 a 2022, o HCN. Os limites estabelecidos definitivos para o orçamento de funcionamento foram conforme são ilustrados na tabela 13.

Tabela 13: Limite definitivo para OE do HCN – 2018 a 2022

LIMITES DEFINITIVOS PARA OE - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Limite Definitivo para OE	227 350 512,36	320 792 372,21	175 238 846,21	378 205 141,88	494 924 557,90

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação HCN.

O HCN, com base nos limites definitivos, foi realizando despesas para suportar a realização das suas actividades básicas de funcionamento conforme os planos estabelecidos durante a planificação, a tabela 13 a ilustra o orçamento disponibilizado entre 2018 a 2022

Tabela 14: Orçamento disponibilizado Para HCN-2018 a 2022

ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO DO OE - HCN					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
Orçamento Disponibilizado OE-HCN	435 368 285,31	473 128 758,24	567 204 288,63	541 269 355,89	686 188 404,30

Fonte: Departamento de Administração e Finanças – HCN.

4.5.3. Despesas de Funcionamento

Os recursos para o funcionamento de cada órgão e/ou instituição do Estado, são atribuídos tomando em consideração as necessidades financeiras para o pagamento de Salários e Remunerações do pessoal existente e outras despesas que garantam o seu funcionamento durante o exercício económico

Para permitir melhor contabilização das despesas públicas, o Orçamento do estado está subdividido em rubricas, as principais rubricas mais usadas no HCN são: Despesas com a pessoal, Bens e Serviços, Transferência Correntes as famílias e despesas de Capital

- **Despesas Com o pessoal** – são abonos estabelecidos nas diversas carreiras profissionais dos Funcionários e Agentes do Estado, estão relacionadas com pagamento de salários e remunerações, Horas Extras, Ajudas de Custo entre a outras remunerações. No período de 2018 a 2022, o orçamento disponibilizado foi conforme ilustra o quadro 3 abaixo:

Quadro 3: Despesas correntes com o Pessoal do HCN-2018 a 2022

RUBRICA	ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO				
	2018	2019	2020	2021	2022
Despesas com Pessoal	321 357 534,98	337 538 596,64	405 376 560,79	429 710 983,55	578 926 126,66
Salarios e Remunerações	292 396 764,05	307 767 062,44	358 736 117,70	411 727 829,96	548 241 400,76
Horas Extras	27 256 900,93	29 037 464,20	45 432 463,09	16 275 173,59	28 884 725,90
Ajudas de Custo Dentro de Pais	1 703 870,00	734 070,00	1 207 980,00	1 707 980,00	1 800 000,00

Fonte: Departamento de Administração e Finanças - HCN.

- **Despesa de Bens e Serviços** – São despesas com aquisição de material de consumo e contratação de serviços para o funcionamento da instituição. Nesta rubrica são cobertas as despesas relacionadas como a alimentação para doentes, compra de lençóis, Material do escritório, livros e impressos clínicos, fornecimento de água e energia, manutenção e reparação de viaturas e equipamentos, manutenção e reparação de imoveis entre outras despesas. No período de 2018 a 2022, o quadro 4, ilustra o orçamento disponibilizado.

Quadro 4: Despesas de Bens e Serviços do HCN - 2018 a 2022

RUBRICA	ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO				
	2018	2019	2020	2021	2022
Bens e Serviços	75 730 539,55	108 686 336,60	130 876 514,08	108 980 122,34	101 262 277,64
Bens	45 556 386,57	63 646 746,46	90 942 847,70	71 014 428,63	63 757 151,78
Combustíveis e Lubrificantes	6 953 967,82	8 516 840,00	5 746 083,73	7 294 280,00	6 440 000,00
Serviços	22 146 545,16	35 946 842,14	34 187 582,65	30 671 413,71	31 065 125,86
Comunicações	1 073 640,00	575 908,00	744 269,97	630 000,00	640 969,94

Fonte: Departamento de Administração e Finanças - HCN.

- **Despesas Para Transferências Correntes as famílias** – São aquelas despesas relacionadas com pagamento de Subsídio de Funeral, Subsídio por Morte, Transferências de doentes, Etc. No período de 2018 a 2022, o quadro abaixo 5 ilustra o orçamento disponibilizado.

Quadro 5: Despesas Para transferência Correntes a Famílias do HCN-2018 a 2022

RUBRICA	ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO				
	2018	2019	2020	2021	2022
Transferências correntes a famílias	2 281 462,49	1 779 950,00	2 770 123,76	2 578 250,00	6 000 000,00
Subsídio por Morte	461 152,49	334 413,00	1 379 373,76	1 038 750,00	2 000 000,00
Deslocação de doentes	1 400 000,00	1 445 537,00	1 390 750,00	1 539 500,00	4 000 000,00
Subsídio por Morte	420 310,00	1 003 500,00	891 500,00	854 000,00	1 250 000,00

Fonte: Departamento de Administração e Finanças - HCN.

- **Despesas de Capital** - são aquelas referentes à aquisição e manutenção de máquinas, equipamentos, realização de obras, aquisição de participações accionaria, compra de imóveis e concessão de empréstimo. Estas despesas ajudam ao hospital a fazer obras de reabilitação, aquisição de equipamento médico-cirúrgico, Etc. No período de 2018 a 2022, o orçamento atribuído para essa rubrica foi conforme ilustra o quadro 6 abaixo.

Quadro 6: Despesas de Capital do HCN- 2018 a 2022

RUBRICA	ORÇAMENTO DISPONIBILIZADO				
	2018	2019	2020	2021	2022
Despesas de Capital	35 998 748,29	25 123 875,00	28 181 090,00	-	-
Construções	18 500 000,00	10 539 350,00	26 811 040,84	-	-
Maquinaria, equipamento e mobiliário	17 498 748,29	14 584 525,00	1 370 049,16	-	-

Fonte: Departamento de Administração e Finanças - HCN.

4.6. Outras Fontes de Financiamento

O quadro 7 abaixo, mostra outras fontes de financiamento que o HCN recebeu ao longo do período de 2018 a 2022. Estes financiamentos não são constantes, apenas a Smil Train esta financiamento o programa de fendas labial, mediante um contrato estabelecido desde 2016

Quadro 7: Outras Fontes de Financiamento do HCN-2018 a 2022

FUNDOS EXTERNOS					
ANOS	2018	2019	2020	2021	2022
SSI	6 031 332,29				
SMILE TRAIN	1 454 839,96	749 193,06	430 359,04	726 235,53	648 355,92
BANCO MUNDIAL		152 000,00			

Fonte: Departamento de Administração e Finanças - HCN.

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. A gestão financeira hospitalar sempre foi bastante complexa. Para maior eficiência maior desempenho e eficiência necessita de recursos humanos, financeiros e materiais. Duma forma geral, os indicadores de desempenho e eficiência mostram que o HCN enfrenta vários problemas de qualidade de prestação de cuidados de médicos. Mas também a redução de financiamento para rubricas de Bens e Serviços, bem como das despesas de capital que são fundamental para garantir o funcionamento normal.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados de forma permitir uma análise cruzada dos indicadores de desempenho e eficiência com o grau ou nível de financiamento do orçamento de estado no processo de desenvolvimento das principais actividades do HCN tendo em conta os objectivos do estudo, neste capítulo é abordada a análise dos dados e levantamento efectuados nos relatórios anuais, contas de Gerência e prestações de conta.

5.1. Modelo de financiamento usado no Hospital Central de Nampula

Das análises e observações efectuadas no HCN, esta pesquisa, identificou que o principal modelo usado para financiar todas as actividades de prestação de serviços de cuidados de saúde é através do OE. Este financiamento é insuficiente para suportar as despesas de bens e serviços assim como as despesas de pessoal.

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. A gestão financeira hospitalar sempre foi bastante complexa. Os hospitais precisam pagar por todos os equipamentos, medicamentos, roupas de cama e qualquer outro item indispensável para seu funcionamento. O modelo de financiamento do OE influencia fortemente no processo de prestação de cuidados de serviços prestados e potência no afastamento de objectivos de eficiência, equidade, de qualidade dos cuidados e de satisfação dos utentes.

5.2. Análise dos principais indicadores Hospitalares e eficiência no HCN

A Analise de evolução dos principais indicadores de gestão Hospital pretende entender como foi o seu comportamento ao longo dos anos 2018 a 2022, para permitir auferir em que medida o OE contribuiu para realização das actividades básicas de serviços de prestação de cuidados de saúde.

Das evidências encontradas nos relatórios anuais, o número de camas hospitalares reais variou de

2018-2022 conforme o quadro7 abaixo. Tendo em conta que uma cama hospitalar deve estar um dia desocupa para permite que seja desinfectada para evitar a contaminação intra-hospitalar, a taxa de ocupação aceitável para uma cama hospitalar varia entre 80 a 90%. Quando estiver acima de 90%, considera-se que há falta de camas e sinaliza a necessidade de investimento, já em excesso apontam desperdício. Portanto, o ideal é manter o índice de ocupação em equilíbrio. A tabela baixo 15, ilustra numero de camas reais ao longo de 2018-2022

Tabela 15: Camas reais do HCN-2018-2022

NUMERO DE CAMAS REAIS DO HCN					
N.º de Camas Reais	2018	2019	2020	2021	2022
	529	529	563	563	563

Fonte: Departamento de Estatística e Planificação- Relatórios Anuais (2018-2022), HCN.

Pode-se ver ainda que, se considerarmos o ano económico tem 365 dias, teríamos 193.085 dias camas ocupadas para 2018 - 2019, enquanto para 2020-2022 seria de 205.495, o que significa, se deduzirmos a taxa máxima de dias camas ocupação de 90%, seria de 173.777 e 184.946 respectivamente. Com estes dados podemos afirmar que os dias camas ocupadas nos anos 2018, 2019 e 2022 estavam relativamente altas e nos anos 2020 e 2021 estavam dentro dos limites consideráveis normais. Isso foi resultante de medidas tomadas por conta da Covid 19 onde havia restrições de acesso a Unidades Sanitárias. Quando foram levantadas as restrições da Covid 19 em 2021, verifica-se tendência de subida dos DCO em 2021 e 2022. Esta Tendência de Subida do DCO, revela que o Hospital funcionou com capacidades acima das instaladas, isto é. Superlotado, o que faz querer ou verificar que alguns doentes se encontram acomodados no chão.

Os relatórios anuais mostram também que durante os anos 2018, 2019 e 2022 as taxas de ocupação estiveram acima de 90%, apenas nos ano 2020 e 202, devido a Covid 19 estiveram abaixo de 90%, sendo 75% em 2020 e 83.50% em 2021. Mesma situação acontece para os indicadores relacionados com Intervalo Médio de Substituição por Camas, Tempo Médio de Internamente e Rendimento Cama Hospitalar, onde encontramos índices elevados (acima dos mínimos estabelecidos pela OMS), comprovando assim que o Hospital esteve, grande parte do

período em estudo, Superlotado.

Estes indicadores fazem parte da Gestão e Qualidade hospitalar. Ajudam na avaliação de custos e serviços prestados. Para o caso do HCN, a superlotação implica que, por um lado, os custos variáveis relacionados com alimentação dos doentes, material de higiene e limpeza, necessidades em roupa hospitalar, livros e impressos clínicos, consumíveis para lavandaria, entre outras, irão aumentar na mesma proporção, e por outro lado, crescerá a necessidade de manutenção das instalações e substituição de equipamento absoltos por desgastes e consequentemente a necessidade de manutenção e substituição. O intervalo médio de substituição por cama, nos sugere que os HCN não cumprem com o intervalo admissível de 01 dia, o que nos leva a afirmar que os doentes correm o risco de contraírem infecções intra-hospitalar.

A mortalidade hospitalar é um indicador de desempenho tradicional, expresso por uma taxa. Na avaliação das mortes hospitalares a preocupação central deve estar voltada para a identificação dos óbitos que poderiam ser evitados, uma vez que todo paciente apresenta um risco de morrer, que define as suas chances de sobrevivida. Contudo problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente podem aumentar esse risco.

A morte hospitalar considerada evitável pode estar relacionada a diversas causas que incluem as infecções hospitalares, o uso inadequado de medicamentos e de outras tecnologias, as falhas na supervisão, os erros durante a cirurgia ou as altas. No caso do HCN, no período de 2018 a 2022, este indicador mostra que esteve acima da recomendada pela OMS (5%).

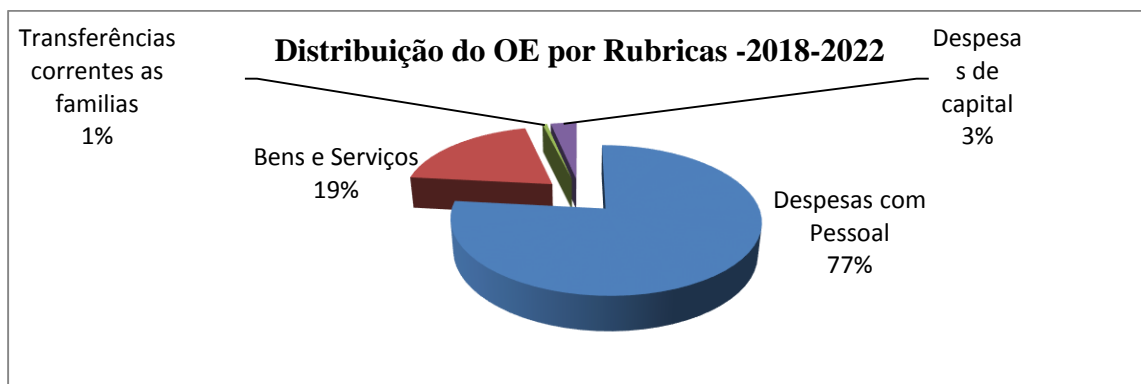
As elevadas taxas de mortalidade foi influenciado pelos diferentes factores, Segundos os relatórios anuais (2019-2023), são: (i) falta de medicamentos essenciais ou vitais como corticóides, antibióticos, soros, dextrose hipertonia e manitol; (ii) rupturas constantes de Material médico-cirúrgico; (iv) chegada tardia de doentes referidos de outras unidades referencia devido a chegada tardia de pacientes em estado grave e ou estado avançado e terminal da doença; (v) demora na transferência; (vi) inexistência de grupo sanguíneo compatíveis, (vii) pacientes cirúrgicos com atraso na decisão por parte da cirurgia entre outros, entre outros. Os factores internos relacionados com elevada taxa de mortalidade são:

- Disponibilidade imediata do sangue e seus derivados;
- Falta de sangue
- Escassez de antibióticos apropriados (caso de sepses e meningites);
- Falta de ventilação mecânica para casos de insuficiência respiratória.
- Falta de aspiradores, incubadoras, aparelho de fototerapia, bombas de infusão, seringas eléctricas, monitores cardíacos, etc.
- Falta de medicamentos vitais (Adrenalina, KCL, NaCl, manitol, Bicarbonato, 17 Anti convulsivantes, etc).

5.3. Situação Financeira do Hospital Central de Nampula

Segundo relatórios consultados (2018-2019), o HCN, recebeu do OE para Fundo de funcionamento, neste período em estudo, um montante global de **2 703 159 092,37Mts**, deste montante foi redistribuído para as principais rebicas de despesas, nomeadamente: (i) Despesas com o Pessoal; (ii) Bens e Serviços, (iii) Transferências Correntes às Famílias e, (iv) despesas de capital, a figura 1 abaixo ilustra a distribuição do OE por Rubrica.

Figura 1: Distribuição de OE por rubrica HCN-2018 a 2022



Fonte: Departamento de Administração e Finanças - Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

O Gráficos mostra que a maior percentagem de Fundos de funcionamento foi para despesas com pessoal, com 77%, seguido de Bens e serviços com 19%. Enquanto para despesas de capital e transferências correntes as família foi de 3% e 1% respectivamente. Isto sugere, que há maior preocupação de investimento nos recursos humanos em detrimento a outras rubricas que garantem a realização das actividades de prestação de cuidados de saúde e determinam as condições de trabalho e a qualidade de serviços prestados aos utentes. As rubricas de Bens e Serviços e Despesas de Capital são fundamentais para o funcionamento normal do hospital por garantirem recursos necessários para todo o processo produtivo de atendimento aos pacientes como a alimentação, aquisição de equipamentos médico-cirúrgico, equipamento para Prevenção e Controle de Infecções, Equipamento para lavandaria (maquinas de lavar, de secar e calandras, Etc.), equipamentos para esterilização de material médico-cirúrgico, equipamento para escritório (secretarias e cadeiras para consultas e atendimento aos pacientes, Assim como o processo de reparação, manutenção e reabilitação do edifício para manter as instalações adequadas e confortáveis para os utentes. despesas de pagamento de energia e agua entre outras.

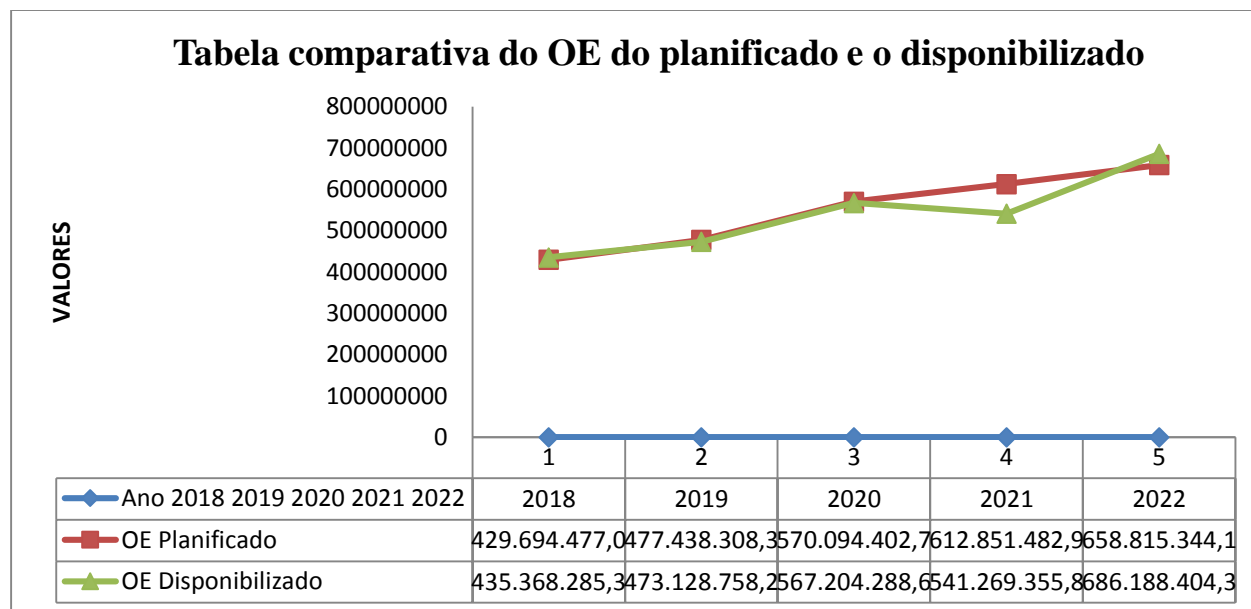
Nas visitas efectuadas no interior e exterior do edifício do HCN é notório ver que o edifício necessita de reabilitação de raiz, em algumas enfermarias estão e estado degradável e sem condições de internamento de doentes com risco de contaminação intra-hospitalar, pode-se ver problemas de falta de lençóis nas camas, as macas e carinhos de doentes em poucas quantidades, equipamento da lavandaria em estado avançado de obsolescência. Para sustentar esta observação nos relatórios anuais apresentam com pontos fracos os seguintes: (i) Insuficiência do orçamento geral do estado; (ii) Avaria constante de autoclave, máquinas de lavar e Secar; (iii) Insuficiência de material médico-cirúrgico; (iv) Superlotação das enfermarias de Internamento e consultas externas; (v) Insuficiência de recursos humanos (Médicos especialistas, técnicos de saúde e enfermeiros) e agentes de serviço.

5.4. Orçamento Planificado VS Orçamento Disponibilizado

O processo de disponibilização do Fundos para Funcionamento é antecedido pela processo planificação do OE onde se faz a previsão das necessidades anuais em função das actividades que se propõem realizar visando alcançar os objectivos pretendidos. Os principais objectivos definidos pelo

HCN, segundo os relatórios, destacam – se a melhoria da qualidade assistencial (Humanização), redução da taxa de mortalidade geral e intra-hospitalar assim como a mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos de idade, Redução da mortalidade materna /100.000NV e mortalidade peri e neonatal/1000 NV. a figura 2 ilustra a comparação do Orçamento planejado e disponibilizado.

Figura 2: Tabela comparativa de OE planejado e Disponibilizado do HCN- 2018-2022



Fonte: Departamento de Administração e Finanças - Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

O gráfico mostra, de uma forma geral, que o orçamento planejado e os disponibilizados tem ligeiras aproximações e, parecendo que os valores disponibilizados são iguais aos valores planejado pelo HCN. Na prática, depois do processo de planificação das necessidades da instituição, o Serviço Provincial de Economia e Finanças comunicam os limites indicativos para orçamento que deve ser introduzido na plataforma de E-Sistfe. Normalmente, os valores de limites indicativos estão abaixo em relação ao orçamento planejado pelo HCN, como se pode ver no quadro 8 abaixo:

Quadro 8: Orçamento Planificado VS Limites Indicativos SPEF HCN-2018-2022

Ano	Orçamento Planificado	Limites Indicativo de SPEF	Diferença
2018	429 694 477,00	335 838 880,00	93 855 597,00
2019	477 438 308,35	361 026 796,00	116 411 512,35
2020	570 094 402,74	545 547 610,21	24 546 792,53
2021	612 851 482,94	478 024 155,95	134 827 326,99
2022	658 815 344,16	422 365 930,00	236 449 414,16

Fonte: Departamento de Administração e Finanças- Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

A diferença entre o orçamento planificado e os limites indicativos estabelecidos pelo SPEF, representa o corte ao orçamento. Todavia, no processo de execução, devido a pressão da demanda pelos serviços de cuidados de saúde, o HCN, em meados do ano, fica sem orçamento para realização de suas despesas correntes, é neste contexto que solicita o reforço orçamental para suportar as despesas ao longo do tempo remanesce do ano. Para a sobrevivência da instituição tem contraído enormes dívidas de fornecedores sobretudo de Alimentação, material de Higiene e limpeza, Impressos clínicos, Energia e Agua.

5.5. Orçamento Disponibilizado por Rubrica

O Orçamento para funcionamento, para sua contabilização, para o HCN é redistribuído para principais rubricas fundamentais, nomeadamente:

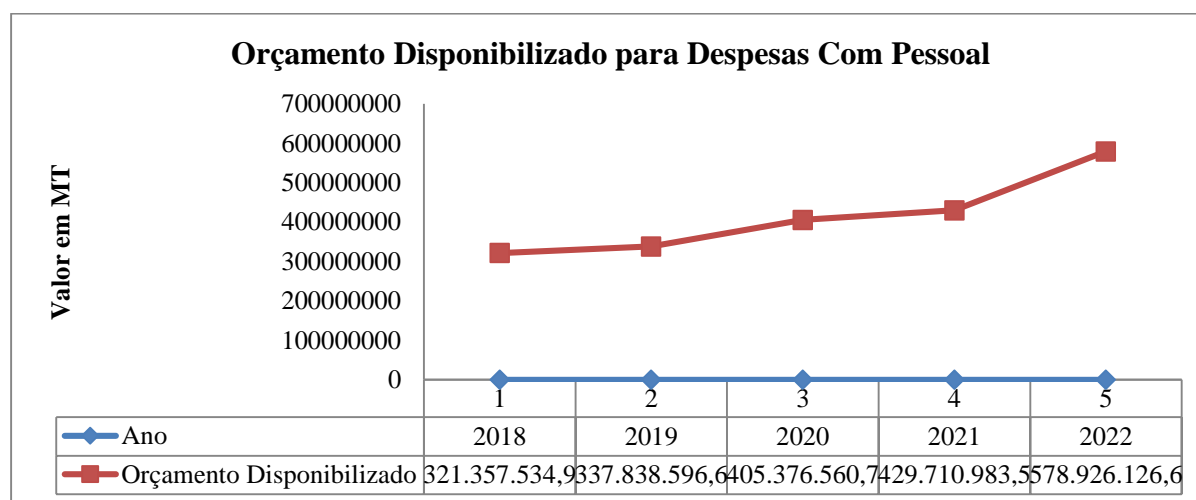
- Despesas Com Pessoal – Incluem nesta rubrica despesas de Salários e remunerações, Horas Extras e Ajudas de Custo Dentro do Pais, entre outras;
- Bens e Serviços – incluem nesta rubricas todas as despesas relacionadas com alimentação de doentes, material de Higiene e limpeza, impressos clínicos, lenções hospitalar, despesas de comunicação, deslocações, manutenção de equipamento e de instalações, Energia, Electricidade, combustíveis e lubrificantes, etc. praticamente suporta todas despesas para funcionamento.

- Transferência Corrente as Famílias – Suporta despesas de Subsidio de Morte, Deslocações de doentes e Subsidio de Morte
- Despesas de Capital – reabilitações de edifícios, Maquinarias, Equipamentos e Mobiliários.

5.5.1. Despesa Com pessoal

No Período em análise (2018-2022), as despesas com Pessoal representa 77% do Orçamento alocado para HCN, e o gráfico 3, mostra claramente o crescimento do orçamento ao longo dos anos.

Figura 2: Orçamento disponibilizado para despesas com pessoal HCN - 2018-2022



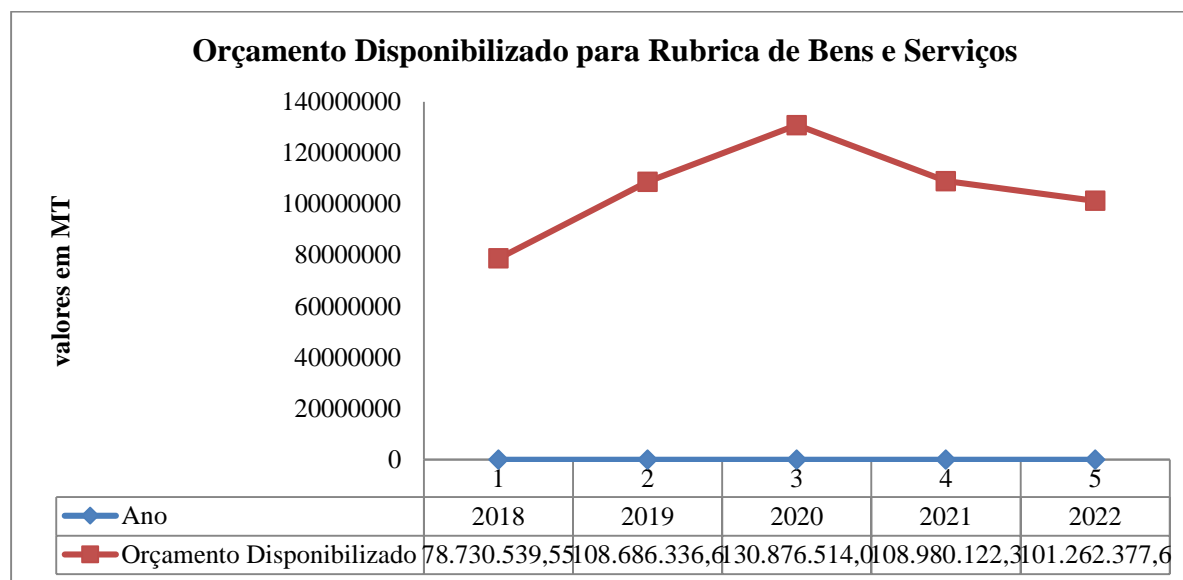
Fonte: Departamento de Administração e Finanças- Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

5.5.2. Despesas com Bens e Serviço

As despesas com Bens e Serviços são fundamentais, dão suporte a todas as actividades básicas de funcionamento e garantem o funcionamento da instituição, são considerados determinantes para a qualidade de serviços prestados na medida em que são responsáveis para mobilizar todos os recursos necessários no tempo certo. No período de 2018-2019, o Orçamento alocado a esta rubrica foi de 19% em relação ao global, e conforme ilustra a figura 4 abaixo, pode-se notar que aos longos do período em pesquisa houve uma evolução crescente nos primeiros 3 anos (2018, 2019, 20120). Teve o seu máximo em 2020 de onde começou a decrescer substancialmente. Este

decréscimo do orçamento influenciou bastante nas actividades e qualidades de serviços prestados

Figura 3: Orçamento Disponibilizado para rubrica de Bens e Serviços 2018-2022 - HCN



Fonte: Departamento de Administração e Finanças- Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

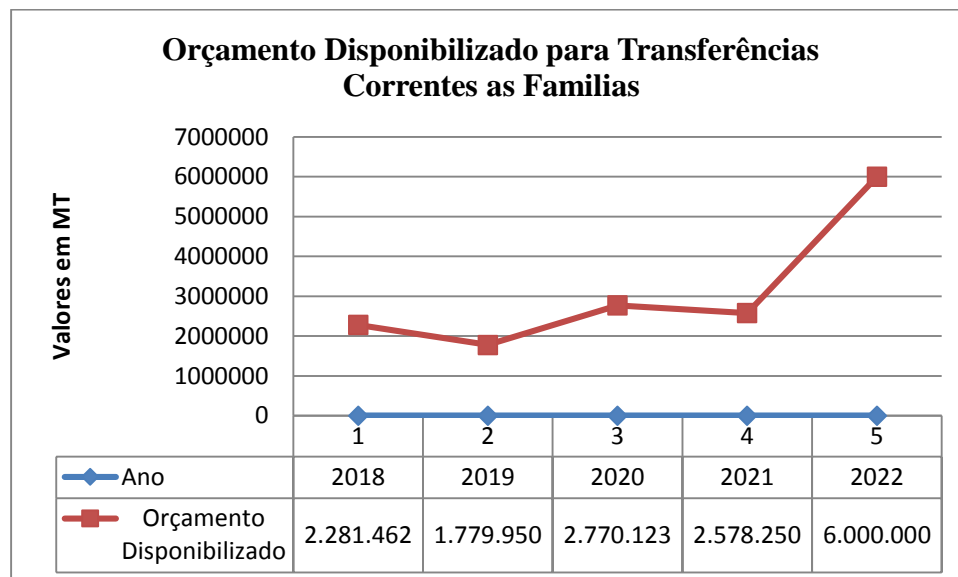
5.5.3. Despesa para Transferências corrente as famílias

As despesas de transferências correntes as famílias são normalmente realizadas para pagamento de Subsídio de Funeral para os Trabalhadores e seus Dependentes Directos como é o da esposa do funcionário, os filhos, os pais, conforme previsto na legislação em vigor sobre a matéria. Também, nesta rubrica paga-se despesas relacionadas com transferências de doentes que são referidos para outro nível de atenção ou quando um doente transferido é devolvido a sua proveniência, e ainda pagamento de pensão de Sobrevivência do funcionário falecido.

Os gastos desta rubrica são dependentes de ocorrência de um dos factores de falecimento de funcionário e seus dependentes ou no caso e que os doentes necessitam de serem referidos para outro nível de prestação de atenção de cuidados de saúde, no caso do HCN, no período em análise, pode-se ver a figura 5, como foi a evolução do orçamento disponibilizado neste Período de 2018 a 2022. A evolução pode se considerar crescente, apesar do ano 2019 ter atingido seu

valor mínimo. Demonstrando claramente que o HCN, não teve problemas na gestão para fins desta rubrica.

Figura 4: Orçamento Disponibilizado para Transferências Correntes as Famílias (2018-2022) - HCN



Fonte: Departamento de Administração Finanças- Conta de Gerência-HCN- (2018-2022).

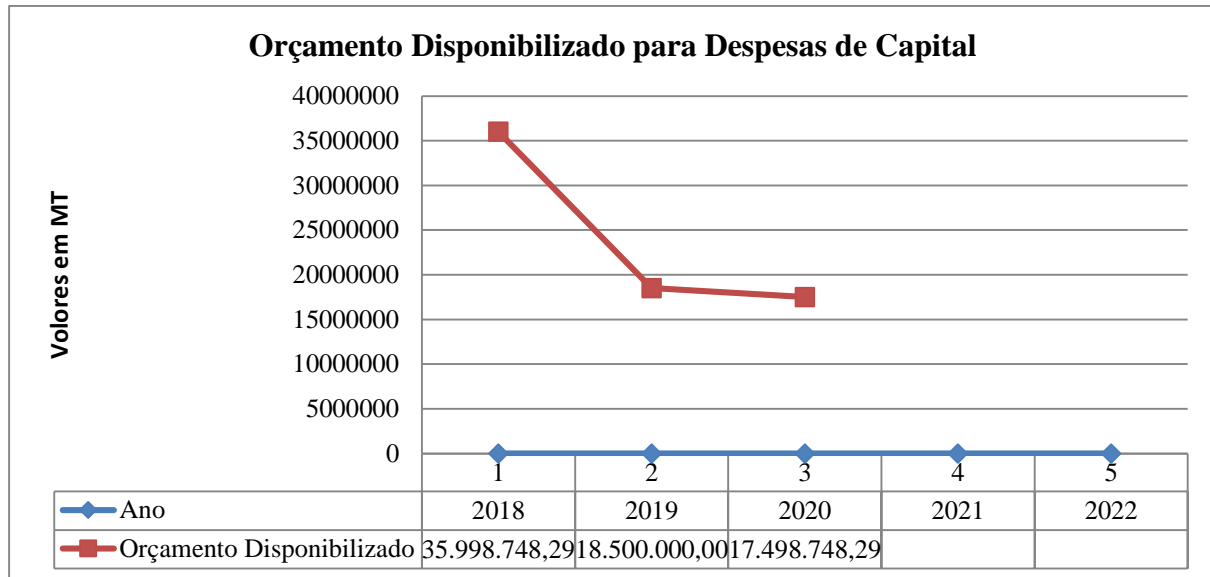
5.5.4. Despesas de Capital

As Despesas de Capital são de vital importância. Ajudam a instituição a fazer obras de manutenção e reabilitação das instalações de grande porte que permitem dar condições adequadas e confortáveis para os pacientes, comprar equipamentos indispensáveis para prestação de cuidados de saúde. Como se pode ver no gráfico 6 abaixo, há uma diminuição acentuada de orçamento disponibiliza de despesas de capital entre 2018 a 2019 e ainda pequena redução entre 2019 a 2020 altura que foi interrompido ou cancelado a disponibilização do Orçamento de Capital para HCN.

Um dos problemas mais agravante que hospital atravessa, que consta em quase todos os relatórios anuais, é de constante degradação do edifício, resultante, não só de sobrelotação de enfermarias, mas também pelos anos de vida, pois tem mais de 54 anos, agravado pelo facto de este edifício não ter beneficiado de nenhuma reabilitação acima de 20 anos. Aliado ao problema

de degradação do edifício se encontra o de equipamento da lavanderia (maquinas de lavar, de secar, calandras) e da esterilização.

Figura 5: Orçamento Disponibilizado para Despesas de Capital (2018-2022) - HCN



Fonte: Departamento de Administração e Finanças- Conta de Gerência-HCN- (2018-2022)

Durante o período em que o HCN foi alocado o orçamento de despesas capital, segundo os relatórios anuais (2018 2022), teve grandes realizações a nível das infra estruturas, com grande destaque a construção de muro de vedação lateral esquerdo do Hospital; Manutenção de sistemas de esgotos das Enfermarias, Bloco Administrativo, Maternidade, Pediatria e Berçário; substituição de aparelhos sanitários nas enfermarias; pinturas internas das enfermarias, reabilitação de duas enfermarias, reabilitação do corredor do corredor do bloco operatório e reanimação, reabilitação do banco de socorro e outras manutenções de rotina, e aquisição de equipamentos sendo a compra de duas tores de aparelhos para endoscopias, uma para cirurgias e outra para ginecológicas, uma maquina de lavar, uma de secar e uma calandra.

Duma forma geral, esta pesquisa verificou que o Orçamento disponibilizado para despesas de funcionamento do HCN, apenas a rubrica de pessoal é a tem um crescimento regular, isto é, faz-se mais investimento as despesas de pessoal em relação a outras despesas, isto deve-se ao facto de reajustamento de salários anais, entrada de novos funcionários e pagamento de despesas de

horas extraordinários devido a sobrecarga de horários de funcionários, sobretudo a classe médica e pessoal serventuário.

As rubricas que dão suporte de despesas que garantem o funcionamento básico ou normal do HCN, aquelas que concorrem para o alcance dos seus desafios de melhorar na qualidade assistencial (Humanização), Redução da taxa de mortalidade geral e intra-hospitalar, a redução mortalidade infantil, Materna, peri e neonatal, são a que ao longo do período 2018 e 2022 tiveram redução, como é caso de Bens e Serviços e as despesas de capital foram cortadas em 2020. Esta diminuição de despesas de bens e serviços e corte de despesas de capital criou grandes problemas na gestão e na qualidade de serviços prestados. São notórios nos relatórios anuais as afirmações de aclamação de insuficiência de recursos disponibilizados para responder a demanda na prestação dos serviços hospitalares, devido a redução gradual dos OE.

Com os problemas de sobrelotação das enfermarias, constante degradação do edifício e de equipamentos médicos e hospitalar, Constante crescimento Demográfico da População da Província de Nampula (grupo alvo), redução gradual de orçamento das despesas de bens e serviços, aliado a corte nas despesas de capital, os desafios de qualidade de prestação de cuidados de saúde, isto é, a melhoria de qualidade assistencial, redução das taxas de mortalidade geral, intra-hospitalar, infantil, materna, peri e neonatal, Estarão longe de serem alcançados.

CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo de caso podem ser sintetizadas através da problematização e dos objectivos propostos na investigação, delineados na introdução. O principal objectivo desta pesquisa é analisar, através do estudo de caso do Hospital Central de Nampula, se o financiamento do Orçamento Estado contribui para o Desempenho desta Unidade Sanitária, sobretudo na qualidade de prestação de cuidados de Saúde.

Da análise do contributo do financiamento do Orçamento do Estado de 2018 a 2022 e dos principais indicadores de desempenho do Hospital Central de Nampula, conclui-se que o modelo de financiamento aplicado para alocação de fundos nessa Unidade Sanitária assemelha-se ao Orçamento global onde o Estado atribui um montante global para financiar todas as actividades de funcionamento durante o período de exercício económico, designado por OE (Anual), é usado no modelo retrospectivo baseada na despesa verificada no passado não havendo particulares preocupações com preços, tipo, quantidade e qualidade dos serviços prestados. O HCN procede o exercício de planificação anual, submete ao Órgão competente (SPEF), de onde são estabelecidos limites orçamentais aprovados para o exercício do ano económico a que diz respeito, referentes aos montantes totais a serem alocados. A pesquisa identificou que o critério de definição dos orçamentos anuais que é semelhante a do Orçamento histórico cuja base de determinação são despesas fixas de funcionamento, e não leva em conta a evolução das actividades a serem realizadas, nem do factor inflação, nem as despesas fixas como as de consumo de Água e Energia.

Esta pesquisa avaliou os principais indicadores de desempenho hospitalar no período (2018-2022), como dias de camas ocupadas, taxas de Ocupação de camas, intervalo de rotação de camas, tempo médio de internamento e rendimento de camas, concluiu que estes indicadores estão acima dos índices Padrão recomendados pela OMS, com a excepção dos anos 2020 e 2021 devido a pandemia da Covid 19, onde havia restrições de acesso aos cuidados hospitalares. Isto sugere que o HCN se encontrava a funcionar acima das suas capacidades instaladas ou seja superlotado, conseqüentemente, para manter esta situação funcional, necessariamente houve aumento de actividades, de assistência médico hospitalar, aumento de consumo de custos

variáveis, como alimentação de doentes, impressos clínicos entre outros custos.

Ainda a pesquisa avaliou os indicadores de Eficiência Hospitalar como a taxa de Mortalidade geral, Taxa de Mortalidade Neta, Taxa de Mortalidade neonatal, taxa de mortalidade infantil (em crianças menor de 5 anos), concluiu que todas elas estão acima dos índices padrão recomendados pela OMS. São apontados vários factores que contribuíram para que as taxas de eficiências sejam elevadas entre elas se destacam, a superlotação das enfermarias por falta de outras Unidades de Sanitária na preferia com capacidade de internamento; Insuficiência de Recursos humanos (Médicos especialistas, técnicos de saúde e enfermeiros) e agentes de serviço; Degradação do edifício, falta de equipamentos médicos cirúrgicos; insuficiência de material médico-cirúrgico; etc. São necessárias medidas urgentes que visam reverterem essas questões que interferem na qualidade do atendimento e melhoria da qualidade assistencial aos pacientes atendidos no Hospital Central de Nampula.

A pesquisa descreveu a evolução do financiamento (OE) alocado ao HCN no período de 2018 a 2022, concluiu que em termos gerais, há uma evolução crescente da alocação do orçamento de funcionamento do HCN, no entanto quando comparado, as linhas orçamentais por principais rubricas, despesas com pessoal, Despesas com Bens e Serviços, despesas com transferências as famílias e Despesas com Pessoal, constata-se que as rubricas com mais crescimento ao longo do período em pesquisa foram as de Despesas com Pessoal e Transferências as famílias. Um outro elemento em destaque e chama a atenção, foi que a rubricas com maior gasto foi de despesas com pessoal com 77% do total de orçamento, seguido de despesas de Bens e serviços na ordem de 19%, isto mostra que o maior investimento do financiamento ao OE para HCN é destinado para pagamento de despesas com o pessoal.

Este estudo de caso permitiu perceber que as actividades desenvolvidas no processo de prestação de cuidados hospitalar requererem ou consumirem maior quantidade de recursos materiais imprescindíveis para o funcionamento normal da instituição, todavia, não há equilíbrio na alocação de financiamento do OE entre as rubricas, sobretudo para as despesas de Bens e Serviço e despesas de capital, que são pilares para manter a qualidade de prestação de cuidados de Saúde, no entanto verifica-se a redução dos seus orçamentos anuais.

O financiamento do OE, não contribui para o bom desempenho do HCN, na medida em que verificamos, de um lado, os principais indicadores de desempenho elevados devido a factores de aumento de demanda pelos serviços hospitalares caracterizado pela superlotação das enfermarias e consultas externas, saturação das infra-estruturas devido o excesso de utilização pelos utentes e ainda degradação de edifício pelo tempo de vida (mais de 50 anos e sem nenhuma reabilitação de raiz), a falta de equipamento médico-cirúrgico, a falta de consumíveis básicos para o funcionamento, do outro lado verificamos a redução do financiamento do OE nas rubricas de bens e serviços e despesas de capital, que para além de redução foi retirada. Estas rubricas são fundamentais para garantirem o funcionamento normal e elevar a qualidade de serviços prestado. E como consequências os indicadores de desempenho e eficiência mostram a ineficiência de serviços prestados.

SUGESTÕES

Os hospitais são organizações complexas com múltiplas actividades, recursos, elementos e dispositivos que requerem acções coordenadas de modo a garantir boa assistência de saúde, nas diversas dimensões de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos pacientes. Para que as actividades de prestação de cuidados de saúde sejam executadas, os hospitais, necessitam de recursos humanos, financeiros e materiais.

O presente estudo de caso, financiamento das unidades sanitárias do nível quaternário: Caso do HCN, entre 2018 a 2022, não foi exaustivo ao ponto de esgotar toda problemática relacionada com financiamento, nomeadamente: critérios, políticas e métodos utilizados para determinação de orçamentos de funcionamento alocados às Unidades Sanitárias. Cingiu apenas na análise como o financiamento ajuda no desempenho do Hospital, daí que não tem suportes bastantes para sustentar as sugestões ou recomendações. Pois, a responsabilidade de financiamento é da responsabilidade do estado ou do governo vigente.

Todavia, este estudo de caso, vai ajudar a despertar a atenção, ao mais alto nível do governo, MISAU e MEF, a necessidade de encontrar estratégias para financiamento das Unidades Sanitárias do nível quaternário, que passa necessariamente na revisão da legislação em vigor sobre a política de Saúde, que permitam alteração, introdução de pagamentos de serviços de cuidados médicos, alteração de taxas actuais de pagamentos para prestação de serviços de cuidados de saúde, pois as actuais estão desajustadas e não permitem ajudar a resolver o défice orçamental.

Como sugestão, com vista a equilibrar as despesas de bens e serviços e despesas de capital, e ajudar estas Unidades Sanitárias a ultrapassarem os problemas de falta de orçamento e garantirem a prestação de cuidados de saúde de qualidade requerida, a utilização de orçamento global associado com a modalidade de pagamentos de produção, onde seriam remuneradas todos os factores de produção que contribuem para a prestação de cuidados de saúde, seriam adequados e ajudaria na mobilização de recursos para atender os casos de superlotação, manutenção de

edifício, aquisição de equipamento entre outras necessidades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Anthony, R. N.; Govindarajan, V. (2007) – *Management Control Systems. 12th Edition*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Basílio, J. S. G. (2013). *A Contabilidade Digráfica Aplicada ao Sector Publico: o Caso do Tribunal da Relação de Coimbra*. Coimbra.
- Barros, P. P.; Gomes, J. (2002) "*Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*". Gabinete da Análise Económica da Faculdade de economia da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. <www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003estudo_externo-final.pdf>
- Braga, R. (1995) *Fundamentos e Técnicas de Administração Financeira*. São Paulo: Atlas
- Bentes M, Gonçalves ML, Tranquada S, Urbano J (1996): *A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar*. Gestão Hospitalar.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Características de Investigação Qualitativa; in Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução a Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boquinhas, J. M. (2012). *Políticas e Sistemas de Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. C.; Simões, J. (2011) *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Cadilhe, M.; Soares, C. (1988) *Lições de Matemática Financeira e noções complementares*. Rio Tinto: Asa,
- Caiado, A. C. P. (2009) – *Fundamentos da Contabilidade Analítica e de Gestão; A contabilidade Analítica e de Gestão e a Tomada de Decisão; A Gestão Orçamental*. In *Contabilidade Analítica e de Gestão*. 5.^a Edição. Lisboa: Áreas Editora, SA.
- Cervo, A. L. Bervian, P. A. (2002) *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2011) *O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília*.
- Cohen, L. & Manion, L. (1990) *Métodos de Investigación Educativa*, Madrid: La Muralla.
- Diniz. V.C.A (2013) *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-*

Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E. Coimbra.

Drury, C. (2004) - *The budgeting process. In Management and Cost Accounting.* 6th Edition. London: Thomson Learning.

Denzin, N. K. (1970) *The Research Act.* Chicago: Aldine.

Escola Nacional de Administração Pública. (2014) *Orçamento Público – Conceitos Básicos.* Enap: Brasília.

Escoval, Ana (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto Português.* Tese de Doutoramento Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Fabretti, L. C. (2001). *Contabilidade Tributária.* 7^a ed. São Paulo: Editora Atlas.

Franco, V.; Oliveira, A.; Jesus, M.; Morais, A.; Major, M. ; Serrasqueiro, R.; Oliveira, B. (2006). – *Contabilidade de Gestão – Orçamento anual e instrumentos de avaliação do desempenho organizacional.* Vol II. Lisboa: Publisher Team.

Finkler, S.; Ward, D; Baker, J. (2007) *Essential of Cost accounting for Health care.* 3^a Ed. Jones & Bartlett.

Glaser, W. (1987) *Paying The hospital,* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Gil, A. C. (2002) *Como Elaborar Projectos de Pesquisa.* São Paulo: Atlas.

Gil, A.C. (2001) *Técnicas de pesquisa em economia e Elaboração de Monografias,* (4.^a Ed.). Editora Atlas S.A. São Paulo.

Guambe, E., Muendane, E., & Mabunda, L. (2018). *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector de Saúde em Moçambique.* Maputo. Retrieved from <https://nwti.org/?p=10699> Consultado em 10-05-2024

Haguet, T. M. F. (1997) *Metodologias qualitativas na Sociologia.* 5^a Ed edição. Petrópolis: Vozes.

Haislmaier, E. (2008) *Stete Health Care Reform: A Brief Guide to Risk Adjustment in consumer-Driven Health Insurance Markts.*

Hofstede, G. (1980) – *Culture’s consequences: internacional differences in workrelated values.*

Beverly Hills: Sage.

Hornngren, C. T.; Sundem, G. L.; Stratton, W. O.(2004) *Contabilidade Gerencial*. São Paulo: Prentice Hall.

Hospital Central de Nampula (2022) *Conta de Gerência de 2021*. Nampula: HCN.

----- (2021) *Conta de Gerência de 2020*. Nampula: HCN.

----- (2019) *Conta de Gerência de 2018*. Nampula: HCN.

----- (2020) *Conta de Gerência de 2019*. Nampula: HCN.

----- (2023) *Conta de Gerência de 2022*. Nampula: HCN.

----- (2019) *Relatório anual de 2018*. Nampula: HCN.

----- (2020) *Relatório Anual de 2019*. Nampula: HCN.

----- (2021) *Relatório Anual de 2020*. Nampula: HCN.

----- (2022) *Relatório Anual de 2021*. Nampula: HCN.

----- (2023) *Relatório Anual de 2022*. Nampula: HCN.

----- (2005) *Regulamento Interno do Hospital Central de Nampula*.
Nampula: HCN.

Jordan, H.; Neves, J. C.; Rodrigues, J. A.(2003) – *O Controlo de Gestão – ao serviço da Estratégia e dos Gestores*. 5.^a Edição. Lisboa: Áreas Editora, SA.

Kutzin, J. (2008). *Health Financing Policy: a guide for decision – makers Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*. Copenhagen: WHO/ European Regional Office.

Lakatos, E.M., & Marconi, M. A. (1990). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Lakatos, E. M & Marconi, M. A. (2001) *Metodologia do Trabalho Científico*, (6^a Edição). Editora Atlas S.A. São Paulo.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1992) *Metodologia do trabalho científico*. 4.ed. São Paulo: Atlas

- Larson, J. S. (1991) *The Measurement of Health Concepts and Indicators*; praeger
- Lessard-Hérbet, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1994) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lakatos, E. M.; Marcon, M. A. (1990) *Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projectos e Relatórios, Publicações e trabalhos Científico*. 3ªEd. São Paulo: Atlas
- Lunkes. R.J (2007). *Manual de Orçamento*. 2.ª Ed. São Paulo:Atlas.
- Matsinhe, C., & Namburete, D. (2019). *Descentralização doseada. Novos Estud. CEBRAP*
- Martenelli, M. L. (1999) *Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio*. São Paulo: Veras.
- Medeiro, A. L. P. (2013). *Gestão Orçamental- Estudo de Caso no Sector Retailho*. Dissertação de Mestrado em Ciências Económicas e Empresariais. Ponta Delgado.
- Merriam, S. B. (1998) *Qualitative research and case study applications in education*. São Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Ministério da Saúde (MISAU). (2019). *Relatório de Execução Orçamental (REO) - Sector Saúde (Vol. 2019)*. Maputo.
- Ministério da Saúde (2013) *Plano Estratégico de Sector de Saúde: 2014-2019*, Maputo: Ministério da Saúde.
- Morais, P. (2013). *Orçamento por programa e avaliação de Resultados de Gestão Pública*.
- Mossialos, E. et al. (eds.) (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão. Mestrado em Economia E política Publicas. Dissertação de Mestrado. Portugal. ISG/UTI.
- Pereira, C. A. C. ; Franco, V. D. S. (2001). *Contabilidade Analítica: Casos Práticos*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Pfeiffer, J., & Chapman, R. R. (2019). *NGOs, austerity, and universal health coverage in Mozambique. Globalization and Health*, <<https://doi.org/10.1186/s12992-019-0520-8>>
Consultado em 16-06-2024.
- Pfeiffer, J., Gimbel, S., Chilundo, B., Gloyd, S., Chapman, R., & Sherr, K. (2017). *Austerity and*

- the "sector-wide approach" to health: The Mozambique experience. Social Science and Medicine*, <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.008>> Consultado em 04 -06-2024
- OMS (2011) Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal. Lisboa: CPLP.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), (2009) *10/30 anos: razões para continuar- Relatório Primavera 2009*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santana, R. *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde* Tese de candidatura ao grau de Doutor em saúde pública.
- Santos, R. C. (2015). *Plano Plurianual e Orçamento Público*. 3ª ed. rev. ampl. Florianópolis: CAPES: UAB.
- Santos, M. C. (1999). Trabalho Experimental na Aprendizagem em Ciências. O Desenvolvimento de Competências Científica Disciplina de Técnicas Laboratoriais de Biologia. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Dissertação de Mestrado (não publicada).
- Santos, M. C. (2002). Trabalho Experimental no Ensino das Ciências. Lisboa. Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional.
- Lüdke, M.; André, M. E. D. A (1986) *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Serrão, D.; Conselho de reflexão sobre a saúde (CRES),(1996) *Recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Ministério da Saúde.
- Seyffert. T. A. (2015) *Fundamentos em Economia*. MFMT. Guiba, MT.
- Silva, E. L.; Menezes, E. M. (2005) *Metodologia da pesquisa e Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Ed. Revisada. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância/UFSC.
- Simões, J. (2004) *"A avaliação do desempenho de hospitais"* Revista Portuguesa de Saúde Pública.<www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/ Consultado em 20-05-2024.
- Soares, J. E., Matos, C. A. N., (2012) *Orçamento Público: Entendendo sua evolução no Brasil*. Goiânia: I CIEGESI.
- Sousa, P. A. (2010) *A contratualização externa nos ACES: que modelo aplicar* - Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

- Trivonos, A. N. S. (1992) *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.
- Teixeira, S. G. (2010), *A Gestão Orçamental: O caso da empresa Sigma*, ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa, Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão.
- Teixeira, S. (2014) – *Planeamento e Processo de Decisão & Controlo. In Gestão das Organizações*. 3.^a Edição. Lisboa: Escolar Editora.
- Unicef. (2018) *Mozambique Health Budget Brief*. <www.unicef.org/mozambique/sites/ Consultado em 11/05/2024.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planeamento e Métodos*. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman.
- Unicef (2020) Relatório Anual de 2020. MOÇAMBIQUE
- Zdaniwicz. J. E. (1989) *Orçamento Operacional*. Porto Alegre. Ed Sagra.