República de Moçambique
Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
Secretariado Executivo

HIV E SIDA

MEDIÇÃO DE GASTOS EM HIV E SIDA (MEGAS) DO PERÍODO DE 2014 EM MOÇAMBIQUE

Setembro 2016

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
CNCS

ONUSIDA

Ficha Técnica

Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) para o período de 2014 em Moçambique

Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Setembro 2016.

A avaliação foi dirigida pelo Dr. Diogo Milagre (CNCS), com apoio técnico de Benjamin Gobet (ONUSIDA) e Joaquim Durão (Consultor).

Análise e relatório elaborado por Benjamin Gobet e Joaquim R. Durão

Recolha e processamento de dados feito por:

ONUSIDA – Benjamin Gobet

Equipa de Consultores - Joaquim Durão, Danisa Zavale, Jacinto Manuel, Mário Cumbe, Victor Manuel João, Lena Kocken, Enio Macuácua, Issa Mandane, Admira Marromete, Moisés Nhanombe e Osvaldo Pessane.

PEPFAR – Jody Knueppel

CNCS – Lourena Manembe, Sílvio Macamo e Izídio Nhantumbo

Supervisão e revisão final:

CNCS - Dr. Diogo Milagre e Dra. Ema Chuva

Financiamento:

ONUSIDA (consultorias), PNUD (edição e impressão do relatório), OMS (deslocação às províncias e PEPFAR (logística das formações e lançamento).

ÍNDICE

	Abreviaturas	06
	Resumo dos gastos em Hiv e Sida em Moçambique - 2014	08
	Sumário Executivo	10
	Conclusões e Recomendações	13
1.	**Introdução**	14
1.1.	Contexto	14
1.2.	Objectivos	14
1.3.	Abordagem	15
2.	**Desenho E Metodologia**	16
2.1.	Abordagem	16
2.2.	Classificações MEGAS	16
	Financiamento	16
	Prestação de Serviços	17
	Consumo	17
2.3.	Recolha e Processamento de Dados	17
2.3.1.	A Task-Force MEGAS	17
2.3.2.	Harmonização entre a MEGAS e o PEPFAR EA	17
2.3.3.	Fontes e Qualidade de Dados	18
2.3.4.	Recolha de Dados	19
2.3.5.	Processamento de Dados	20
2.4.	Estimativas	20
2.5.	Melhoria na Qualidade dos Dados	21
2.6.	Limitações da Avaliação	21
3.	**Resultados da MEGAS**	23
3.1.	Tendência dos Gastos em HIV e SIDA	23
3.2.	Fluxos Financeiros e Modalidades de Financiamento	25
3.2.1.	Fluxos Financeiros: das Fontes aos Provedores de Serviços	25
3.2.2.	Fontes de Financiamento	29
3.2.2.1.	Fontes de Financiamento Público	30
3.2.2.2.	Fontes de Financiamento Privado	30
3.2.2.3.	Fontes de Financiamento Internacional	30
3.2.3.	Agentes Financeiros	33
3.2.4.	Provedores de Serviços de Combate ao HIV	34

3.3.	Descrição Programática dos Gastos em HIV e SIDA	35
3.3.1.	Gastos em Prevenção do HIV	38
	Prevenção da Transmissão Sexual	42
	Circuncisão Masculina	47
	Preservativos	49
	Actividades visando a mudança de comportamento	50
	Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)	52
	Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)	56
3.3.2.	Cuidados e Tratamento	60
3.3.3.	Outros Gastos em HIV e SIDA	66
	Coordenação e reforço dos sistemas	66
	Serviços Sociais	70
3.4.	Harmonização dos gastos em HIV e SIDA com o PEN IV	71
4.	**Conclusões e Recomendações**	73
5.	**Anexos**	75
	Anexo 1: Definição dos Termos	75
	Anexo 2: Lista de Instituições Incluídas na MEGAS	77
	Anexo 3: Provedores de Serviços (PS) e Localização, 2014	86
	Anexo 4: Matrizes de Gastos em SIDA	92
	Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Fontes de Financiamento (FS) - 2014	92
	Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Populações Beneficiárias (BP) - 2014	95
	Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Provedores de serviços (PS) - 2014	98
	Fonte de Financiamento (FS): Provedores de serviços (PS) - 2014	101
6.	**Referências**	103

Lista de Tabelas

Tabela 1	Entidades incluídas na medição e tipo de informação recolhida e analisada	19
Tabela 2	Etapas da MEGAS - 2014	19
Tabela 3	Estimativas sobre o gasto salarial por paciente em TARV - 2014	20
Tabela 4	Resumo dos desembolsos externos para o PROSAUDE - 2010, 2011 e 2014 (US$)	28
Tabela 5	Gastos em fundos públicos por provedor	28
Tabela 6	Gastos em HIV e SIDA por fonte de financiamento - 2014	29
Tabela 7	Despesas em HIV por fonte de financiamento internacional	31
Tabela 8	Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financeiro – 2004-2011	34
Tabela 9	Despesas por provedor de serviços - 2010-2014	34
Tabela 10	Despesas em HIV e SIDA por principais áreas de intervenção - 2014	35
Tabela 11	Gastos por tipo de factor de produção e província - 2014 (US$)	38
Tabela 12	Resenha dos gastos em prevenção – 2010, 2011 e 2014	41
Tabela 13	Gastos em prevenção da transmissão sexual por habitante e província - 2014	44
Tabela 14	Proporção dos gastos em prevenção da transmissão sexual por grupo etário e província - 2014	45
Tabela 15	Gastos em circuncisão masculina por grupo etário e província 2014	47
Tabela 16	Fontes de financiamento para preservativos - 2014 (US$)	49
Tabela 17	Gastos em PTV por tipo de intervenção - 2014	53
Tabela 18	Distribuição de gastos unitários e por províncias, em programas de PTV – 2010, 2011 e 2014	55
Tabela 19	Gastos em ATS, excluído o BS, por factor de produção – 2014	59
Tabela 20	Evolução dos gastos em cuidados e tratamento por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014	61
Tabela 21	Gastos em cuidados e tratamento por tipo de intervenção - 2014	62
Tabela 22	Resenha dos gastos em cuidados e tratamento	66
Tabela 23	Outros gastos em HIV e SIDA - 2010, 2011 e 2014 (US$)	67

Lista de Figuras

Figura 1	Gastos totais em HIV e SIDA (2004-2014)	23
Figura 2	Gastos totais em HIV e SIDA por região - 2014	23
Figura 3	Distribuição dos gastos em HIV por província (milhões US$)	24
Figura 4	Gastos por habitante e província - 2014 (US$)	24
Figura 5	Principais fluxos de financiamento da resposta ao HIV - 2014	25
Figura 6	Fluxo de fundos da resposta nacional – distribuído por sector em 2014	26
Figura 7	Fluxos de financiamento do PEPFAR em Moçambique - 2014	27
Figura 8	Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique - 2014	27
Figura 9	Evolução do financiamento dos gastos em HIV e SIDA	29
Figura 10	Distribuição dos gastos em HIV e SIDA por fonte de financiamento internacional – 2010 e 2014	30
Figura 11	Distribuição das diferentes fontes de financiamento em HIV – 2010 e 2014	32
Figura 12	Priorização das áreas programáticas por fonte de financiamento - 2014	33
Figura 13	Tendência dos gastos por principais áreas programáticas - 2004-2014	36
Figura 14	Gastos nas principais áreas programáticas por região - 2014	37
Figura 15	Gastos em HIV e SIDA por tipo de factor de produção	37
Figura 16	Gastos e percentagem dos gastos em prevenção - 2004-2014	38
Figura 17	Gastos em prevenção, principais componentes - 2004 - 2014	39
Figura 18	Gastos em prevenção por região e habitante - 2010 e 2014	39
Figura 19	Gastos em prevenção por província - 2010, 2011 e 2014	40
Figura 20	Distribuição dos gastos em prevenção por intervenção - 2014	40
Figura 21	Gastos em prevenção por região e categoria de despesa - 2014	41
Figura 22	Gastos em prevenção da transmissão sexual por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014	42
Figura 23	Gastos em prevenção da transmissão sexual por provedor de serviços – 2010, 2011 e 2014	42
Figura 24	Gastos em prevenção da transmissão sexual por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014	43
Figura 25	Gastos em prevenção da transmissão sexual e incidência por região - 2010 e 2014	43
Figura 26	Proporção dos gastos em prevenção da transmissão sexual e taxa de incidência por província - 2014	44
Figura 27	Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população geral) - 2014	45
Figura 28	Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população de alto risco) - 2014	46
Figura 29	Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população de alto risco) - 2014	46
Figura 30	Distribuição proporcional dos gastos com circuncisão masculina e das metas por província	48
Figura 31	Gastos em circuncisão masculina por factores de produção e província - 2014	48
Figura 32	Gastos em preservativos - 2014	49
Figura 33	Gastos em preservativos e novas infecções por transmissão sexual e região - 2014	49
Figura 34	Distribuição percentual dos gastos em preservativos e das novas infecções derivadas de transmissão sexual, por província - 2014	50
		50

Lista de Figuras

Figura 35	Gastos destinados à mudança de comportamento por tipo de intervenção	50
Figura 36	Gastos destinados à mudança de comportamento e novas infecções por região - 2010 e 2014	51
Figura 37	Gastos destinados à mudança de comportamento e novas infecções por província - 2010, 2011 e 2014	51
Figura 38	Gastos em PTV por fonte de financiamento - 2010 e 2014	52
Figura 39	Gastos PTV por tipo de provedor - 2014	52
Figura 40	Gastos em PTV por província - 2010 e 2014	53
Figura 41	Gastos em PTV e mulheres grávidas HIV+ por região ($US milhões) - 2010 e 2014	54
Figura 42	Gastos em PTV e mulheres em PTV por província - 2014	54
Figura 43	Factores de produção por fonte de financiamento em PTV - 2014	55
Figura 44	Gastos em aconselhamento e testagem por intervenção e fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014	56
Figura 45	Gastos em ATS por provedor de serviços e tipo de intervenção - 2014	57
Figura 46	Gastos em aconselhamento e testagem por província - 2010, 2011 e 2014	57
Figura 47	Gastos em ATS por tipo de intervenção e por província, 2014	58
Figura 48	Número de testes realizados e gastos unitários por província - 2014	58
Figura 49	Distribuição dos gastos em ATS por factor de produção e província - 2014	59
Figura 50	Distribuição proporcional dos gastos em ATS por província e percentagem das pessoas por diagnosticar - 2014	60
Figura 51	Cuidados e tratamento na resposta ao HIV	60
Figura 52	Fontes de financiamento dos cuidados e tratamento	61
Figura 53	Gastos em cuidados e tratamento por provedor e província - 2014	61
Figura 54	Gastos em cuidados e tratamento por região e número de PVHIV - 2010 e 2014	63
Figura 55	Gastos em cuidados e tratamento por factores de produção - 2014	63
Figura 56	Factores de produção para cuidados e tratamento - 2010, 2011 e 2014	64
Figura 57	Gastos em cuidados e tratamento por província – 2010 e 2014	64
Figura 58	Proporção de gastos em cuidados e tratamento e de PVHIV por província - 2014	65
Figura 59	Gastos unitários em cuidados e tratamento por província - 2010 e 2014	65
Figura 60	Outros gastos em HIV e SIDA - 2010, 2011 e 2014	68
Figura 61	Proporção dos outros gastos em HIV e SIDA em relação ao total dos gastos	68
Figura 62	Gastos por intervenção no reforço dos sistemas - 2014	69
Figura 63	Distribuição dos gastos em coordenação e reforço de sistemas por província e tipo de intervenção - 2014	69
Figura 64	Evolução dos gastos em serviços sociais por tipo de intervenção - 2010, 2011 e 2014	70
Figura 65	Distribuição provincial dos gastos em serviços sociais - 2014	71
Figura 66	Gastos totais em HIV e SIDA de 2014 e custos projectados do PEN IV (2015-2019)	71
Figura 67	Distribuição provincial dos gastos em serviços sociais - 2014	72

Abreviaturas

ARV	Anti-retroviral
ASC	Categoria de Despesas do SIDA (AIDS Spending Category)
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Provedor
ATS	Aconselhamento e Testagem na Saúde
ATS-C	Aconselhamento e Testagem na Saúde Comunitária
BP	População Beneficiária (Beneficiary Population)
BS	Banco de Sangue
CDC	Centre for Disease Control (Centro para Controlo de Doenças)
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
DOD	United States Department of Defense (Departamento de Defesa dos EUA)
EUA	Estados Unidos da América
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FA	Agente Financeiro (Financing Agent)
FS	Fonte de Financiamento (Financing Source)
GAR	Grupo de Alto Risco
GdM	Governo de Moçambique
GFATM	Fundo Global de Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV+	Vírus de Imunodeficiência Humana Positivo (Seropositivo)
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IEC	Informação, Educação e Comunicação
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
M&A	Monitoria e Avaliação
MCP	Mecanismo de Coordenação do País
MEGAS	Medição de Gastos em HIV e SIDA (National AIDS Spending Assessment)
MINEC	Ministério da Educação e Cultura
MISAU	Ministério da Saúde
MJD	Ministério da Juventude e Desporto
NDT	Não Desagregada por Tipo

Abreviaturas

NHA	National Health Accounts (Contabilidade Nacional da Saúde)
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA
OBC	Organização de Base Comunitária
OBF	Organização Baseada na Fé
OE	Orçamento do Estado
OIM	Organização Mundial das Migrações
ONG	Organização Não-governamental
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)
ONU	Organizações das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEPFAR EA	President's Emergency Plan for AIDS Relief Expenditure Analysis
PF	Factores de Produção (Production Factors)
PID	Pessoas que Injectam Drogas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS	Provedor de Serviços
PTV	Prevenção da Transmissão Sexual
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
RSC	Reforço do Sistema Comunitário
RSS	Reforço do Sistema de Saúde
RTT	Resource Tracking Tool (Ferramenta de Rastreio de Recursos)
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Terapia Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TS	Trabalhadoras de Sexo
UATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde Iniciados pelo Utente
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development)
USG	United States Government (Governo dos Estados Unidos da América)

Resumo dos gastos em HIV e SIDA em Moçambique - 2014

	2010		2014		Variação 2010-2014	
	US$ milhões	%	US$ milhões	%	US$ milhões	%
Gastos em HIV e SIDA						
Despesas Totais	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
Gastos totais por habitante, >15 anos (US$)	21,8		25,2			
Gastos totais por PVHIV (US$)	195,4		225,2			
Gastos em prevenção por habitante, >15 anos (US$)	5,2		6,7			
Gastos em tratamento por pessoa (US$)	450,1		180,2			
Gastos totais em HIV em percentagem do PIB (%)	2,3		2,1			

Gastos em HIV e SIDA por província

Região Norte	45,2	21,2%	46,6	14,0%	1,4	3%
Cabo Delgado	9,7	4,5%	12,2	3,7%	2,5	26%
Niassa	12,0	5,6%	8,2	2,5%	-3,8	-31%
Nampula	23,5	11,0%	26,2	7,9%	2,7	11%
Região Centro	63,3	29,6%	111,3	33,5%	48,1	76%
Tete	10,0	4,7%	19,6	5,9%	9,6	96%
Zambézia	24,3	11,4%	44,1	13,3%	19,9	82%
Manica	12,4	5,8%	17,9	5,4%	5,5	45%
Sofala	16,6	7,8%	29,7	8,9%	13,0	78%
Região Sul	82,8	38,8%	106,7	32,1%	24,0	29%
Inhambane	13,1	6,1%	13,0	3,9%	-0,1	-1%
Gaza	22,1	10,4%	34,0	10,2%	11,9	54%
Maputo Cidade	29,4	13,8%	32,0	9,6%	2,6	9%
Maputo Província	18,2	8,5%	27,8	8,4%	9,6	53%
Gastos a nível nacional	13,9	6,5%	67,7	20,4%	53,8	387%
Não desagregado	8,4	3,9%	0,1	0,0%	-8,2	-98%

	2010		2014		Variação 2010-2014	
	US$ milhões	%	US$ milhões	%	US$ milhões	%
Gastos em HIV e SIDA por fonte de financiamento:	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
Públicas	10,1	4,7%	16,2	4,9%	6,1	60%
Privadas	0,2	0,1%	2,2	0,7%	2,0	853%
Internacionais		95,1%	314,1	94,5%	111,0	55%
Gastos em HIV e SIDA por agente de financiamento:	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
Públicos	49,1	23%	97,9	25%	48,8	99%
Privados	5,6	3%	14,5	2%	8,9	160%
Internacionais	158,8	74%	220,1	74%	61,3	39%
Gastos em HIV e SIDA por provedor de serviços:	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
Provedores públicos	127,1	60%	173,8	52%	46,7	37%
Privados nacionais	38,8	18%	40,0	12%	1,3	3%
Privados internacionais	40,2	19%	111,7	34%	71,6	178%
Bilaterais e multilaterais	7,0	3%	6,9	2%	-0,1	-1%
Gastos em HIV e SIDA por área programática:	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
PREVENÇÃO (28% dos gastos totais)	**59,8**	**100%**	**88,8**	**100%**	**29,0**	**49%**
Programas para Eliminação da Transmissão Vertical (ETV)	21,7	36%	22,1	25%	0,4	2%
Aconselhamento e Testagem para Saúde (ATS)	11,3	19%	9,7	11%	-1,7	-15%
Circuncisão Masculina	1,6	3%	17,6	20%	15,9	979%
Outros gastos em prevenção, não bio-médicos	22,8	38%	31,0	34%	8,2	36%
Outros gastos em prevenção, bio-médicos	2,3	4%	8,5	10%	6,2	272%
CUIDADOS e TRATAMENTO (43% dos gastos totais)	**98,6**	**100%**	**116,5**	**100%**	**17,9**	**18%**
Tratamento Anti-retroviral (TARV)	60,4	61%	77,3	66%	16,9	28%
Outros gastos em cuidados e tratamento	38,2	39%	39,1	34%	0,9	2%
OUTROS GASTOS EM HIV E SIDA (29% dos gastos totais)	**45,5**	**46%**	**127,2**	**109%**	**81,8**	**180%**
Gestão nacional e reforço de sistema	25,3	26%	91,9	79%	66,5	263%
Incentivos/formações de Recursos Humanos	12,8	13%	19,6	17%	6,8	54%
Ambiente favorável	6,9	7%	8,5	7%	1,5	22%
Outros	0,4	0%	0,2	0%	-0,2	-49%
Gastos em HIV e SIDA por população beneficiária	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
PVHIV	99,1	46,4%	115,9	34,8%	16,8	17,0%
População geral	28,7	13,4%	52,3	15,7%	23,6	82,3%
MARPS (populações de alto risco)	1,4	0,6%	3,5	1,0%	2,1	151,7%
Populações vulneráveis ou accessíveis	53,3	25,0%	60,9	18,3%	7,6	14,3%
Gastos não direccionados	31,0	14,5%	99,8	30,0%	68,8	222,1%
Gastos em HIV e SIDA por Factores de Produção	213,5	100%	332,5	100%	119,0	56%
Gastos correntes	187,2	87,7%	289,5	87,1%	102,3	54,7%
Gastos em capital	11,8	5,5%	21,8	6,6%	10,0	85,3%
Não especificados	14,6	6,8%	21,2	6,4%	6,7	45,7%

A Medição de Gastos em HIV e SIDA de Moçambique indica que se atingiu, em 2014, o valor recorde de US$ 332.5 milhões, o que representa um crescimento de 56% do montante apurado para 2010 (US$ 213.5 milhões), correspondendo a 2.1% do PIB. Os gastos apurados em 2014 equivalem a US$ 25.2 por adulto (pessoas >15 anos de idade).

Em Moçambique, a resposta ao HIV e SIDA em 2014 continuou a ser essencialmente apoiada pela ajuda externa, na medida em que as fontes internacionais de financiamento representaram 94.5% do total dos gastos, proporção similar à registada em 2010 e 2011. Os recursos públicos domésticos foram 4.9% (US$ 16.2 milhões) e os privados domésticos cerca de 0.7%, totalizando US$ 2.2 milhões em 2014. O aumento de gastos na resposta nacional ao HIV e SIDA nos últimos quatro anos foi essencialmente devido ao apoio acrescido do Governo dos Estados Unidos da América e do Fundo Global, enquanto o financiamento de outras organizações multilaterais foi reduzido em 7% desde 2010.

Assim, em 2014, a contribuição do Governo dos Estados Unidos da América, de US$ 247 milhões, representou 74.3% do total dos gastos apurados e a do GFATM – Fundo Global de Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária foi a segunda mais importante, atingindo US$ 30.9 milhões, correspondendo a 9.3% do total. As restantes contribuições internacionais derivaram de outros fundos internacionais, que incluem financiamentos bilaterais (governos) no total de US$ 15.5 milhões (4.7%), de outras organizações multilaterais em US$ 11.1 milhões (3.3%), e de organizações não-governamentais internacionais e filantrópicas em US$ 9.7 (2.9%).

Os agentes financeiros e os provedores de serviço são igualmente importantes na resposta nacional ao HIV e SIDA, na medida em que os primeiros decidem que serviços providenciar e os segundos providenciam-nos. Os dados do período em análise mostram que as organizações internacionais de aquisição têm um papel importante na decisão da alocação programática dos recursos, sendo responsáveis por 66% dos gastos. Por outro lado, a prestação de serviços é feita maioritariamente por entidades nacionais, as públicas representam 52% do valor dos gastos, e as privadas 12%.

A análise dos gastos por categorias de Gasto em HIV e SIDA (AIDS Spending Categories) mostra que, em 2014, as prioridades gerais foram os cuidados e tratamento (US$ 116.5 milhões), seguidos do reforço dos sistemas e coordenação de programas (US$ 91.9 milhões), prevenção (US$ 88.8 milhões), e outros (US$ 35.4 milhões). Cada uma destas áreas representou respectivamente 35%, 38%, 27% e 11% dos gastos totais em SIDA de 2014.

Em comparação com 2010, os gastos em cuidados e tratamento aumentaram 18% e os gastos em programas de prevenção 49% em 2014. O maior progresso registou-se nos gastos no reforço dos sistemas e coordenação de programas, que quadruplicou no mesmo período (para mais US$ 66.5 milhões). Entretanto, constata-se uma redução nos gastos em programas de mitigação, tanto em termos absolutos como relativamente ao total de gastos anuais em HIV e SIDA. Os gastos no apoio a crianças órfãs e vulneráveis foram reduzidos em 36% entre 2010 e 2014, atingindo US$ 6.2 milhões em 2014, o que representa apenas 2% dos gastos em HIV e SIDA (5% em 2010).

O aumento dos gastos em prevenção foi essencialmente devido à expansão do programa de circuncisão masculina, financiado pelo Governo dos Estados Unidos, que tendo iniciado em 2010, com US$ 1.6 milhões, atingiu US$ 17.4 milhões em 2014 (20% dos gastos em prevenção). Os gastos com outros programas de prevenção não bio-médica também aumentaram a taxa de 36% no mesmo período, alcançando US$ 31 milhões (35% dos gastos em prevenção) em 2014. Enquanto os gastos em prevenção da transmissão vertical (PTV) se mantiveram em US$ 22.1 milhões (25% dos gastos em prevenção), os gastos em aconselhamento e testagem diminuíram 15% entre 2010 e 2014, representando 12% dos gastos em prevenção de 2014.

De igual modo, os gastos para a prevenção da transmissão sexual representaram 15% dos gastos em HIV e SIDA. Para além do programa de circuncisão masculina, os gastos em prevenção da transmissão sexual incluem a informação, educação e comunicação para mudança de comportamento (US$ 9.3 milhões), o *marketing* social e distribuição de preservativos (US$ 8.6 milhões), assim como a mobilização comunitária (US$ 6.1 milhões). Os gastos em programas de prevenção específicos para popu-

lações de alto risco totalizaram US$ 3.4 milhões, e para jovens inseridos ou não na escola US$ 1.7 milhões, ou seja, respectivamente 7% e 2% dos gastos em prevenção da Transmissão Sexual.

Os gastos em prevenção da transmissão sexual por adulto (pessoas >15 anos de idade) foram US$ 3.8 a nível nacional, sendo US$ 1.6 na região norte, US$ 3.8 na região centro e US$ 6.3 na região sul. Relativamente a isto, o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA para 2015-2019 (PEN IV) estima que seriam necessários US$ 6.5 por adulto para a prevenção da transmissão sexual.

Os dados disponíveis sugerem, comparando 2014 com 2010, um melhor alinhamento entre a alocação dos gastos em prevenção por região e a distribuição regional das novas infecções. Os gastos em prevenção da transmissão sexual aumentaram significativamente na região centro e sul, passando de US$ 4 milhões e US$ 9 milhões em 2010, para US$ 22 milhões em cada região no ano de 2014. Pelo contrário, os gastos para a região norte foram reduzidos de US$ 8 milhões em 2010, para US$ 6 milhões em 2014. Assim, as regiões centro e sul absorveram respectivamente 43% e 44% dos gastos para a prevenção da transmissão vertical e registaram 40% e 41% das novas infecções na população do grupo etário dos 15-49 anos.

Apesar desta melhoria na distribuição regional dos gastos, os investimentos em prevenção da transmissão sexual por província, ainda apresentam variações acentuadas e podem melhorar. Em 2014, as províncias da Zambézia, Cabo Delgado, Inhambane e Manica registaram respectivamente 19%, 8%, 7% e 8% das novas infecções na população acima dos 15 anos de idade, mas beneficiaram somente de 15%, 3%, 4% e 6% dos gastos em prevenção da transmissão sexual. Por outro lado, as províncias de Sofala, Tete e Gaza que contam com 10%, 4% e 13% das novas infecções, consumiram 14%, 8% e 16% dos gastos em prevenção da transmissão sexual. Esta conclusão geral não muda quando se compara esta análise à dimensão da população ou à taxa de incidência.

De uma forma geral, registam-se gastos em áreas programáticas que demonstraram ter um maior impacto na redução da transmissão sexual (ex. circuncisão masculina, tratamento e prevenção em populações de alto risco). No entanto, uma melhor distribuição destes gastos, por população beneficiária e por região, poderia ter um maior impacto no controlo da epidemia. Por exemplo, constata-se que 52% dos gastos alocados para a circuncisão masculina beneficiou rapazes menores de 15 anos de idade. Se estes gastos representam investimentos valiosos a médio prazo, o seu benefício a curto prazo na redução da transmissão sexual é bastante limitado.

Da mesma forma, enquanto se verificou um aumento significativo dos gastos destinados às populações de alto risco até 2014, somente 12% destes gastos foram feitos na região norte. Com apenas US$ 403 mil gastos em populações de alto risco (7% dos gastos em prevenção da transmissão sexual), os gastos na região norte parecem não corresponder aos dados epidemiológicos e comportamentais, nos quais 20% das novas infecções por transmissão sexual na região ocorrem devido ao sexo comercial.

No que se refere aos gastos em prevenção da transmissão vertical, os resultados do estudo demonstram que, apesar de não se ter registado um aumento no volume de gastos entre 2010 e 2014, houve ganhos de eficiência que resultaram de uma melhor alocação regional dos recursos e de economias de escala. Os gastos foram reduzidos na região norte e sul e aumentaram na região centro, que contabilizou 48% dos gastos em PTV (36% em 2010), onde se estima que residam 51% das mulheres grávidas seropositivas que necessitam dos programas de PTV. Como consequência, a região norte que alberga 17% das mulheres grávidas HIV+ viu a proporção dos recursos em PTV reduzir-se de 29% em 2010, para 21% em 2014. Verificaram-se também ganhos derivados de mais eficiência técnica nos programas de PTV com economias de escala e consequente redução dos custos unitários. A nível nacional, os gastos por mulher em PTV decresceram de US$ 956 em 2010, para US$ 233 em 2014, verificando-se ainda fortes variações entre as províncias, sendo de US$ 93 na Cidade de Maputo e US$ 355 na província do Niassa.

Em 2014, os fundos internacionais passaram a representar 97% dos gastos em cuidados e tratamento. Os ARVs e os reagentes laboratoriais, que são essenciais ao TARV, representam 62% dos gastos em cuidados e tratamento, sendo inteiramente financiados pela ajuda externa. Esta realidade realça novamente a excessiva dependência de financiamentos externos na resposta nacional ao HIV e SIDA, especialmente quando o TARV não pode ser interrompido.

O aumento de 18% do financiamento de cuidados e tratamento acima referido, traduz-se positivamente no aumento do número de pessoas que acedem aos serviços de TARV, representando mais do que o dobro no período 2010-2014. Este crescimento indica uma maior eficiência na alocação geográfica e programática e uma maior eficiência na gestão de meios técnicos durante a prestação de serviços. Tal como os gastos em prevenção, os gastos em cuidados e tratamento por região, mostram uma melhor alocação de recursos consoante as necessidades geográficas (contabilizadas a partir do número de PVHIV). Esta melhoria deve-se ao aumento de gastos em tratamento na região centro que, em quatro anos, aumentou 46%, atingindo US$ 46.5 milhões em 2014. Assim, a região beneficiava de 40% dos gastos em cuidados e tratamento, em comparação com 44% na região sul e 16% na região norte.

A desagregação de gastos em cuidados e tratamento, por factores de produção, mostram que o consumo de ARVs e reagentes atingiram mais do que o dobro entre 2010 e 2014, reflectindo o aumento de beneficiários de TARV. Ao contrário, as outras despesas correntes para cuidados e tratamento diminuíram US$ 17.8 milhões, representando 34% dos gastos em cuidados e tratamento em 2014. Este registo indica uma melhor combinação e utilização de factores de produção, que permitiram melhorar as economias de escala e ganhar em eficiência.

Os resultados da MEGAS 2014 registam pela primeira vez gastos noutras áreas programáticas mais elevados do que em prevenção ou em cuidados e tratamento. Estes gastos atingiram US$ 127 milhões e podem ser classificados em duas principais áreas programáticas: a coordenação e reforço dos sistemas (US$ 120.2 milhões) e os serviços sociais (US$ 7.1 milhões).

A maioria dos gastos acima mencionados contribuíram para o reforço de sistemas de saúde e comunitários (US$ 47.8 milhões), nomeadamente na provisão de serviços de prevenção, cuidados e tratamento. Os gastos com estas actividades aumentaram 68% desde 2010, essencialmente com financiamento do Governo dos Estados Unidos, e foram implementadas por entidades privadas internacionais. Outros gastos correspondem à elaboração de informação estratégica (US$ 24.2 milhões) e coordenação da resposta (US$ 15.4 milhões). Adicionalmente, registaram-se gastos para a gestão de programas e de fundos no valor de US$ 28.6 milhões em 2014, valor que quase triplicou o gasto de 2011. A maior parte deste valor (88%) corresponde a gastos de gestão de programas ao nível central.

De uma forma geral, os dados para 2014 tornam evidente que a proporção dos recursos dedicados a actividades de serviços sociais tende a reduzir-se ao longo do tempo, essencialmente devido ao aumento do volume de recursos atribuídos aos cuidados e tratamento e à necessidade de expandir a prevenção. Os gastos para actividades de serviços sociais incluíram serviços de apoio a crianças órfãs e vulneráveis (US$ 6.2 milhões) e serviços de mitigação para PVHIV (US$ 0.9 milhões).

Comparando as categorias principais da MEGAS e os custos estimados para o PEN IV (2015-2019), verifica-se que o valor dos gastos em 2014 está próximo dos gastos estimados para 2015, estando contudo aquém das projecções para 2019. De facto, as estimativas para 2015 são apenas 6% superiores aos gastos registados em 2014, enquanto as estimativas para 2019 correspondem a um aumento em 48% dos gastos de 2014.

Uma análise mais detalhada dos gastos e custos do PEN IV indica que a lacuna financeira prevista até 2019, deve-se essencialmente à expansão do TARV, particularmente ao custo dos ARVs, dos testes laboratoriais e de outros custos necessários para cumprir o tratamento. A lacuna financeira real será ainda mais elevada, considerando que as projecções do PEN IV não têm em conta o novo protocolo de tratamento, no qual o TARV é iniciado mais cedo (CD4/uL <500) e a estratégia é de progressivamente tratar as PVHIV, independentemente do seu nível de CD4. Outra constatação relevante é a discordância no volume dos gastos em apoio aos programas que é proporcionalmente mais elevados em 2014 do que as estimativas para 2015.

Conclusões e Recomendações

Cobrir a lacuna financeira implicará aumentar o nível de recursos disponíveis, mas também continuar a melhorar a eficiência na alocação de recursos por área geográfica e programas, que contribuam para aumentar o seu impacto e privilegiem as populações mais afectadas ou em risco de contrair o HIV. Os actores da resposta ao HIV deverão também melhorar a sua eficiência técnica, através de economias de escala mais amplas ou do desenvolvimento de estratégias para reduzir os gastos unitários, sem prejudicar a qualidade dos serviços.

De forma a diminuir a forte dependência na ajuda externa e garantir a sustentabilidade dos programas de HIV e SIDA em Moçambique, novos mecanismos de financiamento devem ser identificados, incluindo uma maior contribuição do OE.

Para ter um maior impacto nos níveis de incidência, é necessário manter e expandir intervenções que contribuam para a redução da transmissão do HIV, o que leva a melhorar a distribuição geográfica dos gastos em prevenção da transmissão sexual e PTV, alocando mais fundos nas províncias onde mais infecções ocorrem e aumentando os gastos em prevenção, especialmente direccionados para as populações mais vulneráveis ou em risco de contrair o HIV.

Os gastos em TARV e PTV, ao nível dos provedores de serviços comunitários, indicam uma alocação de fundos insuficientes para assegurar a criação de uma maior demanda e retenção de pacientes nos serviços de tratamento. Recomenda-se que actividades comunitárias que possam melhorar os níveis de retenção e aderência ao tratamento sejam reforçadas.

Registou-se uma melhoria na alocação geográfica dos gastos em prevenção e tratamento. No entanto, os serviços poderão tornar-se mais eficientes através de melhorias nas economias de escala, nos programas de circuncisão masculina, na eficiência técnica das formações e, ainda, na redução do nível de gastos em gestão de programas ao nível central.

Os dados da avaliação mostram que a resposta ao HIV e SIDA mobiliza fundos significativos para o reforço de sistemas de saúde e sistemas comunitários. Sendo estes investimentos essenciais para garantir o fornecimento de bens e serviços, a mobilização de outros esquemas de financiamento para o reforço de sistema de saúde poderia ainda adicionar recursos específicos para a necessidade crescente de comprar ARVs e reagentes.

Por fim, a MEGAS registou valores acentuadamente baixos nos gastos em sinergias com o HIV. Considerando a vulnerabilidade das jovens moçambicanas a esta epidemia, é recomendado que se aumentem os recursos para a integração de acções contra o HIV, em programas de educação, protecção e serviços sociais, direitos humanos e género.

1.1. Contexto

O Governo de Moçambique desenvolveu planos de prevenção, tratamento, cuidados e de apoio para reduzir futuras transmissões do HIV e responder à procura cada vez maior de serviços para combater o vírus. Ao longo dos anos, recursos em quantidades substanciais têm sido investidos na prestação desses serviços, e o aumento do financiamento para a prevenção e cuidados superou o orçamento da maior parte dos programas de saúde.

De modo a assegurar uma resposta coordenada e com recursos adequados, é essencial fazer a monitoria dos recursos e despesas alocados para o HIV e SIDA nos diversos sectores. Neste âmbito, Moçambique realizou uma série de exercícios de rastreamento de recursos usados no combate ao HIV para identificar sistematicamente as despesas nos sectores (prevenção, cuidados, apoio e tratamento) e fontes de financiamento.

Em 2005, um estudo piloto de Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS) foi realizado no contexto da monitoria e avaliação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). Na sequência dessa avaliacão, o Governo comprometeu-se a levar a cabo uma MEGAS minuciosa para identificar em pormenor as despesas reais do HIV e SIDA de fontes públicas, internacionais e privadas. Foi então que, em 2008, o CNCS, outros ministérios estratégicos, organizações multilaterais e organizações bilaterais efectuaram uma MEGAS abrangente para identificar as despesas de 2004, 2005 e 2006. Novas medições de gastos foram feitas para o período de 2007-2008 e para o período de 2010-2011, para continuar a fazer a monitoria regular das despesas do HIV e SIDA, tal como planificado na monitoria nacional da resposta onde se avaliaria com precisão o nível de despesas de acordo com as áreas prioritárias, inicialmente com uma periodicidade de dois anos. Na MEGAS 2010-2011, a informação dos gastos foi pela primeira vez desagregada por províncias.

O presente relatório refere-se à MEGAS de 2014, o ano que antecede a vigência do PEN IV.

1.2. Objectivos

O objectivo geral desta MEGAS é contribuir para a avaliação nacional dos gastos relativos ao HIV e SIDA em Moçambique, durante o ano de 2014. Mais especificamente, os objectivos específicos da medição foram:

- Fazer a monitoria dos fundos alocados para o HIV e SIDA, desde a sua origem ao ponto último de prestação de serviços, abrangendo as diferentes fontes de financiamento, sejam elas públicas, privadas ou externas, e os diferentes provedores, beneficiários (grupos-alvo) e factores de produção (insumos);
- Catalisar e facilitar acções que reforcem as capacidades ao nível do país, para identificar eficazmente as despesas relativas ao HIV em 2014;
- Sintetizar os dados numa informação estratégica que facilite a tomada de decisões e a planificação estratégica nacional. Algumas das questões-chave que são cobertas pelo presente estudo da MEGAS são as seguintes:

    Que valores são de facto desembolsados e usados em cada componente da resposta multissectorial do HIV e para intervenções prioritárias do HIV?

    Para onde vão os fundos de combate ao HIV e SIDA - quem são os principais provedores de serviços e os seus beneficiários?

    Qual é a relação entre as despesas alocadas para o SIDA e os objectivos e metas do Plano Estratégico Nacional?

1.3. Abordagem

A avaliação teve como foco a monitoria das despesas nacionais da resposta ao HIV realizadas em 2014. A recolha de dados cobriu as despesas domésticas, externas e privadas, incluindo os fundos canalizados através do governo. A avaliação não cobriu as despesas totais do HIV e SIDA realizadas através de fundos próprios das famílias. Esta medição manteve a metodologia do exercício de 2010 e 2011, de desagregar os dados ao nível provincial, exigindo também visitas para a recolha complementar de dados em algumas províncias.

2.1. Abordagem

A Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS) para a monitoria de recursos é uma metodologia abrangente e sistemática usada para determinar o fluxo de recursos destinados à luta contra o HIV e SIDA. Este instrumento faz a monitoria da despesa real (pública, privada e internacional), quer no sector da saúde, como nos outros sectores (mitigação social, educação, trabalho e justiça) que formam a Resposta Nacional ao HIV e SIDA[1].

Para além de criar um sistema contínuo de informação sobre o financiamento do HIV e SIDA, a MEGAS promove a elaboração de relatórios padronizados com indicadores do progresso para se alcançar a meta da Declaração Política de Nova Yorque (2011).

A MEGAS obedece a um sistema de monitoria das despesas que envolve a recolha sistemática do fluxo de recursos provenientes de diferentes fontes financeiras para os provedores de serviços, através de diversos mecanismos de transacção. A transacção envolve todos os elementos do fluxo financeiro, a transferência de recursos de uma fonte de financiamento para um provedor de serviços que usa esse montante em itens orçamentais para financiar funções e intervenções em benefício de grupos específicos ou da população em geral. A MEGAS usa técnicas verticais descendentes e ascendentes para obter e consolidar informações. A abordagem vertical descendente faz a monitoria das fontes de financiamento a partir dos relatórios dos doadores, relatórios de compromisso e do Orçamento do Estado. A abordagem ascendente faz a monitoria das despesas a partir dos registos dos provedores de serviços, registos ao nível das unidades e contas dos departamentos do governo.

No caso de faltarem dados, são usadas técnicas de determinação de custos para estimar as despesas reais, com base em métodos internacionalmente reconhecidos e padrões usados para medir de forma retroactiva as despesas reais do passado. A definição dos custos dos ingredientes, com base nas saídas, é usada para estimar as despesas directas e partilhadas para a resposta ao HIV e SIDA, sendo que os custos são alocados ao factor de utilização mais apropriado.

Seguindo esta metodologia, a MEGAS usa tabelas e matrizes de dupla entrada para representar a origem e o destino dos recursos, evitando a contabilidade de dupla entrada das despesas através da reconstrução dos fluxos de recursos para todas as transacções do HIV e SIDA.

2.2. Classificações MEGAS

A MEGAS classifica os gastos do HIV e SIDA conforme uma ferramenta padronizada que se baseia em conceitos e nomenclaturas de sectorização, financiamento e produção internacionalmente acordados[2]. Estatísticas oficiais pertinentes podem, assim, ser prontamente usadas, bem como estimativas específicas confrontadas com os padrões internacionais são facilmente integradas num quadro comparativo.

Na MEGAS, os fluxos financeiros e gastos relacionados com a resposta ao HIV e SIDA são organizados em três categorias: Financiamento, Prestação de Serviços, e Consumo. Dentro das três categorias, ainda existem seis sub-categorias que no seu conjunto compõem o quadro do sistema MEGAS:

FINANCIAMENTO

1. **Fontes de Financiamento (FS):** são entidades que providenciam fundos para os agentes financeiros;

2. **Agentes Financeiros (FA):** são entidades que reúnem recursos financeiros para apoiar os programas de prestação de serviços e também tomam decisões relacionadas com o programa;

[1]UNAIDS, 2012: National AIDS Spending Assessment: a notebook on methods, definitions and procured for the measurement of HIV/AIDS financing flows and expenditures at country level.

[2]Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS), Classificações e Definições, UNAIDS/ONUSIDA, 2009.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

3. **Provedores de Serviços (PS):** são entidades que se envolvem activamente na produção, fornecimento e prestação de serviços em HIV e SIDA;

4. **Factores de Produção (PF):** são os insumos utilizados para o fornecimento de bens e serviços;

CONSUMO

5. **Categorias de Gastos em SIDA (ASC):** são as intervenções e actividades relacionadas com o HIV e SIDA proporcionadas aos beneficiários;

6. **Populações Beneficiárias (BP):** são os beneficiários directos das intervenções realizadas.

A MEGAS de 2014 desagregou os gastos por cada uma das onze províncias, incluindo a maioria dos gastos realizados a nível nacional.

2.3. Recolha e Processamento de Dados

2.3.1. A Task-Force MEGAS

A Medição de Gastos em HIV e SIDA foi realizada pela Task-Force MEGAS, o grupo de trabalho que teve a responsabilidade técnica de recolher, processar, registar, rever e validar os dados, assim como de analisá-los e produzir os relatórios.

A Task-Force MEGAS trabalhou sob a supervisão do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). A sua equipa variou durante as diferentes etapas do exercício. No total, chegou a contar com 18 membros, incluindo o CNCS, (4), a ONUSIDA (1), e 13 consultores nacionais (1 consultor sénior, 2 consultores de nível médio e 10 consultores juniores). A maioria dos membros participou na recolha de dados. Um grupo mais restrito de três consultores e um elemento da ONUSIDA realizaram o trabalho de processamento de dados, validação e análise. O relatório foi elaborado por Benjamin Gobet (especialista da ONUSIDA) e Joaquim Durão (consultor).

2.3.2. Harmonização entre a MEGAS e o PEPFAR EA

Com a finalidade de reportar os gastos provenientes do financiamento do Governo dos Estados Unidos da América, a Task-Force MEGAS, em estreita colaboração com o PEPFAR, harmonizou a análise dos gastos reportados pelo PEPFAR Expenditure Analysis (PEPFAR EA) com a da MEGAS.

O PEPFAR EA é um sistema de informação inspirado na MEGAS e nas Contas Nacionais de Saúde (NHA), desenvolvido pelo PEPFAR para analisar os gastos em HIV dos fundos distribuídos aos seus parceiros[3]. O PEPFAR EA foi desenvolvido para apoiar a gestão dos recursos do PEPFAR e facilitar o relatório dos gastos do Governo dos EUA para a MEGAS e as Contas Nacionais de Saúde.

Este foi o segundo exercício de harmonização das duas metodologias, o qual permitiu melhorar o nível e a qualidade da informação dos gastos financiados pelos EUA. Para realizar este trabalho, a Task-Force baseou-se na metodologia desenvolvida pelo escritório da ONUSIDA e o PEPFAR, em Moçambique, para o primeiro exercício de harmonização[4].

[3]PEPFAR, Manual de Expenditure Analysis of PEPFAR Programs in Mozambique, 2012

[4]UNAIDS and PEPFAR, Methodological Note on the joint effort to use PEPFAR Expenditure Analysis

Para harmonizar a MEGAS com o PEPFAR EA, foi necessário:

1. Ajustar o cruzamento entre as classificações da MEGAS e do PEPFAR EA;

2. Reconstruir as transacções financeiras com as classificações MEGAS por cada parceiro de financiamento do PEPFAR, considerando o mecanismo de financiamento, a localização geográfica, a área programática e os factores de produção;

3. Desagregar manualmente os gastos por área programática, usando os dados reportados no PEPFAR EA e os dados programáticos. Este método permitiu melhorar a desagregação dos gastos em diversas áreas: tratamento anti-retroviral, prevenção da transmissão vertical, prevenção para a população geral, cuidados e tratamento na comunidade e programas para crianças órfãs e vulneráveis;

4. Redistribuir manualmente os gastos de gestão de programas e de reforço de sistemas de saúde reportados no PEPFAR EA na MEGAS, tendo em conta os requisitos da classificação MEGAS;

5. Estimar o número de provedores de serviços e das populações beneficiárias como acréscimo ao PEPFAR EA. As estimativas foram feitas com base nos dados programáticos disponíveis e na informação do plano operacional a nível nacional do PEPFAR para 2014[5];

6. Validar os dados reportados pelo PEPFAR EA com outros dados recolhidos pela Task-Force MEGAS, de forma a evitar repetições. Um exercício de validação foi feito com o PEPFAR para assegurar que os gastos reportados na MEGAS reflectem as despesas do financiamento dos EUA.

Mesmo tendo sido feita esta harmonização, os resultados da MEGAS não reflectem exactamente os resultados do PEPFAR EA e os gastos reportados pelo Governo dos EUA. A principal razão para esta divergência é a informação reportada acerca dos medicamentos e reagentes: na MEGAS reporta-se o consumo de medicamentos e reagentes registado pela Central de Medicamentos, enquanto no PEPFAR EA é registado o valor de compra de medicamentos e reagentes durante o ano analisado. Outra diferença resulta do facto da MEGAS não incluir os gastos feitos acima do nível nacional, ou seja, todos os gastos efectuados nos EUA, estimados em US$ 23.6 milhões no ano de 2014.

Em comparação com o primeiro exercício, que cobriu o período de 2010 e 2011, podem notar-se melhorias na desagregação dos gastos por área programática, por factor de produção e por população beneficiária. Também foi melhorada a estimativa dos provedores de serviços, os quais foram identificados com base nos relatórios dos parceiros de implementação durante o PEPFAR EA.

2.3.3. Fontes e Qualidade de Dados

Em colaboração com o CNCS, a equipa de consultores identificou e fez o mapeamento de todas as fontes de financiamento, agentes financeiros, provedores de serviços e categorias de despesas do HIV e SIDA.

A maioria das fontes de dados, com um registo detalhado de despesas, foi identificada a partir das fontes primárias da MEGAS, especialmente do trabalho de harmonização feito entre o MEGAS e o PEPFAR EA. Só se recorreram às fontes secundárias, quando as primárias não estavam disponíveis (ex. despesas das ONGs que receberam financiamento directo dos doadores mas não foram registadas pelo CNCS, relatórios dos doadores ou dados mais detalhados sobre as despesas). As outras técnicas de determinação de custos foram usadas para estimar algumas das despesas das actividades relacionadas com o HIV e SIDA, utilizando as estimativas mais adequadas.

[5](EA) to report to the National AIDS Spending Assessment (NASA), Experience of Mozambique, 2014 PEPFAR, Mozambique Operational Plan Report FY 2013 (January 2014)

A MEGAS de 2014 captou dados de 195 instituições: 125 internacionais, 49 privadas e 20 públicas. Os gastos apurados com base em estimativas, representam apenas 27% dos gastos totais, e 88% dos gastos foram recolhidos numa abordagem "top-down", sendo que o equivalente a 73% dos gastos foi certificado ou ajustado, pelas fontes primárias.

Tabela 1: Entidades incluídas na medição e tipo de informação recolhida e analisada

Quantas entidades estão incluídas no estudo?

Tipos de Entidade	Número de Entidades	% de Entidades
Entidades Internacionais	125	64%
Entidades Privadas	49	25%
Entidades Públicas	20	10%
Outras (MCP)	1	1%
Total	**195**	**100%**

Qual é o nível de certificação dos dados reportados?

Fonte de Informação	% das transacções	% dos Gastos
Certificado pela fonte primária	44%	62%
Ajustada da fonte primária	20%	11%
Estimativas ou imputações	35%	27%
Não disponível	0,2%	0,1%
Comunicações pessoais	0,1%	0,1%
Grande Total	**100%**	**100%**

Como foram captados os dados/gastos?

Recolha de dados	% das transacções	% dos gastos
Bottom up	10%	8%
Top down	88%	88%
Top down e Bottom up	3%	4%
Grande Total	**100%**	**100%**

Que tipo de dados/gastos foram recolhidos?

Tipo de Dados	% das transacções	% dos gastos
Orçamentos	0%	0%
Estimativas (PxQ)	36%	26%
Gastos reportados	64%	74%
Grande Total	**100%**	**100%**

O Anexo 2 contém a lista das instituições visitadas para recolher os dados sobre as despesas do HIV e SIDA e a situação dos dados recolhidos. As instituições foram agrupadas nas seguintes categorias: Públicas, Privadas, e Externas. As despesas privadas incluíram apenas o pagamento de fontes individuais dos serviços ou medicamentos, bem como de despesas das corporações.

2.3.4. Recolha de Dados

Uma primeira revisão documental dos principais relatórios orçamentais e de despesas institucionais relativas a 2014, foi realizada logo no início do exercício. Esta revisão foi acompanhada por um período de sete meses de recolha de dados que decorreu desde Junho de 2015 a Dezembro de 2016.

Os formulários de recolha de dados da MEGAS foram adaptados aos diferentes tipos de entidades entrevistadas, incluindo agências bilaterais/multilaterais, sector público e organizações da sociedade civil. O CNCS enviou aos vários ministérios, ONGs, empresas e organizações bilaterais/multilaterais, cartas de apresentação da MEGAS e solicitações dos dados necessários, anexando um exemplar do formulário de recolha de dados. Posteriormente, a Task-Force disponibilizou a versão electrónica do formulário.

Tabela 2: Etapas da MEGAS - 2014

Actividades	Período
Lançamento oficial e formação da Task-force	Junho
Recolha de dados ao nível central	Julho/Novembro
Deslocação às províncias (Tete, Nampula, Sofala, Cabo Delgado)	Novembro
Processamento dos dados	Julho/Novembro
Entrada dos dados no Resource Tracking Tool	Dezembro/Janeiro
Limpeza de dados	Fevereiro
Análises preliminares e validação de dados	Fevereiro/Março
Elaboração de relatório	Abril/Maio

Para complementar os dados recolhidos ao nível central, foram organizadas visitas a quatro províncias consideradas relevantes para identificar gastos adicionais que não seriam reportados naquele nível. Foram visitadas as províncias de Tete, Sofala, Nampula e Cabo-Delgado. Os dados recolhidos ao nível central foram na sua totalidade desagregados por província.

Considerando a importância da quantidade de dados de algumas organizações (ex. UNICEF, PAM, FNUAP, FDC) a sua recolha foi feita em formatos disponíveis nos sistemas das organizações e transferidos para o formato e classificação da MEGAS. Exercícios de validação seguiram cada uma destas etapas. Os recursos financiados pelo PEPFAR foram reportados, usando uma metodologia específica conforme descrito na secção 3.3.2.

2.3.5. Processamento de Dados

Os dados sobre despesas foram primeiro lançados em folhas de cálculo Excel®, verificados e balanceados. Todas as informações obtidas foram verificadas com a maior profundidade possível, de forma a assegurar a validade dos dados dos registos das fontes, agentes e provedores e também para evitar a duplicação da contagem. Os dados foram então transferidos para a MEGAS RTT - Resource Tracking Tool, um *software* de monitoria de recursos desenvolvido para facilitar o processamento de dados da MEGAS. O instrumento orienta o registo, passo-a-passo, e inclui processos de verificação da conformidade das classificações e dos totais, o que facilita a monitoria do processo de comparação de dados entre os vários eixos de classificação. As bases de dados resultantes do RTT foram então exportadas para Excel® com o intento de produzir tabelas e gráficos para análise.

2.4. Estimativas

A metodologia MEGAS permite a desagregação dos dados para tornar facilmente visíveis as despesas dos provedores de serviços por funções e identificar as categorias de beneficiários que recebem os serviços. Todavia, para alguns serviços, nomeadamente na saúde, os dados disponíveis não permitem saber directamente qual o gasto realizado, tendo havido a necessidade de fazer estimativas.

Os gastos em tratamento anti-retroviral (salários dos funcionários e ARVs), prevenção da transmissão vertical (salários dos funcionários e ARVs), análises laboratoriais (salários dos funcionários e reagentes), aconselhamento e testagem (salários dos funcionários e reagentes), tratamento de ITS (salários dos funcionários e consumo de medicamentos), cadeia de abastecimento central (salários e despesas operacionais) e preservativos foram estimados. As estimativas tiveram como base a determinação de preços unitários dos serviços e o número de serviços prestados (beneficiários).

No caso dos salários do tratamento anti-retroviral, foram introduzidas, em 2014, alterações aos processos usados nas medições dos anos anteriores, tendo como objectivo melhorar o alinhamento com as metodologias elaboradas mais recentemente para preparar as projecções de custos, principalmente as do PEN IV. Esta abordagem considera a expansão dos cuidados e tratamento, com a participação de unidades sanitárias mais periféricas e o consequente "task shifting" do médico para as demais categorias profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros e os Técnicos de Medicina. Também foram, pela primeira vez, valorizados separadamente os casos pediátricos e dos adultos.

A Tabela 3 mostra a distribuição média do tempo profissional envolvido na prestação de serviços de tratamento anti-retroviral para cada encontro, pelas diferentes categorias profissionais.

Tabela 3: Estimativas sobre o gasto salarial por paciente em TARV - 2014

TARV Pediátrico

Tipo de pessoal	Percentagem (%) tratado por	Minutos	Tempo distribuído	US$ / minuto
Médico generalista	40	10	4	0,211
Técnicos de medicina	60	10	6	0,054
Enfermeiro	0	5	0	0,042
Técnicos farmacêuticos	100	5	5	0,047
Conselheiros leigos	100	120	120	0,000
Custo médio de pediatria				**1,402**

TARV Adulto

Tipo de pessoal	Percentagem (%) tratado por	Minutos	Tempo distribuído	US$ / minuto
Médico generalista	15	10	1,5	0,211
Técnicos de medicina	65	10	6,5	0,054
Enfermeiro	20	8	1,6	0,042
Técnicos farmacêuticos	100	2	2	0,047
Conselheiros leigos	100	120	120	0,000
Custo médio de adulto				**0,830**

Nas estimativas, a contribuição de doadores específicos para os diferentes programas de combate ao HIV foi proporcionalmente igual à contribuição no total dos gastos realizados no período e para essa despesa específica.

Na maioria dos ministérios sectoriais registou-se uma falta de informação sobre despesas em HIV e SIDA. Portanto, é difícil tirar conclusões sólidas sobre os fluxos financeiros do HIV e SIDA em determinados sectores. Todavia, na base das informações fornecidas pelas fontes de financiamento e provedores de serviços, o estudo procura reconstruir algumas despesas sectoriais em HIV e SIDA.

O fundo comum (PROSAUDE do MISAU) foi tratado como “Esquema de Financiamento”.

Foi usada a taxa de câmbios do final do ano para o Dólar Americano e Metical no ano do estudo (31.50 MZN).

2.5. Melhoria na Qualidade dos Dados

Um dos objectivos dos exercícios da MEGAS é melhorar gradualmente a qualidade dos dados e, consequentemente, a informação utilizada em cada novo exercício.

No exercício de 2014, o quinto realizado, foi possível recolher e reportar os gastos da organização Santo Egídio (Projecto DREAM), das empresas Vale - Moçambique e Mozambique Leaf Tobacco, assim como as despesas dos agregados familiares em preservativos. Foi também possível obter dados para estimar os gastos da distribuição pública de preservativos.

Paralelamente, foi melhorada a desagregação dos dados de gastos do Governo Americano, tanto por área programática (desagregação até ao terceiro dígito) como pelos factores de produção e provedores de serviços. Os dados assim desagregados foram cruzados com outros dados disponíveis, nomeadamente os programáticos, para a sua validação.

Relativamente aos gastos no sector da saúde, registou-se uma melhoria e uniformidade nas estimativas de gastos do OE e do PROSAUDE em salários do sector público.

Importa notar que em 2014, foi possível pela primeira vez fazer a desagregação total dos gastos por província.

O exercício de 2014 é também o primeiro em que análises dos gastos por factor de produção, podem desenvolver-se com alguma segurança devido à possibilidade de se lidar com informação mais desagregada.

2.6. Limitações da Avaliação

Apesar das melhorias mencionadas anteriormente, a monitoria dos gastos em HIV e SIDA teve algumas limitações, sendo as principais:

Falta de dados:

- Algumas organizações (públicas e privadas) não reportaram dados;
- Faltam estudos sobre os gastos dos agregados familiares;
- A medicina tradicional não foi incluída;
- A compra e distribuição de preservativos financiados, por agregado familiar, apenas inclui o “Jeito”;
- Os gastos de coordenação provincial dos programas de HIV financiados pelo governo e implementados pelo Ministério da Saúde não foram recolhidos.

Qualidade dos dados e abrangência dos gastos:

- Alguns dados foram reportados de forma agregada (essencialmente para os factores de produção);
- Uma parte importante dos gastos foi obtida somente de “cima para baixo” (top down), não se podendo validar a despesa real dos gastos ao nível do provedor;
- Verificou-se a fraca qualidade dos dados programáticos sobre a distribuição de preservativos;
- Alguns gastos reportados ao nível central como a gestão dos programas, poderiam ter sido desagregados por área programática;
- Parte importante dos gastos em populações beneficiárias de programas de comunicação e mudança de comportamento não está desagregada por idade ou por sexo;
- Não foi possível desagregar o consumo de ARVs da primeira e da segunda linha de tratamento.

Atrasos na implementação do estudo:

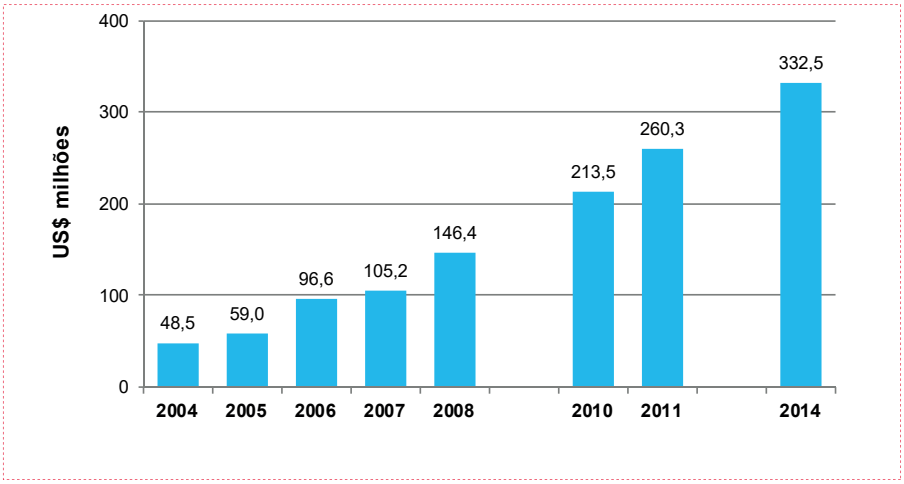
- Falta de respeito pelos prazos e calendários estabelecidos;
- As cartas com autorizações foram enviadas demasiado tarde.

3.1. Tendência dos Gastos em HIV e SIDA

O Governo de Moçambique introduziu iniciativas abrangentes de prevenção, tratamento, cuidados e apoio, de forma a reduzir a transmissão do HIV e satisfazer a demanda de serviços de HIV. Os recursos investidos na prevenção, tratamento e cuidados relacionados com o HIV e SIDA continuaram a ultrapassar, neste período, o financiamento da maior parte dos outros programas de saúde pública.

A medição dos gastos realizados em 2014 com HIV e SIDA em Moçambique, indica que se atingiu um novo recorde, de US$ 332.5 milhões, praticamente sete vezes mais do que a despesa de 2004, conforme mostra a Figura 1. O gasto de 2014 corresponde a um crescimento de 28% sobre o montante apurado para 2011.

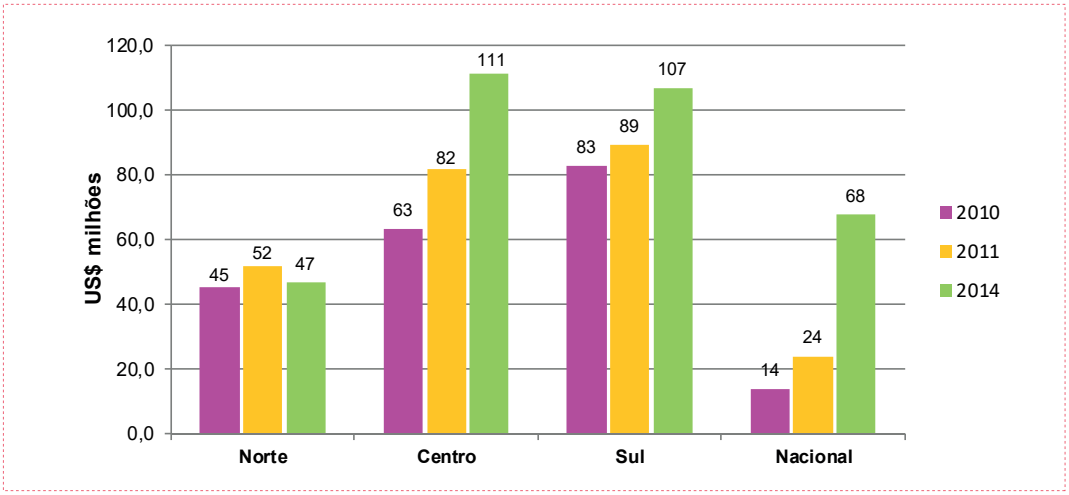
Figura 1: Gastos totais em HIV e SIDA (2004-2014)



Fonte: MEGAS (2007), MEGAS (2009, MEGAS (2014)

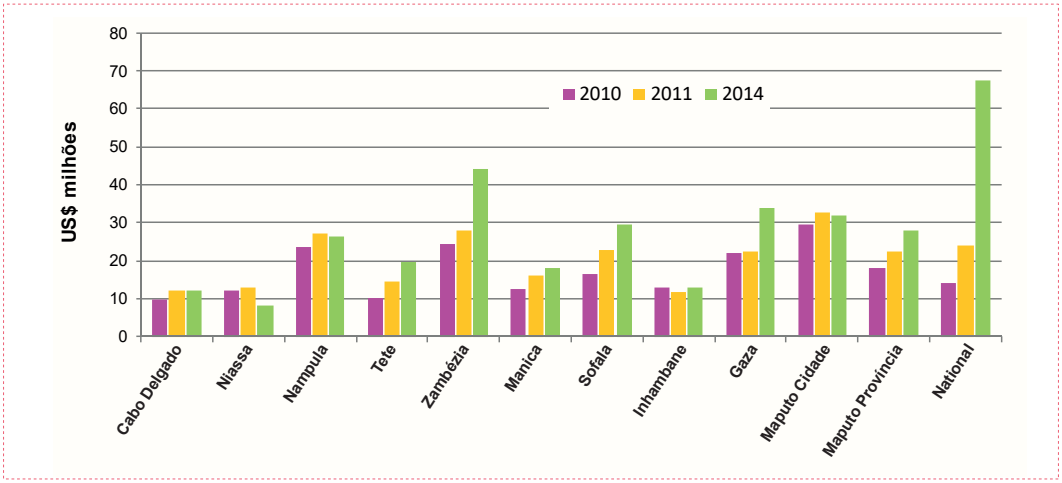
A informação obtida permite avaliar com melhor precisão, a distribuição territorial dos gastos com o HIV e SIDA. Em 2014, a maioria dos gastos foi realizada na região centro (33%), seguida da região sul (32%) e da região norte (14%). Os restantes gastos (20%) foram realizados ao nível nacional (central). Em comparação com 2010, os recursos na zona norte quase não cresceram, tendo aumentado significativamente nas regiões centro e sul do país. Os gastos nacionais registaram um crescimento acentuado no mesmo período.

Figura 2: Gastos totais em HIV e SIDA por região - 2014



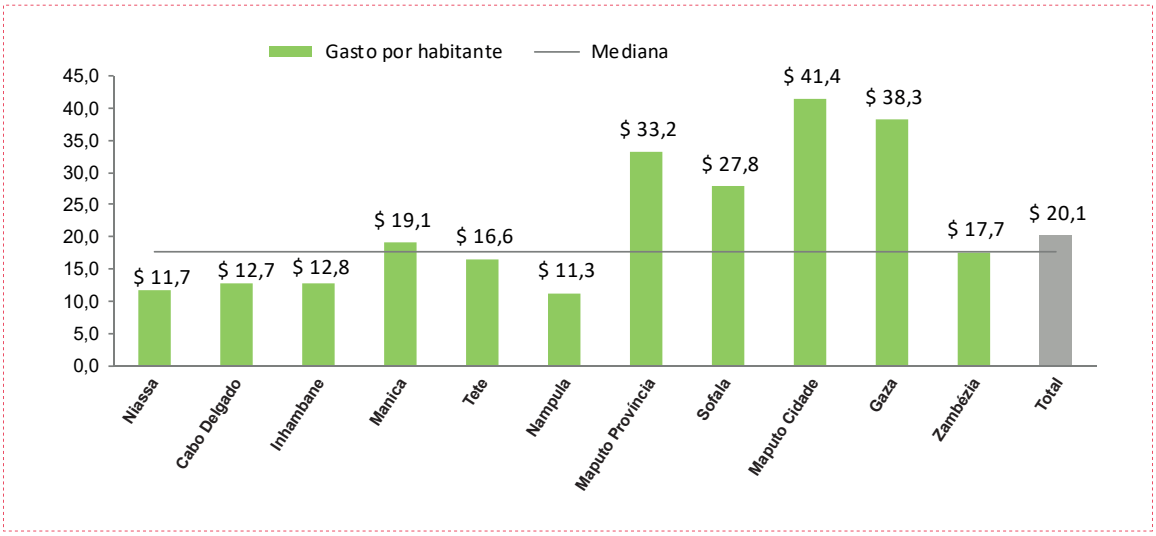
Como mostra a Figura 3, em comparação com 2011, os gastos em HIV e SIDA diminuíram nas províncias do Niassa e Nampula, representando respectivamente 2% e 8% do gasto total em 2014. Em todas as demais províncias, os gastos aumentaram comparativamente a 2011, sendo de realçar um crescimento nas províncias da Zambézia e Gaza, representando 13% e 10% do gasto total de 2014.

Figura 3: **Distribuição dos gastos em HIV por província (milhões US$)**



Dado que, para o exercício de 2014, foi possível desagregar todos os gastos por província, a comparação da despesa *per-capita* provincial, considerada a população acima dos 15 anos, é representada na Figura 4. A média nacional situou-se em US$ 25.2, com uma mediana de US$ 17.7, que corresponde ao gasto da província da Zambézia. As províncias do sul e centro são as que realizaram gastos iguais ou superiores à mediana.

Figura 4: **Gastos por habitante e província - 2014 (US$)**



3.2. Fluxos Financeiros e Modalidades de Financiamento

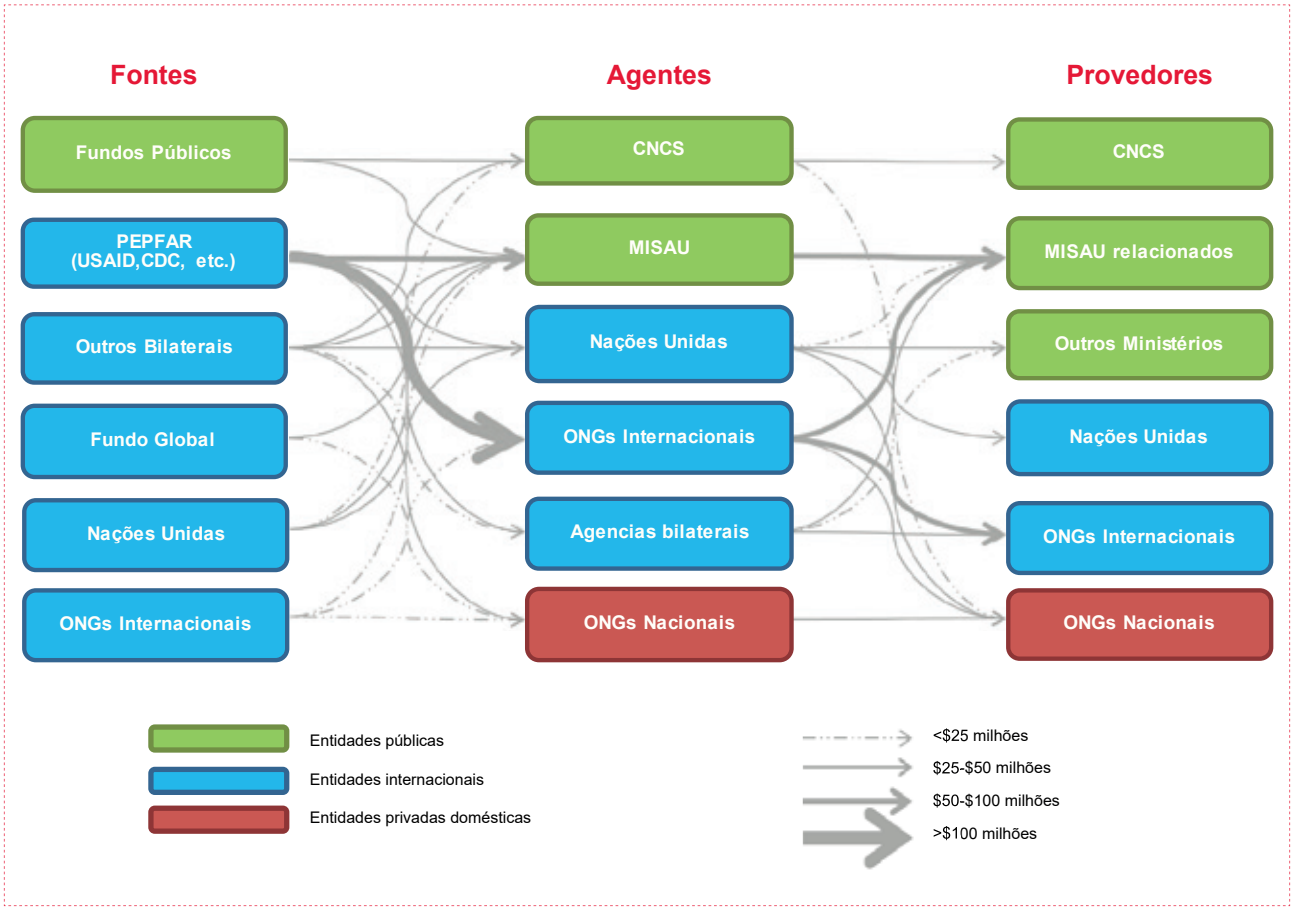
3.2.1. Fluxos Financeiros: das Fontes aos Provedores de Serviços

Tal como referido no capítulo sobre a metodologia, as entidades que intervêm na resposta nacional ao HIV e SIDA são classificadas de acordo com a natureza da sua intervenção como fontes de financiamento, agentes financeiros ou provedores de serviços, podendo a mesma entidade realizar os três papéis. As fontes de financiamento são entidades que disponibilizam fundos aos agentes financeiros para serem utilizados ou distribuídos. Os agentes financeiros são entidades importantes na resposta nacional ao HIV, pois agregam os fundos recolhidos de uma ou diferentes fontes de financiamento e transferem-nos aos provedores para comprar ou pagar serviços de cuidados de saúde ou outros serviços ou bens que permitem lidar com as actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Neste sentido, os Provedores de Serviços de Combate ao HIV e SIDA são entidades ou pessoas que se envolvem directamente na produção, provisão e prestação de serviços em troca de um pagamento.

A relação entre as entidades que fazem as transacções realizadas em 2014, pode ser esquematicamente representada conforme a Figura 5, usando as classificações gerais da MEGAS.

Como se pode observar, a arquitectura financeira é complexa, com vários níveis de intermediação e uma combinação de contribuições financeiras directas, financiamento para um fundo comum, apoio a entidades públicas ou privadas, a nível central ou decentralizado, e ainda a implementação directa de programas por OSCs ou por parceiros de implementação. As associações ou organizações da sociedade civil mobilizam recursos através do Orçamento do Estado (ministérios, governos locais), das organizações multilaterais e bilaterais ou ainda de outras ONGs. Os dois fluxos mais importantes são aqueles que se relacionam com o financiamento do PEPFAR e o Fundo Global, representando juntos 83.6% dos gastos em HIV e SIDA em Moçambique, no exercício de 2014.

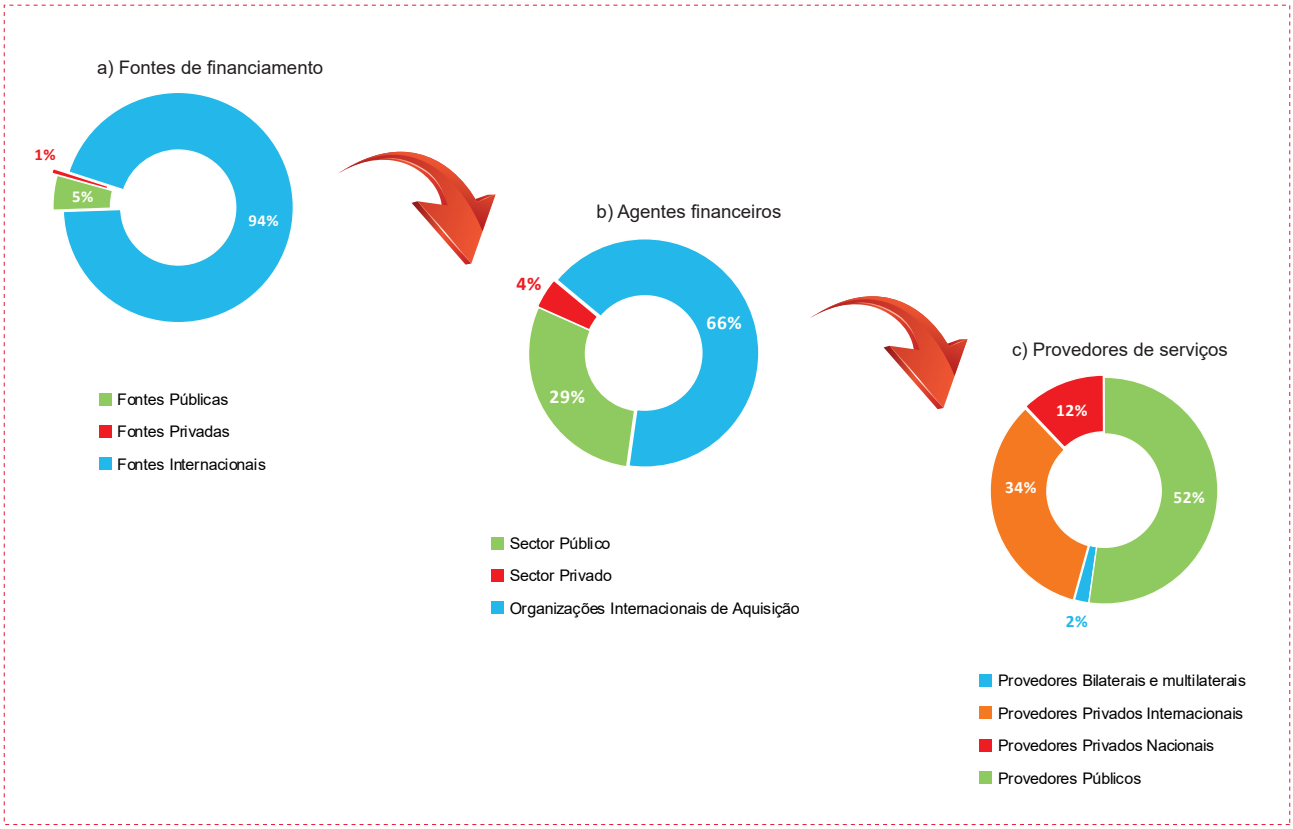
Figura 5: Principais fluxos de financiamento da resposta ao HIV - 2014



Tanto os financiadores como os agentes e os provedores podem ser entidades públicas, privadas ou internacionais. Perceber o fluxo dos recursos entre estas diferentes entidades e a distribuição dos recursos desde as fontes de financiamento aos provedores de serviços, passando pelos agentes financeiros, é importante para influenciar a alocação de fundos correspondentes às prioridades definidas no futuro.

Estes fluxos são traduzidos nos valores apurados como gastos - base da análise. Conforme mostra a Figura 6, se a maioria dos gastos em HIV e SIDA tem por fonte a ajuda internacional (95%), mais de metade (52%) são realizados por entidades públicas nacionais. O mesmo gráfico mostra ainda evidências de que as organizações internacionais de aquisição, na qualidade de agentes, têm um papel importante na decisão da alocação programática dos recursos, na medida em que são responsáveis por 66% dos gastos em 2014.

Figura 6: Fluxo de fundos da resposta nacional – distribuído por sector em 2014



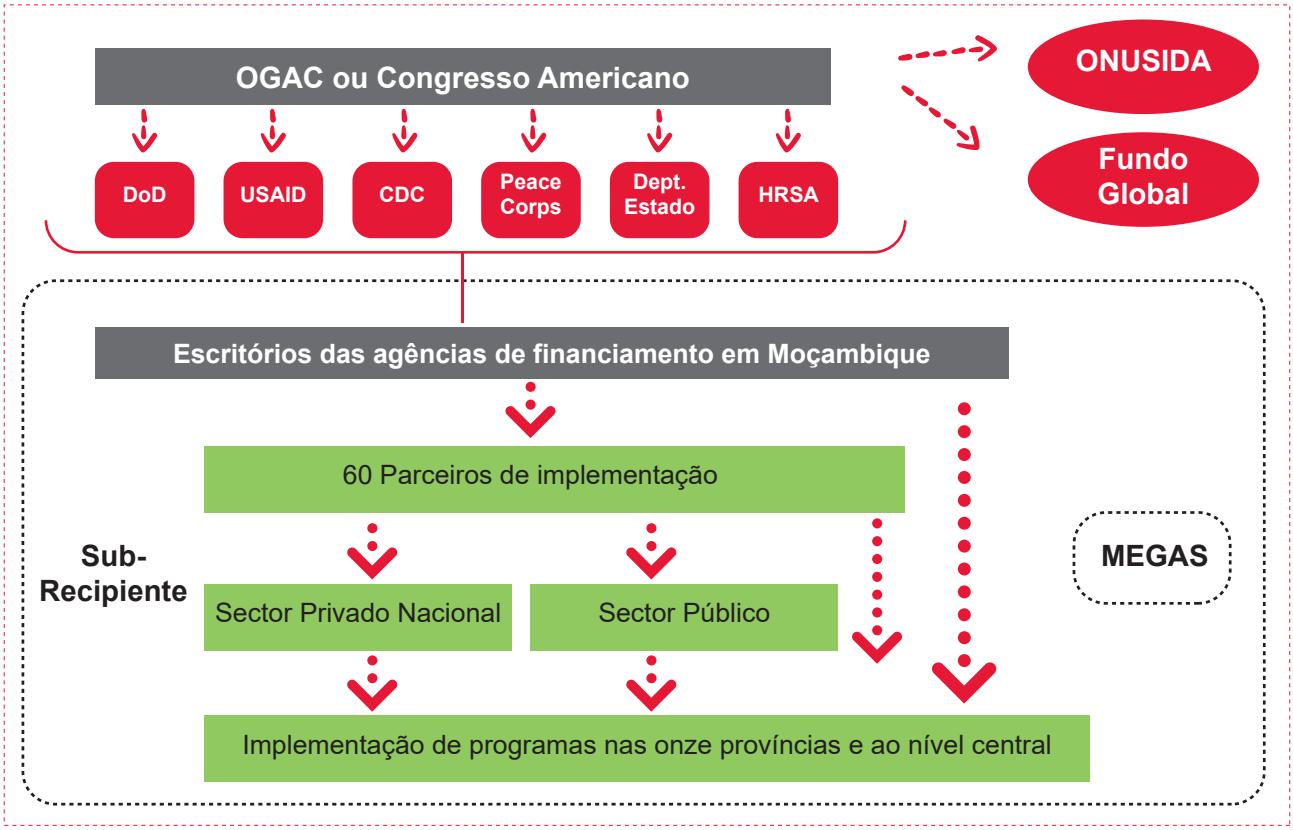
Os desembolsos do PEPFAR correspondem ao apoio directo aos programas. Os fundos são inicialmente canalizados para as agências americanas, que depois procedem à sua distribuição para os 60 parceiros de implementação. Dos recursos distribuídos aos agentes de implementação, a maioria (77%) foram para entidades internacionais, incluindo as ONGs internacionais e organizações lucrativas internacionais que receberam 66% dos recursos do PEPFAR. Adicionalmente, 21% dos recursos foram para agentes do sector público em 2014, bastante acima dos 10% em 2011. Estes parceiros de implementação, por sua vez, realocaram recursos para os provedores de serviços[6]. O sector da saúde foi o principal beneficiário final dos gastos em HIV e SIDA, totalizando 51% dos gastos (47% para hospitais e US). Outros receptores incluem as organizações da sociedade civil moçambicana (9%) e empresas moçambicanas com fins lucrativos (2%). Os restantes gastos foram directamente realizados por ONGs internacionais (26%) e outras entidades internacionais com fins lucrativos (11%).

O financiamento do Fundo Global para HIV, TB e Malária representa o segundo maior mecanismo de financiamento da resposta ao HIV em Moçambique. Em 2014, os principais receptores foram o Ministério da Saúde e

[6]A metodologia MEGAS considera como Provedor de Serviços a entidade que fornece os bens e serviços. No caso dos fundos com origem no PEPFAR, parte das despesas são pagas a nível do parceiro de implementação (ex. salário de médicos), mas o serviço é feito dentro da Unidade Sanitária ou Hospital. Assim, a US é considerada como o Provedor de Serviços.

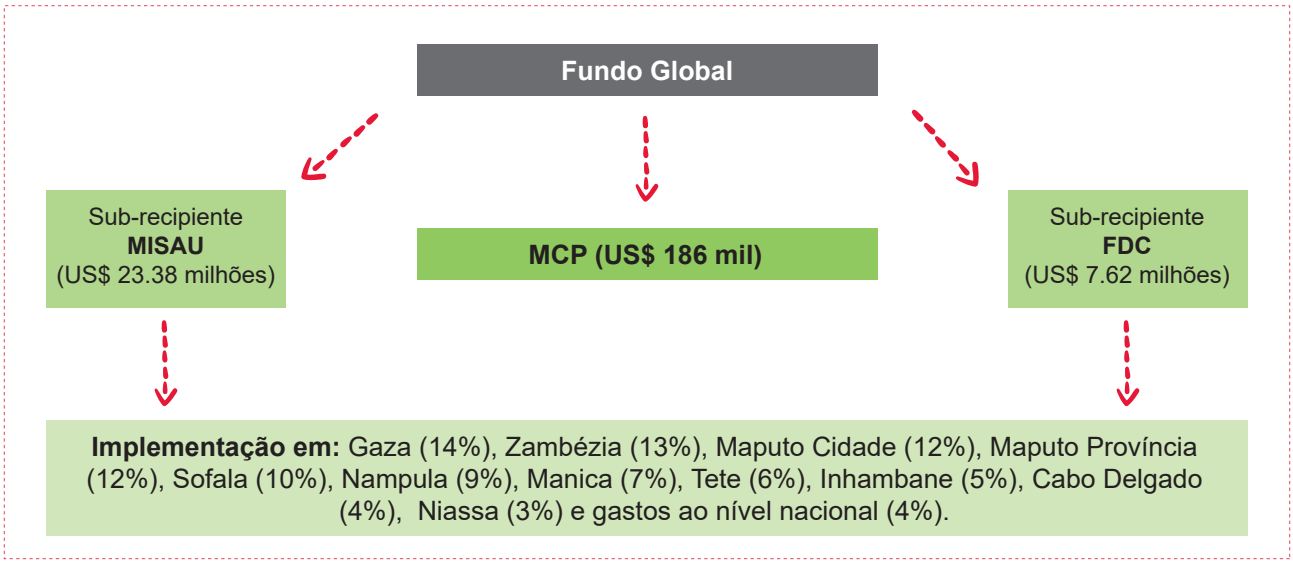
a FDC – Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, que geriram os fundos distribuídos para HIV e SIDA em Moçambique pelo GFATM. O MCP consumiu também recursos, embora em montantes muito baixos. Em 2014, 75% dos recursos alocados para o país foram entregues ao MISAU, tendo a FDC recebido 24.5%. O MISAU geriu directamente os fundos alocados, ainda que a nível provincial e das unidades sanitárias. A FDC, para além de gerir directamente parte dos fundos, transfere fundos para sub-receptores, que operam nas diferentes províncias do país.

Figura 7: **Fluxos de financiamento do PEPFAR em Moçambique - 2014**



Nota: A secção dentro das linhas a tracejado representa os fluxos capturados na MEGAS.
Fonte: MEGAS, EA, Ooman et Al (2007), e Victoria Fan et al (2013)

Figura 8: **Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique - 2014**



No sector da saúde, há um mecanismo de financiamento agregado de dimensão sectorial (PROSAUDE), cuja principal vantagem é a gestão directa do MISAU. Em 2014, as contribuições externas para o PROSAUDE atingiram os US$ 83.6 milhões. Os principais contribuintes, em mais de US$ 10 milhões, foram o Governo do Canadá, seguido do Governo da Irlanda, do Reino Unido e da Holanda.

A utilização dos recursos do PROSAUDE são da responsabilidade do MISAU, que os alocou para o pagamento de salários, bens e serviços, na provisão de serviços de saúde relacionados com a resposta ao HIV e SIDA. Nas estimativas dos gastos feitos na saúde, o PROSAUDE foi tratado como um "mecanismos de financiamento" que não realocou os gastos às entidades que contribuíram para o seu financiamento.

Tabela 4: Resumo dos desembolsos externos para o PROSAUDE - 2010, 2011 e 2014 (US$)

Financiadores	2010	2011	2014
Bélgica	2 739 398	2 644 170	
Canadá	8 698 173	9 331 260	31 508 271
Catalunha	671 652		
Comissão Europeia	8 265 475	7 932 510	
Reino Unido	11 335 800	10 899 000	11 132 143
Dinamarca	6 584 469	7 077 741	5 143 945
Espanha	4 082 251	3 966 255	1 342 300
Finlândia	4 898 565		
França	4 082 251		
Holanda	9 525 253	9 254 595	10 738 400
Irlanda	18 490 938	17 848 147	16 107 570
Itália	1 088 600	1 057 668	671 150
Suíça	3 543 124	5 136 612	6 050 419
FNUAP	500 000	500 000	350 000
UNICEF	1 200 000	1 200 000	600 000
Total	**85 705 949**	**76 847 958**	**83 644 198**

Tabela 5: Gastos em fundos públicos por provedor

Gasto OE	2010	2011	2014
Saúde	8.011	10.635	10.125
CNCS	1.919	2.580	4.358
Estado - Outros	46	52	124
ONGS	**53**	**5**	**1.455**

(milhares - US$)

Os recursos públicos domésticos, excluindo as contribuições dos CFM, fundos disponibilizados através do Orçamento do Estado, obedecem aos procedimentos legais instituídos para a administração financeira do Estado. Estes recursos públicos foram, em 2014, maioritariamente gastos pelo sector da saúde (US$ 10.1 milhões), seguidos pelo CNCS (US$ 4.4 milhões). As organizações da sociedade civil absorveram cerca de US$ 1,5 milhões no mesmo ano.

Nas secções seguintes, os elementos destes fluxos são analisados em detalhe, tendo em conta o seu papel na resposta ao HIV e SIDA para 2014 e em comparação com anos anteriores, sempre que oportuno.

3.2.2. Fontes de Financiamento

Ao longo dos anos, os mecanismos de financiamento da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique têm evoluído. Esta secção apresenta uma descrição do portfólio dos mecanismos de financiamento existentes em Moçambique até 2014.

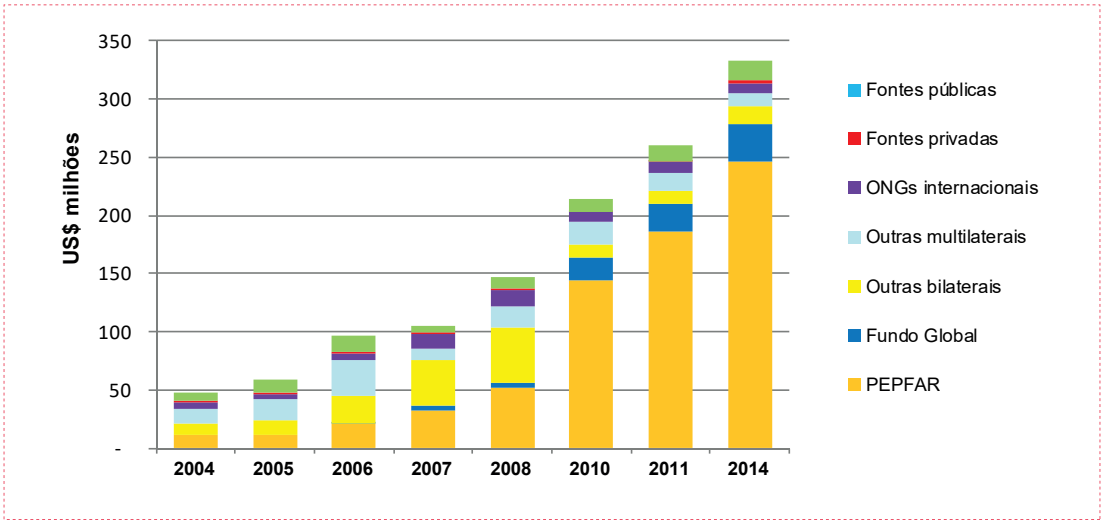
Tabela 6: Gastos em HIV e SIDA por fonte de financiamento - 2014

Fontes de Financiamento	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
FS.01 Fontes públicas	10 144 596	4,8%	13 410 509	5,2%	16 197 217	4,9%
FS.02 Fontes privadas	235 048	0,1%	229 775	0,1%	2 239 452	0,7%
FS.03 Fontes internacionais	203 113 942	95,1%	246 656 411	94,8%	314 066 363	94,5%
Total	213 493 586	100,0%	260 296 695	100,0%	332 503 032	100,0%

Em 2014, as fontes de financiamento externo foram responsáveis por 94% das despesas nacionais no combate ao HIV e SIDA, os fundos públicos por 5%, e as fontes privadas de financiamento por 1%, tal como mostra a Tabela 6. É fundamental notar que as fontes privadas incluem despesas de entidades privadas e uma pequena fracção dos gastos realizados pelos agregados familiares e PVHIV.

O gráfico na Figura 9 mostra a evolução das fontes de financiamento dos gastos em HIV e SIDA ao longo dos anos, conforme as medições feitas, e indica claramente o papel preponderante do financiamento das fontes internacionais na resposta nacional. Importa mencionar que os anos omitidos correspondem aos anos em que não foram realizadas medições de gastos.

Figura 9: Evolução do financiamento dos gastos em HIV e SIDA



Fonte: MEGAS 2004-2006 (2007), MEGAS 2007&2008 (2009), MEGAS 2010&2011 (2014), MEGAS 2014 (2016)

3.2.2.1. Fontes de Financiamento Público

O Orçamento do Estado (OE) é uma importante fonte de financiamento à resposta do sector da saúde ao HIV e SIDA. A contribuição do Governo para as despesas totais na saúde tem aumentado continuamente nos últimos anos. Em 2014, o volume dos recursos públicos domésticos destinados ao HIV e SIDA situou-se ligeiramente acima dos US$16 milhões, tendo aumentado 60,2% em comparação com 2010. Contudo, a proporção dos gastos em HIV financiados pelo OE viu-se reduzida de 5,1% das despesas totais em 2011, para 4.9% em 2014, proporção semelhante à alcançada em 2010.

3.2.2.2. Fontes de Financiamento Privado

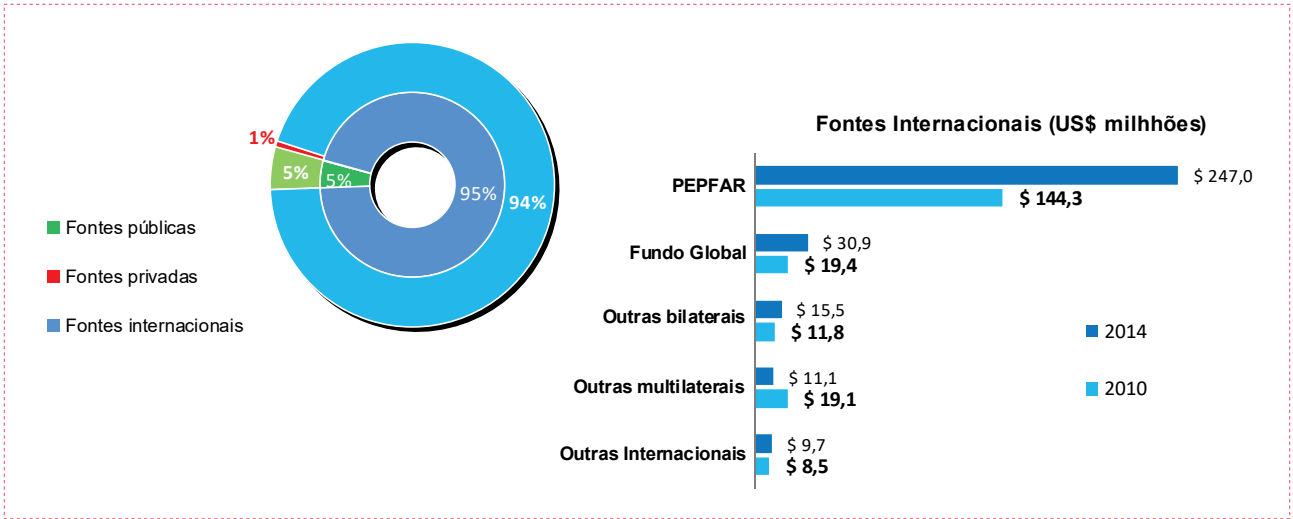
Os gastos provenientes do financiamento privado no combate ao HIV e SIDA atingiram os US$ 2,2 milhões em 2014, em comparação com cerca de US$ 230 mil, respectivamente em 2010 e 2011. Os gastos suportados pelas famílias em 2014, representando 77% das fontes privadas, são os principais responsáveis pelo crescimento verificado. Apesar disto, deve referir-se que a MEGAS não recolheu a totalidade dos gastos dos agregados familiares e das PVHIV na prevenção, cuidado e tratamento ou outras despesas relacionadas com o HIV e SIDA.

Estão incluídas na avaliação, as instituições com fins lucrativos e outras entidades privadas que reportaram dados para o período analisado. As mais importantes foram a Associação AGIR, TEBA e a Mozambique Leaf Tobacco. Apesar de terem sido várias vezes solicitadas, as grandes empresas envolvidas na indústria extractiva, com excepção da Vale, não responderam à solicitação de dados, estando portanto excluídas deste estudo.

3.2.2.3. Fontes de Financiamento Internacional

O aumento dos fundos atribuídos aos programas de HIV e SIDA em Moçambique só foi possível com um aumento sem precedentes dos recursos externos, que permitiram atingir em 2014, quase sete vezes os valores investidos em 2004, tendo registado um aumento de 27% entre 2011 e 2014.

Figura 10: Distribuição dos gastos em HIV e SIDA por fonte de financiamento internacional – 2010 e 2014



Nota: O círculo interior refere-se aos gastos em 2010 e o círculo exterior aos gastos em 2014

Assim, à semelhança de muitos países em desenvolvimento e altamente afectados pelo HIV, a resposta nacional de Moçambique à pandemia é, em grande medida, sustentada pela ajuda externa proveniente das agências bilaterais, organizações internacionais e multilaterais, em conjunto com o apoio de ONGs internacionais e filantrópicas.

Como a figura acima ilustra, em 2014 a maior contribuição foi do Governo dos Estados Unidos da América

com um total de US$ 247 milhões, cerca de 74% do total dos gastos apurados na resposta nacional ao HIV e SIDA. A segunda contribuição mais importante veio do Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária que totalizou US$ 30.9 milhões, correspondendo a 9.3% do total. Os Outros Fundos Bilaterais, que incluem outros financiamentos bilaterais (governos), contribuíram com US$ 15.5 milhões (4.7%) e as outras organizações multilaterais, que incluem as agências das Nações Unidas, contribuíram com US$ 11.1 milhões (3.3%). Todas as Outras Internacionais, que incluem organizações não lucrativas e filantrópicas internacionais, contribuíram com US$ 9.7 milhões (2.9%). Os detalhes das fontes de financiamento internacionais é descrito na Tabela 7.

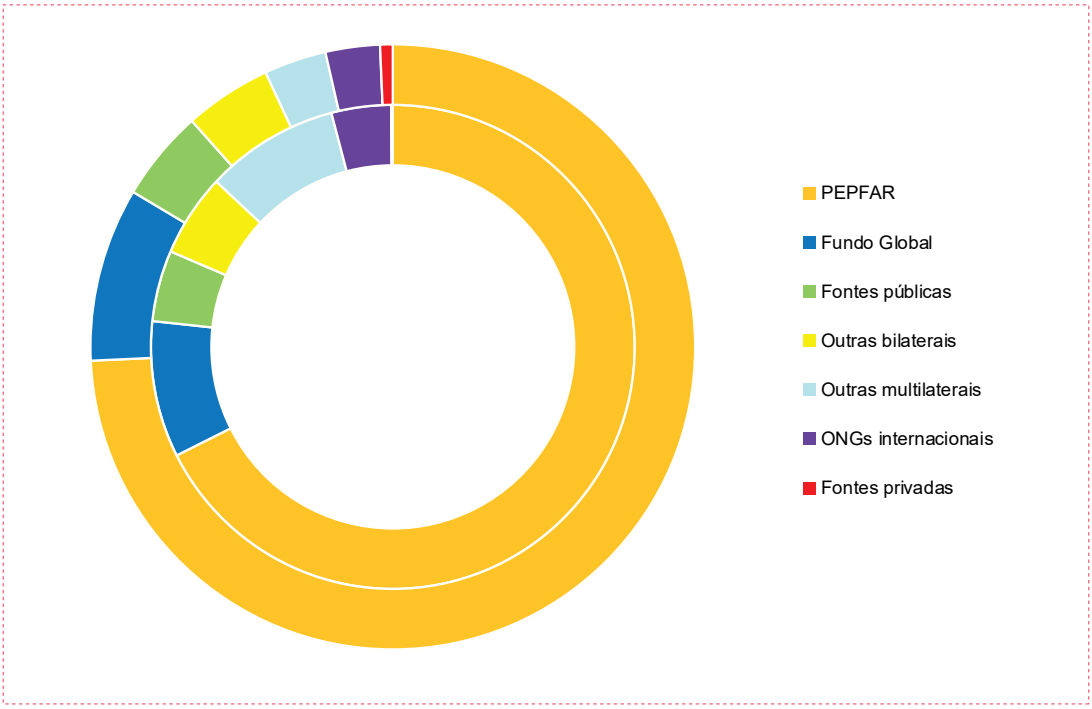
Tabela 7: Despesas em HIV por fonte de financiamento internacional

Fontes de Financiamento	US$	%
FS.03 Fundos Internacionais	**314 066 363**	**100,00%**
FS.03.01 Contribuições bilaterais directas	262 454 305	83,57%
FS.03.01.03 Governo da Bélgica	1 723 208	0,55%
FS.03.01.04 Governo do Canadá	1 455 654	0,46%
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca	61 612	0,02%
FS.03.01.07 Governo da França	140 861	0,04%
FS.03.01.10 Governo da Irlanda	15 851	0,01%
FS.03.01.11 Governo da Itália	451 404	0,14%
FS.03.01.14 Governo da Holanda	6 903 478	2,20%
FS.03.01.16 Governo da Noruega	412 033	0,13%
FS.03.01.19 Governo da Suécia	791 787	0,25%
FS.03.01.20 Governo da Suíça	947 836	0,30%
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido	362 374	0,12%
FS.03.01.22 Governo dos Estados Unidos da América	246 956 061	78,63%
FS.03.01.99 Outros governos/agências bilaterais n.c.o	2 232 146	0,71%
FS.03.02 Agências Multilaterais	**41 938 240**	**13,35%**
FS.03.02.02 Comissão Europeia	1 229 300	0,39%
FS.03.02.04 Organização Internacional do Trabalho (OIT)	23 000	0,01%
FS.03.02.07 Fundo Global contra HIV, TB e Malária	30 873 522	9,83%
FS.03.02.08 Secretariado da ONUSIDA	1 644 188	0,52%
FS.03.02.09 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	2 011 619	0,64%
FS.03.02.11 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)	152 473	0,05%
FS.03.02.17 Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)	1 698 427	0,54%
FS.03.02.18 Banco Mundial (WB)	880 023	0,28%
FS.03.02.19 Programa Mundial Alimentar (PMA)	13 236	0,00%
FS.03.02.29 Organização Mundial da Saúde (OMS)	77 488	0,02%
FS.03.02.99 Outros fundos multilaterais n.c.o	3 334 964	1,06%
FS.03.03 Organizações e fundações internacionais sem fins lucrativos	**9 368 162**	**2,98%**
FS.03.03.20 Médicos sem Fronteiras	5 210 053	1,66%
FS.03.03.24 Sidaction	4 546	0,00%
FS.03.03.33 Visão Mundial (World Vision)	396 079	0,13%
FS.03.03.34 International Planned Parenthood Federation	49 603	0,02%
FS.03.03.99 Outras organizações Internacionais sem fins lucrativos n.c.o	3 707 881	1,18%
FS.03.04 Organizações internacionais com fins lucrativos	**305 656**	**0,10%**

Conforme demonstrado, a estrutura do financiamento da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique ao longo dos anos, passou por algumas alterações que se traduziram na redução ou manutenção da contribuição de alguns financiadores externos e o consequente agravamento na dependência do apoio de menos entidades.

Enquanto a proporção do financiamento do Fundo Global se manteve nos 9% (2010, 2011 e 2014), o do PEPFAR subiu de 68% (2010) para 74% (2014). Os outros fundos internacionais (bilaterais, multilaterais e ONGs) reduziram a importância relativa de 18% (2010) para 11% (2014). As contribuições públicas mantiveram-se em 5% e as privadas situaram-se em 1% em 2014. Estas mudanças nos volumes de financiamento são representadas na Figura 11.

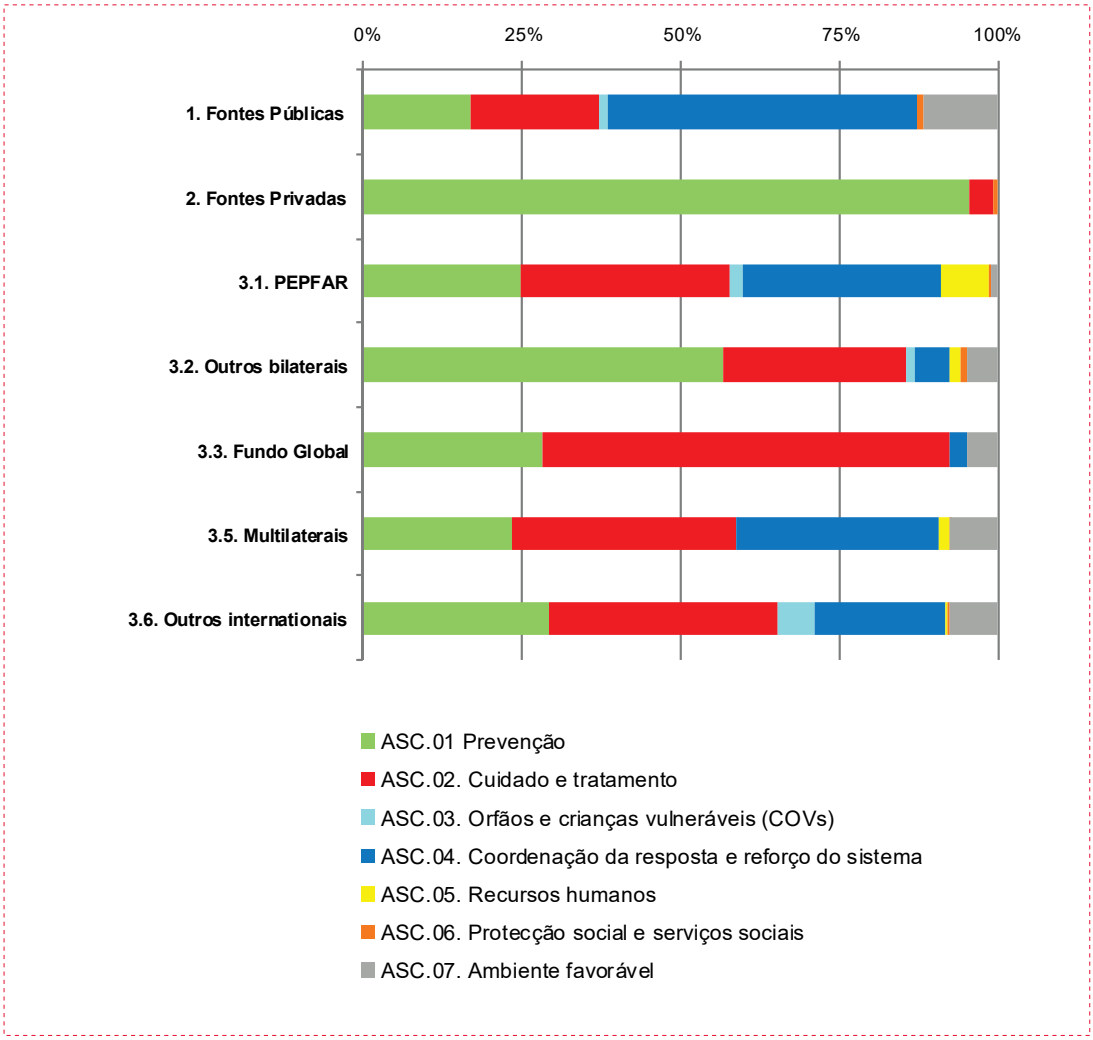
Figura 11: Distribuição das diferentes fontes de financiamento em HIV – 2010 e 2014



Nota: Círculo exterior 2014 e interior 2010

A priorização da utilização de recursos aliada às opções dos agentes financeiros envolvidos nas transacções, varia de uma fonte de financiamento para outra, tal como mostra a Figura 12. As despesas com financiamento do PEPFAR cobriram sete categorias programáticas da MEGAS: cuidados e tratamento (33%), seguido pela coordenação da resposta e reforço do sistema (31%), prevenção (25%), incentivos para recursos humanos (8%), crianças órfãs e vulneráveis (COVs) (2%) e ambiente favorável (1%). Em contrapartida, os recursos do GFATM foram alocados para cuidados e tratamento (64%), prevenção (28%), ambiente favorável (5%) e coordenação da resposta e reforço do sistema (3%). As organizações multilaterais e as outras fontes internacionais distribuíram os recursos de forma muito similar pelas diferentes categorias das despesas. As contribuições dos outros bilaterais, excluído o USG, atribuíram mais de metade dos seus gastos à prevenção (57%), seguido dos cuidados e tratamento (29%), ficando a coordenação da resposta e reforço do sistema e ambiente favorável com cerca de 5% cada. Por ordem de importância, seguiram os recursos humanos (1.6%), as COVs (1.2%) e a protecção social e serviços sociais (1%).

Figura 12: **Priorização das áreas programáticas por fonte de financiamento - 2014**



3.2.3. Agentes Financeiros

Embora as fontes de financiamento decidam alocar os recursos para a resposta nacional ao HIV, os agentes financeiros têm a capacidade de decidir sobre o tipo de actividade ou produto a financiar ou comprar.

Os principais agentes financeiros das actividades de combate ao HIV e SIDA em Moçambique no ano de 2014, são por ordem de importância as entidades internacionais (66%), seguidas do sector público (29%) e, por fim, do sector privado (4%), como demonstra a Figura 6.

Os principais agentes financeiros públicos são o Ministério da Saúde (MISAU) e o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) que desempenham um papel relevante nas decisões sobre as actividades de combate ao HIV e SIDA a financiar. O peso do MISAU cresceu de 21% em 2010 para 27% em 2014, tendo-se mantido o CNCS a cerca de 2% durante os dois anos.

Das entidades estrangeiras, as ONGs internacionais e filantrópicas são as que receberam e distribuíram o maior volume de recursos, correspondendo a US$ 155 milhões em 2014 (46.7% do total), em comparação com US$ 151 milhões em 2011 (54% do total). Os recursos alocados pelas ONGs internacionais correspondem a quase metade das despesas realizadas, daí a sua importância na resposta ao HIV e SIDA.

Tabela 8: **Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financeiro – 2004-2011**

Agentes Financeiros	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
Público	49 195 057	23%	64 778 535	25%	97 932 654	29%
Ministério da Saúde	44 392 476	21%	57 664 830	22%	89 806 166	27%
CNCS	4 361 454	2%	6 396 249	2%	7 675 202	2%
Outras entidades públicas	441 127	0%	717 456	0%	451 286	0%
Privado	5 562 499	3%	3 918 553	2%	14 469 295	4%
Agregados familiares		0%		0%	1 730 343	1%
Outros privados	5 562 499	3%	3 918 553	2%	12 738 952	4%
Internacional	158 736 030	74%	191 599 607	74%	220 101 083	66%
Agências bilaterais	15 217 498	7%	22 896 627	9%	26 727 611	8%
Agências multilaterais	28 250 017	13%	18 036 367	7%	11 675 822	4%
ONGs internacionais	115 268 515	54%	150 666 613	58%	155 199 608	47%
Outras entidades internacionais		0%		0%	26 498 042	8%
Total	**213 493 586**	**100%**	**260 296 695**	**100%**	**332 503 032**	**100%**

Fonte: *MEGAS 2010&2011 (2014) e MEGAS 2014*

3.2.4. Provedores de Serviços de Combate ao HIV

Conforme demonstrado na Figura 8 e na Tabela 9, a maioria dos gastos em HIV e SIDA em Moçambique, são realizadas por entidades nacionais públicas, tendo estas absorvido 52% do total em 2014 (US$ 173.6 milhões). Os restantes gastos foram essencialmente feitos por provedores privados que absorveram 46%, cabendo 34% aos internacionais, e 12% aos nacionais. Os provedores bilaterais e multilaterais representaram 2% dos gastos em 2014.

Os gastos realizados pelo sector da saúde (hospitais e centros de saúde) totalizaram US$ 150 milhões em 2014 (45%), comparativamente aos US$ 108 milhões de 2010 (51%).

Tabela 9: **Despesas por provedor de serviços - 2010-2014**

Provedores de Serviços	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
Públicos	127 142 019	60%	144 159 606	55%	173 575 632	52%
Hospitais	72 053 606	34%	80 727 312	31%	48 869 862	15%
Ambulatórios	36 022 508	17%	47 823 710	18%	101 157 180	30%
CNCS	3 316 739	2%	6 631 596	3%	4 964 580	1%
Outros públicos	15 749 166	7%	8 976 988	3%	18 584 010	6%
Privados	78 376 040	37%	110 250 732	42%	152 028 877	46%
Não lucrativos	78 195 082	37%	109 851 184	42%	117 675 408	35%
Privado internacional	*42 600 167*	*20%*	*73 088 904*	*28%*	*83 894 478*	*25%*
Privado nacional	*35 594 915*	*17%*	*36 762 280*	*14%*	*33 780 930*	*10%*
Lucrativos	180 958	0%	399 548	0%	34 084 568	10%
Outros privados		0%		0%	268 901	0%
Internacionais	7 958 500	4%	5 886 357	2%	6 713 009	2%
Bilaterais	957 137	0%		0%	1 061 064	0%
Multilaterais	7 001 363	3%	5 886 357	2%	5 651 945	2%
Outros internacionais	17 027	0%		0%	185 514	0%
TOTAL	**213 493 586**	**100%**	**260 296 695**	**100%**	**332 503 032**	100%

Fonte: *MEGAS 2010&2011 (2014)*

Prospectos do Financiamento da Resposta ao HIV e SIDA:

Num futuro próximo, não se prevê que a arquitectura do financiamento da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, seja substancialmente modificada, mas que o volume da ajuda externa seja suficiente para responder às crescentes necessidades.

O Governo dos Estados Unidos da América, através do PEPFAR, é a primeira fonte de financiamento externo para o HIV ao nível global. Esta posição viu-se reforçada em 2015 e 2016. De acordo com os Planos Operacionais por Países (COP), o orçamento do PEPFAR para Moçambique aumentou 26% entre os anos fiscais de 2014 e 2016, atingindo US$ 330 milhões no seu COP 15(*).

Em 2015, o Fundo Global para HIV, TB e Malária (GFATM) assumiu o compromisso de financiar US$ 175.7 milhões para o HIV no período 2015-2017. Os principais receptores do Fundo Global incluem o MISAU e a sociedade civil (FDC e seus sub-receptores), os quais beneficiaram de desembolsos para actividades nacionais ligadas ao HIV no valor de US$ 85 milhões (**).

Contudo, desde 2013 os volumes de recursos disponibilizados a um nível global por estas duas principais fontes de financiamento estabilizaram. Os aumentos acima mencionados resultaram de uma realocação de fundos destinados a outros países em benefício de Moçambique. Em consequência, é pouco provável que continue a verificar-se um aumento da ajuda externa para HIV em Moçambique, como aquele que se verificou na última década.

Em 2015, o Governo de Moçambique criou uma nova linha orçamental para actividades relacionadas com o HIV e SIDA no MISAU, que foi creditada com MZN$ 715.7 milhões, o equivalente a US$ 22.7 milhões no período da elaboração da lei orçamental (***). Este valor foi usado na compra de material e equipamento, e complementou os recursos alocados para a gestão do Programa de HIV e do CNCS, bem como do financiamento às OSCs na provisão de serviços em HIV e SIDA. Esta linha orçamental não foi mantida na lei orçamental para 2016.

(*) PEPFAR, Country Operational Plan FY - 2013; PEPFAR, Country Operational Plan FY - 2014; PEPFAR, Country Operational Plan FY - 2015

(**) The Global Fund, Disbursements - 01 February 2016

(***) MEF, Acompanhamento da Lei Orçamental - 2015, Despesa de nível Central - 2014

3.3. Descrição Programática dos Gastos em HIV e SIDA

A MEGAS classifica as actividades e intervenções do HIV e SIDA em oito categorias principais de gastos. As principais categorias de 2014 foram: cuidados e tratamento (US$ 116.5 milhões), coordenação da resposta e reforço do sistema (US$ 91.9 milhões) e prevenção (US$ 88.8 milhões), tal como aparece na Tabela 10.

Tabela 10: Despesas em HIV e SIDA por principais áreas de intervenção - 2014

Categorias de despesa	US$	%
ASC.01. Prevenção	88 791 123	27%
ASC.02. Cuidado e tratamento	116 476 416	35%
ASC.03. Órfãos e crianças vulneráveis (COVs)	6 160 782	2%
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema	91 880 444	28%
ASC.05. Recursos humanos	19 605 318	6%
ASC.06. Protecção social e serviços sociais	914 176	0,3%
ASC.07. Ambiente favorável	8 460 634	3%
ASC.08. Pesquisa	214 138	0,1%
TOTAL	**332 503 032**	**100%**

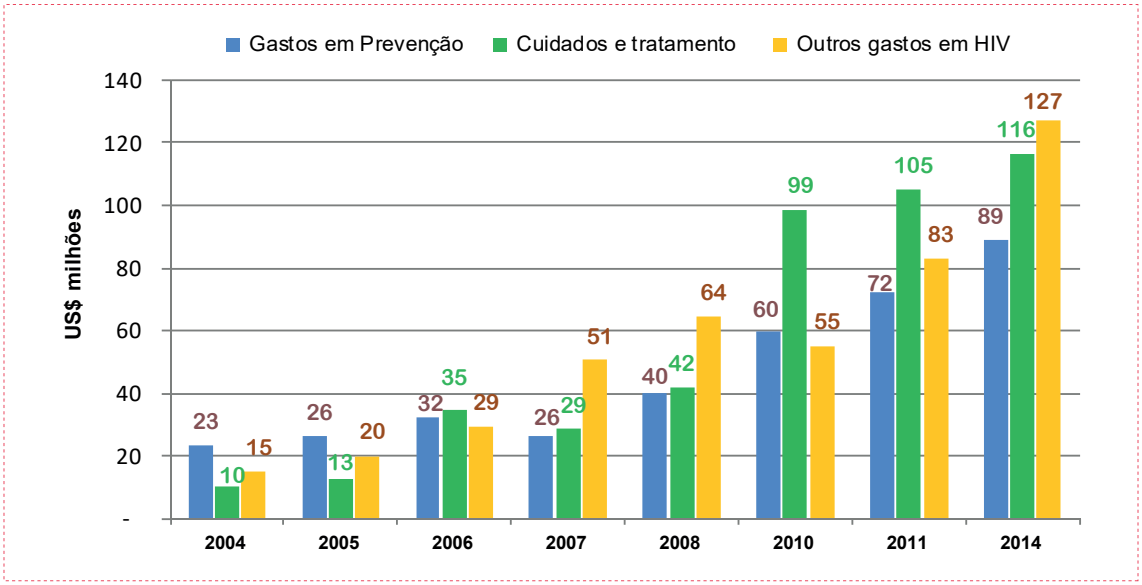
Também apresentadas por ordem decrescente, as demais despesas com HIV e SIDA no mesmo período, foram: incentivos para recursos humanos - $US 19.6 milhões; ambiente favorável - $US 8.5 milhões; crianças órfãs e vulneráveis - $US 6.2 milhões; serviços sociais - $US 914 mil; e, por último, pesquisa - $US 214 mil. O valor destinado à pesquisa apresenta um valor baixo, pois a maioria dos gastos financiados pelo Governo dos Estados Unidos da América foram reportados na categoria de gasto: ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema. No conjunto, estas 5 categorias de despesas totalizaram US$ 35.4 milhões em 2014.

A evolução dos gastos em HIV e SIDA, separando a prevenção dos cuidados e tratamento, é representada na Figura 13.

Como se pode observar, os gastos em prevenção e cuidados e tratamento cresceram continuamente ao longo dos anos. Os gastos em prevenção aumentaram 3.8 vezes relativamente a 2004, e 1.5 vezes quando comparados aos de 2010. No caso dos cuidados e tratamento, o aumento entre 2004 e 2014 foi bastante avultado, atingindo 11.5 vezes do valor inicial, e foi também substancial entre 2010 e 2014 com um aumento de 1.5 vezes.

Os outros gastos que, neste caso, representam o conjunto das demais 6 categorias de despesas, apresentam um comportamento misto, com um decréscimo entre 2008 e 2010 e um aumento acentuado entre 2011 e 2014. Terá contribuído para o rápido crescimento entre 2011 e 2014 a evolução registada nas despesas em coordenação da resposta e reforço do sistema.

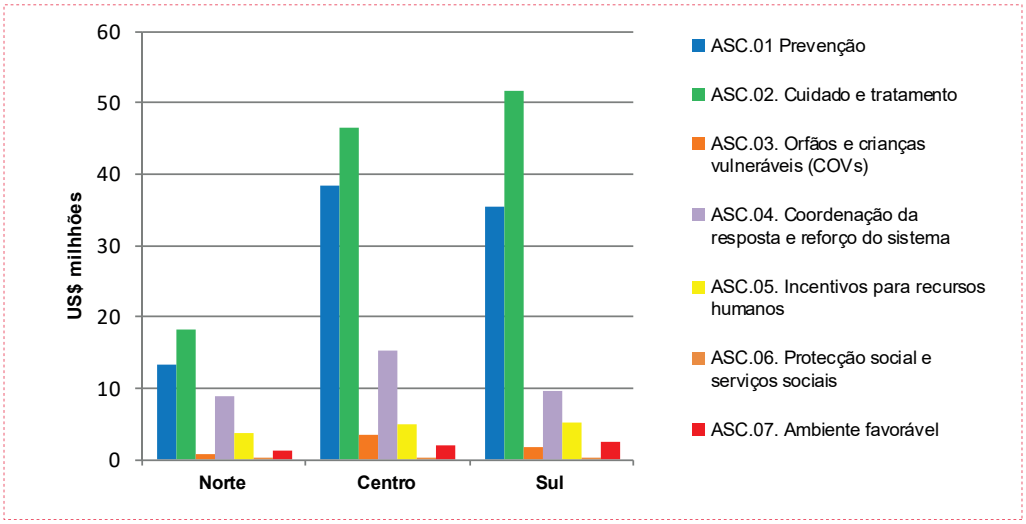
Figura 13: Tendência dos gastos por principais áreas programáticas - 2004-2014



Fonte: MEGAS 2004-2006 (2007), MEGAS 2007&2008 (2009), MEGAS 2010&2011 (2014)

A distribuição dos gastos das principais categorias de despesas por região em 2014 (excluídos os gastos nacionais), é apresentada na Figura 14, tendo as zonas norte, centro e sul absorvido respectivamente US$ 47.6 milhões (17.6%), US$ 111.3 milhões (42.1%) e US$ 106.7 milhões (40.3%). Os programas de prevenção absorveram, pela mesma ordem das regiões (norte, centro e sul) 29%, 34% e 33% dos gastos de cada região, enquanto os cuidados e tratamento correspondem a 39%, 42% e 48%. Nas três regiões, os gastos em cuidados e tratamento foram superiores aos registados com a prevenção. Importa ressaltar que os gastos na coordenação da resposta e reforço do sistema foram superiores na zona centro (US$ 15 milhões), mas que, proporcionalmente, quem mais investiu foi a zona norte (19%) embora com um montante inferior (US$ 9 milhões).

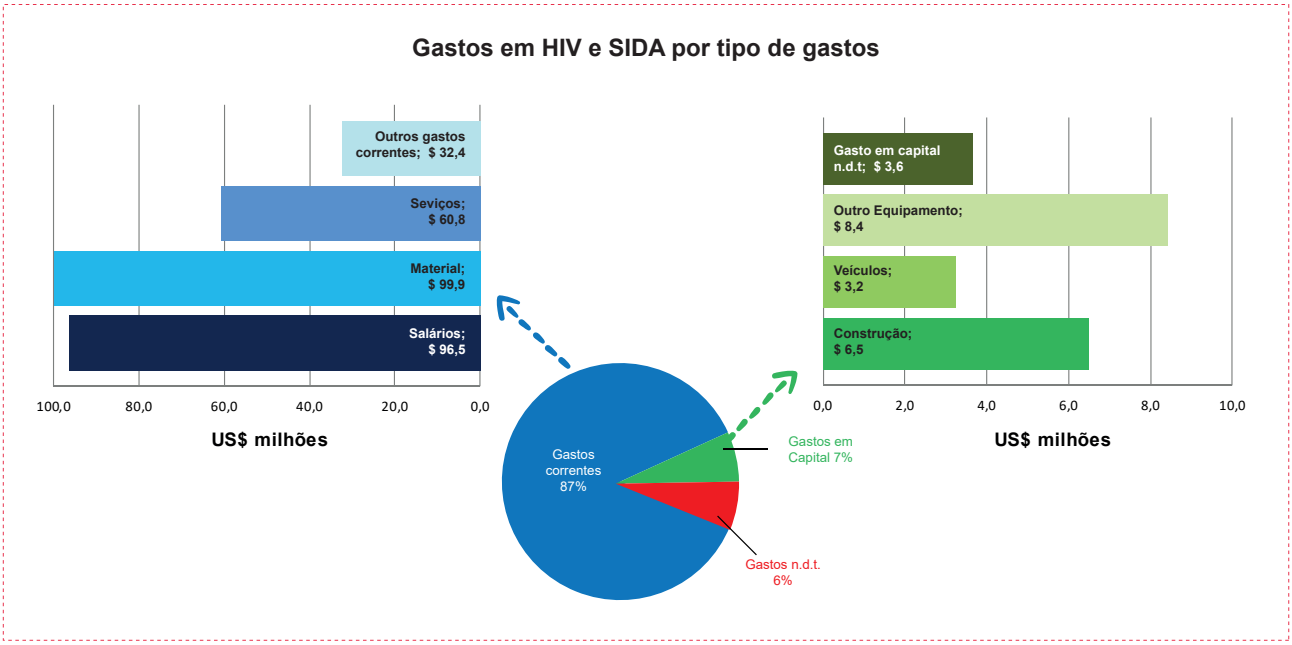
Figura 14: Gastos nas principais áreas programáticas por região - 2014



Para realizar as actividades programáticas referidas anteriormente, foram consumidos factores de produção, que se classificam entre gastos correntes e gastos de capital. Em 2014, os gastos correntes representam 87% dos gastos totais. Os gastos de capital absorveram 7%, e os gastos não descriminados 6%.

Os gastos de capital incluem construções (US$ 6.5 milhões), veículos (US$ 3.2 milhões) e outro equipamento (US$ 8.4 milhões). Os gastos em capital que não foram discriminados por tipo, totalizam US$ 3.6 milhões em 2014.

Figura 15: Gastos em HIV e SIDA por tipo de factor de produção



No que diz respeito aos gastos em capital, a província da Zambézia foi a mais beneficiada com US$ 4.9 milhões, seguida de Tete (US$ 2.7 milhões) e Maputo Cidade (US$ 2.5 milhões). Três províncias, Nampula, Sofala e Gaza, consumiram cerca de US$ 2 milhões cada. Manica consumiu US$ 1.6 milhões, Maputo Província US$ 1.3 milhões e as restantes, menos de US$ 1 milhão cada. A província menos beneficiada em termos de capital foi Niassa, com US$ 344 mil.

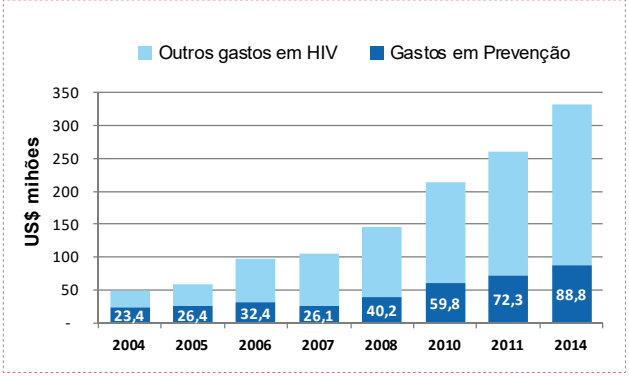
Tabela 11: **Gastos por tipo de factor de produção e província - 2014 (US$)**

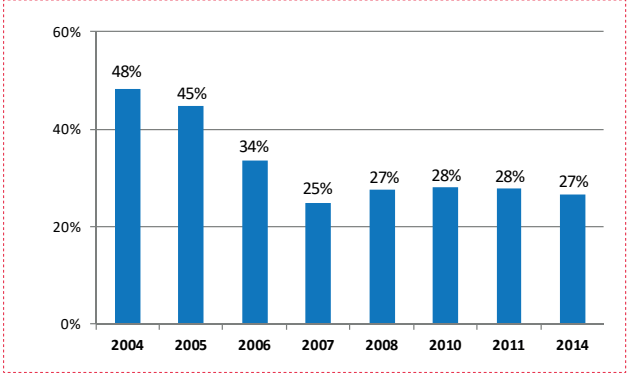
Província	Gastos Correntes	Gastos em Capital	Gastos não desagregados	TOTAL
Cabo Delgado	11 127 609	426 310	617 512	12 171 431
Gaza	30 543 582	2 070 973	1 391 641	34 006 196
Inhambane	11 381 629	734 913	835 392	12 951 934
Manica	14 870 873	1 566 368	1 475 583	17 912 824
Maputo Cidade	28 567 531	2 481 443	936 718	31 985 692
Maputo Província	25 231 020	1 258 078	1 310 754	27 799 852
Nampula	22 334 008	2 263 499	1 631 774	26 229 281
Niassa	7 572 700	344 978	293 463	8 211 141
Sofala	24 899 298	2 181 242	2 575 346	29 655 886
Tete	16 048 795	2 694 171	894 882	19 637 848
Zambézia	37 902 449	4 917 262	1 315 667	44 135 378
Nacional	58 897 744	841 016	7 925 628	67 664 388
Gastos não desagregados	123 560		17 605	141 165
Grande Total	**289 500 798**	**21 780 253**	**21 221 965**	**332 503 016**

3.3.1. Gastos em Prevenção do HIV

Como referido anteriormente, desde 2004 os gastos em prevenção aumentaram em termos absolutos, de US$ 23.4 milhões para US$ 88.8 milhões em 2014, representando neste ano 27% dos gastos totais.

Figura 16: **Gastos e percentagem dos gastos em prevenção - 2004-2014**



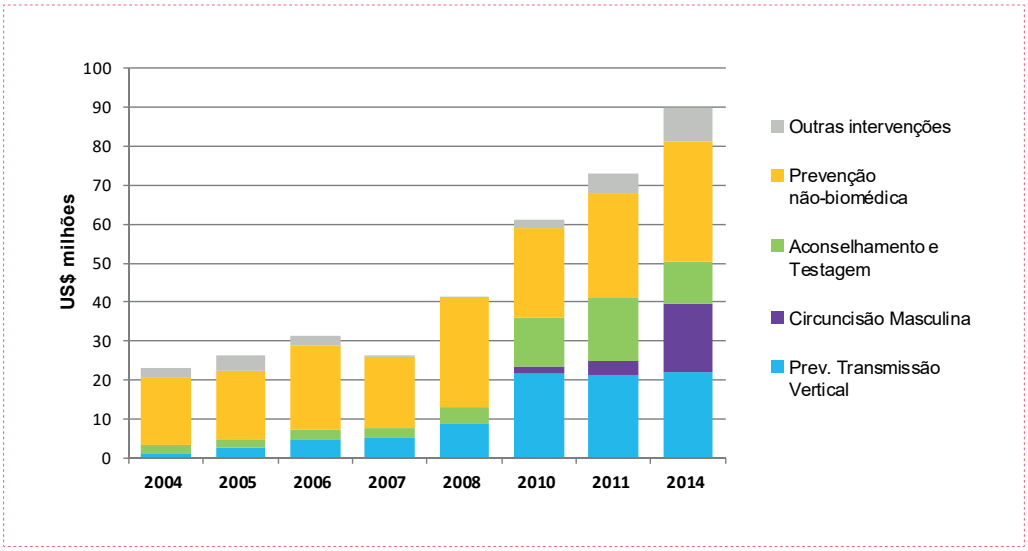


Embora em termos absolutos se tenha registado um aumento dos gastos nos programas de prevenção, a proporção dos recursos direccionados para prevenção diminuiu de 48% em 2004 para 28% em 2010 e 2011, e depois para 27% em 2014.

Esta tendência explica-se pelo peso acrescido dos cuidados e tratamento no financiamento da resposta ao HIV e SIDA e as evidências sobre o impacto do tratamento na redução da incidência. A importância da coordenação da resposta e reforço do sistema também aumentou, contribuindo para reduzir o peso da prevenção no total dos gastos.

A evolução das despesas em prevenção nas suas principais componentes mostra, em 2011 e 2014, uma certa estabilização dos gastos em prevenção da transmissão vertical e prevenção não-biomédica, uma diminuição no aconselhamento e testagem e uma enorme expansão da circuncisão masculina, tal como mostra a Figura 17.

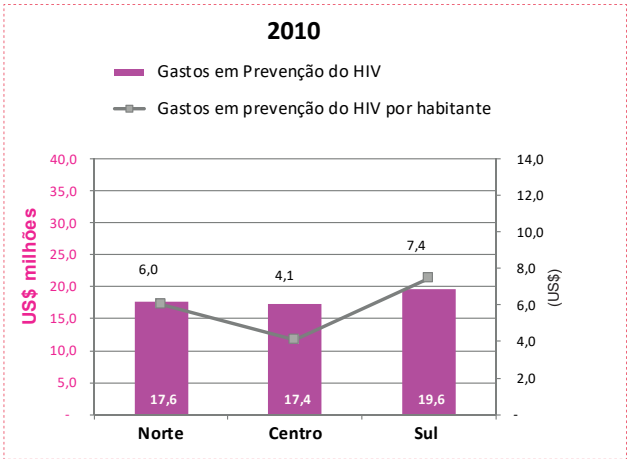
Figura 17: Gastos em prevenção, principais componentes - 2004 - 2014

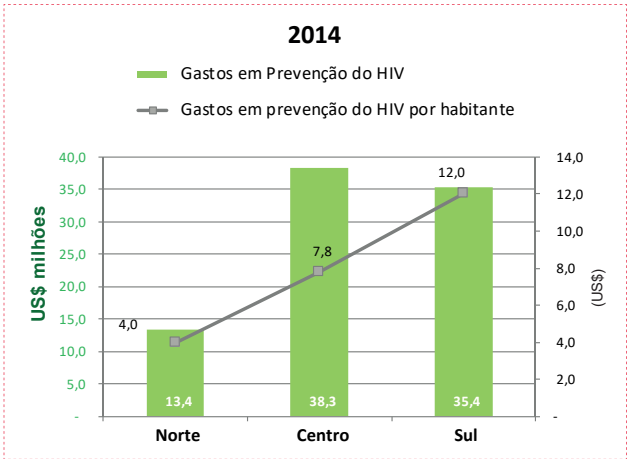


Os gastos em prevenção mostram que, em 2014, as regiões centro e sul alcançaram quase o mesmo nível de gastos, tendo a região norte absorvido apenas cerca de 1/3 da média das outras duas (Figura 18).

De 2010 a 2014, verificou-se um aumento significativo dos gastos nas regiões centro e sul, mais do que o dobro no centro, e um aumento em 80% no sul, tendo diminuído 24% na zona norte. Os gastos por habitante seguiram a mesma tendência, embora em menor proporção - nas zonas centro (90%) e sul (62%) aumentaram, e na zona norte diminuíram (33%).

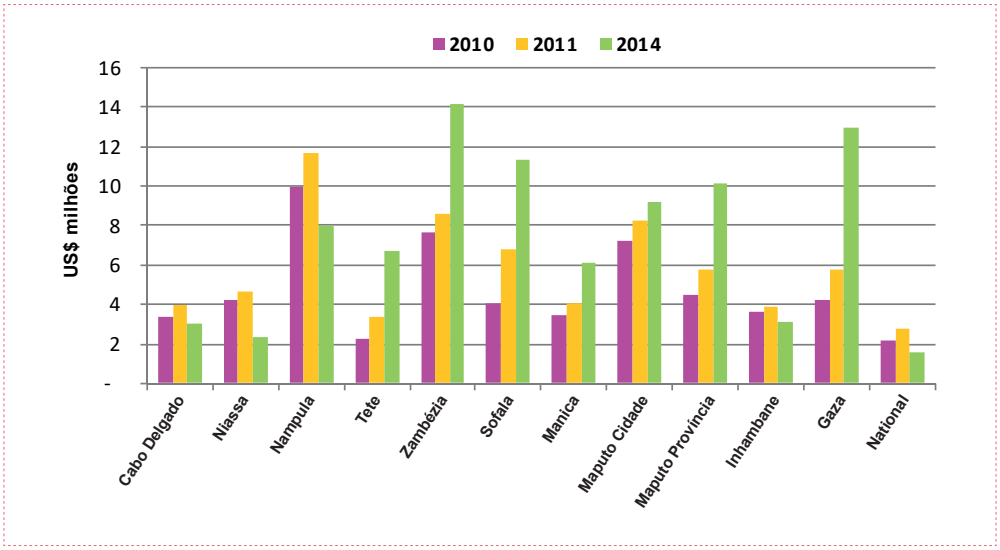
Figura 18: Gastos em prevenção por região e habitante - 2010 e 2014





Apesar do crescimento global, a distribuição dos gastos em prevenção por província, como mostra a Figura 19, apresenta evoluções diferenciadas. As províncias de Nampula e Niassa viram os gastos diminuídos em cerca de US$ 1.9 milhões cada, de Cabo Delgado em US$ 307 mil e Inhambane quase US$ 3 milhões. Nas demais províncias, os gastos em prevenção entre 2010 e 2014 cresceram, tendo-se verificado crescimentos percentuais mais acentuados nas províncias de Gaza, Tete, Sofala e Maputo.

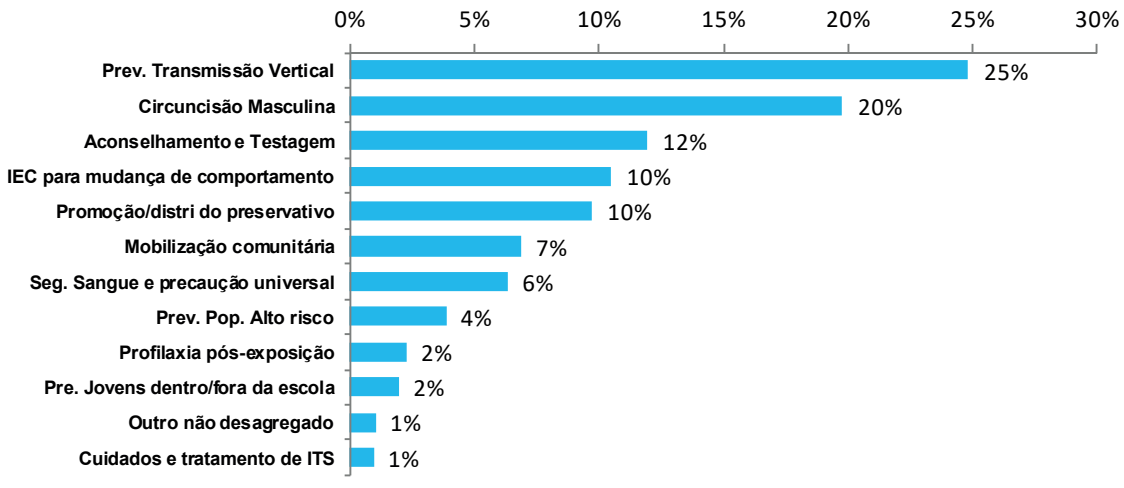
Figura 19: Gastos em prevenção por província - 2010, 2011 e 2014



Conforme aparece na Tabela 12, os resultados da avaliação indicam que, em 2014, todas as áreas de intervenção no domínio das actividades de prevenção têm gastos contabilizados, o que resulta da melhoria do processo de recolha e desagregação da informação.

Em 2014, os gastos em prevenção por componente, indicam que 55% dos gastos foram alocados para a prevenção da transmissão sexual (circuncisão masculina, IEC para a mudança de comportamento, promoção da distribuição de preservativos, mobilização comunitária, prevenção das populações de alto risco, PEP, jovens dentro e fora da escola, outro não desagregado e ainda cuidados e tratamento das ITSs). Este conjunto de intervenções são cruciais para reduzir o número de novas infecções pelo que merecem uma análise mais pormenorizada.

Figura 20: Distribuição dos gastos em prevenção por intervenção - 2014



Os gastos em prevenção por região e por categoria de despesa, conforme a Figura 21, demonstram que a PTV absorveu uma parte considerável dos recursos em 2014, nas três regiões. A circuncisão masculina, referida anteriormente como o maior aumento de 2011 para 2014, representa uma parte importante dos gastos nas províncias das regiões centro e sul. Os outros gastos em prevenção da transmissão sexual são mais baixos na região norte em comparação com as zonas centro e sul, representando o dobro das despesas da região norte. De uma forma geral, a alocação de recursos para programas ligados a populações de alto risco é muito baixo nas três regiões.

Figura 21: Gastos em prevenção por região e categoria de despesa - 2014

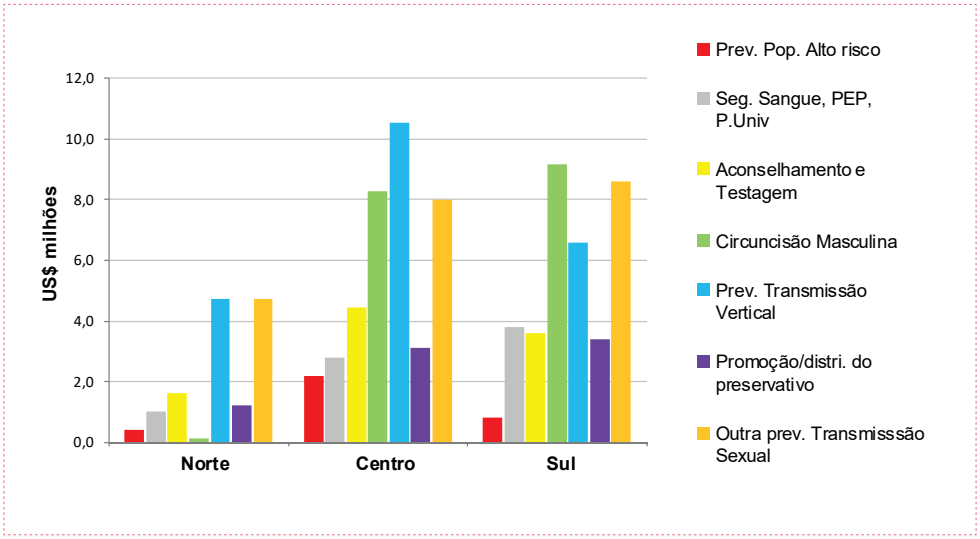


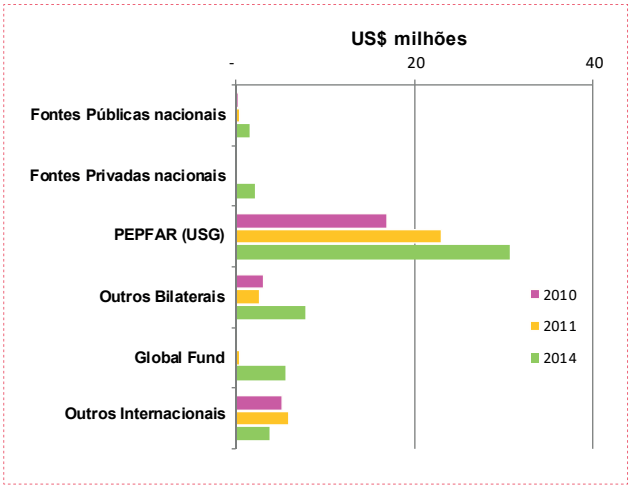
Tabela 12: Resenha dos gastos em prevenção – 2010, 2011 e 2014

Gastos em Prevenção	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
ASC.01.01 Comunicação para a mudança de comportamento	6 104 552	10,21%	8 157 014	11,29%	5 740 955	6,47%
ASC.01.02 Mobilização comunitária	2 700 134	4,52%	4 350 057	6,02%	6 106 704	6,88%
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem (ATS)	11 335 095	18,96%	15 654 099	21,66%	9 668 184	10,89%
ASC.01.04 Prevenção para populações vulneráveis ou acessíveis	3 011 855	5,04%	2 780 988	3,85%	2 837 108	3,20%
ASC.01.05 Prevenção, jovens na escola	2 781 247	4,65%	2 835 703	3,92%	1 359 763	1,53%
ASC.01.06 Prevenção, jovens fora da escola	422 870	0,71%	935 593	1,29%	366 318	0,41%
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	142 807	0,24%	444 002	0,61%	466 468	0,53%
ASC.01.08 Prevenção para trabalhadores de sexo e seus clientes	748 684	1,25%	1 399 822	1,94%	2 858 937	3,22%
ASC.01.09 Prevenção para homens que fazem sexo com homens	72 916	0,12%	95 090	0,13%	205 742	0,23%
ASC.01.10 Prevenção para pessoas que injectam drogas	409 397	0,68%	317 278	0,44%	357 498	0,40%
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	634 581	1,06%	385 644	0,53%	2 101 678	2,37%
ASC.01.12 *Marketing* social do preservativo	5 797	0,01%		0,00%	5 513 784	6,21%
ASC.01.13 Distribuição do preservativo masculino					2 125 661	2,39%
ASC.01.14 Distribuição do preservativo feminino					90 473	0,10%
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs	566 629	0,95%	862 443	1,19%	832 940	0,94%
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical (ETV)	21 701 663	36,30%	21 444 945	29,68%	22 062 943	24,85%
ASC.01.18 Circuncisão masculina	1 627 531	2,72%	3 531 622	4,89%	17 565 051	19,78%
ASC.01.19 Segurança do sangue	734 450	1,23%	984 315	1,36%	2 753 147	3,10%
ASC.01.21 Precaução universal	244 976	0,41%	1 546 340	2,14%	2 872 352	3,23%
ASC.01.22 Profilaxia pós-exposição	728 271	1,22%	1 425 234	1,97%	2 009 154	2,26%
ASC.01.98 Prevenção n.d.t	5 812 719	9,72%	5 110 465	7,07%	896 263	1,01%
Total	**59 786 174**	**100,00**	**72 260 654**	**100,00**	**88 791 123**	**100,00**

Prevenção da Transmissão Sexual

Analisando em detalhe as intervenções categorizadas como Prevenção da Transmissão Sexual, tal como proposto acima, verifica-se que o aumento dos gastos em prevenção da transmissão sexual entre 2010 e 2014 (+US$ 25.7 milhões) é uma consequência do aumento do financiamento do Governo dos EUA (+US$ 13.7 milhões), do Fundo Global (+US$ 5.5 milhões) e ainda de outros doadores bilaterais (+US$ 4.7 milhões). O investimento das outras entidades multilaterais diminuiu 45% entre 2010 e 2014, ou seja, para menos US$1.5 milhões. Por seu turno, o crescimento da contribuição do Governo dos EUA resultou no aumento do apoio à circuncisão masculina (+US$ 15.8 milhões), mobilização comunitária (+US$ 3.1 milhões) e ainda da profilaxia pós-exposição (+US$ 1.3 milhões). Metade das despesas com profilaxia pós-exposição destinaram-se a casos de violência sexual. No mesmo período, os gastos financiados pelo PEPFAR para actividades ligadas à mudança de comportamento foram reduzidos em US$ 7 milhões.

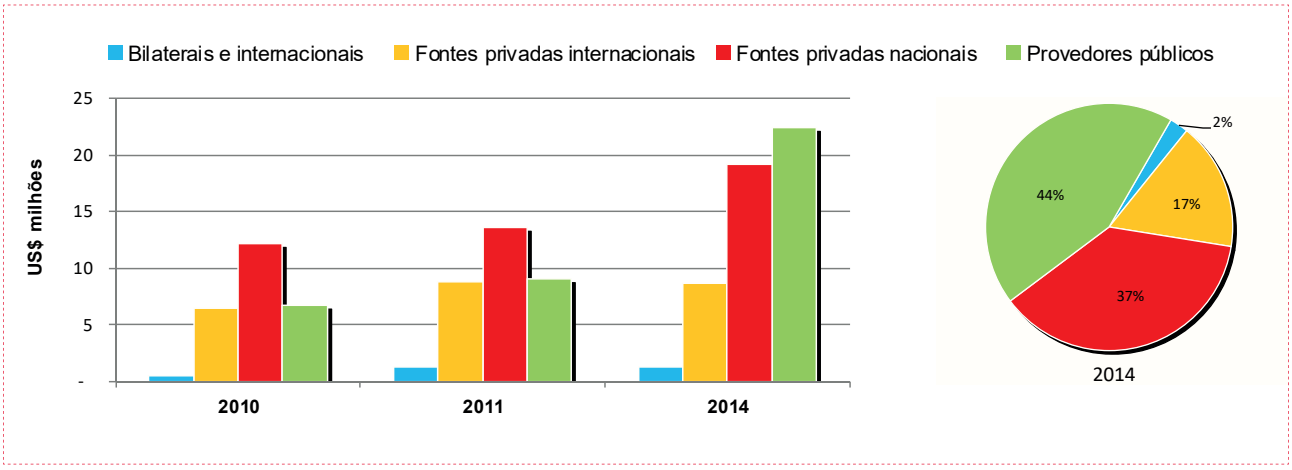
Figura 22: Gastos em prevenção da transmissão sexual por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014



Entre 2010 e 2014, a contribuição do Fundo Global aumentou em US$ 5.5 milhões destinados a programas de comunicação para a mudança de comportamento.

Na prestação dos serviços relacionados com a prevenção da transmissão sexual, registou-se uma mudança gradual no papel dos provedores, com um aumento substancial do sector público, que ultrapassou o dobro dos gastos, passando de 26% em 2010, para 44% da despesa em 2014. O sector privado nacional, embora tenha aumentado os gastos em 60%, passou de 47% para 37% das despesas com a prevenção da transmissão sexual em 2010 e 2014 respectivamente. O sector privado internacional aumentou 30% entre 2010 e 2014, tendo passado de 25% para 17% da despesa total nos mesmos anos.

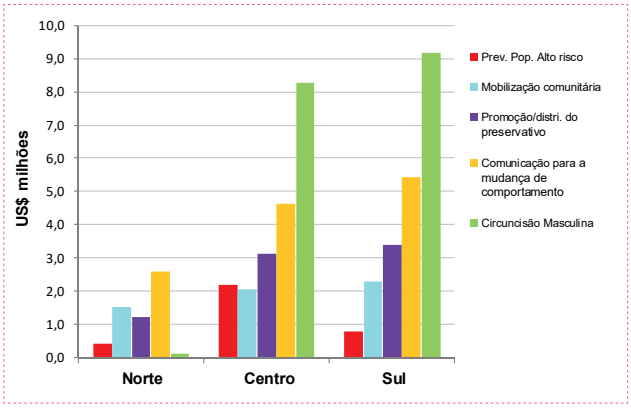
Figura 23: Gastos em prevenção da transmissão sexual por provedor de serviços – 2010, 2011 e 2014



O aumento da importância relativa do sector público em 2014 está intrinsecamente ligado ao aumento da circuncisão masculina (feita nas unidades sanitárias públicas), embora esta iniciativa seja totalmente financiada pelo PEPFAR e tenha absorvido, tal como referido, 20% dos gastos da prevenção da transmissão sexual.

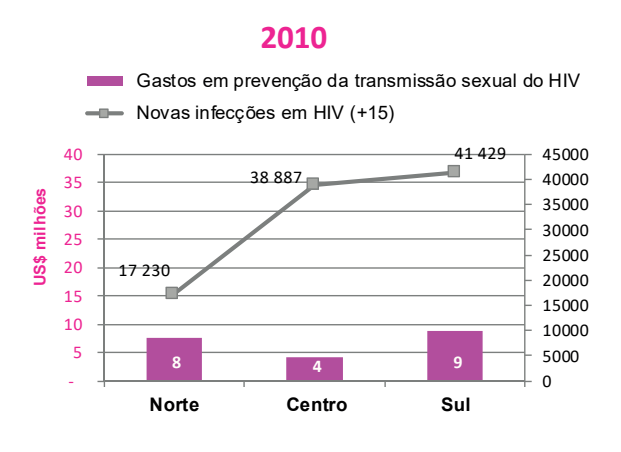
Os gastos em prevenção da transmissão sexual demonstram um certo equilíbrio na distribuição dos gastos pelas categorias de despesas nas zonas centro e sul, ficando a zona norte claramente abaixo da média nacional. De facto, os gastos estão centralizados nas regiões sul (44%) e centro (43%), o que corresponde às novas infecções contabilizadas respectivamente, pela mesma ordem de 41% e 40%. A circuncisão masculina destaca-se como a área mais importante, seguida da comunicação para a mudança de comportamento e da distribuição de preservativos.

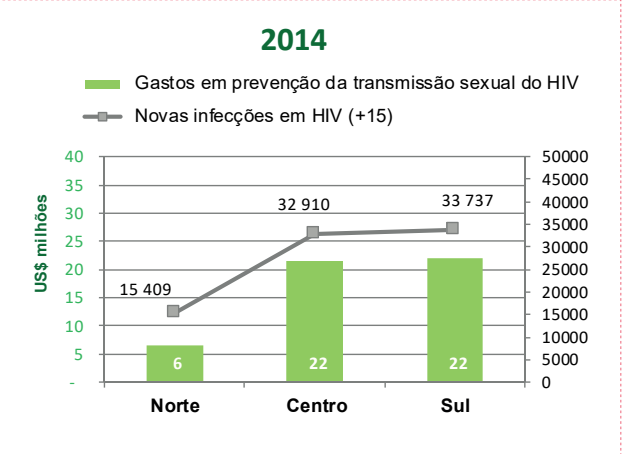
Figura 24: Gastos em prevenção da transmissão sexual por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014



Analisando os gastos das actividades de transmissão sexual no seu todo, e comparando a evolução da sua distribuição com a incidência por região, constata-se que, em 2014, há uma melhor distribuição geográfica dos recursos comparativamente a 2010. Em 2010, as zonas centro e sul com maiores incidências gastaram menos do que a zona norte, enquanto em 2014, o volume de gastos em cada região está mais relacionado com a respectiva incidência.

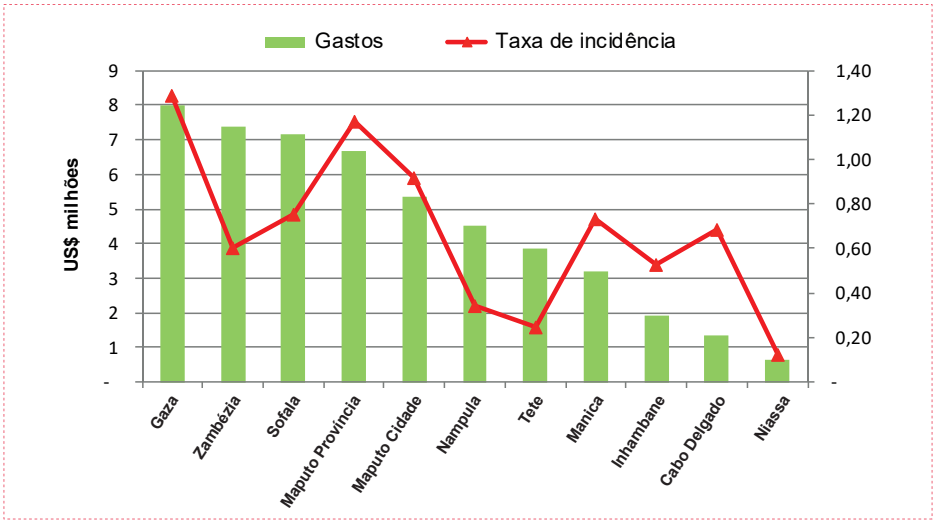
Figura 25: Gastos em prevenção da transmissão sexual e incidência por região - 2010 e 2014





No entanto, ao analisar a distribuição provincial dos gastos em prevenção da transmissão sexual comparativamente à taxa de incidência, verifica-se que esta tendência de equilíbrio entre as regiões, esconde diferenças acentuadas entre as províncias. Assim, as províncias de Cabo Delgado, Inhambane e Manica foram negligenciadas em 2014 pois, embora tivessem altas taxas de incidência, receberam bastante menos fundos do que as restantes províncias.

Figura 26: **Proporção dos gastos em prevenção da transmissão sexual e taxa de incidência por província – 2014**



No extremo oposto, destacam-se as províncias de Nampula, Zambézia e Sofala que, em proporção com a taxa de incidência, tiveram mais gastos. No caso de Nampula e Zambézia, a dimensão das respectivas populações poderá ser uma das justificações. No caso específico da Zambézia, a província beneficiou de 15% dos gastos em prevenção da transmissão sexual, enquanto registou 18% das novas infecções.

Tabela 13: **Gastos em prevenção da transmissão sexual por habitante e província - 2014**

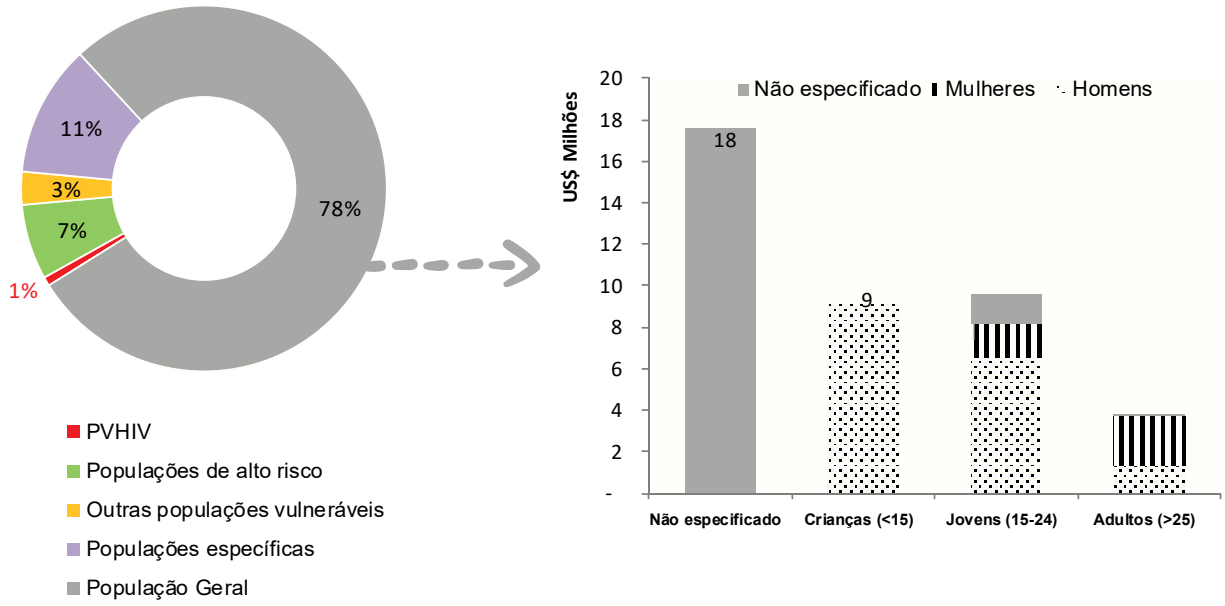
Distribuição Geográfica	Gastos		Novas infecções (+15)		Taxa de incidência	População (+15)	Gasto por habitante (+15)
	US$	%	Número	%			US$
Região norte	6 486 317	13%	15 409	19%	0,4	3 978 949	$1,6
Cabo Delgado	1 329 213	3%	6 575	8%	0,7	956 173	$1,4
Niassa	651 670	1%	853	1%	0,1	702 205	$0,9
Nampula	4 505 434	9%	7 981	10%	0,3	2 320 571	$1,9
Região centro	21 590 572	43%	32 910	40%	0,6	5 685 176	$3,8
Tete	3 857 849	8%	2 932	4%	0,2	1 184 673	$3,3
Zambézia	7 378 013	15%	15 106	18%	0,6	2 497 507	$3,0
Manica	3 183 723	6%	6 864	8%	0,7	938 023	$3,4
Sofala	7 170 987	14%	8 008	10%	0,8	1 064 973	$6,7
Região sul	21 944 279	44%	33 737	41%	1,0	3 509 467	$6,3
Inhambane	1 935 495	4%	5 365	7%	0,5	1 011 064	$1,9
Gaza	8 006 500	16%	11 464	14%	1,3	888 493	$9,0
Maputo Província	6 656 912	13%	9 834	12%	1,2	837 880	$7,9
Maputo Cidade	5 345 372	11%	7 074	9%	0,9	772 030	$6,9
Total	**50 021 168**	**100%**	**82 056**	**100%**	**0,6**	**13 173 592**	**$3,8**

Dos gastos em prevenção da transmissão sexual de 2014, 78% foram destinados à população em geral, 11% a populações específicas, 3% a populações vulneráveis, 7% a populações de alto risco e 1% a pessoas que vivem com HIV e SIDA (Figura 27).

Dos 78% de gastos com a prevenção da transmissão sexual dirigidos à população geral, 44% (US$ 14 milhões) foi para a população não desagregada por género ou idade, 23% (US$ 9 milhões) para crianças (<15 anos) e 24% (US$ 9.6 milhões) para jovens, repartidos por jovens do sexo masculino (68%), jovens do sexo feminino (17%) e ainda jovens não desagregados por género e idade (15%). No conjunto, os dados disponíveis indicam que foram especificamente dirigidas a beneficiárias do sexo feminino apenas 10% (US$ 4 milhões) dos gastos usados na prevenção da transmissão sexual.

Os gastos com a população geral não desagregada por género ou idade foram realizados em preservativos (US$ 7.7 milhões), mobilização comunitária (US$ 5.8 milhões) e comunicação para a mudança de comportamento (US$ 2.6 milhões).

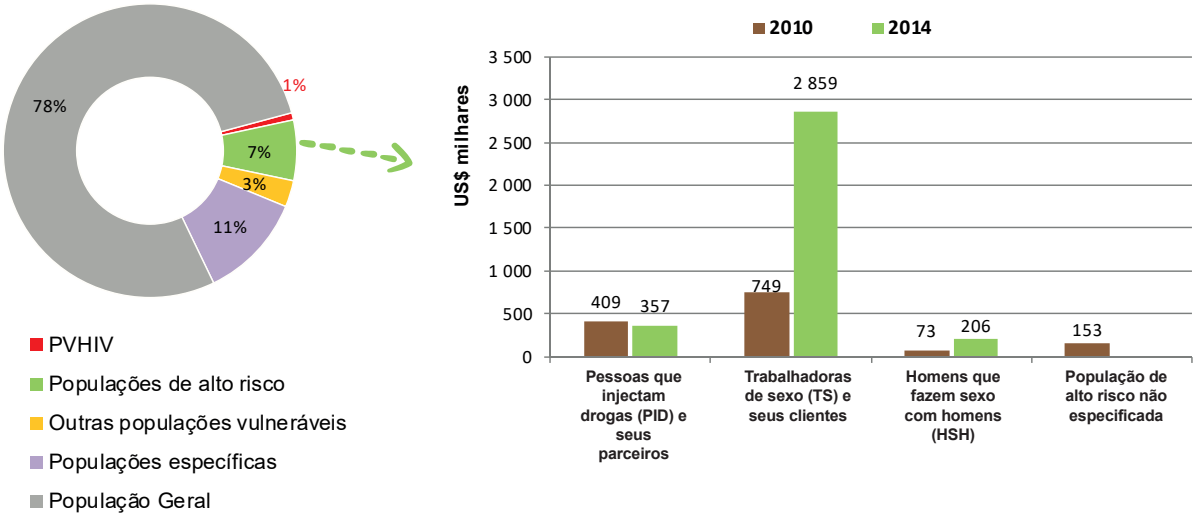
Figura 27: Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população geral) - 2014



Quanto às populações de alto risco (Figura 28), que consumiram 7% dos gastos em 2014, apenas 6% foram alocados para programas de prevenção, beneficiando as trabalhadoras de sexo e os seus clientes, sendo que em 2013 este grupo foi responsável por 18% das novas infecções[7]. É de referir que os gastos destinados a este grupo aumentarem quase 4 vezes entre 2010 e 2014, quando atingiu US$ 2.8 milhões, mas que continuam a ser manifestamente insuficientes. A necessidade de se aumentarem estes fundos torna-se ainda mais evidente quando os gastos são comparados com as projecções do PEN IV, que estima serem necessários US$ 6 milhões em 2019, com um cumulativo de US$ 21 milhões no período 2015-2019, para abranger 60% das trabalhadoras de sexo e seus clientes. Esta expansão, quando comparada aos gastos totais em HIV e SIDA, representa em termos absolutos, poucos recursos, mas poderia ter um impacto significativo na redução de novas infecções. Segundo as estimativas de impacto do PEN IV (E. Korenrump and al, 2015), alcançar estas coberturas poderia contribuir para evitar 16% das novas infecções, ou seja, até 32% das novas infecções evitadas na região norte.

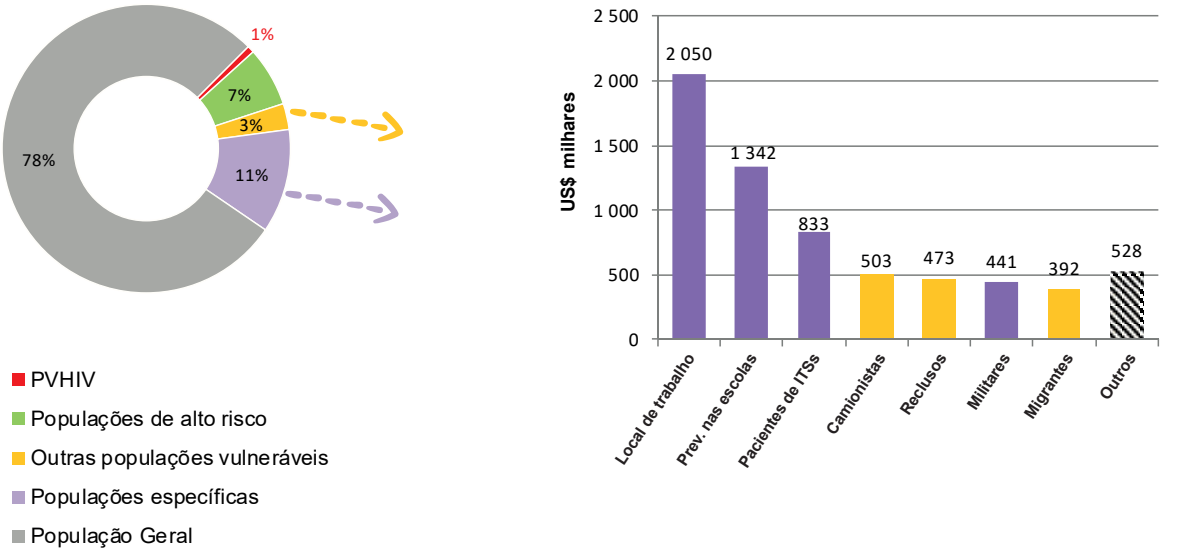
[7]Estudo de Modos de Transmissão - MoT, 2014

Figura 28: **Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população de alto risco) - 2014**



As outras populações vulneráveis e as populações específicas em conjunto (Figura 29) absorveram 14% dos gastos (US$ 6.6 milhões) em prevenção da transmissão sexual de 2014. Os beneficiários da prevenção no local de trabalho foram os que mais se beneficiaram, tendo consumido 31% dos gastos (US$ 2 milhões), seguindo-se os estudantes (prevenção nas escolas) e os pacientes com ITSs que absorveram respectivamente 20% (US$ 1.3 milhões) e 13% (US$ 0.8 milhões) em 2014. As restantes populações beneficiárias consumiram entre 6% e 8% cada uma em 2014, portanto com um nível de gastos muito próximo entre elas.

Figura 29: **Gastos em prevenção da transmissão sexual e populações beneficiárias (população de alto risco) - 2014**



Os dados da avaliação mostram que 32% de todos os gastos com prevenção da transmissão sexual foram direccionados às crianças na província de Gaza, 29% na cidade de Maputo, 27% em Sofala e 25% em cada uma das províncias da Zambézia e Maputo Província (Tabela 14). Nas províncias de Niassa, Cabo Delgado e Inhambane, não houve recorde de gastos direccionados às crianças. Nestas províncias, não existem programas de circuncisão masculina voluntária.

Os gastos para programas de prevenção da transmissão sexual em adultos do sexo masculino são essencialmente distribuídos pelos programas de circuncisão masculina, seguido de prevenção no local de trabalho, actividades de mudança de comportamento na população geral, programas para camionistas de longo prazo, migrantes ou militares.

Tabela 14: Proporção dos gastos com prevenção da transmissão sexual por grupos etários e por província, 2014

Províncias	Adultos	Crianças	Não desagregado
Cabo Delgado	47%	0%	53%
Gaza	44%	32%	24%
Inhambane	41%	0%	59%
Manica	52%	11%	38%
Maputo Cidade	36%	29%	35%
Maputo Província	40%	25%	35%
Nampula	26%	0%	73%
Niassa	38%	0%	62%
Sofala	48%	27%	24%
Tete	66%	6%	28%
Zambézia	47%	25%	28%
Média Nacional	**44%**	**20%**	**36%**

Circuncisão Masculina

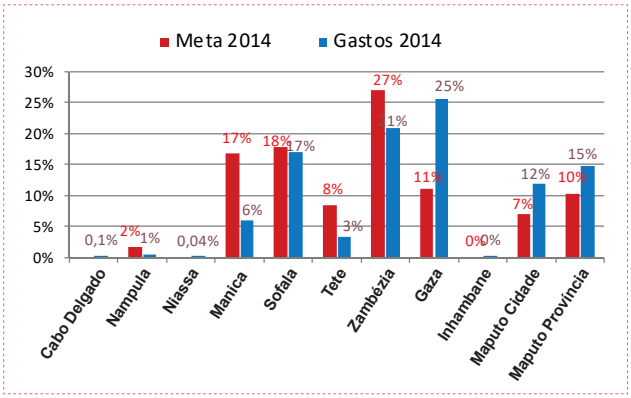
No que se refere à circuncisão masculina os dados do estudo indicam que grande parte da despesa beneficiou crianças (menos de 15 anos), 52% do gasto com circuncisão masculina, em 2014 (Tabela 15). Embora seja um investimento para o futuro, a curto prazo pouco impacto terá na redução das novas infecções, pois as crianças apenas foram responsáveis por 8% das novas infecções em 2014. Por outro lado, o grupo etário sexualmente activo (adultos e jovens com mais de 15 anos) consumiu 45% dos serviços em valor, tendo cabido aos adultos apenas 8%.

Tabela 15: Gastos em circuncisão masculina por grupo etário e província 2014

Religião/província	Adultos (>25)	Jovens (15-24)	Rapazes (<15)	n.d.i	TOTAL
Norte	12 322	38 545	10 277	52 824	113 968
Cabo Delgado				16 536	16 536
Nampula	12 322	38 545	10 277	28 526	89 670
Niassa				7 762	7 762
Centro	745 104	3 557 319	3 720 579	239 167	8 262 169
Manica	121 808	609 232	295 298	31 786	1 058 124
Sofala	234 519	1 017 610	1 649 785	71 116	2 973 030
Tete	59 627	259 708	216 846	29 200	565 381
Zambézia	329 150	1 670 769	1 558 650	107 065	3 665 634
Sul	561 069	2 958 715	5 372 050	258 394	9 150 228
Gaza	190 532	1 630 418	2 540 446	91 972	4 453 368
Inhambane				18 519	18 519
Maputo Cidade	214 073	554 933	1 236 838	79 582	2 085 426
Maputo Província	156 464	773 364	1 594 766	68 321	2 592 915
Total	**1 318 495**	**6 554 579**	**9 102 906**	**550 385**	**17 526 365**

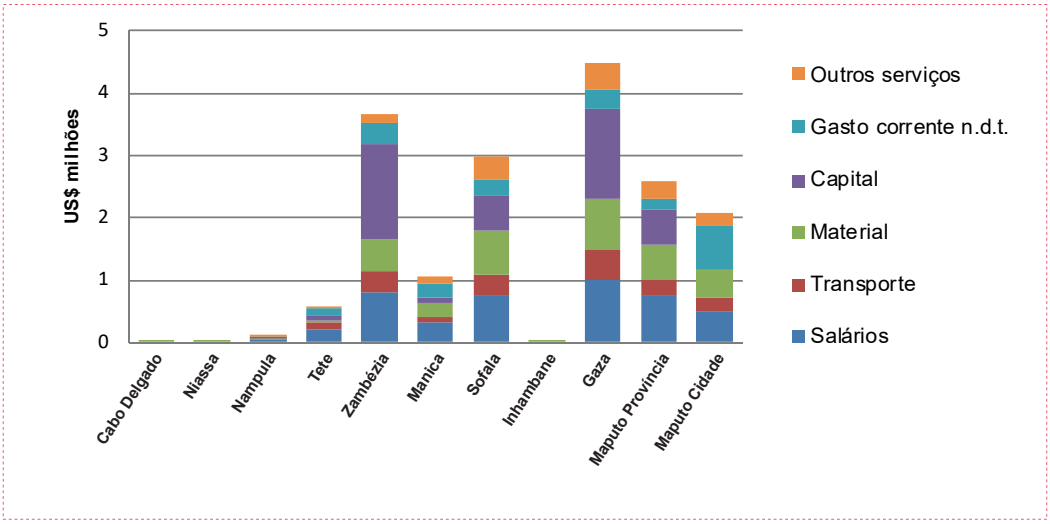
A distribuição dos gastos por província mostra que, em 2014, as províncias de Cabo Delgado e Niassa (na zona norte) e Inhambane (na zona Sul) praticamente não realizaram gastos em circuncisão masculina e a província de Nampula (na zona norte) consumiu pouco. Os poucos gastos na zona norte e em Inhambane podem justificar-se por a circuncisão masculina ser, por razões culturais, uma prática regular nestas 4 províncias. Nas três províncias do sul, os gastos estiveram, em proporção, sempre acima das metas, enquanto nas restantes se registou alguma aproximação. As províncias de Gaza (25%) e da Zambézia (21%) são as que realizaram o maior volume de gastos em circuncisão masculina. Também foram estas as que mais beneficiaram de investimentos em 2014 (Figura 31).

Figura 30: Distribuição proporcional dos gastos com circuncisão masculina e das metas por província



Neste ano foram realizados gastos de capital (investimento), representando 24% da despesa. Os salários absorveram outros 25%, fazendo com que estes dois factores de produção correspondam a metade do gasto em circuncisão masculina.

Figura 31: Gastos em circuncisão masculina por factores de produção e província - 2014



O Relatório do Programa Nacional de ITS e HIV de 2014 insiste na necessidade de reforçar a criação de demanda para atingir as metas para a circuncisão masculina, o que exigirá maior investimento ao nível da comunidade que deve ser feito sem descurar os gastos necessários nas unidades sanitárias. Em 2014 os gastos realizados fora das unidades sanitárias em circuncisão masculina representaram apenas 4% do total.

O gasto unitário (pessoa circuncidada) é bastante elevado, atingindo uma média nacional de US$108. Comparando este nível de gasto com os custos unitários noutros países da região (Cost per male circumcision using a PrePex device adjusted for complications - $45.32 [Unit costs repository, Avenir Health]) indica que há também espaço para melhorar a eficiência por economias de escala, o que permitiria alcançar mais pessoas com o mesmo volume de recursos.

De uma maneira geral pode ser afirmado que será necessário aumentar os gastos em prevenção da transmissão sexual. Os programas TARV e circuncisão masculina, embora sendo priorizados, não atingiram ainda as coberturas necessárias para ter impacto na redução efectiva das novas infecções. De facto, a cobertura da CM continua baixa nas regiões centro e sul e as do tratamento, com o nível baixo de retenção e supressão da carga viral, não permitirão que se reduza de forma efectiva as novas infecções com HIV.

Preservativos

Comparativamente aos MEGAS passados, deve destacar-se a melhoria na informação recolhida sobre a distribuição pública e *marketing* social de preservativos, apesar de não ter sido possível desagregar as populações beneficiárias. A informação utilizada para estimar os custos da distribuição pública foi fornecida pelos Núcleos Provinciais de Combate ao HIV e SIDA, em colaboração com os Depósitos Provinciais de medicamentos, do MISAU. Importa anotar que as quantidades distribuídas pelos depósitos provinciais foram superiores, tendo a diferença sido considerada como preservativos distribuídos no âmbito do programa de saúde reprodutiva.

Pelas razões indicadas os gastos em preservativos não consideram em 2014 a totalidade da despesa, por estar incompleta. O Governo da Holanda (61%) e os agregados familiares (19%) foram as principais fontes de financiamento apuradas em 2014.

O Governo da Holanda suportou essencialmente os custos de *marketing* social de preservativos, que absorveram US$ 5.5 milhões em 2014, enquanto as famílias fizeram a compra de preservativos nos estabelecimentos comerciais no total de US$ 1.7 milhões, exclusivamente relacionados com o "jeito".

A distribuição pública de preservativos, no valor de US$ 1.6 milhões[8] foi essencialmente suportada pelas contribuições do Governo dos Estados Unidos e do Fundo das Nações Unidas para Actividades Populacionais (UNFPA).

Os dados da avaliação sugerem haver um bom alinhamento entre os gastos em preservativos e a distribuição regional de novas infecções por transmissão sexual, pois as zonas sul e centro com aproximadamente igual de número de novas infecções, cerca de 31 mil, consumiram cada o mesmo valor US$ 3.8 milhões. Mesmo a região norte que teve cerca de metade das novas infecções ocorridas em cada uma das outras, consumiu também o equivalente a 1/3 dos gastos registados em cada uma das outras regiões.

A distribuição dos gastos em preservativos por província comparada com as novas infecções por transmissão sexual sugere haver espaço para melhorias. Claramente, Zambézia, com 18% de novas infecções e 11% do gasto, e Gaza, com 13% das novas infecções e 7% do gasto, estão em contraposição com Maputo Cidade, que tendo 9% das novas infecções consome 14% dos gastos ou Tete que tendo 4% das novas infecções consome 9% dos recursos, estes casos extremos são exemplos disso.

Tabela 16: **Fontes de financiamento para preservativos - 2014 (US$)**

Fontes de Financiamento	US$	%
Governo da Holanda	5 425 562	61%
Agregados familares	1 730 343	19%
Governo dos Estados Unidos	835 095	9%
FNUAP	754 624	8%
Outros internacionais	138 616	2%
Orçamento do Estado	3 481	0%
Total	**8 887 721**	**100%**

Figura 32: **Gastos em preservativos - 2014**

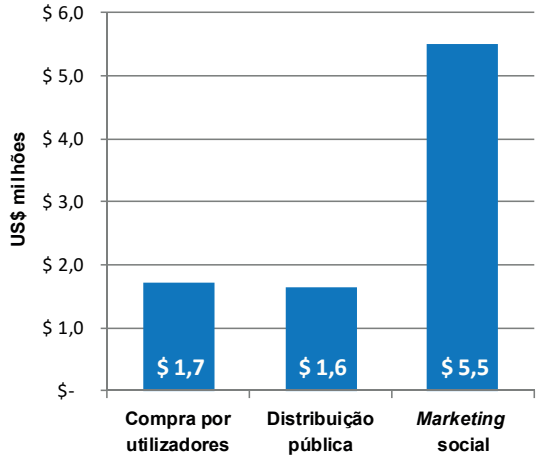
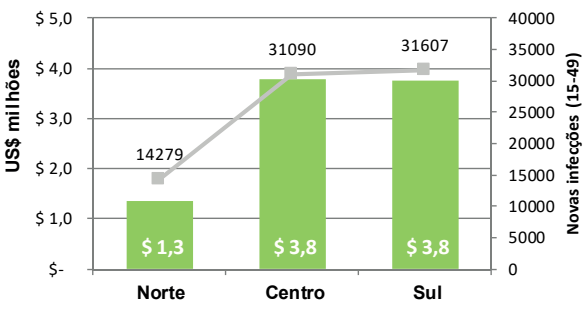
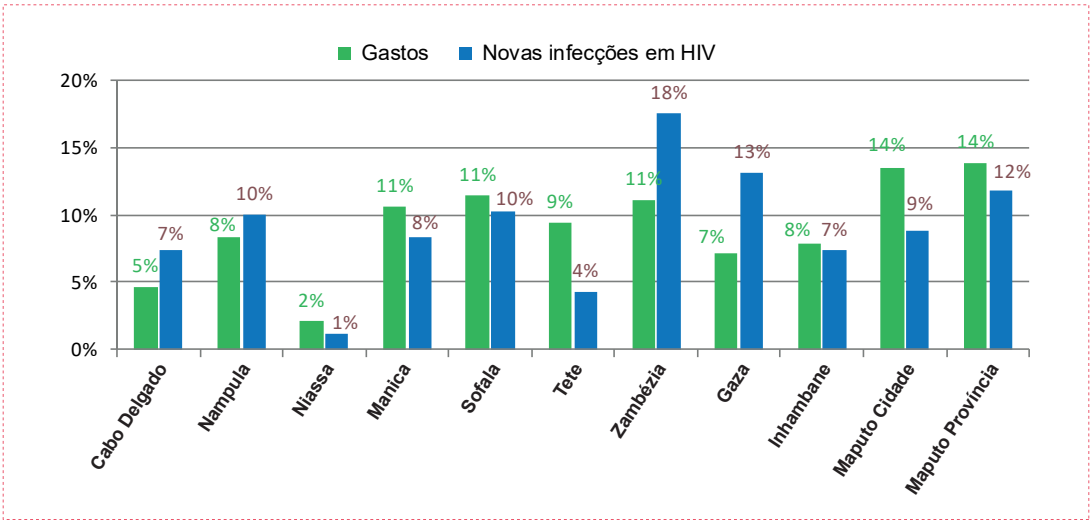


Figura 33: **Gastos em preservativos e novas infecções por transmissão sexual e região - 2014**



[8]Inclui as seguintes categorias de gastos em SIDA: ASC.01.13; ASC.01.14; ASC.01.04.02; ASC.01.08.02; ASC.01.09.02; ASC.01.11.02

Figura 34: **Distribuição percentual dos gastos em preservativos e das novas infecções derivadas de transmissão sexual, por província - 2014**

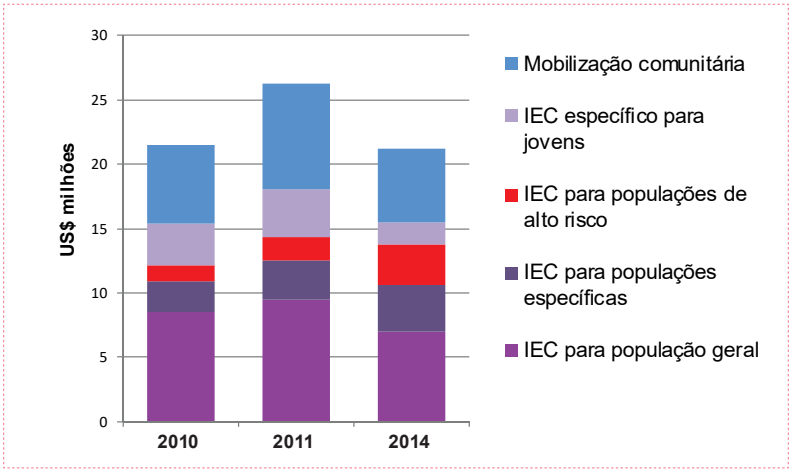


Actividades visando a mudança de comportamento

No âmbito desta análise, as actividades visando a mudança de comportamento, incluem a informação, educação e comunicação (IEC) para a mudança de comportamento na população geral, IEC para populações específicas, IEC direccionada para jovens, a IEC para populações de alto risco e a mobilização comunitária[9].

Os dados da avaliação, conforme a Figura 35, mostram que se registou uma redução dos gastos destinados à mudança de comportamento, de US$ 26.2 milhões em 2011 para US$ 21.2 em 2014, uma redução de 19%, mais próxima do nível alcançado em 2010 (US$ 21.5 milhões).

Figura 35: **Gastos destinados à mudança de comportamento por tipo de intervenção**



Em 2014, a mobilização comunitária captou 27% (US$ 5.7 milhões) dos gastos para a mudança de comportamento, enquanto 73% (US$ 15.5 milhões) foi alocado a IEC direccionada a vários grupos populacionais. Destes, 45% (US$ 7 milhões) foram empregues em actividades dirigidas à população geral, 20% (US$ 3.2 milhões) para populações de alto risco, 23% (US$ 3.6 milhões) para outras populações acessíveis e 11% (US$ 1.7 milhões) especificamente para jovens.

[9]Inclui as seguintes categorias de gastos em SIDA: ASC.01.01; ASC01.02; ASC.01.04.4; ASC.01.04.98; ASC.01.04.99; ASC.01.07.01; ASC.01.07.98; ASC.01.08.04; ASC.01.08.98; ASC.01.08.99; ASC.01.09.04; ASC.01.09.98; ASC.01.10; ASC.01.11.04; ASC.01.11.98; ASC.01.11.99.

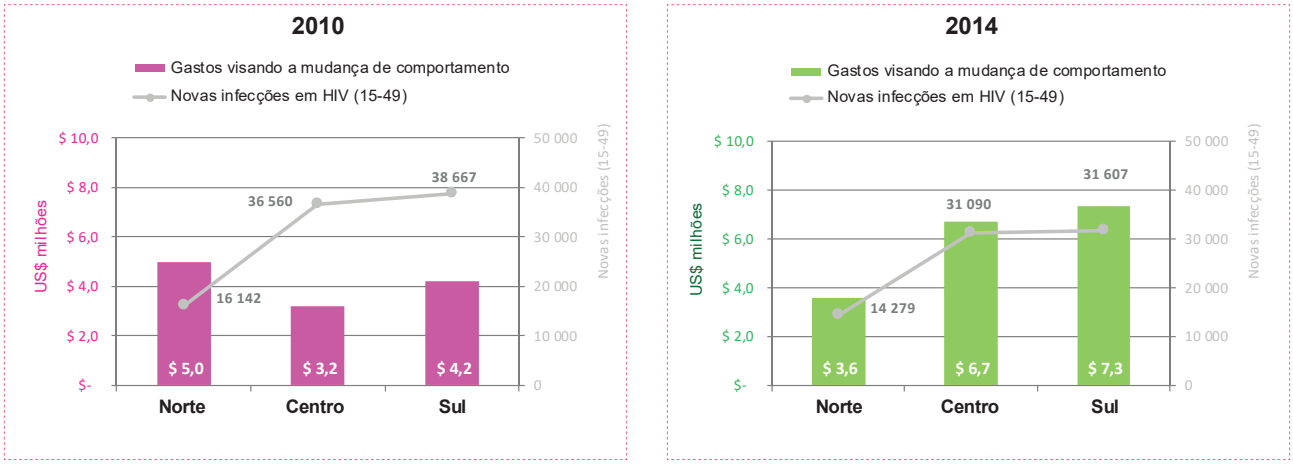
Os dados mostram uma diminuição nos gastos, entre 2011 e 2014, na população geral e em actividades de IEC especificamente direccionadas aos jovens. No mesmo período, os gastos em prevenção para populações de alto risco aumentaram substancialmente, nomeadamente os gastos para a mudança de comportamento das trabalhadoras de sexo e seus clientes.

As actividades visando a mudança de comportamento foram, em 2014, essencialmente financiadas pela ajuda externa (95%). O PEPFAR financiou 48% dos gastos, o Fundo Global 23% e todas as outras fontes internacionais 24%. Nesta componente, entre 2010 e 2014, registou-se uma redução de 29% (-$3.3 milhões) nos gastos apoiados pelo Governo Americano, que foi compensada pela entrada do Fundo Global como fonte de financiamento em 2011, tendo financiado gastos no valor de US$ 5 milhões em 2014.

Em 2014, a maioria dos gastos destinados à mudança de comportamento (74%) foram serviços providos por entidades privadas nacionais. Os provedores públicos foram responsáveis por 6% dos gastos, os privados internacionais por 14% e as agências multilaterais ou bilaterais por 6%. É necessário ressaltar que os serviços de provedores privados nacionais aumentaram 30% entre 2010 e 2014, tendo no mesmo período os privados internacionais reduzido 51%.

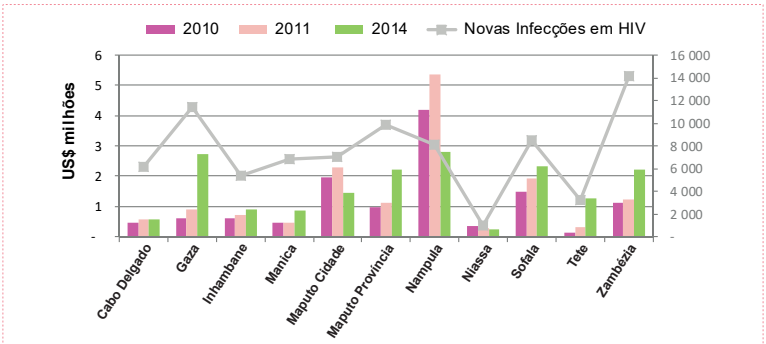
A Figura 36 mostra que no conjunto das intervenções destinadas à mudança de comportamento, a distribuição dos recursos melhorou entre 2010 e 2014, ou seja, a desproporção registada em 2010 foi corrigida, pois o volume dos gastos aproxima-se tendencialmente do número de novas infecções por região.

Figura 36: Gastos destinados à mudança de comportamento e novas infecções por região - 2010 e 2014



A mesma comparação feita por província, tendo em conta o número de novas infecções em 2014, também mostra uma melhor distribuição dos gastos por província com excepção da província da Zambézia onde o montante de gastos fica bastante aquém do número das novas infecções.

Figura 37: Gastos destinados à mudança de comportamento e novas infecções por província - 2010, 2011 e 2014



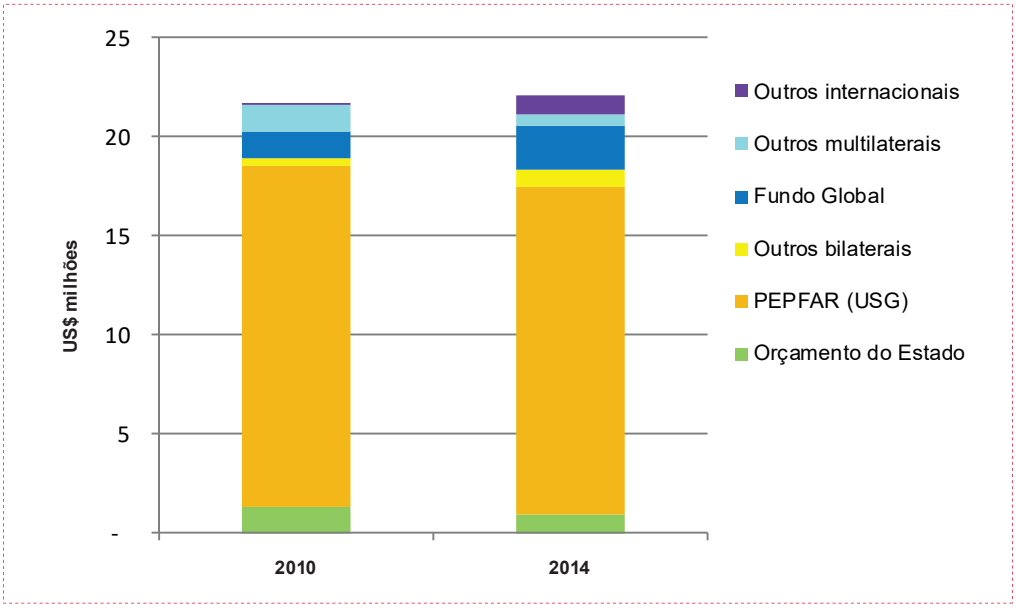
Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

O país elaborou, em 2013, um plano para eliminar a transmissão vertical do HIV. Em 2014, conforme a Figura 38, foram gastos US$ 22.1 milhões com a PTV comparativamente a US$ 21.7 em 2010, e US$ 21.4 em 2011, o que representa um aumento de apenas 1.7% entre 2010 e 2014. Importa notar que embora os gastos anuais com PTV se tenham mantido no mesmo nível em 2010 e 2011, e tenha havido um ligeiro crescimento em 2014, o número de mulheres em PTV (Tabela 18:) cresceu continuamente, tendo passado de 22.694 (2010), para 50.554 (2011) e depois para 94.879 (2014).

As intervenções realizadas neste domínio foram essencialmente financiadas pelo Governo Americano com US$ 16.5 milhões em 2014, comparativamente a US$ 17.2 em 2010, representando uma redução de cerca de 4%. A segunda fonte mais importante foi o Fundo Global que contribuiu com US$ 2.2 milhões em 2014 e US$ 1.3 em 2010, tendo aumentado o financiamento em 73%. As contribuições do Orçamento do Estado atingiram US$ 1 milhão em 2014.

Importa destacar que as contribuições de Outros Internacionais e Outros Bilaterais aumentaram de 2010 para 2014.

Figura 38: Gastos em PTV por fonte de financiamento - 2010 e 2014



Em 2014, as actividades de PTV foram essencialmente realizadas por instituições do sector público (80% dos gastos), seguido de ONGs nacionais e internacionais (12%). No mesmo ano continuava a estar disponível, em muitas unidades sanitárias, a Opção A para as mulheres grávidas seropositivas. No entanto, a maioria das destas mulheres beneficiou da Opção B+ (TARV).

Para prover os serviços relacionados com a PTV em 2014, o aconselhamento e testagem das mulheres grávidas consumiu 30% dos gastos, a provisão de profilaxia anti-retroviral 20%, e os cuidados para a mãe incluindo o parto 17%.

Figura 39: Gastos PTV por tipo de provedor - 2014

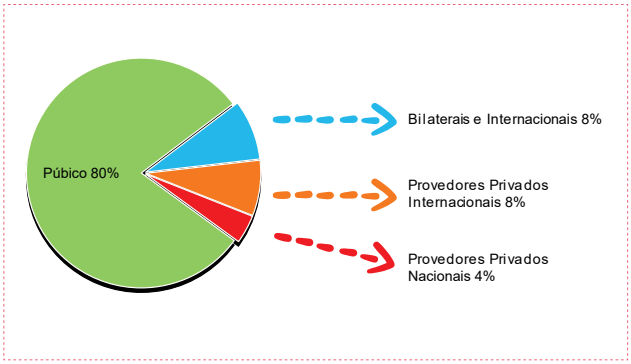


Tabela 17: **Gastos em PTV por tipo de intervenção - 2014**

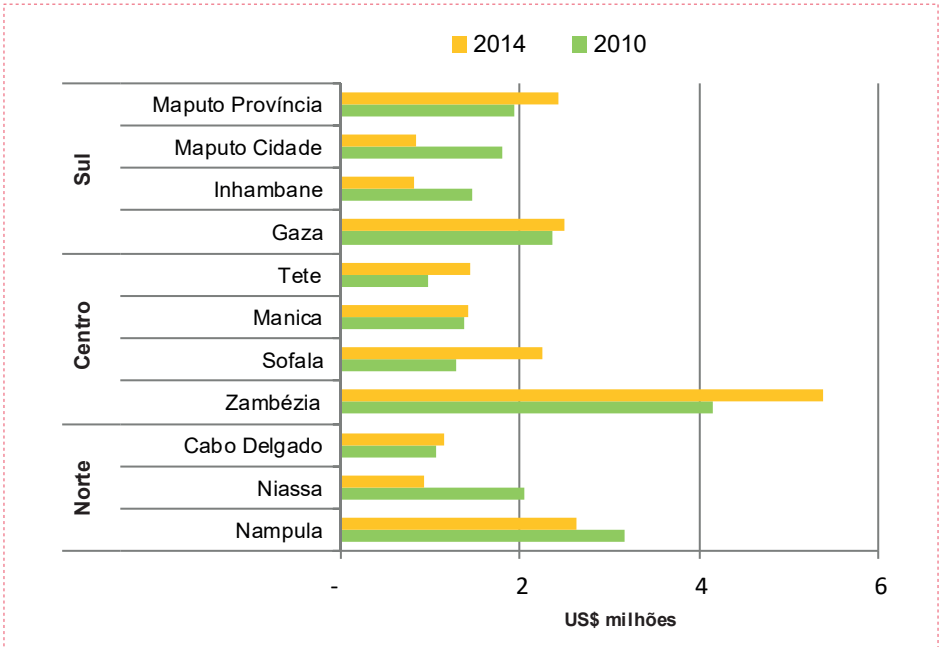
Intervenções em PTV	Código ASC	US$	%
Aconselhamento e testagem em HIV das mulheres grávidas	ASC.01.17.01	6 690 865	30%
Testagem da criança exposta	ASC.01.17.99	2 381 247	11%
Profilaxia anti-retroviral para a mãe HIV positiva e o bebé	ASC.01.17.02	4 383 996	20%
Cuidados para a criança exposta, incluindo alimentação segura	ASC.01.17.03	2 975 124	13%
Cuidados para a mãe, incluindo partos integrados a programas de PTV	ASC.01.17.04	3 847 806	17%
Gastos em PTV não desagregados	ASC.01.17.98	1 783 905	8%
Total PTV		**22 062 943**	**100%**

Os cuidados com crianças (13%) e testagem (11%) são as categorias que se seguem por ordem de importância do gasto realizado.

Os gastos em PTV continuaram a ser mais significativos na região centro, que passou de US$ 7.8 milhões (2010) para US$ 10.5 milhões (2014). Nas zonas norte e sul, os gastos diminuíram entre 2010 e 2014, respectivamente em 25% e 13%.

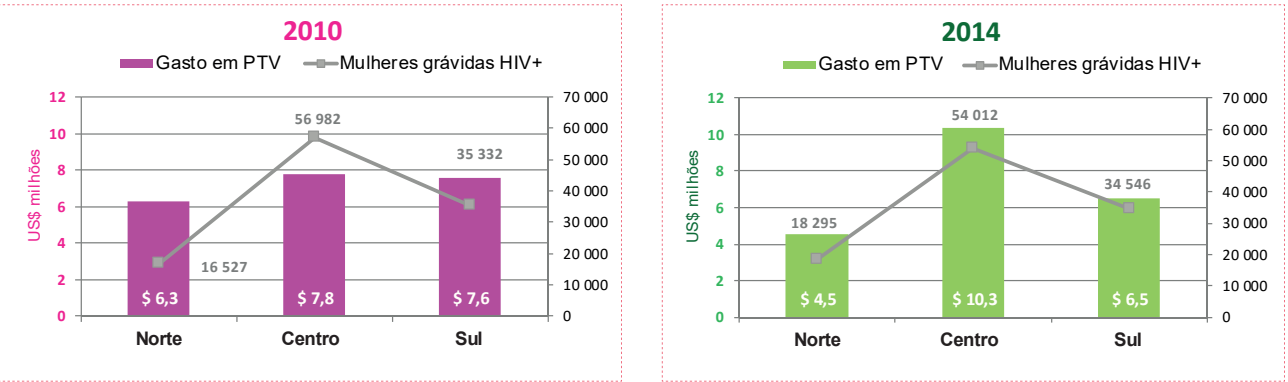
Não tendo havido variações importantes nos gastos totais em PTV, os dados por província mostram que se registou uma redistribuição de gastos entre províncias de 2010 para 2014. As províncias da região centro, Zambézia, Sofala e Tete, apresentam o crescimento mais acentuado, registando-se reduções importantes nas províncias de Maputo Cidade, Inhambane e Niassa, como mostra a Figura 40.

Figura 40: **Gastos em PTV por província - 2010 e 2014**



Quando se comparam os gastos em PTV com o número de mulheres grávidas seropositivas verifica-se um maior equilíbrio em 2014, comparativamente a 2010. De facto, a zona centro, que detém o maior número de mulheres grávidas seropositivas gastava proporcionalmente menos em 2010, tendo sido rectificada esta situação em 2014.

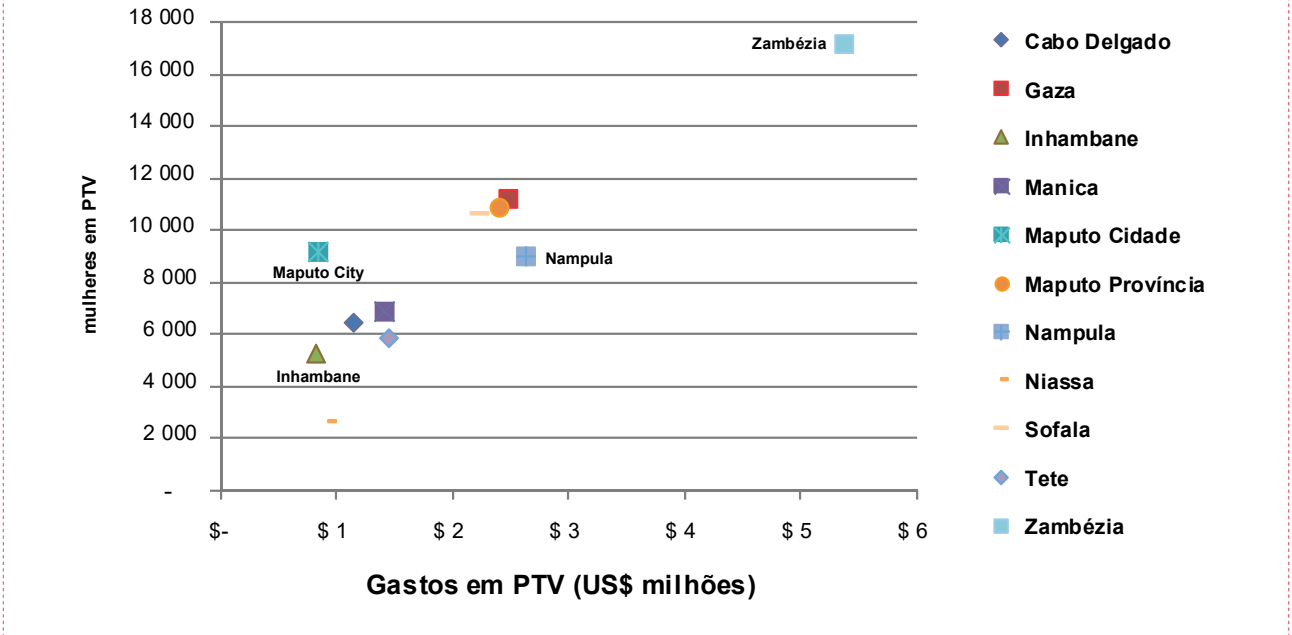
Figura 41: Gastos em PTV e mulheres grávidas HIV+ por região ($US milhões) - 2010 e 2014



Em 2014, nas zonas norte e centro, o custo por mulher rondava os US$ 260, ainda que com enormes variações entre províncias, enquanto no sul, havendo também diferenças entre as províncias, a média situou-se em US$ 182. O custo unitário para prevenir a transmissão vertical variou entre US$ 93 na Cidade de Maputo, e o máximo de US$ 355 em Niassa. A explicação para esta situação, pode estar parcialmente relacionada com o facto da expansão do Plano de ETV ter sido iniciado na zona sul. O gasto específico em PTV por mulher, tenderá a reduzir-se na medida em que a Opção B+ abrange mais zonas do país.

Cruzando os dados dos gastos em PTV com o número de mulheres a beneficiar dos seus serviços, nota-se uma correspondência entre as duas variáveis em 2014. No entanto, os dados da Cidade de Maputo indicam que com o mesmo nível de gastos realizados em Inhambane e Niassa, foram abrangidas praticamente o dobro das mulheres.

Figura 42: Gastos em PTV e mulheres em PTV por província - 2014



Inhambane e Zambézia mostram valores centrais para analisar esta relação, mostrando que a alocação dos recursos para PTV pode ser mais eficiente.

Os gastos em PTV de 2014, destinaram-se a despesas correntes: salários (37%), materiais (34%), serviços (13%) e outras despesas (6%). Os gastos de capital, investimentos, absorveram 8% dos gastos (US$ 1.84 milhões). Os gastos não desagregados representam apenas 2% da despesa em PTV.

83% dos gastos em salários da PTV foram pagos por doadores bilaterais, essencialmente relacionados com actividades de apoio aos programas provinciais, seguindo-se o Orçamento do Estado (11%), e Outros Internacionais (5%). As Agências Multilaterais e Outros Internacionais contribuem essencialmente no financiamento dos materiais (35%), cabendo aos bilaterais 66%. Dos materiais para PTV, importa ressaltar que os reagentes de laboratório representam 18% e os ARVs apenas 3% (Opção A). Cerca de ¾ dos gastos em serviços para PTV foram para transporte e quase integralmente financiados por fontes bilaterais.

Figura 43: **Factores de produção por fonte de financiamento em PTV - 2014**

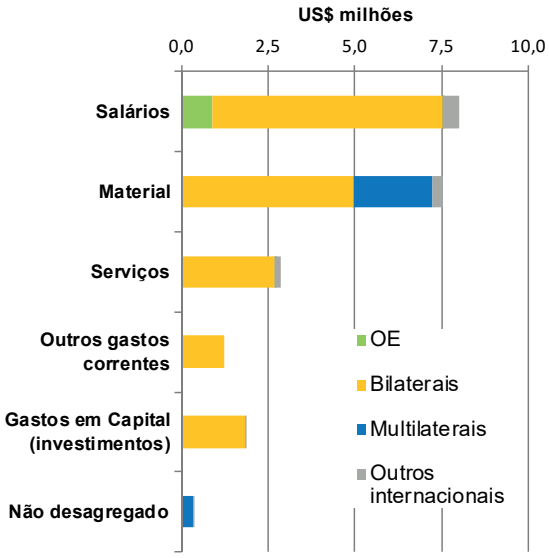


Tabela 18: **Distribuição de gastos unitários e por províncias, em programas de PTV – 2010, 2011 e 2014**

Regiões/Províncias	# Mulher em PTV			Gastos em PTV (US$)			Gastos por mulher em PTV (US$)		
	2010	2011	2014	2010	2011	2014	2010	2011	2014
Norte	4 350	11 921	18 074	$6 303 798	$6 205 255	$4 718 256	$1 449	$521	$261
Cabo Delgado	1 036	3 152	6 481	$1 074 261	$1 391 395	$1 157 356	$1 037	$441	$179
Niassa	200	1 070	2 627	$2 059 734	$2 160 545	$932 780	$10 299	$2 019	$355
Nampula	3 114	7 699	8 966	$3 169 803	$2 653 315	$2 628 120	$1 018	$345	$293
Centro	5 372	12 747	40 470	$7 788 523	$8 515 051	$10 522 802	$1 450	$668	$260
Zambézia	3 100	7 340	17 063	$4 156 841	$4 024 265	$5 392 076	$1 341	$548	$316
Tete	704	2 331	5 880	$969 886	$1 379 707	$1 453 652	$1 378	$592	$247
Manica	598	1 032	6 908	$1 379 154	$1 337 296	$1 415 336	$2 306	$1 296	$205
Sofala	970	2 044	10 619	$1 282 642	$1 773 783	$2 261 738	$1 322	$868	$213
Sul	12 972	25 886	36 335	$7 587 095	$6 724 639	$6 597 459	$585	$260	$182
Inhambane	1 245	2 830	5 258	$1 478 034	$1 274 062	$822 073	$1 187	$450	$156
Gaza	3 443	7 793	11 113	$2 374 399	$2 334 791	$2 498 926	$690	$300	$225
Maputo Cidade	5 245	9 210	9 170	$1 798 615	$1 578 646	$851 935	$343	$171	$93
Maputo Província	3 039	6 053	10 794	$1 936 047	$1 537 140	$2 424 525	$637	$254	$225
Nacional/total	22 694	50 554	94 879	$21 701 663	$21 444 945	$22 062 943	$956	$424	$233
Gastos nacionais				**$22 247**		**$224 426**			

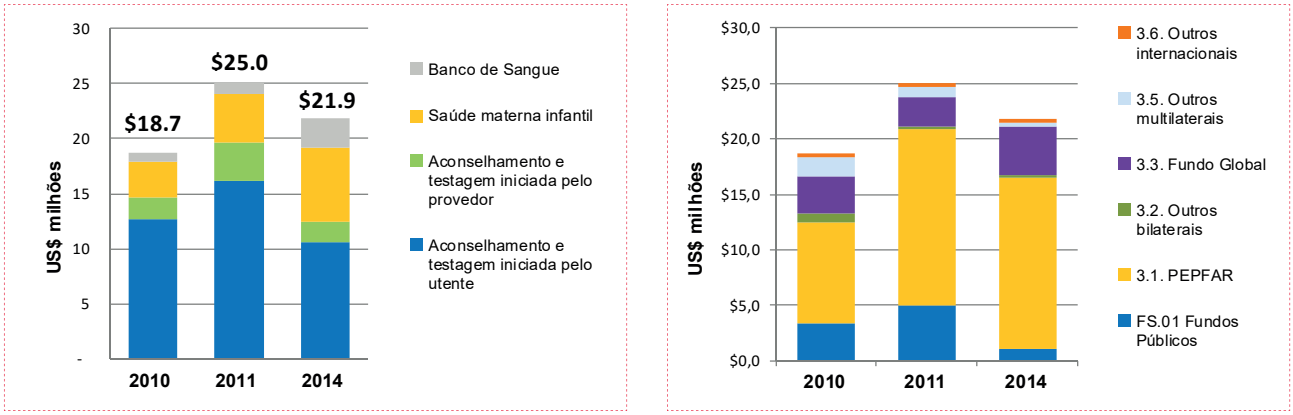
Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

No âmbito desta análise, foram agrupadas as categorias de gastos ou actividades, conforme detalhado a seguir. O BS inclui a categoria ASC.01.19, Banco de Sangue; o SMI, a categoria ASC.01.17.01, Testagem nos Programas de PTV; a ATIP, a categoria ASC.02.01.01, Testagem Iniciada pelo Provedor (ATIP); e a UATS, a categoria ASC.01.03, Aconselhamento e testagem e ASC.01.04.01, ATS para populações vulneráveis ou acessíveis, e ainda ASC.01.11.01, ATS no local de trabalho.

Os gastos em aconselhamento e testagem, intervenções importantes para a redução de novas infecções, e também para que as pessoas conheçam o seu sero-estado, apresentam um crescimento entre 2010 (US$ 18.7 milhões) e 2014 (US$ 21.9 milhões), embora registem também uma diminuição entre 2011 e 2014 (US$ -3 milhões).

O aumento destes gastos, entre 2010 e 2014, ficou a dever-se ao incremento significativo da contribuição do PEPFAR (69%), do Fundo Global (28%) e ainda dos Outros Internacionais (46%). No mesmo período, os fundos públicos viram-se reduzidos em 67%, os dos Outros Bilaterais em 57%, e os dos Outros Multilaterais em 82%. De facto, em 2014 o PEPFAR e o Fundo Global representaram 90% dos gastos em 2014, em comparação com 67% em 2010, e 74% em 2011.

Figura 44: **Gastos em aconselhamento e testagem por intervenção e fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014**

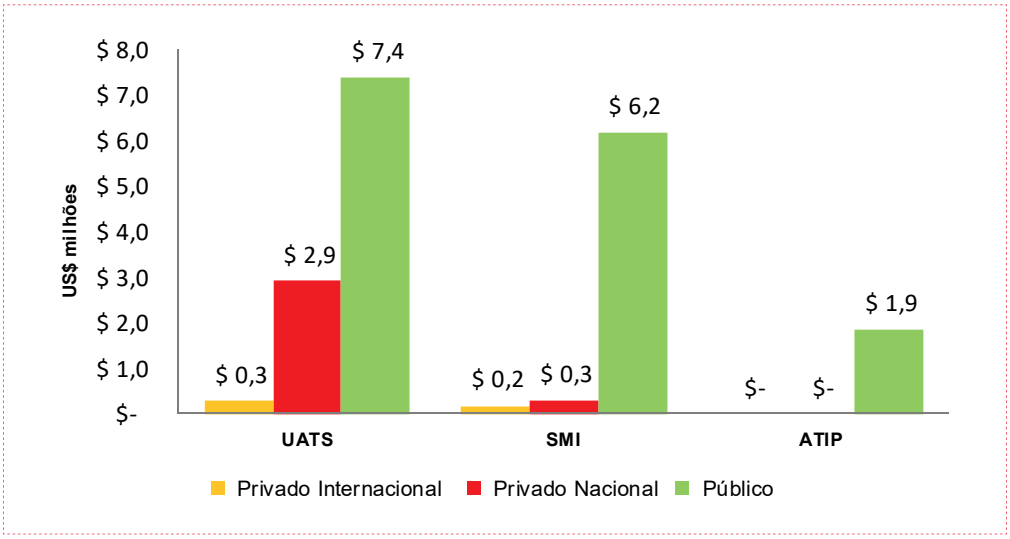


Os gastos em UATS e ATIP decresceram entre 2010 e 2014, enquanto os gastos em SMI duplicaram e, com os BS, quase triplicaram no mesmo período. O peso relativo dos gastos em SMI e BS aumentaram substancialmente em 2014, respectivamente 31% e 13%, comparativamente a 17% e 4% em 2010.

Em 2014, os gastos em ATS na área dos Bancos de Sangue foram grandemente influenciados pelo investimento feito para estabelecer o Centro de Referência Nacional de Sangue na Cidade de Maputo. Por esta razão, a descrição e análise dos gastos por província excluem os Bancos de Sangue.

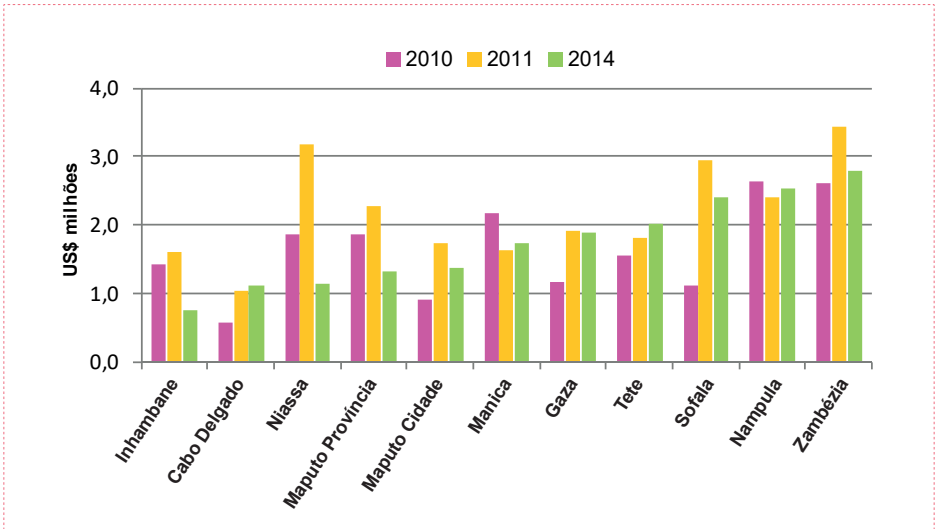
Os provedores públicos foram os principais actores nos serviços de ATS em qualquer uma das suas formas, tendo absorvido 81% dos gastos totais. O sector privado representa os demais 19%. Neste caso, também é provável que um maior envolvimento comunitário, derivado da intervenção de prestadores privados, possa contribuir para uma maior eficiência.

Figura 45: Gastos em ATS por provedor de serviços e tipo de intervenção - 2014



Os gastos em ATS aumentaram em 6 províncias entre 2010 e 2014, ao passo que se viram reduzidos noutras 5 durante o mesmo período. Os aumentos mais representativos registaram-se em Sofala (115%), Cabo Delgado (100%) e Gaza (63%). As reduções mais importantes foram registadas em Inhambane (-46%), Niassa (-38%) e Maputo Província (-28%).

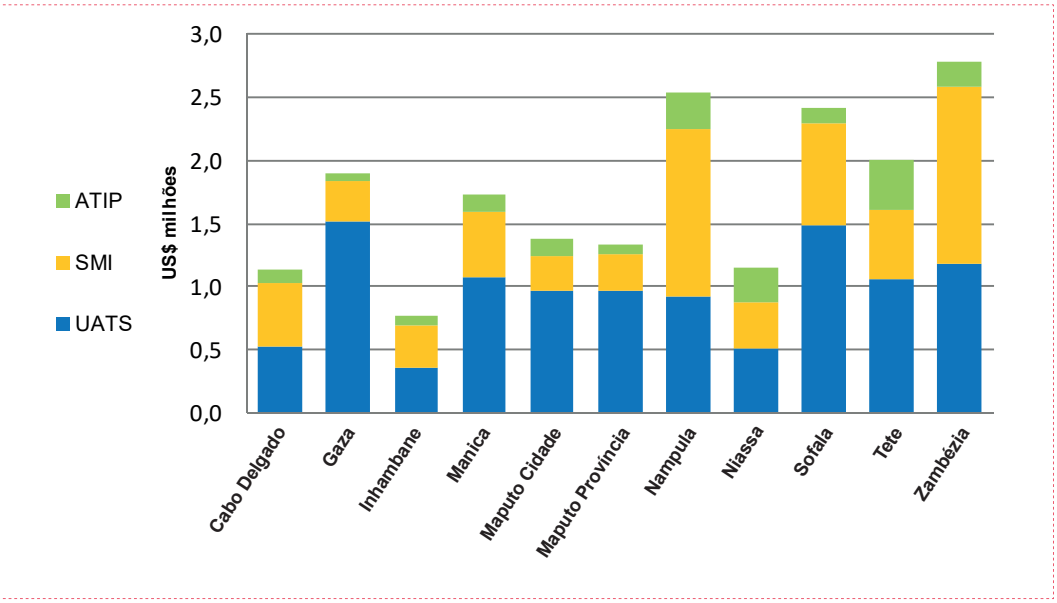
Figura 46: Gastos em aconselhamento e testagem por província - 2010, 2011 e 2014



A distribuição dos gastos por tipo de actividade, entre as províncias, apresenta diferenças substanciais. As províncias de Nampula e Zambézia gastaram proporcionalmente mais em SMI, com mais de 50% dos gastos em 2014, enquanto as demais registaram gastos superiores em UATS. Destacam-se ainda as províncias de Cabo Delgado e Inhambane que gastaram no mesmo ano, cerca de 45% dos gastos em SMI.

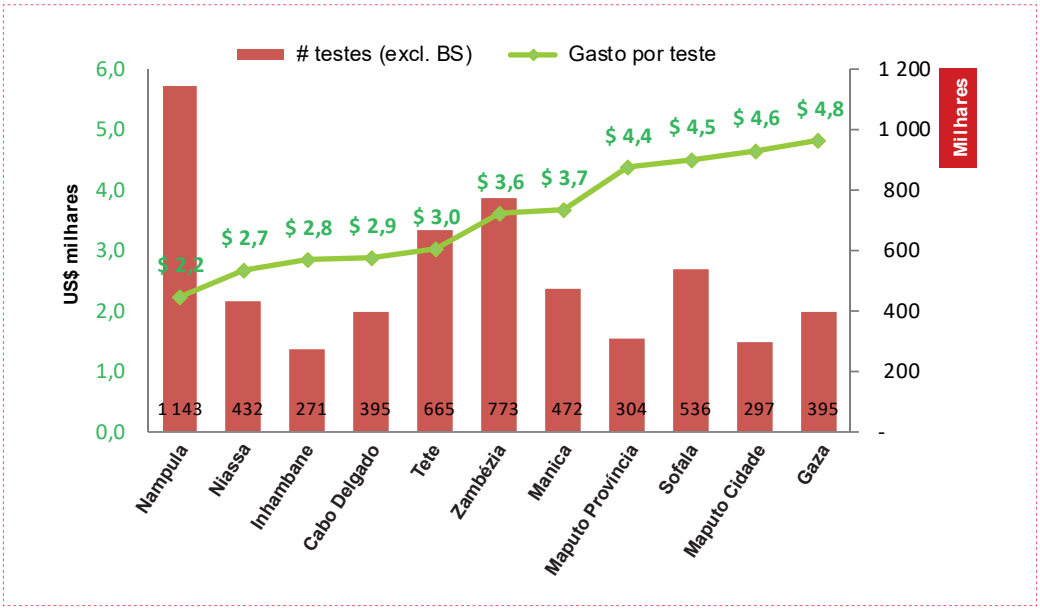
Por outro lado, a província de Gaza consumiu 80% dos recursos em UATS durante o ano de 2014, seguindo-se Maputo Província (73%) e Maputo Cidade (71%). Manica e Tete consumiram mais de 50% em UATS.

Figura 47: Gastos em ATS por tipo de intervenção e por província, 2014



Conforme os dados do estudo, o custo unitário dos testes em cada província revela diferenças muito acentuadas que vão desde US$ 2.2 em Nampula até US$ 4.8 em Gaza, representando uma diferença acima do dobro. Outra questão a considerar é a divergência do custo unitário dos testes em províncias que realizaram o mesmo número de testes, como são os casos de Cabo Delgado e Gaza. As combinações dos tipos de testes mais realizados (ATIP, UATS, SMI, entre outros) e as economias de escala podem ser uma das explicações a considerar.

Figura 48: Número de testes realizados e gastos unitários por província - 2014



Contudo, estes dados mostram por um lado a necessidade de aprofundar as análises para compreender melhor as diferenças e, por outro, que os recursos podem ser usados de uma forma mais eficiente.

Em 2014, excluído o BS, os factores de produção consumidos na prestação de serviços de ATS foram essencialmente reagentes e materiais (39%) e salários (30%), totalizando 70% dos gastos.

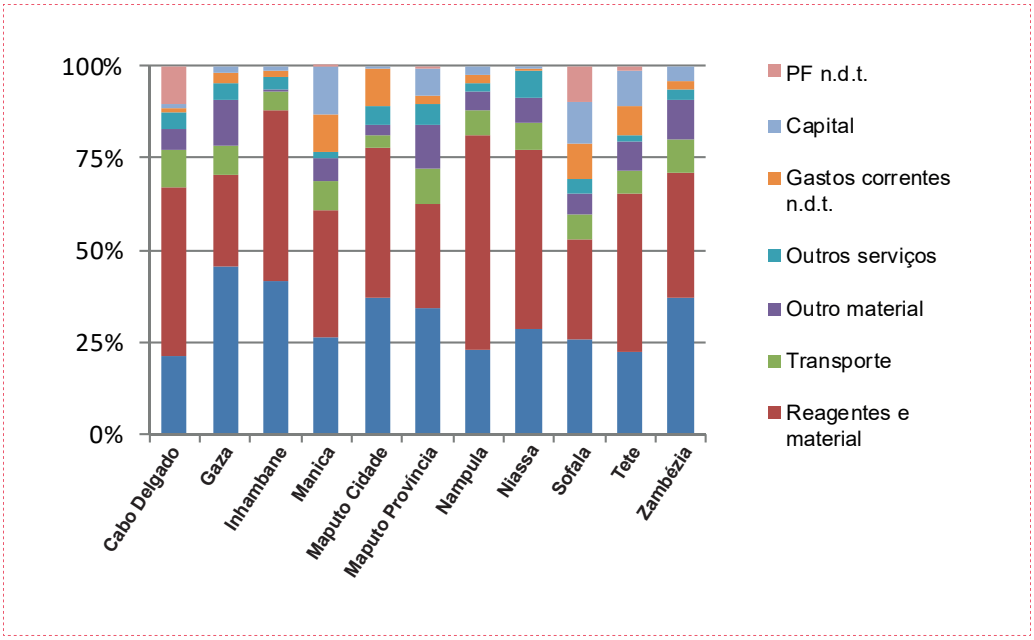
Os outros factores de produção correspondem a valores muito próximos, sendo que o investimento se situa nos 5% do gasto total. Os custos em transporte são também significativos, estimando-se em 7% da despesa total de 2014.

No entanto, a importância proporcional dos diferentes factores de produção varia acentuadamente entre as províncias. Sem dúvida, os salários e os reagentes e materiais somados variam de quase 80% dos gastos em Nampula para pouco mais de 50% em Sofala.

Tabela 19: **Gastos em ATS, excluído o BS por factores de produção – 2014 (US$)**

Factores de Produção	US$	%
Salários	5 832 028	30%
Reagentes e material	7 427 063	39%
Transporte	1 420 314	7%
Outro Material	1 396 363	7%
Outros serviços	715 186	4%
Gastos correntes n.d.t.	948 315	5%
Capital	1 023 263	5%
PF n.d.t.	384 253	2%
Total PTV	**19 146 785**	**100%**

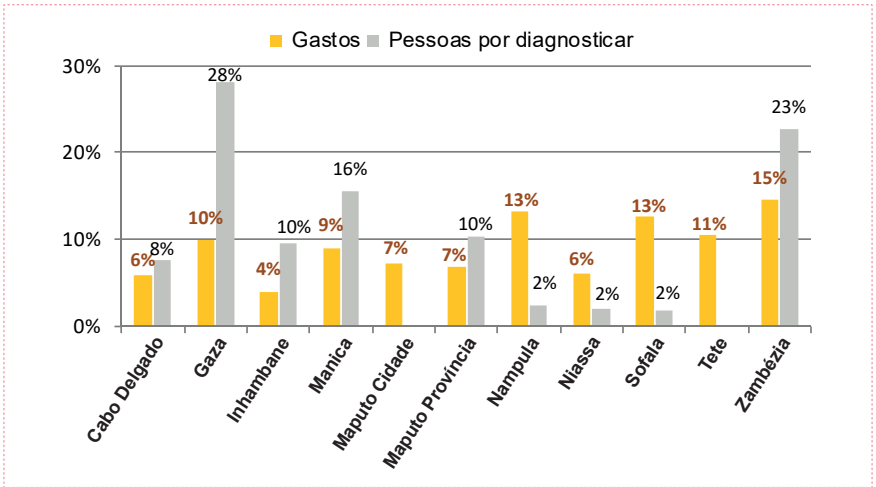
Figura 49: **Distribuição dos gastos em ATS por factor de produção e província - 2014**



Os gastos de capital em 2014 beneficiaram as províncias de Maputo, Manica, Tete e Zambézia. Os gastos em transporte são praticamente proporcionais entre todas as províncias.

Como referido, o objectivo essencial do ATS é garantir que as pessoas conheçam o seu estado e especialmente diagnosticar aquelas que são seropositivas, contribuindo para que tenham um estilo de vida adequado e assim evitar novas infecções. Quando se compara a proporção dos gastos por província em ATS com a percentagem estimada de pessoas por diagnosticar (2014), parece não haver concordância entre os gastos e as prioridades identificadas.

Figura 50: **Distribuição proporcional dos gastos em ATS por província e percentagem das pessoas por diagnosticar - 2014**



Os casos de Gaza, Zambézia e Manica são claramente elucidativos, pois a proporção do gasto fica muito aquém da proporção dos casos estimados por diagnosticar. Maputo Cidade e Tete são casos excepcionais devido à inconsistência dos dados populacionais ou programáticos, resultando em taxas de cobertura superiores a 100%, razão pela qual a percentagem das pessoas por diagnosticar não é apresentada no gráfico.

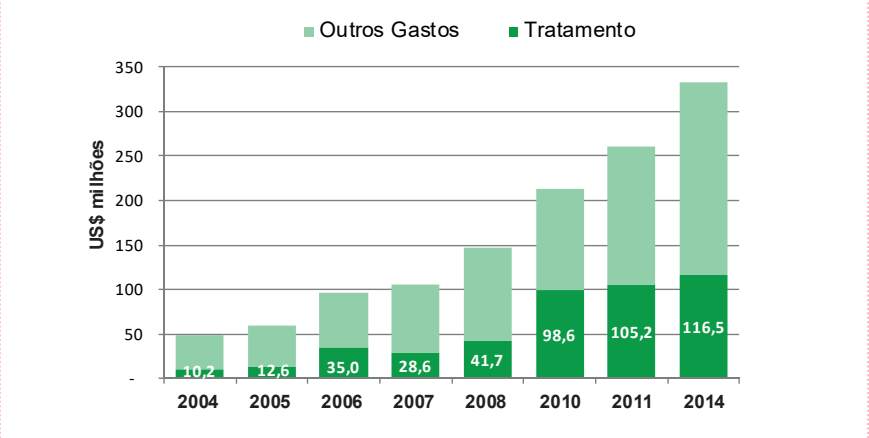
3.3.2. Cuidados e Tratamento

Tal como realçado anteriormente, os cuidados e tratamento cresceram mais de 11 vezes entre 2004 e 2014, tendo-se se tornado na principal categoria de gastos na resposta ao HIV e SIDA, o que representa 35% da despesa total em 2014, um decréscimo na proporção de 5% comparativamente a 2011 (40%). Desde 2008, os gastos nesta categoria vêm a crescer continuamente.

Os dados da avaliação mostram também que, tal como esperado, no caso dos cuidados e tratamento o crescimento dos gastos ficou a dever-se a um aumento de 15% entre 2011 e 2014 da contribuição das fontes internacionais. Assim, em 2014, os fundos internacionais passaram a representar 97% dos gastos em cuidados e tratamento. Esta realidade chama de novo à atenção para a excessiva dependência de financiamentos externos para a resposta nacional ao HIV e SIDA, especialmente quando o TARV não pode ser interrompido.

Em particular, importa realçar que duas fontes, o PEPFAR e o GFATM, financiaram 87% dos gastos em cuidados e tratamento de 2014.

Figura 51: **Cuidados e tratamento na resposta ao HIV**



Os provedores de serviços de cuidados e tratamento são essencialmente do sector público, compreendendo hospitais, centros de saúde e laboratórios, em todas as províncias, como representado na Figura 53. Em todo o país, os prestadores públicos absorveram cerca de 90% dos gastos, enquanto nas províncias variaram entre 81% em Tete e 96% em Cabo Delgado. Os privados internacionais são essencialmente organizações não-governamentais estrangeiras que operam no país e tiveram importância relativa na prestação de serviços nas províncias de Maputo Cidade, Tete e Zambézia, com mais de 10% dos gastos. Em Sofala representaram 6.5% dos gastos e nas demais províncias menos de 5%. Destaca-se o Niassa onde não operaram privados internacionais, tendo os privados nacionais consumido 6% dos gastos em cuidados e tratamento no ano de 2014. Os privados nacionais foram importantes em Nampula (11% dos gastos), seguindo-se Gaza e Maputo Província com cerca de 6% cada, para além do Niassa como foi referido.

Figura 52: Fontes de financiamento dos cuidados e tratamento

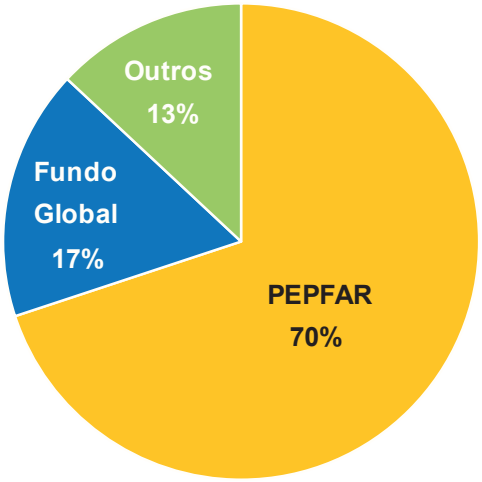
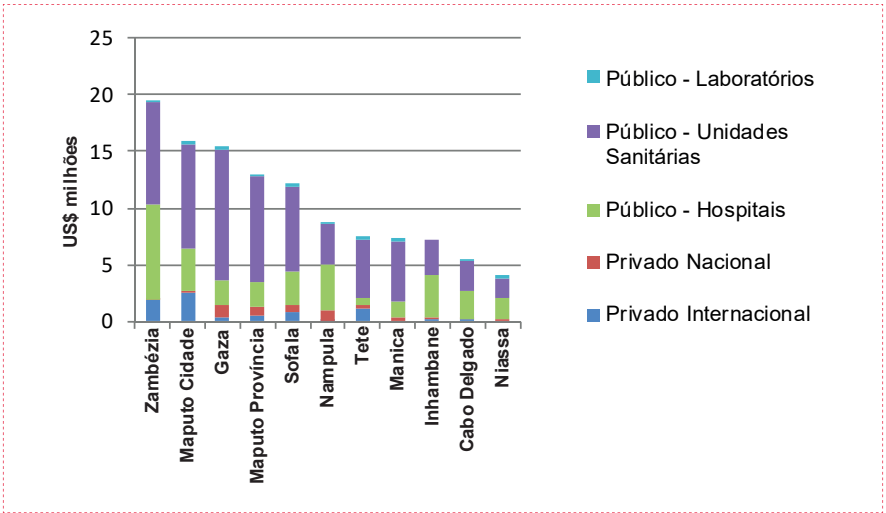


Tabela 20: Evolução dos gastos em cuidados e tratamento por fonte de financiamento - 2010, 2011 e 2014

Fontes Financeiras	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
FS.01 Fundos Públicos	5 119 707	5%	6 805 881	6%	3 275 115	3%
FS.02 Fundos Privados	148 855	0%	109 285	0%	85 853	0%
FS.03 Fundos Internactionais	93 292 419	95%	98 251 368	93%	113 115 448	97%
3.1. PEPFAR	60 995 947	62%	64 115 678	61%	81 449 267	70%
3.2. Outros bilaterais	3 006 779	3%	1 606 225	2%	4 489 926	4%
3.3. Fundo Global	16 742 195	17%	20 111 039	19%	19 834 465	17%
3.4. Bancos Desenvolvimento (donativos)	596 200	1%		0%	835 413	1%
3.5. Todos os outros multilaterais	7 195 703	7%	2 889 798	3%	3 011 261	3%
3.6. Todos os outros internacionais	4 755 595	5%	9 528 628	9%	3 495 116	3%
Total	**98 560 981**	**100%**	**105 166 534**	**100%**	**116 476 416**	**100%**

Figura 53: Gastos em cuidados e tratamento por provedor e província - 2014



Em 2014, os serviços oferecidos aos beneficiários no domínio dos cuidados e tratamento foram predominantemente, em termos de gastos, o TARV que absorveu 66%, e a monitoria laboratorial dos pacientes em TARV que consumiu 15%. A terceira despesa mais importante foram os cuidados domiciliários com 7% dos gastos em cuidados e tratamento.

Tabela 21: Gastos em cuidados e tratamento por tipo de intervenção - 2014

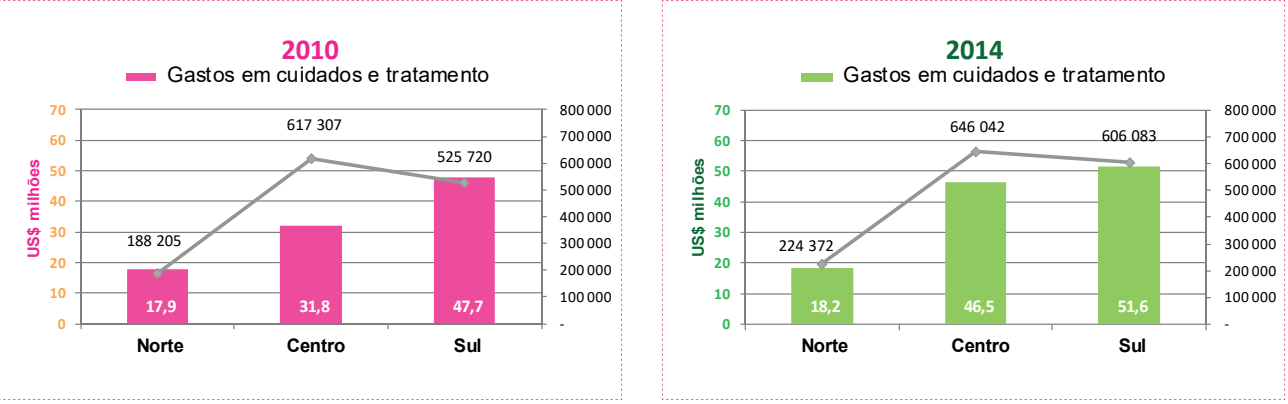
ASC.02. Cuidado e tratamento	US$	%
TARV para Adultos	72 494 350	62%
TARV Pediátrico	4 780 224	4%
Infecções oportunistas e Pré-TARV	5 645 681	5%
Monitoria Laboratorial	16 064 549	14%
Apoio Nutricional	2 678 632	2%
Cuidados domiciliários	7 940 863	7%
Testagem iniciada pelo provedor	1 856 408	2%
Tratamento não desagregado	5 015 702	4%
TOTAL	**116 476 409**	**100%**

Os gastos em TARV, conforme a Tabela 21, cresceram 9% entre 2011 (US$ 71.2 milhões) e 2014 (US$ 77.3 milhões), embora apresentem um decréscimo de 2 pontos percentuais na proporção dos cuidados e tratamento quando comparados com os dados de 2011. Os gastos com infecções oportunistas decresceram de US$ 12 milhões (2011) para US$ 5.6 milhões (2014), uma redução de 8% no seu peso relativo. A testagem por iniciativa do provedor também viu o valor da despesa reduzir para metade entre 2011 e 2014. A monitoria laboratorial, por outro lado, aumentou o seu peso relativo de 6% em 2011 (US$ 6.2 milhões) para 14% em 2014 (US$ 16 milhões) e um crescimento de 156% comparativamente ao volume de gastos de 2011. Não se pode deixar de notar que os gastos em apoio nutricional de 2014 (US$ 2.7 milhões) representam cerca de metade do valor de 2010 (US$ 5 milhões).

No período em análise, os gastos domiciliários apresentam poucas variações, tanto no valor como na sua importância relativa nos cuidados e tratamento. Tomando em consideração que nesta categoria de gastos estão incluídas as actividades comunitárias de pesquisa activa de pacientes com o objectivo de retê-los no tratamento, seria de esperar que com o aumento do número de pacientes em TARV e as baixas taxas de retenção, os gastos aumentassem neste período.

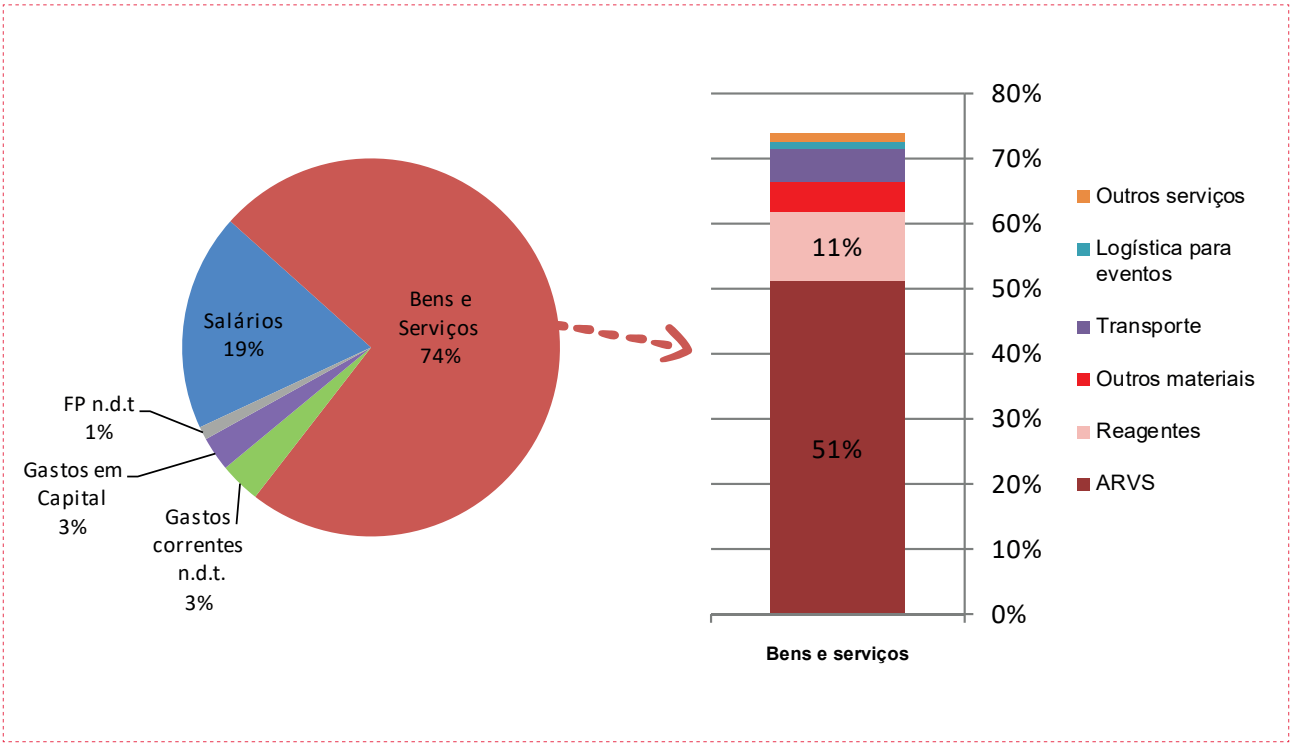
Os gastos em cuidados e tratamento por região mostram uma melhor alocação de recursos relativamente às necessidades geográficas, contabilizadas a partir do número de pessoas que vivem com HIV. A redistribuição que ocorreu entre 2010 e 2014 para a região centro, corresponde à prevalência acentuada de PVHIV nesta região do país, embora a região sul continue a absorver um maior volume de gastos em cuidados e tratamento em 2014.

Figura 54: Gastos em cuidados e tratamento por região e número de PVHIV - 2010 e 2014



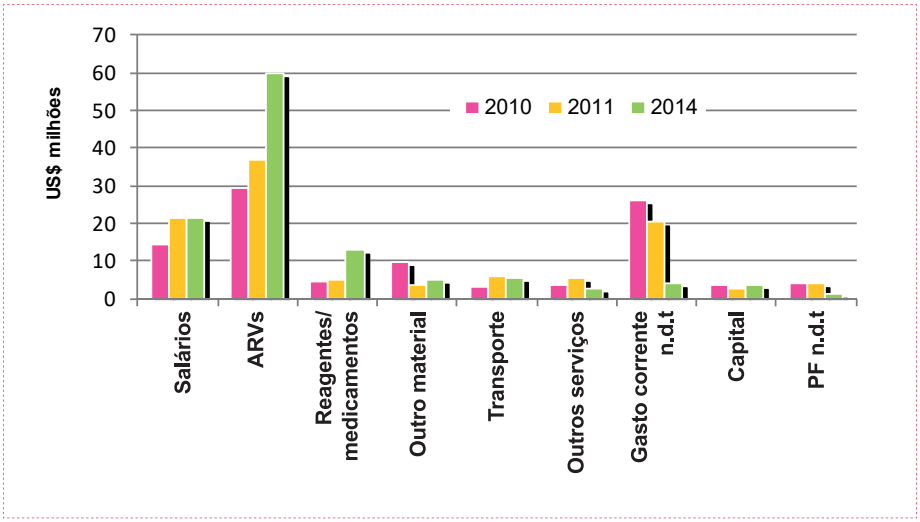
Para prover os cuidados e tratamento em 2014, os bens e serviços absorveram 74% dos gastos e os salários 19%. Os gastos de capital representaram 3% dos gastos do ano. Os ARVs (US$ 59.7 milhões), representando 51% dos bens e serviços, seguidos dos salários (US$ 21.6 milhões) e outros medicamentos / reagentes (US$ 12.9 milhões) representaram a maior fatia com 81 % dos gastos. Dos bens e serviços, os outros materiais e o transporte absorveram 5% dos gastos em 2014.

Figura 55: Gastos em cuidados e tratamento por factores de produção - 2014



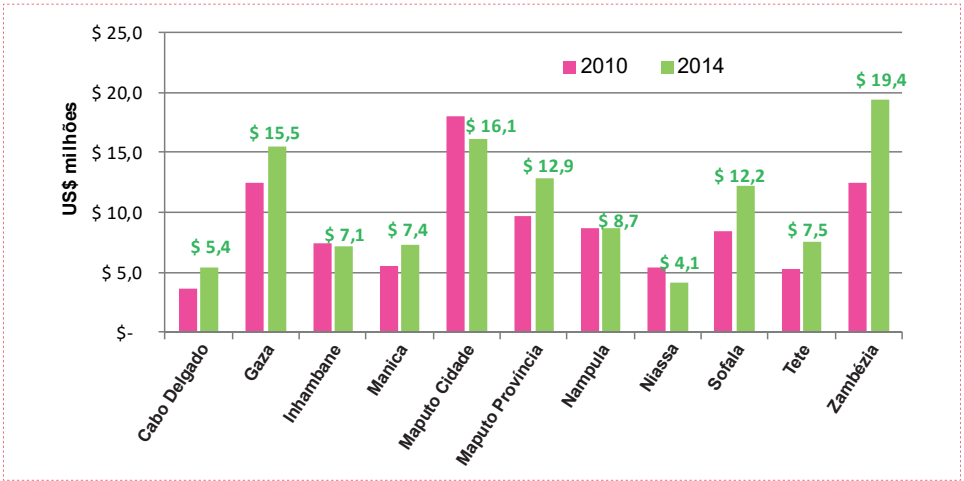
A evolução dos factores de produção consumidos para prover cuidados e tratamento no período 2010, 2011 e 2014 é representada na Figura 56. A qualidade da informação é demonstrada pela redução contínua dos gastos correntes não determinados por tipo e pelos factores de produção não determinados. Os gastos em salários aumentaram entre 2010 e 2011, tendo depois mantido o mesmo nível em 2014. Os gastos em ARVs aumentaram consideravelmente, apesar da redução do custo unitário por paciente, o que se explica pela expansão na cobertura do tratamento. É de realçar que, ao longo do período 2010-2014, se registou uma redução contínua dos gastos correntes.

Figura 56: **Factores de produção para cuidados e tratamento - 2010, 2011 e 2014**



Em 2014, a província da Zambézia absorveu US$ 19 milhões, seguida da Cidade de Maputo com US$ 16 milhões, e Gaza com US$ 15 milhões (Figura 57). Maputo Província (US$ 13 milhões) e Sofala (US$ 12 milhões) ficaram acima de US$ 10 milhões, tendo todas as demais ficado abaixo deste limiar. Niassa e Cabo Delgado, as duas províncias da zona norte, foram as que registaram menos gastos (US$ 4 milhões e US$ 5 milhões respectivamente). Comparando 2010 e 2014, verifica-se que os gastos aumentaram em todas as províncias com a excepção do Niassa que decresceu e Inhambane que manteve o mesmo nível de gastos.

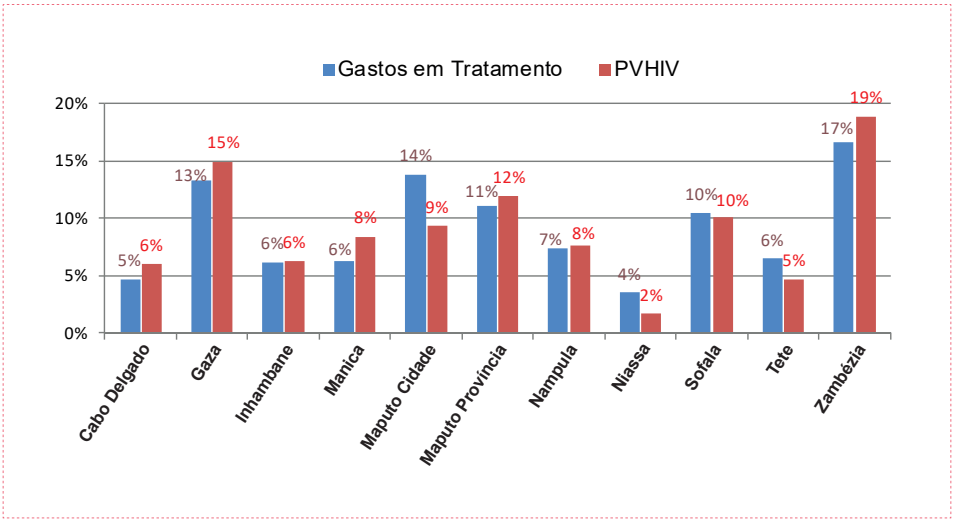
Figura 57: **Gastos em cuidados e tratamento por província – 2010 e 2014**



Os gastos por província mostram, conforme a Figura 58, que o melhor equilíbrio já identificado entre as regiões, quando se comparam os gastos com as pessoas vivendo com HIV, também estão positivamente reflectidas.

Na maioria das províncias, a proporção dos gastos realizados foi igual ou inferior à proporção das PVHIV. Somente a Cidade de Maputo, Tete e Niassa registou gastos superiores. A diferença de 5% na cidade de Maputo pode dever-se aos problemas já referidos sobre os dados programáticos, enquanto em Tete se assinalou uma diferença de 1%, e no Niassa uma diferença de 2%. Estas diferenças, para além de serem aceitáveis, podem dever-se à expansão do TARV (economias de escala). Aliás, a diferença de 1% a 2% também está presente nas situações em que a proporção das PVHIV é superior à proporção dos gastos.

Figura 58: **Proporção de gastos em cuidados e tratamento e de PVHIV por província - 2014**



Este progresso na distribuição e utilização de recursos é mais visível quando se comparam os custos unitários em cuidados e tratamento por província, como mostra a Figura 59. Esta comparação mostra que, entre 2010 e 2014, os custos unitários baixaram consideravelmente em todas as províncias. De facto, o custo médio nacional baixou de US$ 456,00 em 2010, para US$ 199,00 em 2014, mais de duas vezes o nível de 2010.

Os dados indicam ainda que, em 2014, os custos unitários provinciais variaram de um mínimo de US$ 154,00 em Manica, e um máximo de US$ 331,00 no Niassa, tendo a mediana ficado nos US$ 202,00, o que pode corresponder à evolução das economias de escala resultantes da expansão do TARV.

Figura 59: **Gastos unitários em cuidados e tratamento por província - 2010 e 2014**

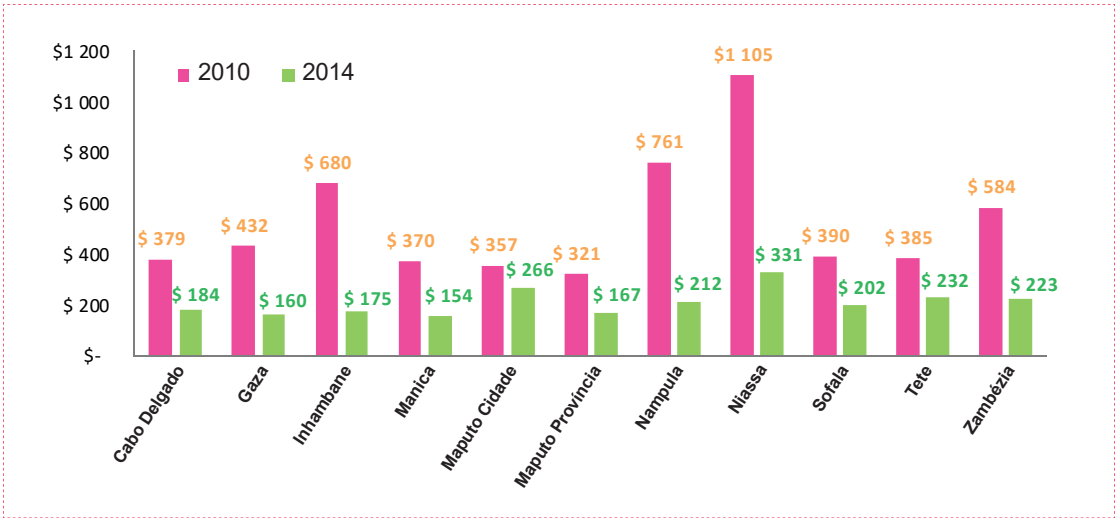


Tabela 22: Resenha dos gastos em cuidados e tratamento

Serviços nos cuidados e tratamento	2010		2011		2014	
	US$	%	US$	%	US$	%
ASC.02.01.01 Testagem iniciada pelo provedor (PITC)	2 027 421	2,1%	3 426 810	3,3%	1 856 408	1,6%
ASC.02.01.02 Infecções oportunistas (IO) - Profilaxia e tratamento	12 897 310	13,1%	11 968 052	11,4%	5 645 682	4,8%
ASC.02.01.03 Terapia Anti-retroviral (TARV)	60 385 864	61,3%	71 185 920	67,7%	77 274 574	66,3%
ASC.02.01.03.01 Terapia Anti-retroviral - Adulto	50 907 962	51,7%	58 488 437	55,6%	72 494 348	62,2%
ASC.02.01.03.02 Terapia Anti-retroviral - Pediátrico	6 472 579	6,6%	8 626 539	8,2%	4 780 226	4,1%
ASC.02.01.03.98 Terapia Anti-retroviral - n.d.idade	3 005 323	3,0%	4 070 944	3,9%	-	0,0%
ASC.02.01.04 Apoio nutricional associado ao TARV	5 067 137	5,1%	1 354 689	1,3%	2 678 633	2,3%
ASC.02.01.05 Monitoramento laboratorial específico ao HIV	4 031 152	4,1%	6 195 380	5,9%	16 064 557	13,8%
ASC.02.01.07 Apoio psicológico	124 320	0,1%	166 060	0,2%	-	0,0%
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos para pacientes ambulatórios	257 362	0,3%	-	0,0%	8 240	0,0%
ASC.02.01.09 Cuidados domiciliários	7 345 984	7,5%	7 548 386	7,2%	7 940 860	6,8%
ASC.02.01.98 Tratamento ambulatório n.d.t.	1 844 840	1,9%	1 167 898	1,1%	2 625 122	2,3%
ASC.02.98 Tratamento n.d.t.	4 579 591	4,6%	2 153 339	2,0%	2 382 340	2,0%
TOTAL	**98 560 981**	**100,0%**	**105 166 534**	**100,0%**	**116 476 416**	**100,0%**

3.3.3. Outros Gastos em HIV e SIDA

Coordenação e reforço dos sistemas

Os gastos na coordenação e reforço dos sistemas, no seu sentido mais lato, incluindo as categorias de despesas ASC.04, ASC.05 e ASC.07, absorveram um total de US$ 119.9 milhões em 2014, comparativamente a US$ 45 milhões em 2010, e US$ 70.8 milhões em 2011, representando um aumento de 1.6 vezes entre 2010 e 2014.

Em todos os anos, a coordenação da resposta e o reforço do sistema (ASC.04) representou a maior proporção dos gastos, tendo passado de 56% em 2011 (US$ 45 milhões) para 77% em 2014 (US$ 91.9 milhões). Os gastos em incentivos para recursos humanos (ASC.05) aumentaram para US$ 12.8 milhões em 2010, para US$ 19.6 milhões em 2014, correspondendo a um aumento de 53%. Os gastos com ambiente favorável (ASC.07) também cresceram cerca de 22% entre 2010 e 2014, passando de US$ 6.9 milhões para US$ 8.4 milhões.

As intervenções incluídas em cada uma das principais categorias de despesa no domínio da coordenação da resposta, reforço dos sistemas e pesquisa e outros gastos em HIV e SIDA, são detalhadas na Tabela 15.

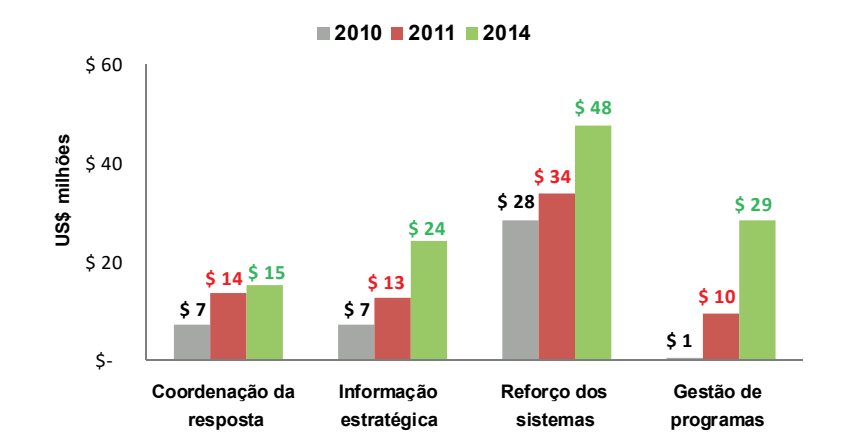
Tabela 23: **Outros gastos em HIV e SIDA - 2010, 2011 e 2014 (US$)**

Categorias de Gastos em SIDA	2010	2011	2014
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema	25 342 553	45 088 978	91 880 444
ASC.04.01 Planeamento, coordenação e gestão nacional da resposta	7 384 281	13 723 641	15 353 648
ASC.04.02 Administração e custos de transacção associado à gestão dos fundos	609 477	235 586	28 609 409
ASC.04.03 Monitora e avaliação da resposta	4 027 367	7 326 361	13 308 963
ASC.04.04 Pesquisa operacional	41 664		568 757
ASC.04.05 Vigilância serológica		1 101 931	2 557 682
ASC.04.06 Vigilância sobre resistência aos medicamentos	51 572	51 997	
ASC.04.07 Sistemas de fornecimento de medicamentos	2 023 511	884 839	11 824 649
ASC.04.08 Tecnologia da informação	2 774 476	4 211 707	7 518 639
ASC.04.09 Monitoria dos pacientes	140 883	112 798	
ASC.04.10 Reabilitação e construção de infra-estruturas	7 839 652	5 759 192	10 639 966
ASC.04.98 Reforço dos sistemas e coordenação da resposta n.d.t.	42 466	9 280 220	
ASC.04.99 Reforço dos sistemas e coordenação da resposta n.c.o.	407 204	2 400 707	1 498 731
ASC.05. Incentivos para recursos humanos	12 769 816	18 800 141	19 605 318
ASC.05.01 Incentivos monetários	23 832	25 414	
ASC.05.03 Formações	11 103 750	17 198 672	16 482 017
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos n.d.t.	1 642 234	1 576 055	3 123 301
ASC.07. Ambiente favorável	6 943 972	6 953 474	8 460 634
ASC.07.01 Advocacia	86 835	274 620	3 493 722
ASC.07.02 Programas de direitos humanos	132 209	172 254	170 804
ASC.07.03 Apoio institucional específico para HIV	5 383 227	6 092 468	4 250 877
ASC.07.04 Programas de HIV com foco específico em mulheres	920 635	63 284	489 943
ASC.07.05 Programas para reduzir a violência baseada no género (VBG)		6 443	50 000
ASC.07.98 Ambiente favorável n.d.t.	383 941	344 405	5 288
ASC.07.99 Ambiente favorável n.c.o.	37 125		
ASC.08. Pesquisa	292 086	59 754	214 138
ASC.08.01 Pesquisa bio-médica	10 733	52 402	
ASC.08.03 Pesquisa clínica	38 921		
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais	242 432	7 352	111 638
ASC.08.04 Pesquisa n.d.t.			102 500
TOTAL	45 348 427	70 902 348	120 160 534

As outras despesas em HIV e SIDA podem ser reagrupadas de maneira diferente, de forma a facilitar a análise. Deste agrupamento, podemos retirar que os gastos relacionados com o reforço dos sistemas são os mais importantes e que quase duplicaram entre 2010 (US$ 28 milhões) e 2014 (US$ 48 milhões). Os gastos para recolher informação estratégia e, assim, contribuir para melhorar a adopção de políticas mais consentâneas aumentaram mais de 3 vezes entre 2010 (US$ 7 milhões) e 2014 (US$ 24 milhões).

Os gastos em gestão de programas foram os que mais cresceram no período descrito, pois passaram de US$ 1 milhão em 2010, para US$ 29 milhões em 2014. Esta categoria de gastos inclui os custos de gestão de programas ao nível central, no contexto da resposta nacional ao HIV, incluindo a supervisão administrativa e assistência técnica de rotina e específica para o pessoal dos programas, e cresceu à custa dos parceiros de implementação do Governo Americano, cujo número também cresceu durante o mesmo período.

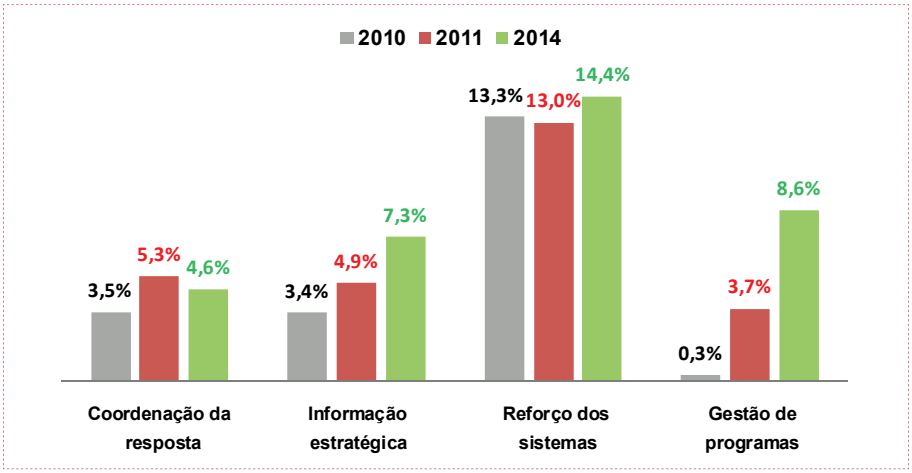
Figura 60: **Outros gastos em HIV e SIDA - 2010, 2011 e 2014**



Nota: dos gastos em ASC.07. Ambiente favorável, apenas os gastos em ASC.07.03 - Apoio institucional específico para HIV foram considerados

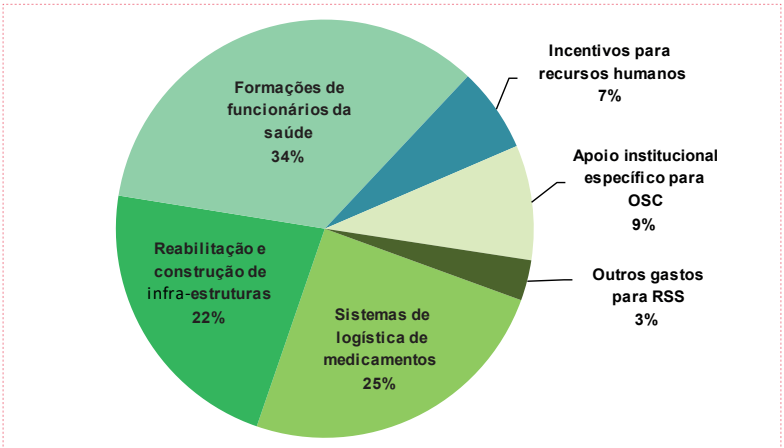
Visto de outra perspectiva, com base nos dados da Figura 61:, a proporção destes outros gastos em HIV e SIDA apresenta alterações substanciais em dois agrupamentos comparativamente aos gastos totais em cada um dos anos. De facto, os gastos em gestão de programas aumentaram a sua proporção de 0.3% em 2010, para 3.7% em 2011, e depois para 8.6% em 2014. Os gastos em informação estratégia também aumentaram de 3.4% em 2010, para 4.9% em 2011, e depois para 7.3% em 2014. Os outros dois, coordenação da resposta e reforço de sistemas mantiveram as suas proporções estáveis no mesmo período, a primeira com um intervalo de 3.5% (2010) e 5.3% (2011), e a segunda de 13% (2011) e 14.4% (2014).

Figura 61: **Proporção dos outros gastos em HIV e SIDA em relação ao total dos gastos**



Em 2014, os gastos no reforço de sistemas centraram-se em 3 tipos de intervenções, sendo elas: formação de pessoal de saúde (34%), sistema logístico de medicamentos (25%) e reabilitação e construção de infra-estruturas (22%). O apoio específico para desenvolver a capacidade das organizações da sociedade civil absorveu 9% dos gastos em 2014. No mesmo ano, os incentivos para recursos humanos consumiram 7% e os outros gastos para o reforço do sistema de saúde 3% do gasto total.

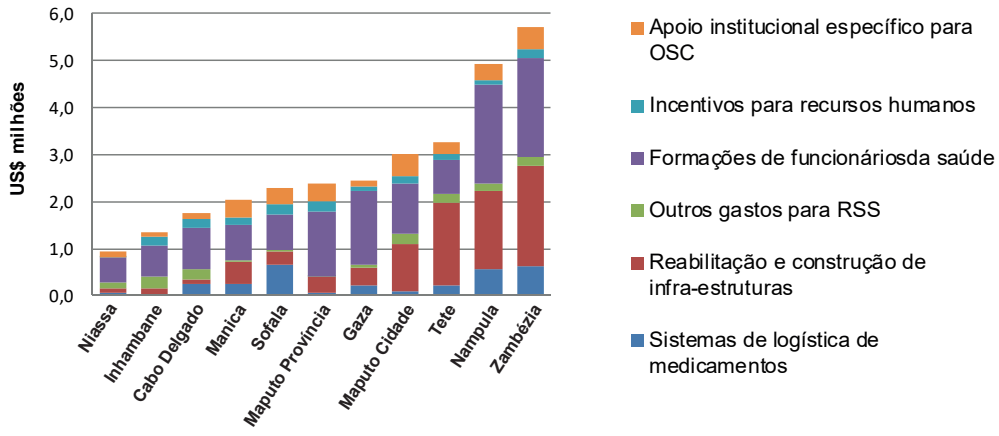
Figura 62: **Gastos por intervenção no reforço dos sistemas - 2014**



A distribuição territorial dos gastos no reforço de sistemas mostra que 37% (US$ 17.7 milhões) dos gastos foram nacionais, incluindo as 5 intervenções. Relativamente aos gastos nacionais, os sistemas de logística de medicamentos absorveram metade do valor (US$ 8.8 milhões), a formação de pessoal de saúde 23% (US$ 4 milhões), as infra-estruturas 23% (US$ 2.3 milhões). Os incentivos para recursos humanos e a capacitação da sociedade civil absorveram 8% e 6%, respectivamente US$ 1.5 milhões e US$ 1.1 milhões.

A distribuição dos gastos no reforço de sistemas por província e tipo de intervenção (excluídos os gastos nacionais) indica que os gastos na formação de pessoal de saúde são os mais representativos em todas as províncias, variando entre 22% do gasto provincial em Tete, e 63% em Gaza. Seguem-se, por ordem de importância, os gastos em reabilitação e construção de infra-estruturas concentrados nas províncias da Zambézia que absorveu 26% do total destes gastos, Tete com 21%, Nampula com 20% e Maputo Cidade com 12%. Em Cabo Delgado, os gastos em reabilitação e construção de infra-estruturas representam apenas 5% dos gastos provinciais no reforço dos sistemas. Nas províncias de Sofala (22%), Zambézia (20%) e Nampula (19%), os gastos em sistemas de logística de medicamentos também foram consideráveis, tendo Sofala absorvido 20% dos gastos provinciais no reforço dos sistemas.

Figura 63: **Distribuição dos gastos em coordenação e reforço de sistemas por província e tipo de intervenção - 2014**



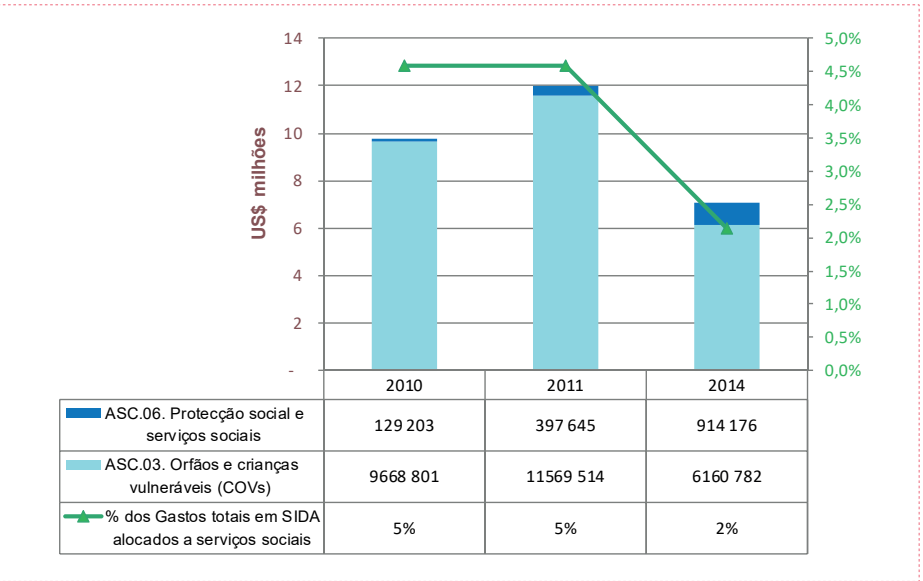
A distribuição dos gastos por província indica, ainda, que entre a província menos privilegiada, Niassa, e a mais beneficiada, Zambézia, o volume de recursos consumidos varia de 1 para 6. A segunda província mais beneficiada é Nampula, que juntamente com a Zambézia, alberga a maior população do país.

Serviços Sociais

Em Moçambique, a pandemia do HIV gera uma enorme quantidade de crianças órfãs de um ou de ambos os progenitores, fazendo com que se encontrem numa situação de vulnerabilidade que requer uma atenção especial. O facto da maioria da população viver no limiar da pobreza agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade destas crianças. A protecção social e serviços sociais, na forma de apoio às pessoas que vivem com HIV, assume também um papel importante na resposta à epidemia, de forma a mitigar os seus efeitos.

Os dados da avaliação mostram que, entre 2010 e 2014, os custos totais com estas duas componentes decresceram de US$ 9.8 em 2010, para US$ 7 milhões em 2014, depois do pico em 2011 de US$ 12 milhões. Os gastos em serviços sociais representaram 5% dos gastos totais em 2010 e apenas 2% dos gastos totais em 2014.

Figura 64: Evolução dos gastos em serviços sociais por tipo de intervenção - 2010, 2011 e 2014

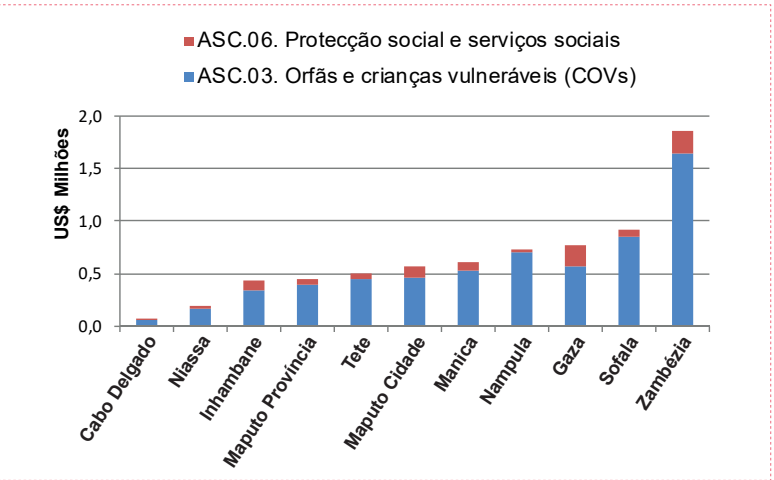


	2010	2011	2014
ASC.06. Protecção social e serviços sociais	129 203	397 645	914 176
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)	9668 801	11569 514	6160 782
% dos Gastos totais em SIDA alocados a serviços sociais	5%	5%	2%

A distribuição dos gastos em serviços sociais por província (2014) mostra que as 4 províncias mais beneficiadas, Zambézia, Sofala, Gaza e Nampula, consumiram 60% dos gastos realizados. Mesmo nestas, onde se concentram os gastos, a Zambézia beneficia do dobro do montante empregue em Sofala, a segunda província mais beneficiada. A dimensão da população e o número de pessoas vulneráveis, incluindo as crianças, pode ser o elemento que explica esta distribuição.

Os gastos em protecção social e serviços sociais, embora diminutos, cresceram entre 2010 e 2014, de US$ 129 mil para US$ 914 mil em 2014. Em 2014, estes gastos foram maiores nas províncias da Zambézia (US$ 211 mil), Gaza (US$ 198 mil), e Maputo Cidade (US$ 101 mil). Todas as demais províncias gastaram menos de US$ 100 mil, com destaque para Cabo Delgado onde apenas se registaram US$ 5 mil.

Figura 65: **Distribuição provincial dos gastos em serviços sociais - 2014**

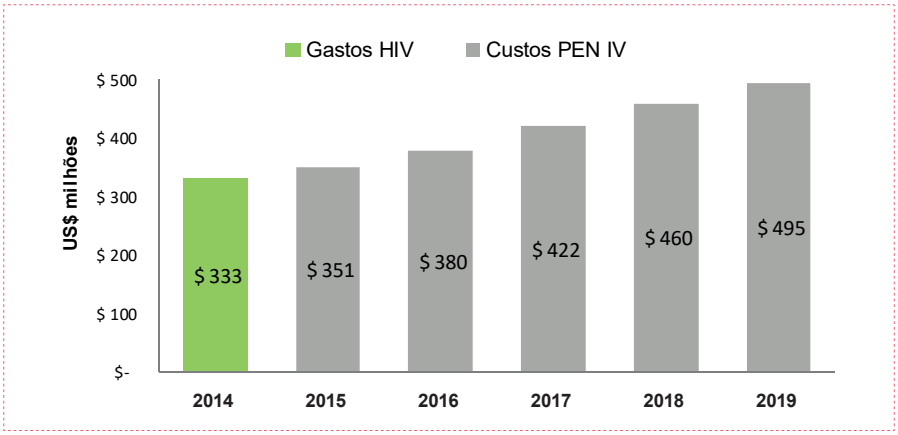


3.4. Harmonização dos gastos em HIV e SIDA com o PEN IV

O Plano Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN IV) cobre o período de 2015-2019. O plano foi custeado e prevê um custo total de US$ 2108 milhões. A MEGAS de 2014 analisa os gastos do ano que antecede a vigência do PEN IV e mostra que o nível de gastos alcançado se aproxima bastante dos valores estimados para 2015.

Com efeito, as estimativas para 2015 são apenas 6% superiores aos gastos apurados para 2014.

Figura 66: **Gastos totais em HIV e SIDA de 2014 e custos projectados do PEN IV (2015-2019)**



A Figura 67 mostra a composição dos gastos de 2014 em comparação com as estimativas feitas para o PEN IV. Deste modo, é possível aferir o grau de conformidade da alocação dos gastos em HIV e SIDA e as prioridades definidas no PEN IV.

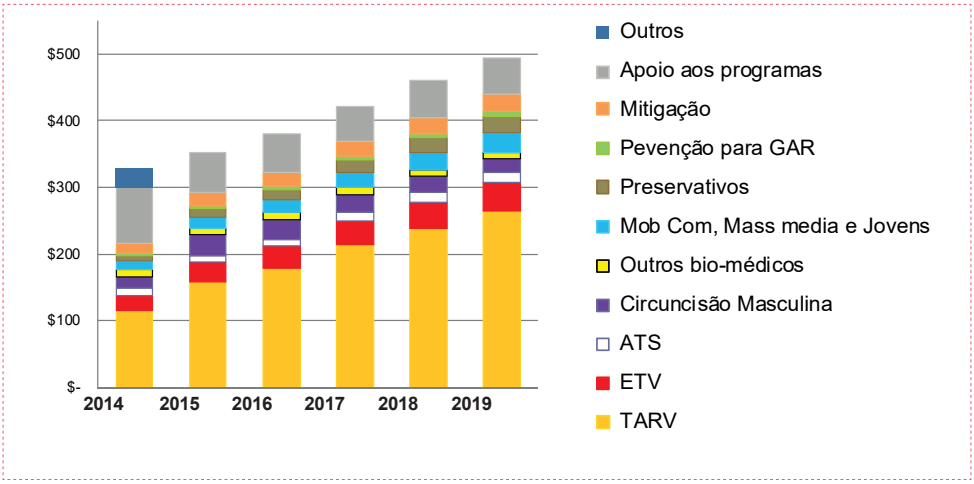
As projecções indicam que os custos com o TARV duplicarão entre 2014 e 2019. No entanto, o seu crescimento será ainda maior devido à mudança de protocolo (abordagem 90-90-90 e CD4/uL <500) que levará ao aumento do número de pessoas elegíveis para tratamento. A figura mostra também que será nesta categoria de despesa que se registará a maior lacuna no financiamento da resposta nacional ao HIV e SIDA, quando comparada ao nível de financiamento registado em 2014.

Apesar de, em volume, serem menos importantes, as demais categorias de despesas na resposta nacional

continuarão a crescer e a necessitar de mais recursos. Neste caso, o importante será assegurar que a lacuna financeira para o TARV não seja resolvida à custa da redução do apoio para as actividades de prevenção.

Os gastos no apoio aos programas que consideram a coordenação de programas e reforço de sistemas, e os gastos da categoria "outros" (custos de administração e custos de gestão e desembolso de fundos) determinados para 2014, são muito superiores aos valores projectados no PEN IV para 2015. Parte importante desta diferença parece residir nos custos de gestão de programas dos parceiros de implementação, pelo que análises mais detalhadas deverão ser realizadas para explorar a possibilidade de melhorar a sua eficiência e, dessa forma, reduzir os seus custos.

Figura 67: **Comparação entre os gastos em HIV em 2014 e os custos projectados para o PEN IV (2015-2019) por área programática**



Os dados da avaliação mostram que a resposta nacional depende fortemente de fundos externos, contando com cada vez menos parceiros, o que continua a trazer à tona as questões de sustentabilidade dos programas de HIV e SIDA em Moçambique, especialmente quando se consideram as novas estratégias de tratamento anti-retroviral.

Nas diversas frentes da resposta nacional, os dados apurados na avaliação indicam que comparativamente a anos anteriores, registou-se uma evolução positiva na distribuição territorial dos recursos face às necessidades previstas, indicando claros ganhos de eficiência na alocação. Na maioria das intervenções, verificou-se uma redução contínua dos custos unitários na prestação de serviços, o que permite fazer mais com o mesmo gasto, revelando também ganhos de eficiência técnica. Contudo, as diferenças que ainda persistem, tanto no equilíbrio da distribuição territorial dos gastos como nos custos unitários, mostram que ainda há um longo caminho a percorrer para melhorar a eficiência na resposta nacional ao HIV e SIDA.

Os dados apurados de gastos revelam ainda que, embora os recursos estejam a ser direccionados de forma mais equilibrada entre as actividades e populações beneficiárias que podem ter mais impacto na redução de novas infecções, os recursos para as actividades de prevenção da transmissão sexual registaram uma diminuição e os gastos atribuídos para a intervenção comunitária relacionada com o TARV continuam a ser manifestamente insuficientes.

As opções estratégicas que foram tomadas no âmbito da resposta nacional ao HIV e SIDA, com base em evidência técnica, determinarão o aumento dos custos. Ou seja, os custos da resposta nacional vão crescer e é necessário mobilizar recursos adicionais.

Neste esforço, o Orçamento do Estado terá de aumentar a sua contribuição e desenvolver mecanismos de financiamento adicionais e complementares, de forma a garantir a sustentabilidade da resposta ao HIV e SIDA.

Para ter um maior impacto na redução da incidência, também será necessário melhorar a alocação de recursos em prevenção do HIV, incluindo:

- Continuar a melhorar a distribuição geográfica dos gastos em prevenção da transmissão sexual e de transmissão vertical, alinhando os gastos nas províncias onde mais infecções ocorrem;
- Aumentar os gastos em prevenção especialmente aqueles direccionados para as populações mais vulneráveis ou em risco de contrair o HIV, incluindo jovens mulheres, homens e populações de alto risco. Apesar de estarem priorizados no PEN IV, os jovens não têm beneficiado de recursos suficientes;
- Aumentar os gastos em programas de IEC e ATS comunitário como porta de entrada para os serviços de saúde;
- Priorizar adultos (>15 anos de idade) nos programas de circuncisão masculina, para maximizar o impacto imediato dos programas de prevenção.

O nível de gastos em TARV e PTV, efectuados ao nível dos provedores de serviço comunitários, sugere uma insuficiente alocação de fundos para as actividades de apoio comunitário consideradas essenciais para assegurar a retenção no tratamento. Recomenda-se que as actividades comunitárias que possam melhorar os níveis de aderência e retenção no tratamento sejam reforçadas.

Registou-se uma melhoria na alocação geográfica dos gastos em prevenção e tratamento. No entanto, podem ser feitos progressos ao nível da eficiência, através de melhorias nas economias de escala dos

programas de circuncisão masculina, do aumento da eficiência técnica nas formações, ou da redução do nível de gastos em gestão de programas ao nível central.

Os dados da avaliação mostram que a resposta ao HIV e SIDA mobiliza fundos significativos para o reforço de sistemas de saúde e sistemas comunitários. Sendo verdade que estes investimentos são essenciais para garantir o fornecimento de bens e serviços, a sua mobilização através de outros esquemas de financiamento para o reforço do sistema de saúde poderia disponibilizar recursos específicos para as necessidades crescentes em compras de ARVs e reagentes.

A MEGAS registou valores acentuadamente baixos nos gastos em sinergias com o HIV. Considerando a vulnerabilidade das jovens moçambicanas a esta epidemia, é recomendado que se aumentem os recursos para a integração de acções contra o HIV, em programas de educação, protecção e serviços sociais, direitos humanos e género.

5.1. Anexo 1: Definição dos Termos

População Beneficiária: a população beneficiária não é uma meta planificada — como os contabilistas e desenhadores de modelos usam o termo na projecção dos recursos necessários — mas sim pessoas que realmente beneficiaram ou foram servidas através das despesas em bens e serviços do HIV e SIDA. Os beneficiários são os números reais de pessoas abrangidas, representando o resultado dos recursos usados, independentemente da eficácia do seu uso (cobertura eficaz).

Despesas de Capital: registos do valor dos activos não financeiros que são adquiridos, desfeitos deles ou alterados no valor durante o período em estudo. Os bens pertencentes ao sistema de saúde incluem novas aquisições, grandes renovações e manutenção de activos tangíveis e intangíveis que são usados repetida ou continuamente nos processos de produção dos cuidados de saúde, ao longo de períodos superiores a um ano. As principais categorias da classificação compreendem edifícios, equipamento de capital e transferência de capital. Estas categorias poderão incluir grandes renovações, reconstrução ou ampliação de activos fixos existentes, pois estas intervenções podem melhorar e expandir o tempo de vida previamente do bem.

Organização da Sociedade Civil (OSC): as redes e organizações formais e informais que estão activas na esfera pública, entre o Estado e a família. Incluem uma grande variedade de formas associadas tais como sindicatos, igrejas, cooperativas, associações de profissionais e grupos comunitários.

Despesas Correntes: referem-se ao valor total, em dinheiro ou bens, dos recursos pagáveis ao provedor de serviços por um agente financiador em nome do consumidor final dos serviços de saúde, a troco de serviços prestados (incluindo a entrega de bens) durante o ano da avaliação.

Contribuições Bilaterais Directas: alocações em forma de donativo ou cooperação financeira não reembolsável, que os países ricos oferecem aos países recipientes directamente, quer como contribuições condicionadas, quer não condicionadas. Por exemplo, o apoio directo ao orçamento dos países beneficiários.

Risco Fiduciário: é o risco de que os recursos públicos não sejam usados para os fins desejados, que não haja uma prestação de contas adequada sobre eles, ou que não atinjam o valor total estabelecido.

Agente Financiador: entidade que reúne recursos financeiros obtidos de diferentes fontes de financiamento e os transfere para pagar ou comprar cuidados de saúde ou outros serviços ou bens. Estas entidades financiam programas ou a provisão de serviços e bens usados para a satisfação de uma dada necessidade. Os agentes financiadores poderão reunir e pagar directamente os recursos que consomem (principalmente às famílias). Incluem entidades que compram em nome de beneficiários específicos (principalmente intermediários, tais como seguradoras ou doadores).

Fontes de Financiamento: entidades que disponibilizam fundos aos agentes financiadores para serem agregados e distribuídos. Uma análise das fontes de financiamento poderá ser de interesse particular nos países onde o financiamento da resposta ao HIV e SIDA seja fortemente dependente das fontes internacionais de financiamento ou onde haja fontes agregadas através de poucas entidades gestoras.

Entidades Estrangeiras com Fins Lucrativos: entidades com fins lucrativos, cuja sede está localizada fora do país, onde os serviços ou bens são fornecidos, incluindo empresas farmacêuticas e bio-tecnológicas multinacionais, entre outras.

Apoio ao Orçamento Geral (GBS): uma forma de ajuda destinada aos programas em que a assistência oficial ao desenvolvimento (ODA), que não está ligada a qualquer actividade específica de projectos, é canalizada directamente aos governos parceiros, usando os seus próprios sistemas de alocação, procurement e contabilidade.

Fundo Comum Geral (PROSAUDE): este é um fundo novo, cujo objectivo é apoiar o PES e as actividades do sector da saúde definidas no Plano Operacional Anual (POA). Em 2003, foi criado um fundo comum provisório. Em Janeiro de 2004, foi criado o FCG que usa sistemas de fluxos de financiamento

governamental. Isto significa que os doadores irão transferir as suas contribuições para o Ministério das Finanças (MF), o qual irá juntar os fundos aos da contribuição do Governo de Moçambique (GdM) e transferi-los para a conta do PROSAUDE.

Fundos Internacionais: os recursos provenientes do exterior do país executados no ano corrente. As doações bilaterais e multilaterais internacionais, bem como os fundos doados por instituições e indivíduos fora do país, são incluídos quando usados no período corrente. A terminologia usada pelos especialistas da NHA é "resto do mundo".

Agências Multilaterais: organizações, instituições ou agências públicas ou público / privadas internacionais, que recebem contribuições dos países doadores e de outras fontes. Assim, o financiamento multilateral é um mecanismo em que os investimentos para a assistência são agregados por diferentes doadores e doados, não necessariamente numa relação de um para um, entre os países doadores e os países recipientes. Isto ocorre geralmente através de agências internacionais do sistema das Nações Unidas e bancos de desenvolvimento. O GFATM é uma organização multilateral pública / privada.

Organização Não-Governamental (ONG): organizações independentes do Estado que geralmente se baseiam em valores, não têm objectivos lucrativos e são criadas para ajudar os outros.

Rendimento de Trabalho Não Salarial: inclui honorários para provedores independentes que fornecem cuidados e outros serviços para a resposta nacional ao HIV e SIDA, subsídios e diversas formas de compensação dos serviços prestados.

Provedor de Serviços: entidade ou pessoas que se envolvem directamente na produção ou provisão de serviços e que são responsáveis por um produto final ou sub-contratação de um processo complexo que envolve várias unidades de produção que levanta a necessidade de contratar pessoas e adquirir insumos materiais e serviços para originar o produto final. Um provedor geralmente presta contas ao beneficiário pela prestação do serviço e garante a sua qualidade, embora a provisão não implique um resultado positivo ou desejável. Os provedores incluem o governo e outras entidades públicas, organizações privadas de carácter lucrativo e não lucrativo, empresas corporativas e não corporativas.

Fundos Públicos: todos os órgãos dos governos territoriais, tais como departamentos e entidades centrais, estatais ou locais, que estejam envolvidos em várias actividades como a administração, defesa, saúde, educação e outros serviços sociais, promoção do crescimento económico e bem-estar, e desenvolvimento tecnológico.

Apoio ao Orçamento Sectorial: apoio dirigido a um sector particular dentro do orçamento do governo.

Contribuições Sociais: incluem as contribuições sociais recebidas pelo pessoal da saúde. Excepções incluem as contribuições sociais dos empregadores, pagamentos em bens por suprimentos e serviços necessários para o trabalho, assim como pagamentos efectuados aos trabalhadores não activos.

Insumos e Serviços: incluem todos os bens e serviços subcontratados usados como insumos na produção de serviços de saúde. Esta categoria inclui os bens que são totalmente usados no processo de produção, durante o qual se deterioram ou são perdidos, acidentalmente danificados ou desviados. Tais bens incluem materiais ou produtos duradouros de custo reduzido, por exemplo ferramentas manuais e bens que sejam mais baratos do que a maquinaria e o equipamento. Um dos tipos mais importantes de insumos são os fármacos. As doações de materiais e suprimentos devem ser abordadas de modo a que reflictam os valores reais, para que os montantes registados sejam iguais aos preços de mercado e subsídios líquidos deduzindo os impostos indirectos.

Salários: incluem todos os tipos de remunerações e compensações, abrangendo pagamentos adicionais de qualquer natureza, tais como pagamentos de horas extraordinárias ou trabalho nocturno, bónus, vários subsídios e férias anuais. Os pagamentos em bens incluem refeições, bebidas, vestuário especial, transporte de ida e volta, parqueamento de carros, cuidados diários para crianças e o valor dos juros sacrificados por empréstimos a taxas de juros reduzidas ou sem juros. Estão ainda incluídos também os pagamentos para o recrutamento ou retenção de trabalhadores (de saúde ou outros) na provisão de serviços relacionados com HIV e SIDA.

Anexo 2: Lista de Instituições Incluídas na MEGAS

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
	NATIONAL PUBLIC SECTOR						
1	Assembleia da República	✓	✓	↑		✓	✓
2	Centro Nacional de Bancos de Sangue		✓	↓			✓
3	Comunidade Académica para o Desenvolvimento Educacional - CADE	✓	✓				
4	Conselho Municipal da Cidade de Maputo	✓					
5	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA - CNCS	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
6	Cruz Vermelha de Moçambique	✓					
7	Gabinete da Esposa do Governador		✓	↓			✓
8	Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane		✓	↓			✓
9	Instituto Nacional da Juventude	✓					
10	Instituto Nacional de Acção Social		✓	↓			✓
11	Instituto Nacional de Saúde	✓	✓	↓			✓
12	Instituto Superior de Ciências de Saúde - ISCISA	✓	✓	↓			✓
13	Ministério da Defesa	✓	✓	↓			✓
14	Ministério da Economia e Finanças		✓	↓ ↑	✓	✓	✓
15	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano	✓	✓	↓			✓
16	Ministério da Justiça e Assuntos Religiosos (Serviço Nacional das Prisões)	✓	✓	↓			✓
17	Ministério da Juventude e Desportos	✓					
18	Ministério da Saúde	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
19	Ministério do Género, da Criança e da Acção Social	✓	✓	↓			✓
20	Ministério do Trabalho	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
21	Ministério dos Recursos Minerais e Energia	✓	✓	↑		✓	✓
22	Portos e Caminhos de Ferro de Moçambique, EP – CFM	✓	✓	↑	✓	✓	✓
23	Telecomunicações de Moçambique -TDM, S.A.	✓	✓	↑	✓	✓	✓
24	Universidade Eduardo Mondlane		✓	↓			✓

OrdeM	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
	SECTOR PRIVADO NACIONAL						
25	Arquiplan		✓	↓			✓
26	Asna Construções		✓	↓			✓
27	AVANI Hotails & Resorts, LDa	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	✓
28	Cornelder (Beira)	✓					
29	Corredor de Desenvolvimento do Norte - CDN	✓	✓	↑	✓	✓	✓
30	Moçambique Leaf Tobacco Lda.	✓	✓	↑	✓	✓	✓
31	Mota Engil, Lda		✓	↑	✓	✓	✓
32	Teba	✓	✓	↑	✓	✓	✓
33	Tongaat Hulett - Açucareira de Moçambique, S.A.	✓	✓	↑	✓	✓	✓
34	Total	✓	✓	↑	✓		
35	União Geral das Cooperativas						
36	Vale Moçambique SA	✓	✓	↑	✓	✓	✓
	SECTOR PRIVADO NACIONAL SEM FINS LUCRATIVOS						
37	Associação para a Defesa das Minorias Sexuais - LAMBDA	✓	✓	↑		✓	✓
38	Association of Women in Law - Muleide	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
39	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo - ADPP	✓		↓			✓
40	Anemo	✓					
41	Aro Moçambique	✓					
42	Associação de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA e Simpatizantes	✓					
43	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento Concertado - AMDEC	✓	✓	↑		✓	✓
44	Associação Agir - Moçambique		✓	↑	✓	✓	
45	Associação Avante Mulher		✓	↑			✓
46	Associação Capaz		✓	↓			✓
47	Associação de Desenvolvimento de Povo para Povo - ADPP	✓	✓	↑			✓
48	Associação de Mineiros Moçambicanos - AMIMO	✓	✓	↓			✓

OrdeM	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
49	Associação Kindlimuka	✓	✓	↓			✓
50	Associação Moçambicana de Dadores de Sangue		✓	↓			✓
51	Associação Moçambicana Para Apoio e Desenvolvimento da Criança Orfã - REENCONTRO		✓	↓			✓
52	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Familia - AMODEFA	✓	✓	↑	✓	✓	✓
53	Centro de Desenvolvimento Comunitário		✓	↓			✓
54	Chigwirizano		✓	↓			✓
55	Coalizão	✓	✓	↓			✓
56	Comunicação Para a Saúde - NWETI	✓	✓	↓			✓
57	Conselho das Religiões de Moçambique		✓	↑	✓	✓	
58	Conselho Islâmico de Moçambique - CISLAMO	✓					
59	Ecosida	✓	✓	↓	✓	✓	✓
60	Fórum Mulher	✓	✓				
61	Fórum Nacional de Rádios Comunitárias - FORCOM		✓	↓			✓
62	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade - FDC	✓	✓	↓↑		✓	✓
63	Igreja Evangélica Luterana		✓	↓			✓
64	Igreja Baptista de Dondo		✓	↓			✓
65	Kufunana		✓	↓			✓
66	Kupulumussana		✓	↓			✓
67	Kuyakana	✓					
68	Manhiça Research Center - CISM	✓	✓	↓			✓
69	Monaso	✓					
70	Movimento contra a TB	✓	✓	↑			✓
71	Movimento para o Acesso ao Tratamento em Moçambique - MATRAM	✓	✓	↑			✓
72	Organismo para o Direito Sócio-Integrado - KULIMA	✓	✓	↓			✓
73	Organização Kanimambo		✓	↓			✓
74	Phfuka U Hanya	✓	✓				✓
75	PIRCOM	✓		↑			

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
76	Rede Moçambicana de Líderes Religiosos Vivendo com HIV/SIDA - MONERELA	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
77	Rede Cristã Contra o HIV / SIDA	✓	✓	↓↑			✓
78	Rede de Comunicadores - RECAC		✓	↓			✓
79	Rede de Pessoas Vivendo com HIV	✓					
80	Rede Nacional Contra a Droga - UNIDOS	✓					
81	Rede Umbrela		✓	↑	✓	✓	
82	Santo Egídio, Dream Program	✓	✓	↓↑		✓	✓
83	Tiyane Vavasate	✓					
84	Universidade Católica de Moçambique	✓	✓	↓			✓
85	Watana		✓	↓			✓
	ORGANIZAÇÕES MULTILATERAIS						
86	Banco Mundial	✓	✓	↓	✓		
87	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC	✓	✓	↑		✓	✓
88	Fundo das Nações Unidas para Actividades das Populações - FNUAP	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
89	Fundo Global HIV TB e Malária	✓	✓	↓↑	✓		
90	Organização das Nações Unidas para a Infância - UNICEF	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
91	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
92	Organização Internacional de Migrações - OIM	✓	✓	↑		✓	✓
93	Organização Internacional do Trabalho - OIT	✓	✓	↓↑	✓	✓	
94	Programa Mundial para a Alimentação - PMA	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
95	World Food Program – WFP	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
96	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
97	RCO / One UN	✓	✓	↓↑	✓		
98	Secretariado do UNAIDS/ONUSIDA	✓	✓		✓	✓	✓
99	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados - UNHCR	✓					

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
100	UNITAID	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	
101	UNWOMEN	✓					
102	Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola - IFAD		✓	↑		✓	
	AGÊNCIAS BILATERAIS						
103	Governo da Alemanha	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
104	Governo da Áustria	✓					
105	Governo da Bélgica (BTC)	✓	✓	↓ ↑	✓		
106	Governo das Flandres (Bélgica)	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	
107	Governo da Dinamarca	✓	✓	↑	✓		
108	Governo da Espanha	✓	✓				
109	Região Autónoma da Catalunha (Espanha)	✓	✓				
110	Governo da Finlândia	✓	✓				
111	Governo da França	✓	✓	↑	✓		
112	Governo da Holanda	✓	✓	↓ ↑	✓		
113	Governo da Irlanda	✓	✓	↑	✓		
114	Governo da Itália	✓	✓	↑	✓		
115	Governo da Noruega	✓	✓	↑	✓	✓	
116	Governo da Suécia	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	
117	Governo da Suiça	✓	✓	↑	✓		
118	Governo do Brasil	✓	✓				
119	Governo do Canadá	✓	✓	↓ ↑	✓		
120	Governo do Japão	✓					
121	Governo do Reino Unido	✓	✓	↓ ↑	✓		
122	Governo dos Estados Unidos da América - PEPFAR	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	
123	Governo dos Estados Unidos da América – CDC		✓	↓		✓	
124	Governo dos Estados Unidos da América - Departamento de Defesa		✓	↓		✓	

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
125	Governo dos Estados Unidos da América - Departamento de Estado		✓	↓		✓	
126	Governo dos Estados Unidos da América - Corpo de Paz		✓	↓		✓	✓
127	Governo dos Estados Unidos da América - USAID		✓	↓	✓	✓	
128	PROSAUDE		✓	↓	✓		
129	União Europeia	✓	✓	↓ ↑	✓		
	OUTRAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS						
130	Abt Associates	✓	✓	↓		✓	✓
131	Africare		✓	↓	✓	✓	
132	Afrikagrupperna		✓	↑	✓	✓	
133	Agencia Andaluza de Cooperacion Internacional para el Desarrollo (AACID)		✓	↑	✓		
134	American Association of Blood Banks		✓	↓		✓	✓
135	American International Health Alliance Twinning Center		✓	↓		✓	✓
136	American Society for Microbiology		✓	↓		✓	✓
137	American Society of Clinical Pathology		✓	↓		✓	✓
138	Ariel Pediatrics AIDS Foundation		✓	↓ ↑		✓	✓
139	Association of Public Health Laboratories		✓	↓		✓	✓
140	Barcelona Center for International Health Research		✓	↓		✓	
141	Big Lottery		✓	↓ ↑	✓		
142	Cáritas	✓	✓				
143	Center for Collaboration in Health - Centro de Colaboração em Saúde - CCS	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
144	Clinical and Laboratory Standards Institute		✓	↓		✓	✓
145	Columbia University Mailman School of Public Health		✓	↓		✓	✓
146	Deloitte Consulting Limited		✓	↓			✓
147	Douleur Sans Frontières	✓	✓	↑	✓	✓	✓
148	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation		✓	↓		✓	✓
149	Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho	✓	✓				

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
150	Federação Internacional de Planeamento Familiar		✓	↑	✓	✓	
151	Universidade Federal de Rio de Janeiro		✓	↓		✓	✓
152	Fhi 360	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
153	Fondation Assistance Internationale		✓	↑	✓		
154	Foundation for Innovative New Diagnostics	✓	✓	↓		✓	
155	Fundação Aga Khan	✓	✓	↓ ↑			✓
156	Fundação Clinton	✓					
157	Fundação Clinton - CHAI	✓					
158	Fundação Ford	✓					
159	Fundo da Aliança Envangélica para Ajuda aos Pobres	✓	✓				
160	Gain Health (Nutrition)	✓	✓	↑	✓		
161	GAVI		✓	↓ ↑	✓		
162	Girl Child Right		✓	↓			✓
163	Global Health Communications		✓	↓		✓	✓
164	HACI - Iniciativa Africana para Apoio a COVs		✓	↑	✓	✓	
165	Handicap International	✓	✓	↑		✓	✓
166	Haurralde Fundation		✓	↑	✓		
167	HIV-AIDS and Children		✓	↓	✓		
168	ICF Macro		✓	↓			✓
169	Icrg (ONG)		✓	↓			✓
170	Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola - IFAD		✓	↑		✓	
171	International Youth Foundation		✓	↓		✓	✓
172	International Center for Reproductive Health, Mozambique		✓	↓		✓	✓
173	Istituto Superiore di Sanità (Italy)		✓	↑	✓		
174	Italian Episcopal Conference		✓	↓ ↑	✓		
175	Jembi		✓	↓		✓	✓

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
176	Jhpiego		✓	↓		✓	✓
177	John Snow, Inc.	✓	✓	↓↑		✓	✓
178	Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health		✓	↓		✓	✓
179	Johnson & Johnson		✓	↓	✓	✓	
180	Luteran World Federation	✓	✓				
181	Management Sciences for Health		✓	↓		✓	
182	Médicos com África - CUAMM	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
183	Médicos Sem Fronteiras (Bélgica & Suiça)	✓	✓	↓↑	✓	✓	✓
184	Merck for Mother project - MSD		✓	↑	✓		
185	Misereor	✓					
186	Naima	✓	✓	↑		✓	
187	Namati Internacional		✓	↑	✓		
188	New York AIDS Institute		✓	↓		✓	
189	Open Society Initiative for Southen Africa - OSISA		✓	↑	✓	✓	
190	Oxfam Novib (African Transformation)	✓	✓	↑	✓	✓	
191	Partnership for Supply Chain Management	✓	✓	↓↑		✓	
192	Pathfinder International	✓	✓	↓↑		✓	✓
193	Population Services International - PSI	✓	✓	↓↑		✓	✓
194	Prosalus		✓	↑	✓	✓	
195	Repssi (Regional NGO)		✓	↓			✓
196	Right to Play	✓	✓				
197	Samaritans Purse	✓	✓	↓		✓	✓
198	Save the Children	✓					
199	Sidaction		✓	↑	✓		
200	SolidarMed		✓	↑		✓	✓
201	Soul City Institute		✓	↑	✓	✓	

Ordem	Organização/Instituição	Contactado	Captado na MEGAS	Método de recolha de dados*	Fonte	Agente	Provedor
202	Stephen Lewis Foundation		✓	↑	✓	✓	
203	Stiftung (Germany) - AIDS		✓	↑	✓		
204	Tearfund		✓	↑	✓	✓	
205	Técnica Engenheiros Consultores (TEC)		✓	↓ ↑			✓
206	Terre des Hommes - Alemanha	✓	✓	↓	✓	✓	
207	United States Pharmacopeia		✓				
208	University of California at San Diego		✓	↓			✓
209	University of California at San Francisco		✓	↓		✓	✓
210	University of Connecticut		✓	↓			✓
211	University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina Population Center		✓	↓			✓
212	University of Washington - ITECH		✓	↓		✓	✓
213	University Research Corporation, LLC		✓	↓			✓
214	Vanderbilt University (Friends in Global Health)		✓	↓		✓	✓
215	Village Reach	✓	✓				
216	Vista Partners		✓	↓			✓
217	Viva Africa (ONG Belga de Sant' Egídio)		✓	↓			✓
218	VSO Moçambique	✓	✓	↓ ↑		✓	✓
219	World Vision International	✓	✓	↓ ↑	✓	✓	✓
	OUTROS						
220	Mecanismo de Coordenação do País do FG	✓					

***Organização/Instituição contactadas sem actividade**

↑ **Recolha de dados "bottom up"**

↓ **Recolha de dados "top down"**

↓ ↑ **Recolha de dados "top down" e "bottom up"**

Anexo 3: Provedores de Serviços (PS) 2014 e Localização - 2014

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
Abt Associates				✓		✓	✓					✓	
Ajulsid							✓						
American Association of Blood Banks			✓				✓			✓		✓	
American International Health Alliance Twining Center											✓	✓	
American Society for Clinical Pathology			✓				✓			✓	✓	✓	
American Society for Microbiology			✓				✓			✓		✓	
Amodefa				✓	✓	✓	✓			✓	✓		
Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico	✓										✓	✓	
Arquiplan			✓	✓	✓					✓			
ASNA Construções					✓								
Assembleia da República												✓	
Associação de Dadores de Sangue de Moçambique										✓			
Associação Moçambicana para o Desenvolvimento Concertado (AMDEC)											✓		
Associação Avante Mulher											✓		
Associação Capaz											✓		
Associacao de Desenvolvimento de Povo para Povo			✓		✓				✓		✓		
Associação Kanimambo										✓			
Associação de Mineiros de Moçambique									✓	✓	✓		
Association of Public Health Laboratories			✓								✓	✓	
AVANI Hotails & Resorts, Lda.	✓												
Caminhos de Ferro de Moçambique	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Universidade Católica de Moçambique												✓	
CCS - Center for Collaboration in Health - Centro de Colaboração em Saúde								✓		✓		✓	
Centro de Desenvolvimento Comunitário							✓						
Centro Nacional de Bancos de Sangue										✓			

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
Chigwirizano				✓									
CISM - Manhiça Research Center												✓	
Clinical and Laboratory Standards Institute			✓				✓			✓		✓	
CMAM - Central de Medicamentos e Artigos Medicos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Coalizão					✓		✓	✓		✓	✓		
Columbia University			✓		✓					✓		✓	
Conselho Nacional de Combate ao SIDA												✓	
Conselho Nacional de Combate ao SIDA - Núcleo Provincial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Corredor de Desenvolvimento do Norte			✓										
CUAMM (ONG - Médicos por África)							✓						
Deloitte Consulting Limited		✓					✓					✓	
Douleurs Sans Frontières									✓				
DPMAS	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
DPS/MISAU	✓			✓	✓			✓			✓	✓	
DPSM											✓	✓	
Ecosida	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	✓		✓						✓			✓	
Universidade Federal de Rio de Janeiro												✓	
FHI360	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Forças Armadas de Defesa de Moçambique (FADEM)			✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	
Forcom												✓	
Foundation for Innovative New Diagnostics	✓											✓	
Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade - FDC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Fundo das Nações Unidas para Actividades Populacionais					✓							✓	
Gabinete da Esposa do Governador									✓				
Girl Child Right						✓							

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
Global Health Communication												✓	
Governo da Alemanha (GIZ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Handicap International										✓			
ICF Macro												✓	
ICRH(ONG)				✓									
Igreja Evangélica Luterana			✓										
Igreja Baptista de Dondo							✓						
Empresas privadas								✓					
Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane					✓								
Instituto Nacional de Acção Social	✓												
Instituto Nacional de Saúde		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
International Youth Foundation										✓	✓		
International Center for Reproductive Health				✓									
ISCISA - Superior Institution of Health Sciences					✓								
ITECH, University of Washington	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Jembi												✓	
Jhpiego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
John Snow, Inc.	✓		✓	✓		✓				✓	✓	✓	
Johns Hopkins University							✓		✓	✓	✓	✓	
Kufunana											✓		
KULIMA - Organismo para o Direito Sócio-Integrado						✓					✓		
Kupulumussana				✓									
Laboratórios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
Lambda													✓
Matram								✓	✓	✓	✓		
MCP - Mecanismo de Coordenação do País												✓	

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
Médicos com África CUAMM							✓						
Médicos Sem Fronteiras da Bélgica				✓			✓			✓			
Médicos Sem Fronteiras da Suiça										✓		✓	
Ministério da Educação e Cultura	✓	✓					✓		✓	✓	✓		
Ministério da Justiça - Servico Nacional das Prisões			✓		✓			✓	✓				
Ministério da Mulher e Acção Social							✓						
Ministério do Trabalho		✓	✓		✓		✓			✓	✓		
Ministério dos Recursos Minerais e Energia										✓			
Ministério da Defesa Nacional		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		
Ministério da Saúde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ministério das Finanças				✓	✓	✓							
Moçambique Leaf Tobacco, Lda.		✓		✓	✓	✓							
Muleide													✓
Not for profit outpatient sites					✓			✓	✓	✓	✓		
N'WETI - Comunicação para a Saúde			✓						✓	✓	✓	✓	
N'WETI- Comunicação e Saúde									✓		✓		
OMS - Organização Mundial da Saúde					✓				✓			✓	
Organização das Nações Unidas contra o SIDA									✓			✓	
Organização Internacional das Migrações				✓			✓		✓		✓		
Organização Internacional do Trabalho				✓	✓	✓	✓						
Partnership for Supply Chain Management	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Pathfinder International			✓									✓	
Phfuka U Nhanya											✓		
Population Services International	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Programa Alimentar Mundial		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
Rede Moçambicana de Líderes Religiosos Vivendo com HIV/SIDA - MONARELA													✓

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
RECAC			✓	✓				✓	✓			✓	
Rede Cristã contra o HIV-SIDA								✓	✓				
Reencontro									✓				
REPSSI (ONG Regional)												✓	
Samaritans Purse								✓	✓			✓	
Santo Egídio, Dream Program					✓		✓		✓	✓	✓		
Sector Público	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓		
SolidarMed	✓											✓	
TEBA								✓	✓	✓	✓	✓	
Técnica Engenheiros Consultores (TEC)			✓	✓									
Telecomunicações de Moçambique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			
Tongaat Hulett - Açucareira de Moçambique, S.A,							✓						
U.S. Peace Corps		✓		✓	✓	✓		✓	✓				
UNESCO				✓	✓				✓	✓			
UNICEF- Organização das Nações Unidas para a Infância	✓		✓	✓	✓		✓		✓			✓	
Unidades Sanitárias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
United Nations Office on Drugs and Crime	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
United States Pharmacopeia												✓	
Universidade de Ghent				✓									
Universidades			✓										
University of California at San Diego												✓	
University of California at San Francisco	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	
University of Connecticut			✓									✓	
Universidade Eduardo Mondlane			✓									✓	
University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina Population Center			✓			✓	✓						
University Research Corporation, LLC			✓			✓	✓				✓	✓	

Provedores de Serviços	Localização												
	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Tete	Zambézia	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Cidade	Maputo Província	Nacional	Não desagregado
Vale Moçambique, S.A.				✓									
Vanderbilt University					✓							✓	
Viva África (ONG Belga de Sant' Egídio)					✓		✓				✓	✓	
VSO Mozambique									✓	✓	✓	✓	
Watana			✓										
World Vision International			✓	✓	✓				✓			✓	

Anexo 4: Matrizes de Gastos em SIDA

Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Fonte de Financiamento (FS) - 2014

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Fontes Financeiras					TOTAL
	FS.01 Público	FS.02 Privado	FS.03.01 Bilaterais	FS.03.02 Multilaterais	FS.03.03 Outros Internacionais	
ASC.01. Prevenção	2 735 860	**2 139 031**	**69 835 966**	**11 260 996**	**2 819 270**	**88 791 123**
ASC.01.01 Comunicação para a mudança de comportamento	206 032	216 112	1 432 718	3 785 463	100 630	5 740 955
ASC.01.02 Mobilização comunitária	118 199	15 093	5 619 340	300 428	53 644	6 106 704
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)	297 966		8 386 711	903 692	79 815	9 668 184
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis	84 010		2 279 103	443 506	30 489	2 837 108
ASC.01.05 Prevenção para jovens na escola	15 965		976 189	367 609		1 359 763
ASC.01.06 Prevenção para jovens fora da escola	214 544		7 684	114 090	30 000	366 318
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	12 931		393 678	52 604	7 255	466 468
ASC.01.08 Programas para TS & Clientes			1 370 907	344 780	1 143 250	2 858 937
ASC.01.09 Programas para HSH			169 320	509	35 913	205 742
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas			357 498			357 498
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	148 203	177 483	308 545	1 467 447		2 101 678
ASC.01.12 Marketing social do preservativo			5 513 784			5 513 784
ASC.01.13 Distribuição de preservativos masculinos dos sectores públicos e comerciais		1 730 343	203 172	192 146		2 125 661
ASC.01.14 Distribuição de preservativos femininos dos sectores públicos e comerciais			47 425	43 048		90 473
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs	645 548		121 628	56 102	9 662	832 940
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	958 530		17 364 272	2 794 518	945 623	22 062 943
ASC.01.18 Circuncisão masculina	26 596		17 400 744	125 847	11 864	17 565 051
ASC.01.19 Segurança do sangue	7 336		2 710 473	32 065	3 273	2 753 147
ASC.01.21 Precaução universal			2 872 352			2 872 352
ASC.01.22 Profilaxia pós-exposição			2 009 154			2 009 154
ASC.01.98 Prevenção ndt			291 269	237 142	367 852	896 263

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Fontes Financeiras					TOTAL
	FS.01 Público	FS.02 Privado	FS.03.01 Bilaterais	FS.03.02 Multilaterais	FS.03.03 Outros Internacionais	
ASC.02. Cuidado e tratamento	**3 275 115**	**85 853**	**85 939 193**	**23 681 139**	**3 495 116**	**116 476 416**
ASC.02.01 Tratamento ambulatório	3 275 115	85 853	84 453 927	23 681 139	2 598 042	114 094 076
ASC.02.01.01 Testagem iniciada pelo provedor	199 366		678 411	889 703	88 928	1 856 408
ASC.02.01.02 Tratamento de IO		4 240	5 641 442			5 645 682
ASC.02.01.03 Tratamento Anti-retroviral	1 386 387		54 339 818	21 476 659	71 710	77 274 574
ASC.02.01.04 Apoio nutricional			2 664 920	6 159	7 554	2 678 633
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório	1 509 373		12 489 101	1 303 343	762 740	16 064 557
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos			8 240			8 240
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	179 989	81 613	7 466 087		213 171	7 940 860
ASC.02.01.98 Tratamento ambulatório ndt			1 165 908	5 275	1 453 939	2 625 122
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt			1 485 266		897 074	2 382 340
ASC.03. Órfãos e crianças vulneráveis (COVs)	**242 678**		**5 365 133**	**515**	**552 456**	**6 160 782**
ASC.03.01 Educação para COVs			1 385 301		31 027	1 416 328
ASC.03.02 Serviços básicos de saúde			1 696 777	515	210 223	1 907 515
ASC.03.03 Apoio familiar			1 265 517		7 402	1 272 919
ASC.03.04 Apoio comunitário	232 757					232 757
ASC.03.05 Serviços sociais e administrativos	9 921				948	10 869
ASC.03.06 Cuidado institucional					1 828	1 828
ASC.03.98 COVs ndt					73 626	73 626
ASC.03.99 COVs não classificados			1 017 538		227 402	1 244 940
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema	**7 867 058**		**77 788 451**	**4 231 128**	**1 993 807**	**91 880 444**
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa	3 543 067		8 753 086	2 357 742	699 753	15 353 648
ASC.04.02 Custos administrativos ligados à gestão e fundos	89 401		27 166 943	789 088	563 977	28 609 409
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação	892 962		11 966 419	430 941	18 641	13 308 963
ASC.04.04 Pesquisa Operacional				7 168	561 589	568 757
ASC.04.05 Vigilância serológica	216 693		2 340 989			2 557 682

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Fontes Financeiras					TOTAL
	FS.01 Público	FS.02 Privado	FS.03.01 Bilaterais	FS.03.02 Multilaterais	FS.03.03 Outros Internacionais	
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos	3 124 935		8 665 216	34 498		11 824 649
ASC.04.08 Tecnologia da informação			7 518 271	368		7 518 639
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestruturas			9 901 488	588 631	149 847	10 639 966
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificada			1 476 039	22 692		1 498 731
ASC.05. Incentivos para recursos humanos			**19 365 047**	**193 711**	**46 560**	**19 605 318**
ASC.05.03 Formação			16 241 746	193 711	46 560	16 482 017
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt			3 123 301			3 123 301
ASC.06. Protecção social e serviços sociais	**184 812**	**14 568**	**678 789**	**13 000**	**23 007**	**914 176**
ASC.06.01 Protecção social por meio de benefícios monetários		6 771				6 771
ASC.06.02 Benefícios em Género	27 376	7 797				35 173
ASC.06.04 Geração de renda	77 087		154 304	13 000	23 007	267 398
ASC.06.98 Serviços de protecção social e serviços sociais não divididos por tipo	72 610					72 610
ASC.06.99 Serviços de protecção social e serviços sociais n.c.o.	7 739		524 485			532 224
ASC.07. Ambiente favorável	**1 891 694**		**3 481 726**	**2 349 207**	**738 007**	**8 460 634**
ASC.07.01 Advocacia	1 790 024		424 354	655 684	623 660	3 493 722
ASC.07.02 Direitos Humanos	56 808		6 083		107 913	170 804
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional			2 716 484	1 527 959	6 434	4 250 877
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	39 574		334 805	115 564		489 943
ASC.07.05 Programas para reduzir a violência baseada no género				50 000		50 000
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt	5 288					5 288
ASC.08. Pesquisa				**208 543**	**5 595**	**214 138**
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais				106 043	5 595	111 638
ASC.08.98 Actividades de pesquisa relacionadas ao HIV n.d.t.				102 500	0	102 500
Total	**16 197 217**	**2 239 452**	**262 454 305**	**41 938 240**	**9 673 818**	**332 503 032**

Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Populações Beneficiárias (BP) - 2014

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Populações Beneficiárias							TOTAL
	BP.01. PVHIV	BP.02. GAR	BP.03 Grupos vulneráveis	BP.04 Populações específicas	BP.05 População Geral	BP.06 Não direccionada	BP.99 População específica n.e.c.	
ASC.01. Prevenção	**409 037**	**3 422 177**	**26 249 526**	**8 857 395**	**49 805 193**		**47 795**	**88 791 123**
ASC.01.01 Comunicação para a mudança de comportamento					5 740 955			5 740 955
ASC.01.02 Mobilização comunitária				50 870	6 055 834			6 106 704
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)					9 668 184			9 668 184
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis			1 419 521	766 651	650 936			2 837 108
ASC.01.05 Prevenção para jovens na escola				1 344 713	15 050			1 359 763
ASC.01.06 Prevenção para jovens fora da escola				223	366 095			366 318
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	405 421		58 772		2 275			466 468
ASC.01.08 Programas para TS & Clientes		2 858 937						2 858 937
ASC.01.09 Programas para HSH		205 742						205 742
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas		357 498						357 498
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	3 616			2 050 267			47 795	2 101 678
ASC.01.12 Marketing social do preservativo					5 513 784			5 513 784
ASC.01.13 Distribuição de preservativos masculinos dos sectores públicos e comerciais					2 125 661			2 125 661
ASC.01.14 Distribuição de preservativos femininos dos sectores públicos e comerciais.					90 473			90 473
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs				832 940				832 940
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical			22 062 943					22 062 943
ASC.01.18 Circuncisão masculina			21 826	16 860	17 526 365			17 565 051
ASC.01.19 Segurança do sangue			2 686 464		66 683			2 753 147
ASC.01.21 Precaução universal				2 872 352				2 872 352
ASC.01.22 Profilaxia pós-exposição				922 519	1 086 635			2 009 154
ASC.01.98 Prevenção ndt					896 263			896 263

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Populações Beneficiárias							TOTAL
	BP.01. PVHIV	BP.02. GAR	BP.03 Grupos vulneráveis	BP.04 Populações específicas	BP.05 População Geral	BP.06 Não direccionada	BP.99 População específica n.e.c.	
ASC.02.01 Tratamento ambulatório	**114 598 062**				**1 878 354**			**116 476 416**
ASC.02.01 Tratamento ambulatório	112 215 722				1 878 354			114 094 076
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor					1 856 408			1 856 408
ASC.02.01.02 Tratamento de IO	5 645 682							5 645 682
ASC.02.01.03 Tratamento Anti-retroviral	77 274 574							77 274 574
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	2 678 633							2 678 633
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório	16 064 557							16 064 557
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos	8 240							8 240
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	7 918 914				21 946			7 940 860
ASC.02.01.98 Tratamento ambulatório ndt	2 625 122							2 625 122
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt	2 382 340							2 382 340
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)			**6 160 782**					**6 160 782**
ASC.03.01 Educação para COVs			1 416 328					1 416 328
ASC.03.02 Serviços de saúde básico			1 907 515					1 907 515
ASC.03.03 Apoio familiar			1 272 919					1 272 919
ASC.03.04 Apoio comunitário			232 757					232 757
ASC.03.05 Serviços sociais e administrativos			10 869					10 869
ASC.03.06 Cuidado institucional			1 828					1 828
ASC.03.98 COVs ndt			73 626					73 626
ASC.03.99 COVs não classificados			1 244 940					1 244 940
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema						**91 880 444**		**91 880 444**
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa						15 353 648		15 353 648
ASC.04.02 Custos administrativos ligados à gestão e fundos						28 609 409		28 609 409
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação						13 308 963		13 308 963
ASC.04.04 Pesquisa Operacional						568 757		568 757
ASC.04.05 Vigilância serológica						2 557 682		2 557 682

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Populações Beneficiárias							TOTAL
	BP.01. PVHIV	BP.02. GAR	BP.03 Grupos vulneráveis	BP.04 Populações específicas	BP.05 População Geral	BP.06 Não direccionada	BP.99 População específica n.e.c.	
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos						11 824 649		11 824 649
ASC.04.08 Tecnologia da informação						7 518 639		7 518 639
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestrutura						10 639 966		10 639 966
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificada						1 498 731		1 498 731
ASC.05. Incentivos para recursos humanos	**16 030**			**19 589 288**				**19 605 318**
ASC.05.03 Formação	16 030			16 465 987				16 482 017
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt				3 123 301				3 123 301
ASC.06. Protecção social e serviços sociais	**823 884**		**80 604**	**9 688**				**914 176**
ASC.06.01 Protecção social por meio de benefícios monetários	6 771							6 771
ASC.06.02 Benefícios em Género	19 119		6 366	9 688				35 173
ASC.06.04 Geração de renda	193 160		74 238					267 398
ASC.06.98 Serviços de protecção social e serviços sociais não divididos por tipo	72 610							72 610
ASC.06.99 Serviços de protecção social e serviços sociais n.c.o.	532 224							532 224
ASC.07. Ambiente favorável	**5 050**	**66 490**			**639 207**	**7 749 887**		**8 460 634**
ASC.07.01 Advocacia						3 493 722		3 493 722
ASC.07.02 Direitos Humanos	5 050	66 490			99 264			170 804
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional						4 250 877		4 250 877
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género					489 943			489 943
ASC.07.05 Programas para reduzir a violência baseada no género					50 000			50 000
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt						5 288		5 288
ASC.08. Pesquisa						214 138		214 138
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais						111 638		111 638
ASC.08.98 Actividades de pesquisa relacionadas ao HIV n.d.t.						102 500		102 500
Total	**115 852 063**	**3 488 667**	**32 490 912**	**28 456 371**	**52 322 754**	**99 844 469**		**332 503 032**

Matriz de Gastos em HIV e SIDA (ASC): Provedores de Serviços (PS) - 2014

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Provedores de Serviços				
	Bilaterais e Internacionais	Privado Internacional	Privado Nacional	Público	TOTAL
ASC.01. Prevenção	**3 135 727**	**10 625 508**	**22 610 341**	**52 419 547**	**88 791 123**
ASC.01.01 Comunicação para a mudança de comportamento	123 339	499 889	4 890 775	226 952	5 740 955
ASC.01.02 Mobilização comunitária	268 076	796 331	4 287 218	755 079	6 106 704
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)		294 432	2 680 586	6 693 166	9 668 184
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis	559 131	17 985	1 477 763	782 229	2 837 108
ASC.01.05 Prevenção para jovens na escola	319 388	13 785	954 643	71 947	1 359 763
ASC.01.06 Prevenção para jovens fora da escola			366 318		366 318
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV			466 468		466 468
ASC.01.08 Programas para TS & Clientes		1 636 157	1 015 942	206 838	2 858 937
ASC.01.09 Programas para HSH		35 913	169 829		205 742
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas			357 498		357 498
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho		32 854	1 583 798	485 026	2 101 678
ASC.01.12 Marketing social do preservativo		5 513 784			5 513 784
ASC.01.13 Distribuição de preservativos masculinos dos sectores públicos e comerciais			1 855 177	270 484	2 125 661
ASC.01.14 Distribuição de preservativos femininos dos sectores públicos e comerciais.			57 773	32 700	90 473
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs				832 940	832 940
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	1 865 793	1 723 671	886 286	17 587 193	22 062 943
ASC.01.18 Circuncisão masculina			627 625	16 937 426	17 565 051
ASC.01.19 Segurança do sangue			97 086	2 656 061	2 753 147
ASC.01.21 Precaução universal				2 872 352	2 872 352
ASC.01.22 Profilaxia pós-exposição				2 009 154	2 009 154
ASC.01.98 Prevenção ndt		60 707	835 556		896 263

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Provedores de Serviços				
	Bilaterais e Internacionais	Privado Internacional	Privado Nacional	Público	TOTAL
ASC.02.01 Tratamento ambulatório	**209 846**	**7 464 861**	**4 817 720**	**103 983 989**	**116 476 416**
ASC.02.01 Tratamento ambulatório	209 846	5 154 043	4 808 744	103 921 443	114 094 076
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor				1 856 408	1 856 408
ASC.02.01.02 Tratamento de IO		2 644	4 240	5 638 798	5 645 682
ASC.02.01.03 Tratamento Anti-retroviral	209 846		262 181	76 802 547	77 274 574
ASC.02.01.04 Apoio nutricional		584 095	805 284	1 289 254	2 678 633
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório		402 975		15 661 582	16 064 557
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos			8 240		8 240
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário		1 539 207	3 728 799	2 672 854	7 940 860
ASC.02.01.98 Tratamento ambulatório ndt		2 625 122			2 625 122
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt		2 310 818	8 976	62 546	2 382 340
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)	**4 168**	**2 108 499**	**4 020 513**	**27 602**	**6 160 782**
ASC.03.01 Educação para COVs	1 118	437 407	977 803		1 416 328
ASC.03.02 Serviços de saúde básico		392 899	1 514 616		1 907 515
ASC.03.03 Apoio familiar	1 525	740 756	530 638		1 272 919
ASC.03.04 Apoio comunitário			220 768	11 989	232 757
ASC.03.05 Serviços sociais e administrativos			10 869		10 869
ASC.03.06 Cuidado institucional			1 828		1 828
ASC.03.98 COVs ndt			58 013	15 613	73 626
ASC.03.99 COVs não classificados	1 525	537 437	705 978		1 244 940
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema	**2 758 388**	**69 866 311**	**5 068 474**	**14 187 271**	**91 880 444**
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa	1 834 125	8 629 113	96 993	4 793 417	15 353 648
ASC.04.02 Custos administrativos ligados à gestão e fundos	440 630	25 479 331	2 015 777	673 671	28 609 409
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação	430 941	11 566 849	192 498	1 118 675	13 308 963
ASC.04.04 Pesquisa Operacional		568 757			568 757
ASC.04.05 Vigilância serológica		1 371 619	112 426	1 073 637	2 557 682

Categorias de despesas em HIV e SIDA (ASC)	Provedores de Serviços				
	Bilaterais e Internacionais	Privado Internacional	Privado Nacional	Público	TOTAL
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos	30 000	6 599 767		5 194 882	11 824 649
ASC.04.08 Tecnologia da informação		7 412 111	4 845	101 683	7 518 639
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestruturas		6 786 165	2 628 529	1 225 272	10 639 966
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificada	22 692	1 452 599	17 406	6 034	1 498 731
ASC.05. Incentivos para recursos humanos	**36 750**	**17 641 367**	**564 427**	**1 362 774**	**19 605 318**
ASC.05.03 Formação	36 750	14 616 096	485 480	1 343 691	16 482 017
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt		3 025 271	78 947	19 083	3 123 301
ASC.06. Protecção social e serviços sociais	**13 000**	**243 308**	**638 749**	**19 119**	**914 176**
ASC.06.01 Protecção social por meio de benefícios monetários			6 771		6 771
ASC.06.02 Benefícios em Género			16 054	19 119	35 173
ASC.06.04 Geração de renda	13 000	38 602	215 796		267 398
ASC.06.98 Serviços de protecção social e serviços sociais não divididos por tipo.			72 610		72 610
ASC.06.99 Serviços de protecção social e serviços sociais n.c.o.		204 706	327 518		532 224
ASC.07. Ambiente favorável	**560 896**	**3 780 664**	**2 323 548**	**1 795 526**	**8 460 634**
ASC.07.01 Advocacia	542 868	777 545	377 783	1 795 526	3 493 722
ASC.07.02 Direitos Humanos		66 490	104 314		170 804
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional		2 601 824	1 649 053		4 250 877
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	18 028	334 805	137 110		489 943
ASC.07.05 Programas para reduzir a violência baseada no género			50 000		50 000
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt			5 288		5 288
ASC.08. Pesquisa	**179 747**			**34 391**	**214 138**
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais	77 247			34 391	111 638
ASC.08.98 Actividades de pesquisa relacionadas ao HIV n.d.t.	102 500				102 500
Total	**6 898 523**	**111 730 518**	**40 043 772**	**173 830 219**	**332 503 032**

Fonte de Financiamento (FS): Provedores de Serviços (PS) - 2014

Fontes de financiamento	Provedores de Serviços				
	Bilaterais e Internacionais	Privado Internacional	Privado Nacional	Público	TOTAL
FS.01 Fundos públicos			**1 454 627**	**14 742 590**	**16 197 217**
FS.01.01 Fundos públicos territoriais			1 454 627	14 605 754	16 060 381
FS.01.99 Outros fundos públicos ndt				136 836	136 836
FS.02 Fundos Privados		**32 854**	**2 158 849**	**47 749**	**2 239 452**
FS.02.01 Instituições com fins lucrativos		32 854	235 637	47 749	316 240
FS.02.03 Instituições sem fins lucrativos			1 730 343		1 730 343
FS.02.99 Fundos privados não classificados			192 869		192 869
FS.03 Fundos Internacionais	**6 898 523**	**111 697 664**	**36 430 296**	**159 039 880**	**314 066 363**
FS.03.01 Contribuições bilaterais directas	2 735 418	102 473 911	27 265 983	129 978 993	262 454 305
FS.03.01.03 Governo da Bélgica		1 460 687	262 521		1 723 208
FS.03.01.04 Governo do Canadá	369 715		30 941	1 054 998	1 455 654
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca	959	60 653			61 612
FS.03.01.07 Governo da França		140 861			140 861
FS.03.01.10 Governo da Irlanda	15 851				15 851
FS.03.01.11 Governo da Itália		451 404			451 404
FS.03.01.14 Governo da Holanda	27 931	5 464 123	1 411 424		6 903 478
FS.03.01.16 Governo da Noruega		412 033			412 033
FS.03.01.19 Governo da Suécia	431 101	131 392	137 058	92 236	791 787
FS.03.01.20 Governo da Suíça		947 836			947 836
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido		362 374			362 374
FS.03.01.22 Governo dos Estados Unidos	1 889 861	92 534 242	25 420 976	127 110 982	246 956 061
FS.03.01.99 Outros Governos		508 306	3 063	1 720 777	2 232 146

Fontes de financiamento	Provedores de Serviços				
	Bilaterais e Internacionais	Privado Internacional	Privado Nacional	Público	TOTAL
FS.03.02 Agências multilaterais	4 158 252	1 605 502	8 410 809	27 763 677	41 938 240
FS.03.02.02 Comissão Europeia	1 037 894	68 658		122 748	1 229 300
FS.03.02.04 BIT/ILO	23 000				23 000
FS.03.02.07 Fundo Global para HIV, TB e Malária	189 173	418 771	6 881 150	23 384 428	30 873 522
FS.03.02.08 ONUSIDA/UNAIDS	1 514 474		129 714		1 644 188
FS.03.02.09 UNICEF	896 993	124 154	749 938	240 534	2 011 619
FS.03.02.11 PNUD/UNDP				152 473	152 473
FS.03.02.17 FNUAP/UNFPA	341 983		591 089	765 355	1 698 427
FS.03.02.18 Banco Mundial				880 023	880 023
FS.03.02.19 PAM/WFP		12 867	369		13 236
FS.03.02.29 OMS/WHO	77 488				77 488
FS.03.02.99 Agências multilaterais não classificadas	77 247	981 052	58 549	2 218 116	3 334 964
FS.03.03 ONGs internacionais	4 853	7 618 251	753 504	1 297 210	9 673 818
FS.03.03.20 MSF		4 422 189	7 272	780 592	5 210 053
FS.03.03.24 Sidaction (principalmente em países de língua francesa)		4 546			4 546
FS.03.03.33 World Vision		396 079			396 079
FS.03.03.34 Federação Internacional de Planeamento Familiar			49 603		49 603
FS.03.03.99 Outras ONGs internacionais	4 853	2 795 437	696 629	516 618	4 013 537
Total	**6 898 523**	**111 730 518**	**40 043 772**	**173 830 219**	**332 503 032**

Referências

Avenir Health. Unit Cost Repository. Available from: http://www.avenirhealth.org/policytools/U-C/app.php

CNCS. Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) para o período 2010-2011 em Moçambique. Maputo; 2014 Aug. Available from: http://10.83.26.163/sites/default/files/media/documents/NASA_-Mozambique_2010-2011_pt.pdf

CNCS. National AIDS spending assessment (NASA) for the period: 2004-2006. Maputo: CNCS; January 2008. Available from: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2007/nasa_mozambique_0506_20070408_en.pdf

CNCS. MEGAS 2007 – 2008, Despesas realizadas com HIV e SIDA em Moçambique. Maputo; 2010 Oct. Available from: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/NASA_Mozambique_%202007-2008_pt.pd

CNCS, UNAIDS. Distribution of the incidence of HIV infections in the 15- to 49-year-old population in Mozambique by mode of transmission, 2013. 2014.

Futures Institute. Spectrum. Futures Institute; 2013. Available from: http://www.futuresinstitute.org/spectrum.aspx

Korenromp EL, Gobet B, Fazito E, Lara J, Bollinger L, Stover J. Impact and Cost of the HIV/AIDS National Strategic Plan for Mozambique, 2015-2019—Projections with the Spectrum/Goals Model. PloS One. 2015;10(11):e0142908.

MISAU. Relatório Anual das atividades relacionadas ao HIV/SIDA 2014. Maputo; 2015 Mar.

UNAIDS. National AIDS Spending Assessment (NASA): classification and definitions. Geneva: UNAIDS; 2009 September. Available from: http://www.unaids.org/en/resources/documen/2009/20090630_20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf

UNAIDS. Guide to produce National AIDS Spending Assessment (NASA). Geneva: UNAIDS; 2009 May. http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2009/20090406_nasa_notebook_en.pdf

UNAIDS. HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2015 [Internet]. 2016. Available from: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-2015

Unsplash.com