



**Ministério da
Saúde**

Direcção Nacional de Recursos Humanos

**Plano Nacional de Desenvolvimento
dos Recursos Humanos da Saúde**

**Trabalhadores de Saúde Suficientes e
Competentes para Mais e Melhores
Serviços de Saúde Para o Povo
Moçambicano**

2008

ÍNDICE

Introdução	1
O desafio da escassez de Recursos Humanos da Saúde.....	1
O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)...	5
Os objectivos e as estratégias do PNDRHS	7
Implementação do plano	11
O Custo do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008–2015.....	13

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CFS	Centro de Formação em Saúde
CRDS	Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário
CS	Centro de Saúde
HD	Hospital Distrital
MISAU	Ministério da Saúde
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ORHS	Observatório de Recursos Humanos da Saúde
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PES	Plano Económico e Social
RHS	Recursos Humanos da Saúde
USD	Dólar EUA

INTRODUÇÃO

Através deste documento, o Ministério da Saúde de Moçambique pretende partilhar com outros sectores e com os seus parceiros os aspectos mais relevantes do seu Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008–2015, recentemente desenvolvido. Este plano inclui uma série de intervenções para superar a grave escassez absoluta e relativa de recursos humanos para a saúde no país. Moçambique necessita urgentemente de um maior número de trabalhadores de saúde bem formados e apoiados, altamente motivados, e adequadamente distribuídos para poder alcançar os objectivos do sector saúde incluídos nas Metas de Desenvolvimento do Milénio para o ano 2015.

Os trabalhadores de saúde são os recursos mais valiosos que permitirão que o Ministério da Saúde melhore a acessibilidade aos serviços de saúde—especialmente para as populações mais pobres que vivem em áreas rurais, consolide os Cuidados Primários de Saúde, reforce a continuidade dos cuidados através de um sistema de referência bem coordenado, e melhore o funcionamento, a qualidade e o desempenho dos serviços prestados em todos os níveis de atendimento.

Este plano e os resultados que dele se esperam são uma contribuição do Ministério da Saúde para o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) e o Plano Económico e Social (PES), instrumentos que orientam a acção do Governo nesse esforço nacional para a redução da pobreza absoluta—com ênfase especial sobre as zonas rurais—a redução dos desequilíbrios regionais, bem como a promoção de um crescimento económico sustentável. Desta forma, o país vai garantir um desenvolvimento harmonioso e baseado na consolidação da paz, unidade nacional, justiça, democracia e consciência patriótica.

O DESAFIO DA ESCASSEZ DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Nos últimos anos **Moçambique tem verificado melhorias** nos seus indicadores de saúde. A mortalidade neo-natal diminuiu de 147/1 000 nados vivos em 1999 para 100/1 000 em 2005 e a mortalidade infantil de 219/1 000 para 178/1.000. A mortalidade materna diminuiu de mais de 1.600/100 000 para 408/100 000 em 2003. A cobertura das imunizações chegou a 95% em 2005 e manteve-se nesse nível desde então. Os partos institucionais aumentaram de 49% em 2005 para 54% em 2007, e a política de serviços gratuitos para mães e crianças com menos de 5 anos ajudou a aumentar ainda mais o acesso aos serviços. Além disso, houve uma redução da taxa de mortalidade por Malária, expansão do tratamento da Tuberculose e um aumento significativo de pessoas beneficiando de tratamento anti-retroviral. Estas melhorias foram alcançadas através do crescimento económico, estabilidade e do aumento do acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, os **deficits quantitativos e qualitativos em termos de trabalhadores de saúde** representam a **principal barreira** para a sustentabilidade e expansão destes e outros resultados de saúde que Moçambique tem alcançado nos últimos anos. Em Moçambique existe um **défi ce absoluto e comparativo** de recursos humanos da saúde (RHS) como se observa na tabela 1.

Tabela 1. Dados comparativos para alguns indicadores de recursos humanos da saúde, 2004

	Médicos/ 1000 hab	Enfermeiros/ 1000 hab	Parteiras/ 1000 hab	Pessoal de farmácia/ 1000 hab
Moçambique	0,03	0,21	0,12	0,03
Malawi	0,02	0,59	—	—
Zâmbia	0,12	1,74	0,27	0,10
Zimbabuê	0,16	0,72	—	0,07
Botsuana	0,40	2,65	—	0,19
África do Sul	0,77	4,08	—	0,28

Fonte: OMS, Relatório Anual, 2006

Apesar do esforço do MISAU para corrigir as assimetrias regionais, constituindo o rácio de habitantes por médico e habitantes por técnico critérios de colocação dos profissionais, subsistem as assimetrias patentes nas figuras 1 a 3. Isto poder-se-á dever, entre outras razões à falta absoluta de recursos, a dificuldades de retenção, a deficiências da rede sanitária já existente, e à indefinição dos quadros de pessoal. Este défi ce para todos os RHS (figura 1) é mais marcante na Zambézia, Nampula, Cabo Delgado e Tete, por ordem decrescente de grandeza. As desigualdades são mais marcantes para médicos (figura 2) do que para enfermeiros (figura 3). No caso dos médicos o défi ce por ordem decrescente de grandeza e na Zambézia, Niassa, Nampula e Cabo Delgado. Para os enfermeiros este défi ce é mais marcante na Zambézia, Inhambane, Cabo Delgado e Maputo Província.

Figura 1. Número de habitantes por RHS específicos da saúde, por província (30 Jun 07)

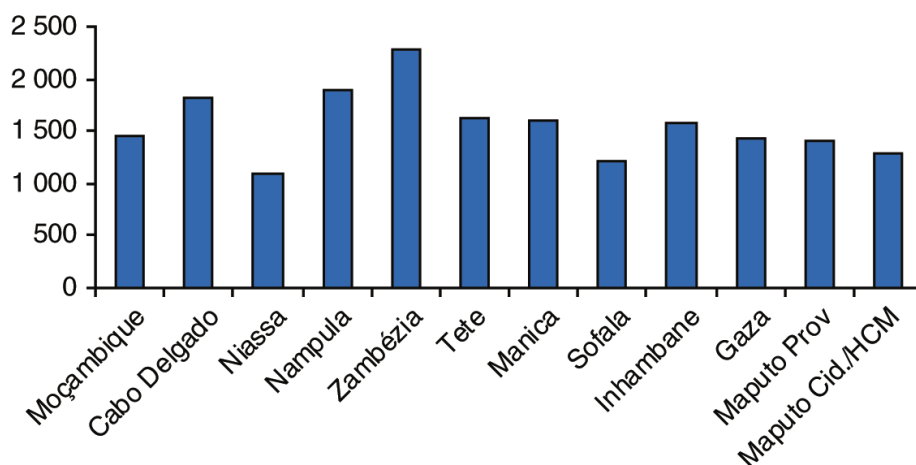


Figura 2. Número de habitantes por médico, por província (30 Jun 07)

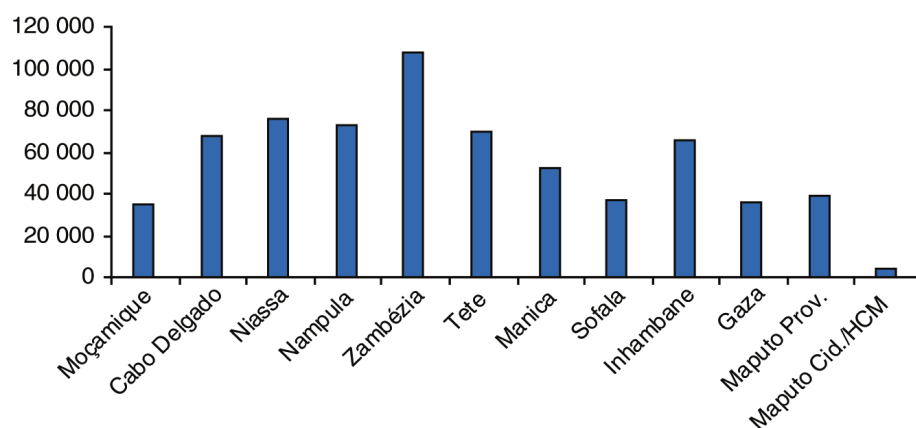
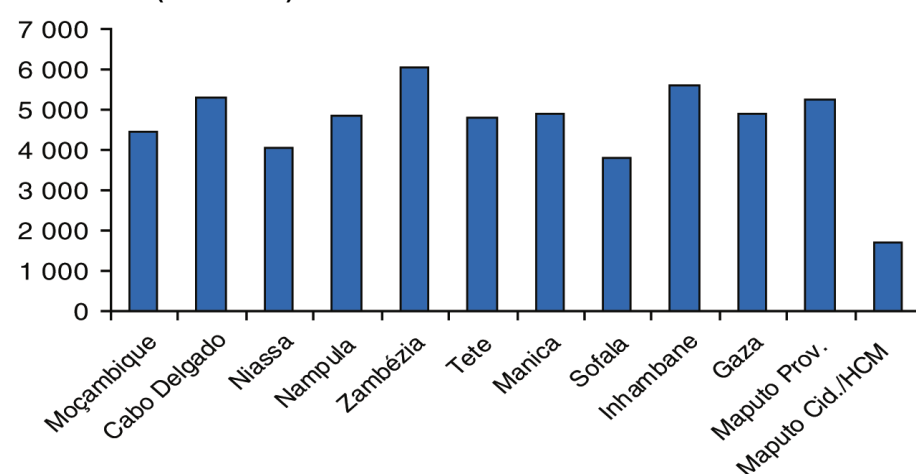
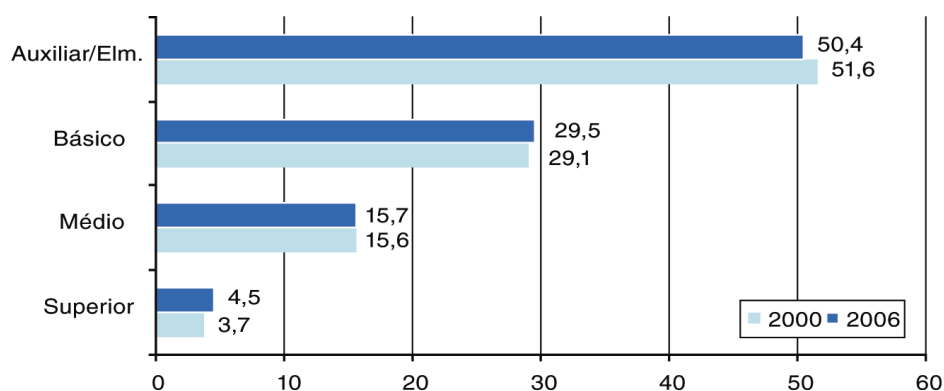


Figura 3. Número de habitantes por enfermeiro, por província (30 Jun 07)



A distribuição relativa de todo o pessoal por nível de formação (do nível superior ao elementar) aponta para um **défi ce relativo de pessoal médio e superior** (figura 4).

Figura 4. Distribuição percentual dos efectivos do SNS por níveis de formação, 2000/2006



Entre as províncias, este défi ce relativo é mais marcante, por ordem decrescente, em Manica, Zambézia e Niassa, seguidas de Tete e Cabo Delgado e então Nampula.

Se considerarmos as distribuições provinciais das profissões consideradas detentoras de competências prioritárias verificamos,

comparando a distribuição relativamente à mediana nacional de habitantes por profissional para cada categoria, que por ordem decrescente, as **províncias mais deficitárias nas competências essenciais** são: Zambézia, Cabo Delgado e Nampula, Manica, Inhambane, Tete, Gaza, Sofala, Maputo Província, Niassa, Maputo cidade.

A força de trabalho sem funções clínicas tem crescido mais rapidamente do que a força de trabalho com funções clínicas (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos RHS por tipo de funções e nível de formação 2000 e 2006

Nível de formação		2000	2006	Variação%
Universitário	Licenciatura médica	436	606	39,0
	Outra	140	537	283,6
	Sub-total	576	1143	98,4
Médio	Com funções clínicas	2 132	3115	46,1
	Outras	357	919	157,4
	Sub-total	2 489	4034	62,1
Básico	Com funções clínicas	4 128	6642	60,9
	Outras	523	942	80,1
	Sub-total	4 651	7584	63,1
Elementar	Com funções clínicas	1 628	2090	28,4
	Outras	582	1007	73,0
	Sub-total	2 210	3097	40,1
Outro	Trabalhadores auxiliares	1 631	2090	28,1
	Serventes	5 003	8987	79,6
	Sub-total	6 634	11027	66,2

Fonte: MISAU/DRH SIP

Isto é, existe um défice do pessoal assistencial, que se encontra mal distribuído entre níveis de cuidados. No entanto, os desafios sobre os recursos humanos estão para além do défice. Os actuais trabalhadores de saúde estão insatisfeitos com os seus empregos e percebem problemas no sistema de serviços de saúde. Entre estes problemas os trabalhadores e gestores destacam as deficientes condições de trabalho, a não implementação das carreiras, uma política de incentivos inadequada às diversas realidades do país, a não execução da política de incentivos vigente, o défice de pessoal, a falta de acesso à formação contínua, debilidades no cumprimento da biossegurança, a morosidade na tramitação dos documentos do pessoal, a inadequação do Sistema de Informação do Pessoal—SIP, a falta de acesso à actividade privada fora dos grandes centros urbanos e as desigualdades entre províncias e distritos.

Dos utentes, as maiores queixas referem-se a tempos de espera, à falta de biossegurança, às más condições das infra-estruturas de saúde, à falta e/ou custos dos medicamentos e à falta de transportes para as unidades de saúde.

O PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (PNDRHS)

O PNDRHS foi desenvolvido para responder a estes desafios e constrangimentos. O plano contempla as prioridades nacionais identificadas na Política Nacional de Saúde e no actual Plano Estratégico para o Sector da Saúde e dará continuidade aos anteriores planos de desenvolvimento dos recursos humanos 1992–2002, 2001–2010, e 2006–2010.

Espera-se que o plano permita:

- Que até 2015, o sistema de saúde moçambicano tenha um salto qualitativo e quantitativo associado a melhorias significativas no sistema de formação do Ministério da Saúde e da sua capacidade de gestão.
- Até 2025 uma expansão rápida e acelerada de todos os recursos profissionais de nível médio e superior no país, associada a uma expansão da rede sanitária.

Caixa 1. Expansão esperada de rede sanitária até 2025

- 1 CS Rural (Tipo 2) para cada 10 000 habitantes (existe um défice aproximado deste tipo de estruturas de 750), o qual deve estar equipado com: 1 servente; 1 agente de medicina; 1 enfermeira de SMI
- 1 hospital distrital (HD), em cada distrito, com cirurgia (duas salas)
- 1 hospital geral em cada cidade
- Acrescentar um hospital provincial em Maputo
- Acrescentar um hospital central em Quelimane

A implementação do plano resultará:

- No aumento do número total de trabalhadores de saúde de 25 683 (1,26 por 1 000 habitantes) para 45.904 (1,87 por 1 000 habitantes) até 2015. Isto está abaixo do rácio 2,3 por 1 000 habitantes proposto pela OMS, mas pode trazer grandes melhorias para a consecução dos ODM para a saúde. Moçambique necessitará de outra década para atingir o rácio 2,3.
- No aumento do número de trabalhadores de saúde directamente envolvidos nas tarefas clínicas, de 1 896 para 4.572 (aumento de +141%), o que irá aumentar o rácio de 0,09 para 0,19 por 1 000 habitantes ou de 10 742 habitantes para 5 363 por trabalhador de saúde.
- Na melhoria da definição da função de regulação dos Recursos Humanos da Saúde do sistema de serviços de saúde.

A tabela 3 mostra as projecções de crescimento dos recursos humanos na área de saúde entre 2006 e 2015.

Tabela 3. Projecções dos Recursos Humanos para a Saúde até 2015

	2006	2015	Diferença
População	20 366 795	24 517 582	20%
Total de pessoal	25 683	45 904	79%
Total de pessoal por 1 000 habitantes	1,26	1,87	
População por trabalhador de saúde	793	534	-33%
Nº de pessoal médico prioritário	1 896	4 572	141%
Nº de pessoal médico prioritário por 1 000 habitantes	0,09	0,19	
População por pessoal de saúde prioritário	10 742	5 363	-50%
Nº de médicos	874	1 915	119%
Nº de médicos por 1 000 habitantes	0,043	0,078	
População por médico	23 303	12 803	-45%
Nº de enfermeiros	4 282	7 195	68%
Nº de enfermeiros por 1 000 habitantes	0,21	0,29	
População por enfermeiro	4 756	3 408	-28%
Nº de parteiras capacitadas	2 906	4 856	67%
Nº de parteiras capacitadas por 1 000 habitantes	0,14	0,20	
População por parteira capacitada	7 009	5 049	-28%

Fonte: Ministério da Saúde, Moçambique

Este plano é ambicioso, entretanto realista em termos dos números estimados para os trabalhadores de saúde que poderão ser formados no país dentro do período proposto entre 2008–2015. **Além do custo**, o maior constrangimento para o aumento dos recursos humanos em linha com os objectivos apresentados no Plano é a **capacidade de formar novos trabalhadores**. Por este motivo, uma das principais áreas de enfoque do plano está na **melhoria da capacidade das instituições de formação** afiliadas ao Ministério da Saúde. Para ilustrar um aspecto deste fortalecimento da formação inicial, a tabela 4 mostra uma projecção do investimento em Instituições de Formação do MISAU durante o período 2008–2010.

Tabela 4. Resumo do custo anual das obras de investimento na rede de formação (USD)

Instituicao	Custo estimado anual			Custo Total
	2008	2009	2010	
CFS Lichinga		1 700 000		1 700 000
CFS Cuamba		1 200 000		1 200 000
CFS Pemba	1 650 000			1 650 000
CFS Mocímboa da Praia	500 000	500 000		1 000 000
CFS Montepuez	800 000			800 000
ICS Nampula	550 000	1 000 000		1 550 000
CFS Alua		350 000		350 000
CFS Nacala	7 000 000			7 000 000
ICS Quelimane	750 000	750 000		1 500 000
CFS Gorué	400 000	400 000		800 000
CFS Mocuba		500 000		500 000
CFS Matundo	550 000	1 000 000		1 550 000
CFS Chimoio		1 300 000		1 300 000
CFS Catandica	200 000	400 000		600 000
ICS Beira	600 000	1 000 000		1 600 000
CFS Nhamatanda	450 000			450 000
CFS Inhambane		2 051 000		2 051 000
CFS Chicuque	100 000	100 000		200 000
CFS Massinga	950 000			950 000
CFS Vilanculos	200 000	400 000		600 000
CFS Chicumbane	550 000	1 000 000		1 550 000
CFS Chókwe		850 000		850 000
CFS Marracuene	800 000	2 000 000	2 000 000	4 800 000
ICS Infulene	750 000	750 000		1 500 000
ICS Maputo	600 000	250 000		850 000
TOTAL	17 400 000	17 501 000	2 000 000	36 901 000

OS OBJECTIVOS E AS ESTRATÉGIAS DO PNDRHS

O PNDRHS baseia-se no reconhecimento de que, para se alcançar os resultados desejados, existe a necessidade de responder aos problemas de falta de capacidade de formação, dificuldades no recrutamento, salários baixos, desmotivação, má distribuição, perda de pessoal para o sector privado, e capacidade limitada de gestão.

O plano tem os seguintes objectivos:

- Contribuir a consecução das Metas do Desenvolvimento do Milénio;
- Melhorar a capacidade de formação do Ministério da Saúde;
- Reduzir o défice de Recursos Humanos da Saúde;

- Reduzir as desigualdades em Recursos Humanos da Saúde entre províncias;
- Corrigir as distorções intra-provinciais, e entre distritos;
- Melhorar o desempenho dos Recursos Humanos da Saúde em termos quantitativos e qualitativos;
- Reter a força de trabalho no Sistema Nacional da Saúde;
- Melhorar a definição da função de regulação dos Recursos Humanos da Saúde do sistema de serviços de saúde.

A consecução dos oito objectivos do plano será facilitada através de estratégias gerais ou transversais que incluem:

- A **capacitação individual** dos dirigentes, dos reguladores, dos gestores dos serviços e dos prestadores em geral. Isto é, apoiar a aquisição e o aprimoramento das competências em termos quer de conhecimentos, quer de competências e de atitudes;
- O fortalecimento das **capacidades organizacionais**, ou seja do funcionamento dos sistemas de informação, dos processos de monitorização, de supervisão e de avaliação, da disponibilidade de ferramentas de gestão e de apoio à decisão, e de mobilização de recursos;
- O desenvolvimento de **pacotes de subsídios e incentivos** profissionais e financeiros para estimular o desempenho de todas as categorias de pessoal e para mobilizar vontades, individuais e institucionais, para apoiar a consecução dos objectivos e metas propostas;
- A criação de um **ambiente institucional adequado**, através de mudanças do quadro legal e regulador que facilitam a realização das metas propostas.

O PNDRHS identifica quatro vertentes estratégicas para avançar na via do salto qualitativo e quantitativo dos recursos humanos do sistema de serviços de saúde, identificadas e caracterizadas em quatro pacotes:

1. Organização dos serviços e quadro normativo;
2. Capacidade de gestão aos diferentes níveis;
3. Distribuição, motivação e retenção dos Recursos Humanos da Saúde;
4. Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua

1. Organização dos serviços e quadro normativo

O objectivo geral desta vertente estratégica é garantir a adequação das equipas de saúde às Unidades Sanitárias onde estão inseridas. Portanto, e mais especificamente, pretende-se:

- A harmonização entre um modelo organizacional estruturado em níveis de cuidados, e uma abordagem programática, mais ou menos vertical, que contribua para as capacidades de polivalência assistencial aos níveis mais periféricos;

- Modelos organizativos flexíveis, com mobilidade e capacidade de adaptação dos pacotes de serviços prestados;
- Modelo organizacional com espaço formal para agentes de saúde de nível comunitário;
- Tendo em conta o perfil epidemiológico, e as respostas organizacionais encontradas, adequar o perfil dos Recursos Humanos da Saúde a esses modelos organizacionais.

As estratégias contempladas para atingir estes objectivos incluem:

- Reforço da gestão das instituições e Unidades Sanitárias
- Definição do quadro de pessoal das Unidades Sanitárias
- Elaboração anual de planos de recrutamento por Unidades Sanitárias
- Regulamentação da interface entre programas verticais e serviços horizontais
- Actualização do perfil dos Recursos Humanos e adequação dos programas de formação a esses perfis
- Sistematização da estratégia avançada e de proximidade
- Gestão da qualidade
- Adequação dos incentivos aos modelos organizacionais adoptados

2. Capacidade de gestão aos diferentes níveis

Pretende-se fortalecer a capacidade de gestão, planificação e administração em geral e de Recursos Humanos da Saúde em particular, de acordo com a reforma da administração pública em curso, e as realidade da descentralização de funções, e tomar as medidas apropriadas para que se melhorem continuamente às práticas de gestão em geral e dos Recursos Humanos da Saúde em particular, com base no respeito da legislação e das normas técnicas e regulamentares vigentes em matéria de carreiras profissionais e de formação do pessoal de saúde, bem como em matéria de descentralização e desconcentração de poderes e competências, garantindo ao mesmo tempo o desenvolvimento de instrumentos facilitadores dos processos de gestão.

As estratégias contempladas incluem:

- Formação em gestão.
- Instrumentalização da gestão de Recursos Humanos da Saúde.
- Descentralização da gestão dos Recursos Humanos da Saúde para províncias, municípios, distritos e instituições autónomas.
- Desenvolvimento de um Observatório de Recursos Humanos da Saúde (ORHS).
- Revisão dos estatutos do Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS) de forma a ser redesenvolvido como um Instituto Público responsável pela formação em gestão dos quadros do Sistema Nacional de Saúde e pelo ensino não presencial, também dos quadros do Sistema Nacional de Saúde.
- Regulamentação do emprego múltiplo.

3. Distribuição, motivação e retenção dos Recursos Humanos da Saúde

Com esta vertente estratégica pretende-se contribuir para o melhor desempenho do sistema de serviços de saúde através de uma força de trabalho melhor distribuída e motivada para contribuir para objectivos de trabalho individuais e institucionais. Mais especificamente pretende-se:

- Corrigir a má distribuição do pessoal no espaço nacional e entre níveis de cuidados.
- Garantir carreiras de saúde adequadas ao actual contexto nacional e acautelar a sua gestão efectiva.
- Desenvolver um quadro de referência para justificar uma política salarial, de subsídios e incentivos que reconheça, no quadro da função pública, a especificidade da situação dos Recursos Humanos da Saúde.

As estratégias identificadas incluem:

- Rever e corrigir bloqueios e disfuncionalidades nos procedimentos de recrutamento, rotação e retenção.
- Agilizar os mecanismos de aposentação do pessoal.
- Revisão das carreiras específicas da saúde de forma a simplificá-las e adequá-las a novos contextos institucionais, a uma maior exigência de diferenciação do pessoal e a uma nova realidade epidemiológica.
- Fazer uma gestão das carreiras que permita a progressão e promoção dos Recursos Humanos da Saúde.
- Compreensão da capacidade de intervenção sobre a motivação dos Recursos Humanos da Saúde
- Diferenciar, no seio da administração pública, uma estratégia salarial, de subsídios e incentivos específica dos Recursos Humanos da Saúde.
- Melhorar as condições de trabalho dos Recursos Humanos da Saúde, especialmente, no que concerne às condições de biossegurança e implementação do princípio de remuneração em função dos riscos incorridos e da dificuldade e desgaste físico resultante de certas tarefas e da obrigatoriedade de trabalho em turnos.

4. Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua

A expansão e reforço dos cuidados de saúde para a população só será possível através de técnicos adequadamente formados em termos qualitativos e quantitativos. Portanto, o objectivo geral desta vertente estratégica é de garantir a formação dos técnicos de saúde necessários para o Sistema Nacional de Saúde de acordo com as necessidades identificadas. Mais especificamente, pretende-se:

- Adequar (técnica e eticamente) e aumentar a formação de profissões prioritárias ao nível médio;

- Adequar e aumentar as pós-graduações (internatos) de especialização médica no país e no estrangeiro;
- Criar as condições para formação em gestão dos gestores das Instituições de Formação e formação pedagógica dos seus docentes.
- Garantir a implementação de uma formação contínua como programa nacional integrado e articulado com a gestão das carreiras.

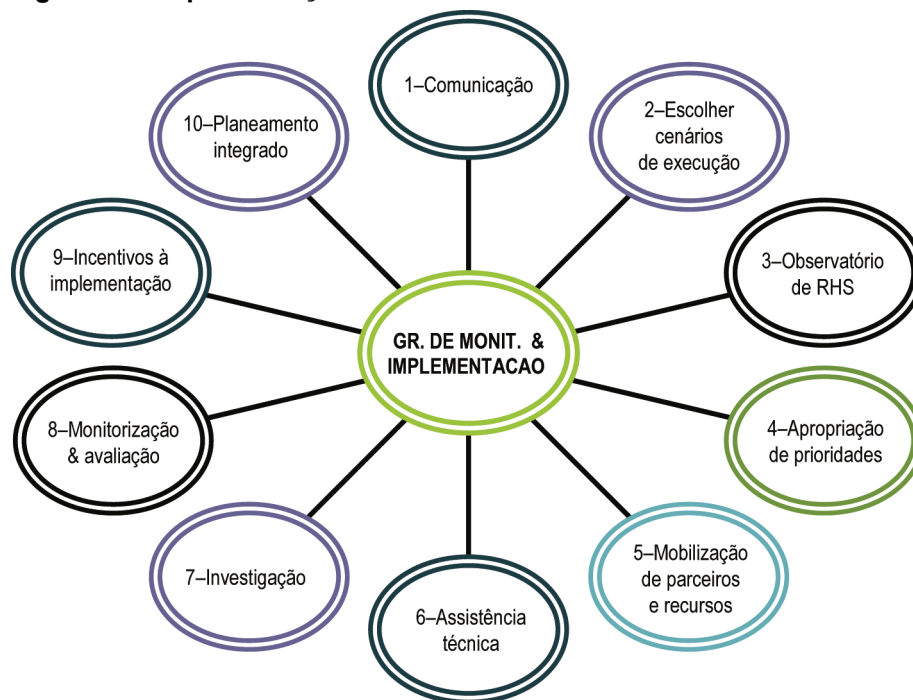
As estratégias contempladas incluem:

- Expansão física e logística da rede de formação.
- Expansão técnica da rede de formação.
- Melhoria do processo e qualidade do ensino.
- Criação de uma carreira docente no MISAU.
- Diferenciação da formação dos profissionais de saúde.
- Reforço do sistema de informação de formação (no âmbito do ORHS).
- Apoio à política de mobilização e participação comunitária.
- Organização dos processos de formação contínua.
- Reforço da capacidade de planeamento e implementação de pós-graduações.
- Formação de gestores (ver vertente estratégica 2: capacidade de gestão aos diferentes níveis).
- Coordenação com os parceiros para o financiamento dos cursos locais além dos contemplados no Fundo Comum Provincial.

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

A implementação do PNDRHS será um processo trabalhoso, complexo e exigente em termos de competências. Para garantir um processo bem coordenado, bem documentado, dialogante, rigoroso, eficiente e efectivo, propõe-se o seguinte quadro de referência para a sua execução. Este quadro de referência implica a nomeação de um Grupo de Monitoria e Implementação responsável por dez pacotes de trabalho, conducentes a uma implementação bem sucedida do PNDRHS (figura 5).

Figura 5. Implementação do PNDRHS



O Grupo de Monitoria e Implementação deverá ser um grupo sénior, com carácter multidisciplinar (incluindo profissionais de carreiras específicas da saúde, economistas, especialistas em recursos humanos e especialistas em gestão de informação e conhecimento) sob dependência directa do Director Nacional de Recursos Humanos,. Todos os cargos deverão ser ocupados a tempo inteiro, com exclusividade e disponibilidade permanente. O Grupo de Monitoria e Implementação será nomeado por um período de três anos, podendo ser prolongada a sua existência em circunstâncias excepcionais que o justifiquem.

Entre as principais tarefas do Grupo de Monitoria e Implementação estão as seguintes:

- Elaborar e executar um Plano de Comunicação com as diversas audiências,. Este plano deveria recorrer a canais diversos, como aos jornais, à rádio, à televisão, a panfletos e cartazes e às novas tecnologias, com base na web.
- Integrar a Comissão instaladora do Observatório de Recursos Humanos da Saúde (ORHS). Os ORHS procuram incentivar e promover estratégias e intervenções sobre RHS com base em evidências e desenvolver capacidades para avaliar e monitorizar a situação dos RHS.
- Incentivar e validar exercícios de planeamento nos diversos contextos provinciais, mantendo uma visão macro da realidade Moçambicana.
- Identificar parceiros para diferentes actividades das diferentes vertentes estratégicas, contratualizando com eles, em parcerias com os serviços públicos a sua execução, garantindo o acesso aos recursos necessários e adequados a essa execução.

- Fazer um plano para assistência técnica nacional e internacional para a consecução do PNDRHS, podendo atribuir a gestão de partes desse plano a diferentes actores envolvidos na sua execução.
- Elaborar um Plano de Investigação sobre RHS em Moçambique e acompanhar a sua execução.
- Desenvolver e implementar mecanismos para a monitorização e avaliação do PNDRHS.
- Fazer inferências sobre um maior acesso ou não às competências prioritárias, sobre o grau de cobertura e sobre o impacto na produção.
- Ficar responsável por formalizar um pacote de incentivos a atribuir aos decisores nacionais e provinciais, pela consecução de actividades contempladas no plano.

O CUSTO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE 2008–2015

O custo total do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde de 2008–2015 está estimado em 1,7 bilião de USD (tabela 5), que inclui os custos associados a salários, formação inicial e educação contínua, subsídios e incentivos, gestão, custos associados ao sistema de cuidados de saúde, e implementação do plano. A lacuna de financiamento, entre os fundos estimados disponíveis a partir de fontes existentes, pressupondo que a saúde mantenha a sua parte das despesas do governo, e os recursos adicionais necessários para a consecução do plano é um total de 594,5 milhões de dólares ao longo do período de 7 anos, o que reflecte os seguintes elementos:

- O custo anual da implementação do plano aumenta de 153 milhões de USD em 2009 para 303 milhões de USD em 2015.
- Estima-se que os custos com salários, subsídios e incentivos aumentem de 109 milhões de USD em 2009 para 294 milhões de USD em 2015. Estes custos incluem ajustes salariais e um aumento gradual do número de trabalhadores de saúde qualificados, sendo o último responsável pela maior parte do aumento.
- Custos de formação (básica, educação contínua, em serviço, bolsas). Os custos iniciais são elevados com uma diminuição gradual assim que os custos da expansão das instalações de formação sejam cobertos. Para 2009 o custo estimado é 30,4 milhões de USD. Para 2010, está estimado em 18,8 milhões de USD e 14,4 milhões de USD em 2015.
- O investimento adicional em infra-estrutura, para se chegar à norma de 1 posto de saúde para 50 000 habitantes não está incluído no plano, mas iria custar 600 milhões de USD adicionais ao longo do período 2009–2015.
- A formação e colocação de trabalhadores comunitários adicionais (Agentes Polivalentes Elementares) entre 2008 e 2012, como forma

de expandir os serviços para áreas remotas irá custar 8 milhões de USD.

- Com base nas tendências actuais, as despesas totais previstas para os recursos humanos para a saúde aumentarão de 129,5 milhões de USD em 2008 para 158 milhões de USD em 2009, 175 milhões de USD em 2010, 209 milhões de USD em 2011, 242 milhões de USD em 2012, 273 milhões de USD em 2013, 310 milhões de USD em 2014 e 350 milhões de USD em 2015.
- A lacuna em termos de financiamento, ou a diferença entre os fundos disponíveis projectando ao futuro os actuais níveis de financiamento, e os fundos que são necessários para o alargamento da força de trabalho em saúde, aumenta de 70 milhões de USD adicionais em 2009 para 112 milhões de USD adicionais por ano requeridos até 2015.

É importante notar que o Governo de Moçambique está em fase de aprovação de uma nova política salarial para a função pública. Quando esta nova política salarial for aprovada em 2009, o orçamento do PNDRHS será reajustado.

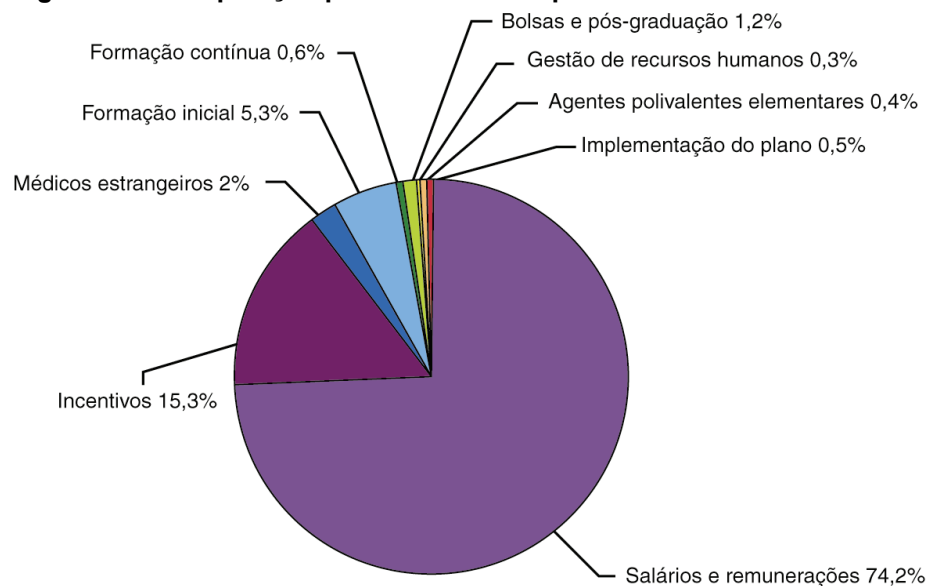
Tabela 5. Resumo das estimativas dos custos anual e total para a implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008–2015 (em milhares de USD)

Itens orçados	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
1. Salários e subsídios	\$87 360	\$106 690	\$133 000	\$160 670	\$184 760	\$211 270	\$238 390	\$1 122 140
2. Custos adicionais associados a salários e subsídios, acima e além dos custos sem a reforma salarial	\$4 300	\$10 210	\$18 720	\$23 170	\$27 030	\$31 300	\$36 660	\$151 390
3. Incentivos	\$21 839	\$25 564	\$30 502	\$36 965	\$42 744	\$49 180	\$55 874	\$262 668
4. Médicos estrangeiros	\$7 544	\$6 478	\$5 412	\$4 346	\$3 295	\$3 561	\$3 827	\$34 463
5. Formação básica	\$27 040	\$14 909	\$13 348	\$8 908	\$9 153	\$9 263	\$9 061	\$91 682
6. Formação contínua	\$1 017	\$1 329	\$1 625	\$1 625	\$1 625	\$1 625	\$1 625	\$10 471
7. Bolsas e pós-graduação (especialização)	\$2 304	\$2 515	\$2 801	\$3 094	\$3 294	\$3 493	\$3 682	\$21 183
8. Gestão de Recursos Humanos (incluindo o Observatório)	\$779	\$808	\$850	\$877	\$832	\$733	\$761	\$5 640
9. Formação de trabalhadores comunitários (APEs)	\$1 234	\$2 237	\$2 237	\$2 166	—	—	—	\$7 874
10. Implementação do plano	\$4 247	\$4 247	\$177	\$177	\$79	\$79	\$79	\$9 085
TOTAL	\$157 664	\$174 987	\$208 672	\$241 998	\$272 812	\$310 504	\$349 959	\$1 716 596
Lacuna estimada de financiamento (Total menos os custos estimados na ausência do PNDRHS) (2+3+4+5+6+7+8+9+10)	\$70 304	\$68 297	\$75 672	\$81 328	\$88 052	\$99 234	\$111 569	\$594 456

Fonte: Ministério da Saúde, Moçambique

A figura 6 apresenta graficamente a composição da despesa total de 2008 a 2015. Como se pode verificar, 90% da despesa prevista corresponde as despesas com pessoal, incluindo salários e remunerações (74,2%) e os incentivos a serem pagos aos trabalhadores (15,3%). A seguir a despesa com médicos estrangeiros totaliza 2% do total. As despesas na área de formação inicial e contínua totalizam 5,3 e 1,2% do total previsto respectivamente. A figura salienta que, apesar de representarem valores significativos em termos absolutos, as despesas previstas para a gestão de recursos humanos e com os Agentes Polivalentes Elementares (APE) são relativamente baixas em comparação com outras despesas.

Figura 6. Composição percentual da despesa total de 2008 a 2015



A implementação bem sucedida do plano depende da mobilização | de financiamento adicional tanto a nível nacional como internacional. Mesmo que o Governo Moçambicano maximize os seus compromissos, continuará a existir uma lacuna de financiamento significativa a ser preenchida de forma contínua pela comunidade doadora. À medida que os recursos humanos para a saúde aumentam, os custos associados à formação irão diminuir, mas os custos dos salários irão aumentar.

O Governo de Moçambique está plenamente empenhado na implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008–2015. Como forma de demonstrar o seu apoio, irá garantir que a saúde irá pelo menos manter a sua parcela actual no orçamento do Estado. Outros parceiros a longo prazo dentro a comunidade doadora para a área da saúde expressaram o seu desejo e a sua disponibilidade para apoiar ao plano durante todo o período de implementação.

Compromissos adicionais continuarão a ser necessários por parte de outros parceiros para todas ou áreas específicas de forma a financiar totalmente o plano. A formação, recrutamento e retenção/motivação dos trabalhadores de saúde é um esforço a longo prazo que requer um grande e contínuo compromisso financeiro. O Governo Moçambicano

e o Ministério da Saúde pretendem que os seus parceiros partilhem este compromisso e ajudem a garantir que os seus cidadãos tenham acesso a serviços de saúde de boa qualidade prestados por trabalhadores de saúde competentes, motivados e dedicados.

