



MOÇAMBIQUE

**MEDIÇÃO DE GASTOS EM SIDA (MEGAS)
PARA O PERÍODO: 2010-2011**

**NÍVEL E FLUXO DE RECURSOS E DESPESAS PARA A
RESPOSTA NACIONAL AO HIV E SIDA**

Junho de 2014

FICHA TÉCNICA

Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) para o período 2010-2011 em Moçambique.
Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Agosto 2014.

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

Relatório elaborado por Benjamin Gobet e Joaquim R. Durão

Técnicos envolvidos na recolha, processamento e análise de dados:

CNCS – Ema Chuva, Lourena Manembe, Izidio Nhantumbo, Silvio Macamo e Rito Massuanganhe

Equipa de Consultores - Joaquim Durão, Danisa Zavale, Maitê Madonela, Jacinto Manuel, Kátia Patrícia e Celeste Banze

PEPFAR – April Kelly

ONUSIDA – Benjamin Gobet.

Supervisão e revisão final:

CNCS - Dra. Joana Mangureira e Dr. Diogo Milagre

INDICE

ABREVIATURAS	6
AGREDECIMENTOS	8
RESUMO DE GASTOS EM HIV EM MOÇAMBIQUE 2010 E 2011	9
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	11
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Contexto	15
1.2 Objectivos.....	15
1.3 Âmbito.....	16
2 DESENHO E METODOLOGIA	17
2.1 Abordagem	17
2.2 Classificações MEGAS.....	18
2.3 Recolha e Processamento de Dados	19
2.3.1 A “task-force” MEGAS.....	19
2.3.2 Harmonização entre MEGAS e o PEPFAR EA	19
2.3.3 Fontes e qualidade de Dados.....	20
2.3.4 Recolha de Dados	21
2.3.5 Processamento de Dados	22
2.4 Estimativas	22
2.5 Limitações da Avaliação	23
3 RESULTADOS DA MEGAS	24
3.1 Tendência dos gastos em HIV e SIDA	24
3.2 Fluxos financeiros e modalidades de financiamento	25
3.2.1 Fontes de financiamento	25
3.2.2 Agentes Financeiros.....	31
3.2.3 Provedores de serviços de combate ao HIV	32
3.2.4 Fluxos de Financiamento: das fontes aos provedores de serviços.....	35
3.3 Descrição programática dos gastos em HIV e SIDA	41
3.3.1 Gastos em Prevenção do HIV	43
3.3.2 Cuidados e tratamento	48
3.3.3 Reforço do sistema e coordenação da resposta	50
3.3.4 Outros Gastos em HIV e SIDA	50
3.4 Gastos em HIV e SIDA por populações Beneficiárias.....	52
3.5 Gastos em HIV e SIDA por Factor de Produção	60
3.6 Adequação dos gastos em HIV e SIDA com o PEN III.....	64

4	Conclusões e recomendações	66
4.1	Conclusões do estudo	66
4.2	Recomendações chave	66
5	APÊNDICES	68
5.1	Apêndice 1: Definição dos termos	68
5.2	Apêndice 2: Lista de instituições incluídas na MEGAS	71
5.3	Apêndice 3: Matrizes de Gastos em SIDA	77
5.3.1	Matriz Gastos em SIDA (ASC) - Fonte Financeira (FS), 2010	77
5.3.2	Matriz Gastos em SIDA (ASC) - Fonte Financeira (FS), 2011	80
5.3.3	Matriz Gastos em SIDA (ASC) – Populações Beneficiárias (BP), 2010....	83
5.3.4	Matriz Gastos em SIDA (ASC) –Populações Beneficiárias (BP), 2011.....	86
5.3.5	Matriz Gastos em SIDA (ASC) –Provedores de serviços (PS), 2010	89
5.3.6	Matriz Gastos em SIDA (ASC) – Provedores de serviços (PS), 2011	92
5.3.7	Fonte de financiamento (FS) – Provedores de serviços (PS), 2010	95
5.3.8	Fonte de financiamento (FS) – Provedores de serviços (PS), 2011	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Entidades incluídas na medição	21
Tabela 2: Fonte e tipo dos dados reportados por cada ano	21
Tabela 3: Tendência de gastos em HIV e SIDA por Fontes de Financiamento (2004-2011)	26
Tabela 4: Despesas no HIV por fontes financeiras internacionais.....	28
Tabela 5: Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financeiro (2004-2011)	32
Tabela 6: Despesas por provedor de serviços (2004-2011)	33
Tabela 7: Desembolsos das fontes externas ao Fundo Comum do CNCS 2010-2011 ..	37
Tabela 8: Resumo dos desembolsos externos a PRO-SAUDE.....	38
Tabela 9: Despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção.....	41
Tabela 10: Detalhe dos gastos em prevenção, 2010 e 2011.....	45
Tabela 11: Distribuição de gastos em programas de ETV por província	46
Tabela 12: Detalhe dos gastos com Cuidados e Tratamento	49
Tabela 13: Detalhe dos “outros gastos” com HIV e SIDA.....	51
Tabela 14: Tendência de gastos por pessoas vivendo com HIV	53
Tabela 15: Gastos por grupo de população beneficiária (2010-2011)	54
Tabela 16: Grupos de populações beneficiárias por actividade de prevenção ao HIV....	58
Tabela 17: Gastos em tratamento e percentagem utilizada para transporte e viagens..	62
Tabela 18: Gastos em HIV e SIDA por Factores de Produção.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Convergência entre os anos fiscais do PEPFAR EA e os anos calendário de MEGAS	20
---	----

Figura 2: Gastos totais com HIV e SIDA (US\$ milhões)	24
Figura 3: Distribuição do gasto com HIV por Províncias (milhões US\$)	25
Figura 4: Distribuição dos gastos em HIV e SIDA, por fonte de financiamento internacional (2011)	27
Figura 5: Tendência das diferentes fontes de financiamento em HIV (2004-2009)	29
Figura 6: Priorização das áreas programáticas por fontes de financiamento, 2010-2011	30
Figura 7: Percentagem dos vários agentes financeiros	31
Figura 8: Gastos em HV por provedor de serviços (US\$ milhões)	33
Figura 9: Provedores de serviços por área programática, 2010 & 2011	34
Figura 10: Fluxo de fundos da resposta nacional em 2010 e 2011	35
Figura 11: Principais Fluxos de Financiamento da resposta ao HIV 2010 & 2011	36
Figura 12: Fluxos de Financiamento do Fundo Presidencial de Emergência para o SIDA (PEPFAR) em Moçambique no período 2010 e 2011	39
Figura 13: Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique em 2010 e 2011.	39
Figura 14: Tendência dos gastos nas principais áreas programáticas (2004-2011)	42
Figura 15: Gastos nas principais áreas programáticas por região (2010&2011)	42
Figura 16: Gastos em prevenção por província, em total e por habitante (2010-2011)..	43
Figura 17: Percentagem dos gastos em HIV para Prevenção	
Figura 18: Tendência de gastos nas diferentes componentes de prevenção	44
Figura 19: Agentes financeiros por actividade de prevenção em HIV (2010 e 2011)	46
Figura 20: Cuidados e tratamento na resposta ao HIV	48
Figura 21: Gastos em cuidado e tratamento e cobertura em TARV por província	49
Figura 22: Descrição dos gastos em gestão de programas no período 2010-2011	50
Figura 23: Capacitação dos implementadores da resposta nacional	51
Figura 24: Distribuição de gastos em HIV e SIDA por grupo de população beneficiária.	52
Figura 25: Tendência de gastos por grupo de população beneficiária (2004-2011)	53
Figura 26: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2010 e 2011	55
Figura 27: Gastos em prevenção para populações de alto risco e tamanho populacional por região, (2010-2011)	56
Figura 28: Gastos em prevenção para populações de alto risco por província, 2010 & 2011 (US\$ milhares)	56
Figura 29: Gastos em prevenção por população beneficiária (por região)	57
Figura 30: Factores de produção para HIV e SIDA: gastos correntes e gastos em capital	60
Figura 31: Factor de produção para cuidado e tratamento	61
Figura 32: distribuição dos gastos em HIV e dos recursos necessário para o PEN III...	64
Figura 33: Distribuição dos gastos em prevenção com os recursos necessários para o PEN III	65

ABREVIATURAS

ARV	Anti-Retroviral
ASC	Categoria de Despesas do SIDA (AIDS Spending Category)
ATS	Aconselhamento e Testagem na Saúde
BM/WB	Banco Mundial/World Bank
BP	População Beneficiária (Beneficiary Population)
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	Department of Defense (Departamento da 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 Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV+	Vírus de Imunodeficiência Humana Positivo (Seropositivo)
HRSA	Health Resources and Services Administration
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IEC	Informação, Educação e Comunicação
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
M&A	Monitoria e Avaliação
MEGAS/NASA	Medição dos Gastos em 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
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
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
PID	Pessoas que injectam Drogas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV

RTT	ResourceTrackingTool (Ferramenta de Rastreo de Recursos)
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
TS	Trabalhadoras de sexo
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)

AGREDECIMENTOS

A Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) em Moçambique, para o período 2010 - 2011, foi realizada pelo Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS) com apoio financeiro e técnico do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA), e apoio financeiro do Fundo Global para HIV, TB e Malária.

Agradecemos a participação activa dos representados de diferentes Ministérios do Governo de Moçambique, parceiros bilaterais e multilaterais, ONGs, organizações religiosas e associações de PVHIV nas reuniões preparatórias e no seminário de validação do relatório, bem como na disponibilização de dados e informação para alimentar a MEGAS.

A recolha e processamento dos dados do Governo Americano não teriam sido possíveis sem o apoio e participação da representante do PEPFAR em Moçambique.

RESUMO DE GASTOS EM HIV EM MOÇAMBIQUE 2010 E 2011

	2010		2011		Total	
	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%
Gastos em HIV e SIDA						
Despesas Totais	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Gastos totais por habitante (US\$)	10		11			
Gastos totais por pessoa vivendo com HIV (US\$)	144		170			
Gastos em prevenção por habitante (US\$)	2.7		3.1			
Gastos em tratamento por pessoa em tratamento (US\$)	450		384			
Gastos totais em HIV em percentagem do PIB (%)	2.3%		2.1%			
Gastos em HIV e SIDA por provincia	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%
Cabo Delgado	9.7	4.5%	12.0	4.6%	21.7	4.6%
Gaza	22.1	10.4%	22.5	8.6%	44.6	9.4%
Inhambane	13.1	6.1%	11.7	4.5%	24.8	5.2%
Manica	12.4	5.8%	16.3	6.2%	28.6	6.0%
Maputo Cidade	29.4	13.8%	32.7	12.6%	62.1	13.1%
Maputo Provincia	18.2	8.5%	22.3	8.6%	40.6	8.6%
Nampula	23.5	11.0%	27.2	10.5%	50.7	10.7%
Niassa	12.0	5.6%	12.8	4.9%	24.8	5.2%
Sofala	16.6	7.8%	23.0	8.8%	39.6	8.4%
Tete	10.0	4.7%	14.6	5.6%	24.6	5.2%
Zambezia	24.3	11.4%	27.9	10.7%	52.2	11.0%
Gasto ao nivel nacional	13.9	6.5%	23.8	9.2%	37.7	8.0%
Não desagregado	8.4	3.9%	13.5	5.2%	21.8	4.6%

	2010		2011		Total	
	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%
Gastos em HIV e SIDA por fonte financeira:	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Públicas	10.1	5%	13.4	5%	23.5	5%
Privadas	0.2	0%	0.2	0%	0.5	0%
Internacionais	203.1	95%	246.7	95%	449.8	95%
Gastos em HIV e SIDA por agente financeiro:	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Públicos	49.1	23%	64.8	25%	113.9	24%
Privados	5.6	3%	3.9	2%	9.5	2%
Internacionais	158.8	74%	191.6	74%	350.4	74%
Gastos em HIV e SIDA por provedor de serviços:	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Provedores públicos	127.1	60%	144.2	55%	271.3	57%
Privados nacionais	38.8	18%	38.6	15%	77.7	16%
Privados internacionais	40.2	19%	71.7	28%	111.8	24%
Bilaterais e multilaterais	7.0	3%	5.9	2%	12.9	3%
Gastos em HIV e SIDA por área programática:						
PREVENÇÃO (28% dos gastos totais)	59.8	100%	72.2	100%	132.0	100%
o Programas para Eliminação da Transmissão Vertical	21.7	36%	21.4	30%	43.1	33%
o Aconselhamento e Testagem para Saúde (ATS)	11.3	19%	15.7	22%	27.0	20%
o Outros gastos em prevenção, biomedicos	22.8	38%	26.8	37%	49.6	38%
o Outros gastos em prevenção, não biomedicos	3.9	7%	8.3	12%	12.3	9%
CUIDADOS e TRATAMENTO (43% dos gastos totais)	98.6	100%	105.2	100%	203.7	100%
o Terapia Antiretroviral (TARV)	60.4	61%	71.2	68%	131.6	65%
o Outros Gastos em Cuidado e tratamento	38.2	39%	34.0	32%	72.2	35%
OUTROS GASTOS EM HIV E SIDA (29% dos gastos totais)	45.5	46%	71.3	68%	116.8	57%
o Gestão nacional e reforço de sistema	25.3	26%	45.1	43%	70.4	35%
o Incentivos/formações de Recursos Humanos	12.8	13%	18.8	18%	31.6	15%
o Ambiente favorável	6.9	7%	7.0	7%	13.9	7%
o Outros	0.4	0%	0.5	0%	0.9	0%
Gastos em HIV e SIDA por população Beneficiária	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Pessoas vivendo com HIV	99.1	46.4%	104.6	40.2%	203.6	43.0%
População geral	28.7	13.4%	33.5	12.9%	62.2	13.1%
MARPS	1.4	0.6%	2.4	0.9%	3.8	0.8%
Populações vulneráveis ou acessíveis	53.3	25.0%	65.6	25.2%	118.9	25.1%
Gastos não direcionados	31.0	14.5%	54.2	20.8%	85.2	18.0%
Gastos em HIV e SIDA por Factores de Produção	213.5	100%	260.3	100%	473.8	100%
Gastos Correntes	187.2	87.7%	235.7	90.6%	422.9	89.3%
Gastos em Capital	11.8	5.5%	10.7	4.1%	22.5	4.7%
Não especificados	14.6	6.8%	13.8	5.3%	28.4	6.0%

SUMÁRIO EXECUTIVO

A medição dos gastos com o HIV e SIDA em Moçambique para 2010 e 2011 indica que se atingiu em 2011 o valor recorde de US\$ 260.3 milhões, 5 vezes mais que em 2004. O gasto de 2011 corresponde a um crescimento de 22% sobre o montante de US\$ 213.5 milhões apurados para 2010.

Pela primeira vez foi obtida informação para avaliar a distribuição territorial do gasto com o HIV e SIDA. A cidade e província de Maputo absorveram mais recursos que as outras províncias, com 22% dos gastos totais. Seguiram-se as províncias de Zambézia, Nampula e Sofala que beneficiaram de mais de US\$ 40 milhões nos dois anos. As províncias de Tete, Niassa, Cabo Delgado e Inhambane beneficiaram de menos de US\$25 milhões nos dois anos. Os gastos aumentaram em todas as províncias entre 2010 e 2011, com excepção de Inhambane.

Em Moçambique a resposta ao HIV e SIDA continua a ser essencialmente suportada pela ajuda externa na medida em que nos dois anos as fontes internacionais de financiamento representaram cerca de 95% do total dos gastos realizados. Os recursos públicos domésticos foram 4.8% (US\$ 10.1 milhões) e 5.2% (US\$ 13.4 milhões) do total dos gastos respectivamente em 2010 e 2011 e os privados domésticos cerca de 0.1% em ambos os anos, totalizando US\$ 235 mil em 2010 e US\$ 229.8 mil em 2011. O aumento de gastos nos últimos quatro anos foi essencialmente devido ao aumento do apoio do Governo dos Estados Unidos, enquanto os financiamentos dos outros governos doadores reduziu desde 2008.

Nos dois anos a maior contribuição veio do Governo dos Estados Unidos da América com um total de US\$ 330.9 milhões, cerca de 69.8% do total dos gastos apurados na resposta nacional ao HIV e SIDA. A segunda contribuição mais importante veio do GFATM – Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária que totalizou US\$ 42.2 milhões, correspondendo a 8.9% do total. Os Outros Fundos Internacionais incluem outros financiamentos bilaterais (governos), no total de US\$ 23.2 milhões (4.9%), as agências das Nações Unidas, com US\$ 25.1 milhões (5.3%), organizações não-governamentais internacionais e filantrópicas, com US\$ 19.6 (4.2%), e outras organizações multilaterais com US\$ 8.8 milhões (1.9%).

Os agentes financeiros e os provedores de serviço são igualmente entidades importantes na resposta nacional ao HIV na medida em que os primeiros decidem que serviços providenciar e os segundos os providenciam. Os dados para o período em análise mostram que mais de metade (57%) do valor dos serviços prestados é implementada por entidades públicas nacionais e que as organizações internacionais de aquisição jogam um papel importante na decisão da alocação programática dos recursos, na medida em que são responsáveis por 74% dos gastos.

Os agentes financeiros públicos decidiram a alocação programática de 42% dos gastos na área de cuidados e tratamento e apenas 15% e 13% respectivamente nas áreas de prevenção e de gestão e reforço dos sistemas.

Nos dois anos, 88% dos gastos em tratamento foram executados por provedores de serviços públicos enquanto 90% das actividades de comunicação para mudança de comportamento

(prevenção) foram realizadas por ONGs nacionais. Importa anotar que os serviços para Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV's) foram executados em 85% também por ONGs.

Os dados do estudo indicam que as PVHIV consumiram 46% e 40% dos gastos em 2010 e 2011 respectivamente. Os grupos populacionais mais em risco beneficiaram de cerca de 1% do gasto em cada um dos anos, enquanto as populações específicas acessíveis e outras populações chaves consumiram respectivamente 9% e 16%, em 2010, e 10 e 15%, em 2011.

A análise dos gastos por Categorias de Gasto em HIV e SIDA (AIDS Spending Categories) mostra que a prioridade geral em 2011 foram os Cuidados e Tratamento (US\$ 105.2 milhões), seguidos de Prevenção (US\$ 72.2 milhões), Reforço dos sistemas e Coordenação de Programas (US\$ 45.1 milhões), apoio às COVs (US\$ 11.6 milhões) e Outros (US\$ 26.2 milhões). Comparado com anos anteriores, os gastos com programas de prevenção decresceram gradualmente de 48% do total do gasto em 2004 para 27% em 2008 e mantendo-se em 28% em 2011; enquanto os gastos com cuidados e tratamento cresceram de 21% do gasto total em 2004 para 29% em 2008 e 40% em 2011, depois de atingir 46% em 2010. O gasto total com COVs permaneceram baixas com 7%, 9% e 4% do total, respectivamente em 2004, 2008 e 2011. De igual modo, a afectação de recursos para ambiente favorável continuou baixo desde 2007 (2%) até 2011 (3%).

Tomando o ultimo ano do estudo (2011), os resultados mostram que a maioria dos fundos (62%) foram atribuídos a intervenções biomédicas e apenas 3% dos gastos em prevenção foram direccionados a populações em alto risco.

O aumento registado no gasto em tratamento e cuidados reflecte o aumento do número de pessoas que acedem aos serviços de TARV. Em 2011 cerca de 68% do financiamento para cuidados e tratamento foi gasto em TARV e 11% no tratamento das infecções oportunistas (OI). Os gastos em TARV incluem os cuidados pré-TARV e a primeira e segunda linha de tratamentos de Adultos e Crianças. Em 2011, os gastos com Cuidados Domiciliários foram US\$ 7.5 milhões, muito mais que os US\$ 1.1 milhões estimados para 2004, mas menos US\$ 2 milhões que os US\$ 9.7 milhões reportados para 2006.

Recursos da reposta nacional ao HIV e SIDA contribuíram para a construção e melhoria de infraestruturas, nomeadamente: melhoria dos laboratórios (US\$ 5.8 milhões), sistemas e tecnologias de informação (\$12.8 milhões), cadeia de abastecimento de medicamentos (US\$ 0.9 milhões), e melhorias de outros sistemas de saúde não especificados (US\$ 2.4 milhões). O restante foi gasto com a gestão e coordenação da reposta nacional (US\$ 13.7 milhões), seguido dos gastos com a gestão de programas a nível central reportados pelo PEPFAR (US\$ 9.3 milhões).

Outros gastos importantes foram feitos no treino do pessoal de saúde (US\$ 17.2 milhões) e com actividades voltadas ao desenvolvimento das capacidades institucionais da sociedade civil (US\$ 6.1 milhões). De acordo com a Medição de Gastos com o HIV e SIDA menos de US\$ 250 mil foram reportados para actividades relacionadas com os Direitos Humanos no contexto do HIV, Programas para reduzir a violência relacionada ao género e outros programas específicos de HIV direccionadas as mulheres. Contudo, é possível que algumas despesas relativas às actividades acima referidas (e.g. Redução do estigma) estejam agregadas em outras actividades de prevenção.

As diferentes fontes de financiamento, e as entidades que deles se beneficiam, têm prioridades programáticas diferentes. Assim, quase todos os recursos obtidos do GFATM foram usados para cuidados e tratamento (87%), aparecendo depois o aconselhamento e testagem voluntária (6%) e prevenção da transmissão vertical (5%) com proporções muito inferiores. Por outro lado, o Governo dos Estados Unidos da América e as demais fontes financeiras internacionais distribuíram os recursos pelas 8 categorias programáticas de gasto. No conjunto, alocaram os recursos para cuidados e tratamento (38%) seguido de prevenção (29%), reforço dos sistemas e coordenação de programas (16%), incentivos para recursos humanos (8%), COVs (5%) e ambiente favorável (3%). As agências das NU foram as que dedicaram uma maior proporção dos recursos para o desenvolvimento de um ambiente favorável (9%).

De uma maneira geral os dados para 2010 e 2011, bem como os de anos anteriores, evidenciam a forte dependência da resposta nacional à pandemia do HIV e SIDA do financiamento externo. Nota-se ainda que a proporção dos recursos dedicados a actividades de prevenção tende a reduzir ao longo do tempo, essencialmente devido ao aumento do volume de recursos atribuídos aos cuidados e tratamento. Embora em valores absolutos o gasto em prevenção tenha aumentado, não invalida que esta situação exija que uma grande atenção seja dada a definição de prioridades das actividades da resposta nacional, e em especial entre as de prevenção, que se sabe ser a melhor resposta para as novas infecções.

Comparando as grandes categorias da MEGAS e dos custos estimados para o PEN III, embora considerando períodos diferentes – PEN III 2013/2014 - regista-se um alinhamento dos valores agregados indicando que de certa forma os gastos reais respeitam as prioridades estabelecidas no PEN III. Assim, contra uma previsão de necessidades para cuidados e tratamento de 50% dos gastos registou-se um total de 43% na MEGAS 2010 e 2011. De igual maneira, na prevenção os gastos reais foram 28% dos gastos totais com HIV e SIDA contra 20% dos recursos estimados como necessários.

Porem, este alinhamento termina quando se analisam as categorias de gasto mais desagregadas. Em 2010-2011 os gastos reais com circuncisão masculina, programas direccionados a grupos de alto risco e prevenção no local de trabalho ficaram consideravelmente abaixo das necessidades estimadas no PEN III. Por outro lado, os gastos com aconselhamento e testagem em saúde (ATS), eliminação da transmissão vertical (ETV) e informação, educação e comunicação (IEC) ficaram muito acima das necessidades estimadas.

Conclusões e Recomendações

- Forte dependência em fundos externos traz à tona as questões de sustentabilidade dos programas de HIV e SIDA em Moçambique, especialmente para redução de tratamento anti-retroviral; Concluído que foi o custeamento do PEN III fica claro que para se alcançar os seus objectivos é necessário aumentar os recursos para HIV e SIDA de forma a eliminar a lacuna de financiamento; o OE poderia ter uma maior contribuição em linha com o aumento registado nas receitas do estado.
- Para ter maior impacto na redução da incidência, torna-se necessário desenvolver uma melhor alocação de recursos em prevenção do HIV, incluindo:

- Aumentar os gastos em prevenção em províncias aonde acontece mais infecções (especialmente na região norte onde novas infecções estão aumentando);
 - Aumentar os gastos em prevenção especialmente direccionados para populações de alto risco, incluindo trabalhadoras de sexo e seus clientes, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injectam drogas. Apesar de estarem priorizadas no PEN III, as duas primeiras categorias populacionais de alto risco não têm beneficiado de recursos suficientes.
 - Aumentar os gastos e priorizar alocação de gastos para populações vulneráveis com maior prevalência em HIV e risco de transmissão (camionistas, mineiros, jovens, etc.).
- O relatório não reporta gastos muito baixos para desenvolvimento de um ambiente favorável. Considerando a vulnerabilidade de jovens raparigas na epidemia do HIV em Moçambique é recomendado aumentar a alocação de recursos para a integração de acções contra o HIV em programas de protecção e serviços sociais, direitos humanos e género.
 - Considerar possíveis melhoras de eficiências na formação dos trabalhadores de saúde e no desenvolvimento da capacidade institucional das OSC o que passaria por uma maior integração e harmonização da formação e redução de gastos unitários.

1 INTRODUÇÃO

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 HIV. Quantidades substanciais de recursos foram investidos na prestação desses serviços, e o aumento do financiamento para a prevenção e cuidados sobrepôs-se ao da maior parte de outros programas de saúde.

De modo a assegurar uma resposta coordenada e com recursos adequados, é essencial que se institucionalize um sistema sustentável de dimensão governamental para monitoria dos recursos e despesas para o HIV e SIDA em vários sectores. Neste âmbito, Moçambique realizou uma série de exercícios de rastreamento de recursos com HIV para identificar sistematicamente as despesas com o HIV e SIDA nos sectores (prevenção, cuidados, apoio, e tratamento), e fontes de financiamento.

Em 2005, um estudo piloto de Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) foi realizado no âmbito da função chave de monitoria e avaliação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). Na sequência, o Governo comprometeu-se a levar a cabo um MEGAS completo para identificar de forma exaustiva as despesas reais com o HIV e SIDA de fontes públicas, internacionais e privadas. Em resposta a isso, em 2008 o CNCS e outros ministérios estratégicos, organizações multilaterais e bilaterais, efectuaram um MEGAS abrangente para identificar as despesas de 2004, 2005 e 2006.

Adicionalmente, a MEGAS para 2007-2008 foi realizada com o objectivo de continuar a monitoria regular das despesas do HIV e SIDA, tal como planificadas na monitoria nacional da resposta. Assim, o processo MEGAS foi definido para ter lugar pelo menos de dois em dois anos para melhor avaliar o nível de despesas de acordo com áreas prioritárias, tal como definido no documento nacional, nomeadamente o PENIII.

Este relatório refere-se a MEGAS para os anos 2010 e 2011 o que representa os dois primeiros anos do PENIII.

1.2 Objectivos

O objectivo geral da MEGAS é contribuir para o reforço da avaliação nacional dos gastos abrangem a resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique para os anos 2010 e 2011. Mais especificamente, os objectivos da medição foi de:

- Monitorizar a alocação de fundos do HIV e SIDA, desde a sua origem até ao ponto último de prestação de serviços, entre as diferentes fontes financeiras, sejam públicas, privadas ou externas, e entre os diferentes provedores, beneficiários (grupos-alvo) e factores de produção (insumos).

- Catalisar e facilitar acções que reforcem as capacidades a nível do país para identificar eficazmente as despesas relativas com o HIV em 2010-2011.
- Sintetizar os dados em uma informação estratégica para a tomada de decisões e planificação estratégica nacional. Algumas 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 multisectorial ao HIV e para intervenções prioritárias de HIV?
 - Para onde vão os fundos de combate ao HIV e SIDA – Quem são os principais provedores de serviços e beneficiários destes serviços?
 - Qual é a alocação das despesas no SIDA em relação aos objectivos e metas traçados no Plano Estratégico Nacional?

1.3 Âmbito

A avaliação teve como enfoque a monitoria das despesas nacionais na resposta ao HIV realizadas no período 2010 e 2011. A recolha de dados cobriu as despesas domésticas, externas e privadas na resposta ao HIV e SIDA, incluindo os fundos canalizados através do governo. A avaliação não cobriu despesas totais no HIV e SIDA através de fundos próprios da família, somente os pagamentos individuais aos serviços e medicamentos. Esta medição teve como particularidade de recolher dados ao nível provincial para reportar dados desagregados ao nível provincial, além dos dados obtidos ao nível nacional, tal como de reforçar a capacidade nacional para a institucionalização da MEGAS em Moçambique.

2 DESENHO E METODOLOGIA

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 monitora a despesa real (pública, privada e internacional) quer no sector da saúde, quer nos outros sectores (mitigação social, educação, trabalho e justiça) que constituem a Resposta Nacional ao HIV e SIDA¹.

Além do estabelecimento de um sistema contínuo de informações do financiamento ao HIV e SIDA, a MEGAS promove a elaboração de relatórios padronizados de indicadores de monitoria do progresso para o alcance da meta da Declaração Política de Nova York de 2011.

A MEGAS obedece a um sistema de monitoria das despesas que envolve a recolha sistemática do fluxo de recursos por 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 financeira para um provedor de serviços, que usa o dinheiro em itens orçamentais para produzir funções (ou intervenções) em resposta ao combate ao HIV e SIDA em benefício de grupos específicos ou dirigidas a populações não específicas (ou à população em geral). A MEGAS usa técnicas verticais descendentes (de cima para baixo) e ascendentes (de baixo para cima) para obter e consolidar informações. A abordagem vertical descendente monitora as fontes de fundos a partir dos relatórios dos doadores, relatórios de compromisso, orçamentos do Estado e a abordagem ascendente monitora as despesas a partir dos registos das despesas dos provedores de serviços, registos do nível das unidades e contas de despesas dos departamentos do governo.

Nos casos onde haja dados em falta, são usadas técnicas de determinação de custos para estimar as despesas reais com base em métodos de determinação de custos internacionalmente aceites e padrões usados para retroactivamente medir 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.

Como parte desta metodologia, a MEGAS emprega tabelas e matrizes de dupla entrada para representar a origem e 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.

¹UNAIDS, 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.

2.2 Classificações MEGAS

A MEGAS classifica os gastos em HIV e SIDA conforme uma ferramenta padronizada quase baseiam em conceitos e nomenclaturas de sectorização, financiamento e produção internacionalmente acordadas². Estatísticas oficiais pertinentes podem, assim, ser prontamente usadas bem como estimativas específicas confrontadas com os padrões internacionais que são facilmente integradas a um quadro comparativo.

Na MEGAS, os fluxos financeiros e gastos relacionados à resposta ao HIV e SIDA são organizados em três dimensões: financiamento, prestação de serviços, e consumo. A classificação das três dimensões e seis categorias compõe o quadro do sistema MEGAS. As três dimensões incorporam seis categorias:

Financiamento

1. As **Fontes financeiras (FS)** são entidades que provêm fundos para os agentes financeiros
2. Os **Agentes financeiros (FA)** são entidades que colectam recursos financeiros para financiar os programas de prestação de serviços e também tomar decisões relacionadas ao programa

Prestação de serviços

3. Os **provedores de serviços (PS)** são entidades que se engajam na produção, no fornecimento e na prestação de serviços em HIV e SIDA.
4. Os **Factores de produção (PF)** são os insumos utilizados para o fornecimento de bens e serviços

Consumo

5. As **Categorias de Gastos em SIDA (ASC)** são intervenções e actividades relacionadas ao HIV e SIDA que são
6. As Populações Beneficiarias (BP) são os beneficiários directos do MCP

Adicionalmente a estas categorias, A MEGAS classificou os gastos por cada das onze províncias, incluindo gastos feitos ao nível nacional e gastos não desagregados por província.

²Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS), Classificações e Definições, UNAIDS/ONUSIDA, 2009. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools/>

2.3 Recolha e Processamento de Dados

2.3.1 A “task-force” MEGAS

A medição de gastos em SIDA foi realizada pela “task-force” MEGAS, grupo de trabalho que teve a responsabilidade técnica de recolher e processar dados, entrar e limpar os dados no sistema apropriado, validar tecnicamente os dados, efectuar as análises e produzir os relatórios.

A “task-force” MEGAS trabalhou sob liderança do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e orientação do Comité Director do PEN III. A composição da “task-force” variou durante as diferentes etapas do exercício. No total, chegou a contar com 24 membros, incluindo, o CNCS e NPCCS (6 membros), diferentes ministérios (6 membros), a sociedade civil (2 membros), a ONUSIDA (2 membros), e oito consultores nacionais (um consultor sénior, dois consultores de nível médio e cinco consultores juniores). A maioria dos membros participou na recolha de dados. Um grupo mais restrito de quatro consultores e um elemento da ONUSIDA realizaram o trabalho de processamento de dados, validação e análises.

2.3.2 Harmonização entre MEGAS e o PEPFAR EA

Para reportar os gastos provenientes do financiamento do Governo dos Estados Unidos da América, a “task-force” MEGAS executou um projecto-piloto em estreita colaboração com o PEPFAR para harmonizar a análise dos gastos reportados pelo PEPFAR (EA) com as da MEGAS. Este trabalho representou o primeiro exercício de harmonização entre as duas metodologias, o qual permitiu melhorar o nível e a qualidade da informação dos gastos financiados pelos EUA. Informação mais detalhada deste trabalho de harmonização pode ser encontrada na nota metodológica produzida pelo escritório da ONUSIDA e do PEPFAR em Moçambique³.

O PEPFAR EA é um sistema de informação inspirado na MEGAS e nas Contas Nacionais de Saúde (NHA), desenvolvido pelo PEPFAR para rastrear os gastos em HIV dos fundos distribuídos aos seus parceiros⁴. 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 Contas Nacionais de Saúde.

Para fazer a transposição do PEPFAR (EA) na MEGAS foi necessário:

1. Estabelecer o cruzamento entre a classificação da MEGAS e a classificação do PEPFAR (EA);
2. Interpolos os dados do PEPFAR (EA) nos requisitos da MEGAS, o que incluiu a estimativa de gastos nos períodos não cobertos pelo PEPFAR (EA);
3. Estimar os provedores de serviços e as populações beneficiárias, os quais não são reportados no PEPFAR (EA). As estimativas foram feitas com base nos dados

³ UNAIDS and PEPFAR, Methodological Note on the joint effort to use PEPFAR Expenditure Analysis (EA) to report to the National AIDS Spending Assessment (NASA), Experience of Mozambique, 2014

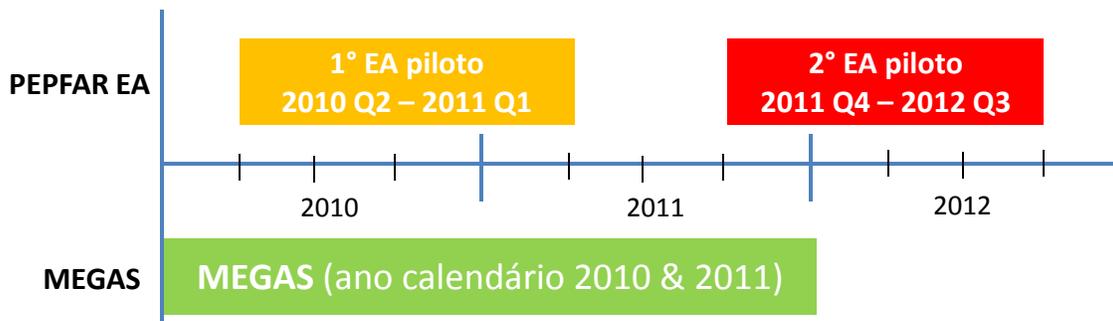
⁴ PEPFAR, Manual de Expenditure Analysis of PEPFAR Programs in Mozambique, 2012

programáticos disponíveis e no detalhe dos projectos de cooperação entre o PEPFAR e os parceiros de implementação;

4. Redistribuir os gastos de gestão de programas e de reforço de sistema de saúde reportados no PEPFAR (EA) para MEGAS, tendo em conta os requisitos da classificação MEGAS;
5. Validar os dados reportados pelo PEPFAR (EA) com outros dados recolhidos pela “task-force” MEGAS para evitar duplicações. Um exercício de validação foi feito com o PEPFAR para assegurar que os gastos reportados na MEGAS reflectem as despesas com financiamento dos EUA.

Com a transposição do PEPFAR (EA) na MEGAS, os resultados da MEGAS não irão reflectir exactamente os resultados do PEPFAR (EA) e gastos reportados pelo Governo EUA. A principal razão para esta diferença são os diferentes calendários utilizados: na MEGAS utiliza-se o ano civil (Janeiro - Dezembro) e no PEPFAR (EA) o ano fiscal dos EUA (Outubro - Setembro). Também, a MEGAS não inclui gastos feitos acima do nível nacional, efectuados nos estados unidos que são estimados a US\$ 2.1 milhões em 2010 e US\$ 15.3 milhões em 2011.

Figura 1: Convergência entre os anos fiscais do PEPFAR EA e os anos calendário de MEGAS



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 financeiras, agentes financeiros, provedores de serviços e categorias de despesas em HIV e SIDA.

A maior parte das principais fontes de dados (registos detalhados de despesas) foi obtida a partir das fontes primárias da MEGAS, e especialmente do trabalho de harmonização entre MEGAS e o PEPFAR EA. As fontes secundárias só foram usadas nos casos de indisponibilidade de fontes primárias (ex. despesas das ONGs que receberam financiamento directo de doadores que 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.

Tabela 1: Entidades incluídas na medição

Typo de entidades	n° de entidades
Instituições publicas	34
Entidades privadas	42
Agencias bilaterais	20
Agencias multilaterais	14
ONGs internacionais e Fundações	80

Tabela 2: Fonte e tipo dos dados reportados por cada ano

	2010	2011	2010-2011
Orçamentos	0%	0%	0%
Não especificados	2%	1%	1%
Estimativas (PxQ)	42%	39%	41%
Gastos confirmados	56%	60%	58%
Total	100%	100%	100%

Os Apêndice 2 contém a lista das instituições visitadas para recolher os dados sobre despesas no HIV e SIDA e a situação dos dados recolhidos. As instituições foram agrupadas nas seguintes categorias: Públicas, Privado, e Externas. As despesas privadas incluíram apenas o pagamento de fontes individuais dos serviços ou medicamentos, bem como as despesas incorridas pelas corporações.

2.3.4 Recolha de Dados

Uma primeira revisão documental dos principais relatórios orçamentais e de despesas institucionais foi realizada referentes ao período 2010-2011. Esta revisão foi acompanhada por um período de seis meses de recolha de dados que decorreu de Fevereiro a Agosto de 2013.

Os formulários de recolha de dados da MEGAS foram ajustados para os 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 e multilaterais cartas apresentando a MEGAS e solicitando acesso formal aos dados necessários, anexando um exemplar do formulário de recolha de dados. Posteriormente a “task-force” disponibilizou a versão electrónica do formulário.

Pela primeira vez, o CNCS conduziu uma avaliação provincial dos gastos em HIV e SIDA. Em Março e Abril 2013, foram organizadas visitas a 6 províncias com o objectivo de obter mais detalhes da implementação dos gastos reportados ao nível central, identificar gastos adicionais que não seriam reportados ao nível central, e capacitar membros dos NPCSS na metodologia MEGAS. Foram visitadas as províncias de Tete, Zambézia, Nampula, Sofala, Manica e Maputo Província. Os dados recolhidos a nível central foram na sua quase totalidade desagregados por província.

Considerando a importância da quantidade de dados de algumas organizações (ex. UNICEF, PAM, FNUAP, FDC) os dados foram recolhidos nos formatos disponíveis nos sistemas das organizações e transferidos para o formato e classificação da MEGAS. Exercícios de validação seguiram cada um destes trabalhos. Os recursos financiados pelos PEPFAR foram reportados através uma metodologia específica detalhada na secção 3.3.2.

2.3.5 Processamento de Dados

Os dados recolhidos sobre despesas foram primeiro lançados em folhas de cálculo Excel®, verificados e balançados. Todas as informações obtidas/recolhidas 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 *Resource Tracking Tool (RTT)* (Software de Monitoria de Recursos), que foi desenvolvido para facilitar o processamento de dados da MEGAS. O instrumento orienta o registo passo-a-passo e contém processos de verificação da conformidade das classificações e dos totais, o que facilita a monitoria da confrontação de dados entre os vários eixos de classificação. As bases de dados resultantes do RTT foram então exportadas para Excel® com vista a produzir tabelas e gráficos para análise.

2.4 Estimativas

A metodologia MEGAS permite a desagregação mais aprofundada dos dados para demonstrar as despesas dos provedores por funções do HIV e SIDA e identificar as categorias de beneficiários que recebem serviços. Todavia, dada a natureza dos dados recebidos, foram feitas várias estimativas que se aplicaram na interpretação dos resultados e recomendações do presente estudo.

Estimativas incluíram alguns gastos de tratamento antiretroviral (salários dos funcionários, ARVs), gastos para análises em laboratório (salários dos funcionários e reagentes), aconselhamento e testagem (salários dos funcionários e reagentes), tratamento de ITS (consumo de medicamentos).

Os problemas de falta de informação sobre despesas em HIV e SIDA foram mais graves ao nível dos ministérios sectoriais. Portanto, é difícil tirar conclusões firmes sobre os fluxos financeiros para HIV e SIDA para determinados sectores. Todavia, na base das informações fornecidas pelas fontes financeiras e provedores de serviços, o estudo procura reconstruir algumas despesas sectoriais em HIV e SIDA.

No caso de fundos comuns (Fundo Comum do CNCS e o PROSAUDE do MISAU), assumiu-se que a contribuição de doadores específicos aos diferentes programas de combate ao HIV era de proporção igual à contribuição respectivo no total dos fundos comuns. A mesma lógica foi também usada para qualquer outro tipo de financiamento.

As estimativas de determinação de custos foram usadas para calcular parte das despesas reais em TARV e ETV. Neste caso, o custo unitário da provisão destes serviços foi baseado nas estimativas de determinação de custos realizadas em consulta estreita com o MISAU e seus parceiros implementadores. As despesas reais foram, portanto, o custo unitário multiplicado pelo número de casos tratados ou número de medicamentos fornecidos.

Nos casos em que os dados sobre beneficiários não estavam suficientemente desagregados e detalhados, assumiu-se que grande parte deles fosse dirigida à população em geral. Todavia, para os programas de prevenção, tais como meios de comunicação de massas e informação e educação relacionada ao HIV não dirigidos a qualquer grupo-alvo específico, assumimos que tivessem como beneficiários chave a população em geral.

Foi usada a taxa de câmbios do final do ano para o Dólar americano e Metical para cada ano de estudo.

2.5 Limitações da Avaliação

Esta MEGAS representa o quarto exercício de rastreamento de gastos em HIV, portanto a qualidade dos estudos foi gradualmente aumentando. Mesmo assim, o rastreio dos gastos em HIV e SIDA teve algumas limitações, sendo as principais:

Ausência de dados:

- Algumas organizações recusarem a dar informações;
- Falta de estudos sobre os gastos dos agregados familiares;
- Medicina tradicional não foi incluída;
- Dados de gestão nacional e M&A, financiado pelo governo e implementados pelo Ministério da Saúde;
- Compra e distribuição de preservativos não foram reportadas.

Qualidade de dados e abrangência dos gastos:

- Muitos dados foram reportados de maneira agregada (essencialmente para os factores de produção);
- Gastos referentes ao tratamento de PVHIV referem se a estimativas (Q*P);
- Parte importante dos gastos somente foi obtida de “cima para baixo” (top down), sem poder validar a despesa real dos gastos ao nível do provedor;
- Alguns dados podem não aparecer nas suas categorias originais (ex. ITSs, Pesquisa, injeção segura);
- Parte importante dos gastos para populações beneficiárias de comunicação e mudança de comportamento não está desagregada por idade ou por sexo.

Atraso na implementação do estudo:

- Falta de respeito aos prazos e calendários estabelecidos;
- Cartas com autorizações foram enviadas muito tarde;
- Novo sistema RTT necessitou uma adaptação e acrescentou o atraso na implementação do estudo;
- Exercício piloto NASA-PEPFAR EA melhorou os dados reportados mas atrasou também o exercício;
- A maioria dos dados estão disponíveis ao nível central, a deslocação às províncias foram pouco efectivas;
- Limitação do apoio fornecido para o funcionamento da “task-force” (logística e incentivos).

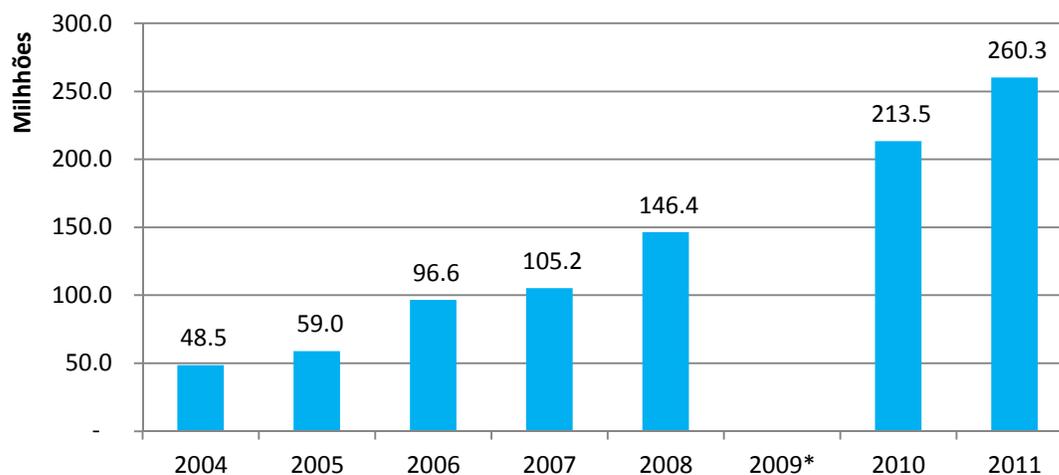
3 RESULTADOS DA MEGAS

3.1 Tendência dos gastos em HIV e SIDA

O Governo de Moçambique introduziu iniciativas abrangentes de prevenção, tratamento, cuidados e apoio com vista a reduzir a transmissão do HIV e satisfazer a demanda de serviços de HIV. Os recursos investidos na prevenção, tratamento e cuidados relacionados ao HIV e SIDA ultrapassaram, no período, o financiamento da maior parte dos outros programas de saúde pública.

A medição dos gastos com o HIV e SIDA em Moçambique para 2010 e 2011 indica que se atingiu em 2011 o valor recorde de US\$ 260.3 milhões, 5 vezes mais que em 2004, como mostra a Figura 2. O gasto de 2011 corresponde a um crescimento de 22% sobre o montante de US\$ 213.5 milhões apurados para 2010.

Figura 2: Gastos totais com HIV e SIDA (US\$ milhões)



* Não foi realizado MEGAS para o ano 2009

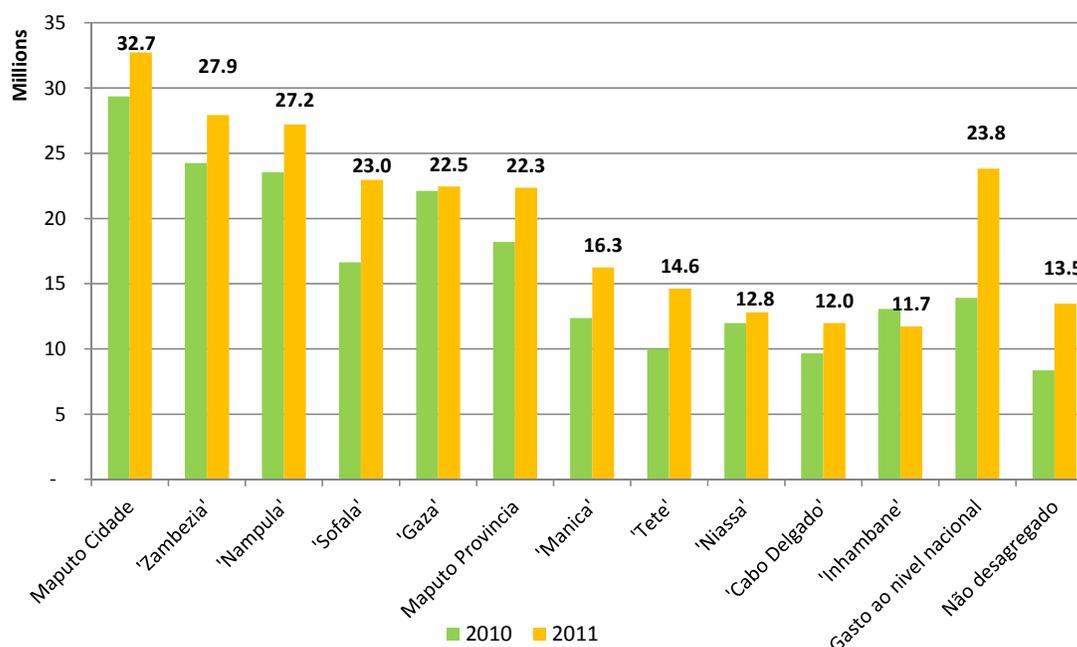
Fonte: MEGAS (2007), MEGAS (2009), MEGAS (2014)

Pela primeira vez, foi obtida informação para avaliar a distribuição territorial do gasto com o HIV e SIDA. Tomando o ano de 2011 verifica-se que a maioria dos gastos foi realizada na região sul do País (34%), seguida da região centro (30%), e no fim a região norte (20%). O restante dos gastos foram realizados ao nível central (9%) ou não foi desagregado por região (5%). Entre 2010 e 2011 recursos aumentaram nas três regiões, tendo-se registado o crescimento mais importante na região centro (US\$18.5 milhões).

Como mostra a [Figura 3](#), a Cidade e a Província de Maputo absorveu mais recursos que as outras províncias com 22% dos gastos totais. Seguiram-se as províncias de Zambézia, Nampula

e Sofala que beneficiaram de mais de US\$ 40 milhões nos dois anos. Por outro lado, as províncias de Tete, Niassa, Cabo Delgado e Inhambane beneficiaram de menos de US\$25 milhões nos dois anos. Os gastos aumentaram em todas as províncias entre 2010 e 2011, com excepção de Inhambane.

Figura 3: Distribuição do gasto com HIV por Províncias (milhões US\$)



3.2 Fluxos financeiros e modalidades de financiamento

3.2.1 Fontes de financiamento

As fontes financeiras são entidades que disponibilizam fundos aos agentes financeiros para serem agregados ou distribuídos. Há três principais fontes financeiras para a resposta nacional ao HIV e SIDA: Fontes Públicas, Fontes Externas e Fontes Privadas. Ao longo dos anos, a composição dos mecanismos de financiamento da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique tem evoluído. Esta secção apresenta uma descrição do portfólio dos mecanismos de financiamento que actualmente existem em Moçambique.

As fontes financeiras externas foram responsáveis por 95% das despesas nacionais no combate ao HIV e SIDA no período 2010 – 2011, os fundos públicos 5% e as fontes privadas de financiamento menos de 1%, como mostra a [Tabela 3](#). É fundamental notar que a avaliação se refere apenas às despesas de entidades privadas e não inclui os gastos realizados pelos agregados familiares e pessoas vivendo com HIV.

Tabela 3: Tendência de gastos em HIV e SIDA por Fontes de Financiamento (2004-2011)

US\$ milhões	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010	2011
Fontes públicas	7.3	11.5	14.3	6.0	8.8		10.1	13.4
Fontes internacionais	38.9	46.7	81.2	98.6	136.2		203.1	246.7
Fontes privadas	2.3	0.7	1.1	0.7	1.5		0.2	0.2
Total	48.5	59.0	96.6	105.2	146.4		213.5	260.3
% de Fontes públicas	15%	20%	15%	6%	6%		5%	5%
% de Fontes internacionais	80%	79%	84%	94%	93%		95%	95%
% de Fontes privadas	5%	1%	1%	1%	1%		0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%		100%	100%

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

3.2.1.1 Fontes financeiras públicas

O Orçamento do Estado (OE) é uma importante fonte financeira à resposta do sector da saúde ao HIV e SIDA. A contribuição do governo às despesas totais na saúde aumentou continuamente nos últimos anos, tal como a proporção dos gastos do sector da saúde originando do OE⁵. Em paralelo, o valor dos recursos públicos domésticos específicos ao HIV e SIDA quase duplicou de US\$7.3 milhões em 2004 para US\$13.4 milhões em 2011 – um aumento de US\$6.1 milhões. No entanto, a proporção dos gastos em HIV suportados pelo OE reduziu de 15% das despesas totais com HIV e SIDA em 2004, para 5% em 2011.

Os recursos públicos domésticos foram 4.8% (US\$ 10.1 milhões) e 5.2% (US\$ 13.4 milhões) do total dos gastos respectivamente em 2010 e 2011. A maioria dos gastos financiados pelo OE em 2010 e 2011 (76%) foram alocados ao tratamento e cuidados, ETV e ATS, seguido de coordenação e gestão nacional de programas (19%).

3.2.1.2 Fontes financeiras privadas

Os gastos oriundos de Fontes Privadas no combate ao HIV e SIDA em 2010 e 2011 capturado nesta medição atingem aproximadamente US\$ 230 mil por ano. No entanto, é importante realçar que a medição, a semelhança de exercícios anteriores, não recolheu os gastos dos agregados familiares e das pessoas vivendo com HIV na prevenção, cuidado e tratamento, ou outras despesas relacionadas ao 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 TEBA (US\$260 mil no período 2010-2011) e o Consórcio CETA - Conduril (US\$ 95 mil em 2011). Apesar de terem sido várias vezes solicitadas, as grandes empresas envolvidas na indústria extractiva não responderam aos pedidos de informação, estando portanto excluídas deste estudo.

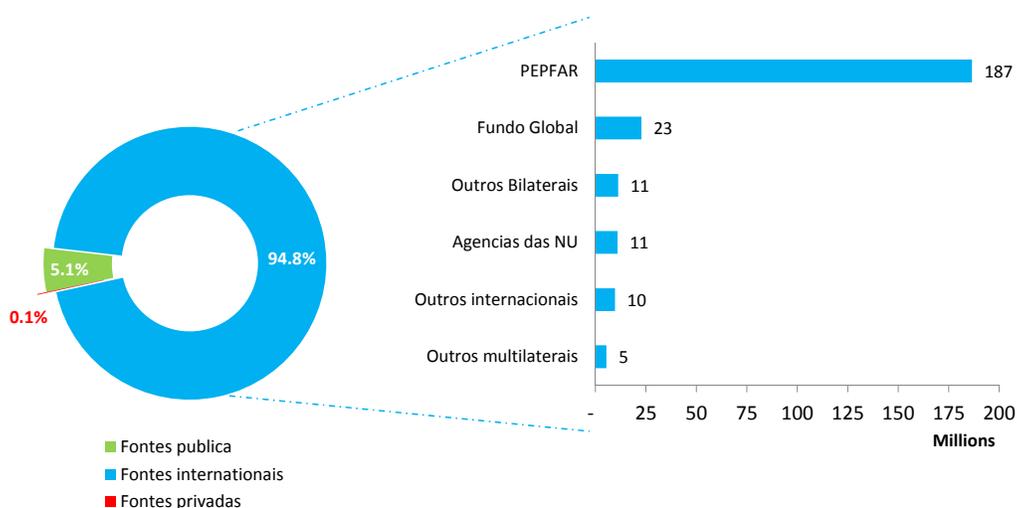
3.2.1.3 Fontes financeiras internacionais

⁵Helder Machango, Orçamento para o Sector da Saúde Oct. 2013

Ao longo do período em análise, os doadores internacionais foram os maiores contribuintes para o financiamento da resposta ao HIV e SIDA, representando cerca de 95% das despesas totais do combate ao HIV no país. O aumento dos fundos atribuídos aos programas de HIV e SIDA em Moçambique só foram possíveis com um aumento sem precedentes dos recursos externos e que permitiram atingir em 2011, mais que cinco vezes os valores investidos em 2004. Recursos externos aumentaram continuamente desde 2004, e registaram um aumento de 21% entre 2010 e 2011.

À semelhança de muitos países em desenvolvimento e altamente afectados pelo HIV, a resposta nacional de Moçambique ao HIV e SIDA é, em grande medida, sustentada pela assistência externa proveniente das agências bilaterais, organizações internacionais e multilaterais, juntamente com a assistência de ONGs internacionais e filantrópicas.

Figura 4: Distribuição dos gastos em HIV e SIDA, por fonte de financiamento internacional (2011)



Nos dois anos analisados, a maior contribuição veio do Governo dos Estados Unidos da América com um total de US\$ 330.9 milhões, cerca de 69.8% do total dos gastos apurados na resposta nacional ao HIV e SIDA. A segunda contribuição mais importante, nos dois anos, veio do Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária que totalizou US\$ 42.2 milhões, correspondendo a 8.9% do total. Os Outros Fundos Internacionais incluem outros financiamentos bilaterais (governos), US\$ 23.2 milhões (4.9%), as agências das Nações Unidas, US\$ 25.1 milhões (5.3%), organizações não-governamentais internacionais e filantrópicas, US\$ 19.6 (4.2%). As outras organizações multilaterais contribuíram com US\$ 8.8 milhões (1.9%). Em cada um dos anos as contribuições específicas dos diferentes agrupamentos apresentam variações. O detalhe das fontes financeiras internacionais é descrito na Tabela 4.

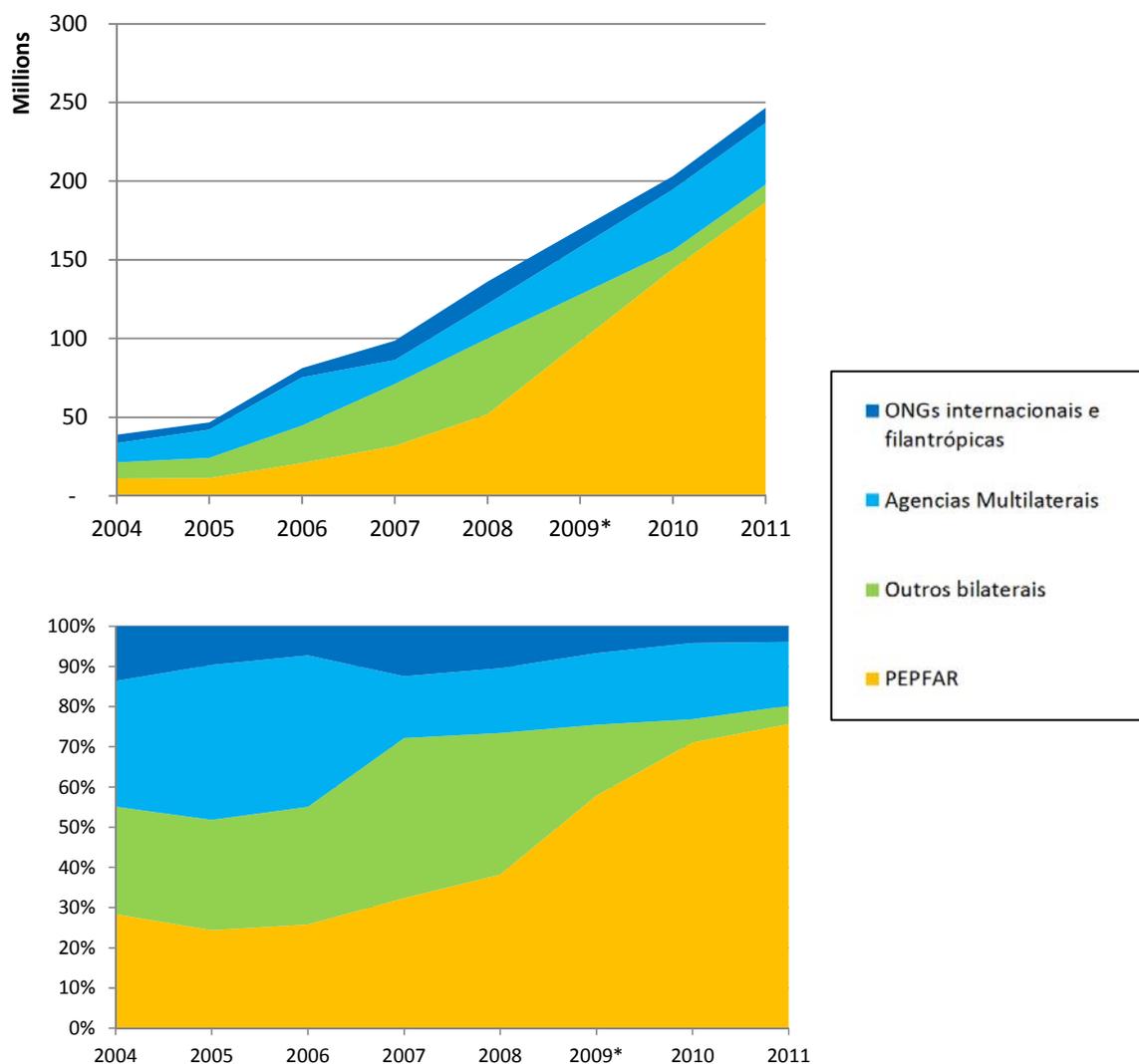
Tabela 4: Despesas no HIV por fontes financeiras internacionais

	2010		2011		2 anos	
	US\$	%	US\$	%	US\$	Var %
FS.03 Fundos Internacionais	203,113,942		246,656,411		449,770,353	21%
FS.03.01 Contribuições bilaterais directas	156,097,966	77%	197,795,653	80%	353,893,619	27%
FS.03.01.01 Governo da Austrália	1,860,182	1%	342,460	0%	2,202,642	-82%
FS.03.01.02 Governo da Áustria	139,140	0%	124,003	0%	263,143	-11%
FS.03.01.03 Governo da Bélgica	354,156	0%	288,100	0%	642,256	-19%
FS.03.01.04 Governo do Canadá	776,277	0%	3,047,737	1%	3,824,014	293%
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca	1,596,766	1%	1,688,547	1%	3,285,313	6%
FS.03.01.06 Governo da Finlândia	23,103	0%		0%	23,103	
FS.03.01.07 Governo da França	10,811	0%		0%	10,811	
FS.03.01.08 Governo da Alemanha	482,573	0%	839,176	0%	1,321,749	74%
FS.03.01.10 Governo da Irlanda	546,695	0%	855,200	0%	1,401,895	56%
FS.03.01.11 Governo da Itália	2,884	0%	9,616	0%	12,500	233%
FS.03.01.12 Governo do Japão	1,464,358	1%	17,998	0%	1,482,356	-99%
FS.03.01.13 Governo do Luxemburgo		0%	24,971	0%	24,971	
FS.03.01.14 Governo da Holanda	2,065,031	1%	410,686	0%	2,475,717	-80%
FS.03.01.16 Governo da Noruega	528,210	0%	1,215,245	0%	1,743,455	130%
FS.03.01.18 Governo da Espanha	305,539	0%	477,086	0%	782,625	56%
FS.03.01.19 Governo da Suécia	1,085,238	1%	644,058	0%	1,729,296	-41%
FS.03.01.20 Governo da Suíça	9,378	0%	86,978	0%	96,356	827%
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido	324,917	0%	564,733	0%	889,650	74%
FS.03.01.22 Governo dos Estados Unidos da América	144,315,921	71%	186,523,979	76%	330,839,900	29%
FS.03.01.23 Governo da República Popular da China		0%	168,605	0%	168,605	
FS.03.01.99 Outros governos/agências	206,787	0%	466,475	0%	673,262	126%
FS.03.02 Agências multilaterais	38,520,773	19%	39,157,702	16%	77,678,475	2%
FS.03.02.02 Comissão Europeia	21,887	0%	80,870	0%	102,757	269%
FS.03.02.04 OIT/ILO	41,564	0%		0%	41,564	-100%
FS.03.02.07 Fundo Global para HIV, TB e Malaria	19,443,569	10%	22,798,867	9%	42,242,436	17%
FS.03.02.08 ONUSIDA/UNAIDS	1,001,865	0%	1,088,082	0%	2,089,947	9%
FS.03.02.09 UNICEF	3,554,187	2%	4,608,418	2%	8,162,605	30%
FS.03.02.11 PNUD/UNDP	6,265,541	3%	2,489,797	1%	8,755,338	-60%
FS.03.02.16 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)		0%	382,250	0%	382,250	
FS.03.02.17 UNFPA/FNUAP	2,725,285	1%	1,281,522	1%	4,006,807	-53%
FS.03.02.18 Banco Mundial	981,988	0%		0%	981,988	-100%
FS.03.02.19 PAM/WFP	288,606	0%	746,280	0%	1,034,886	159%
FS.03.02.29 OMS/WHO	305,041	0%	323,755	0%	628,796	6%
FS.03.02.99 fundos multilaterais não classificados	3,891,240	2%	5,397,165	2%	9,288,405	39%
FS.03.03 ONGs internacionais e filantropias	8,495,203	4%	9,663,752	4%	18,158,955	14%
FS.03.03.06 Bill and Melinda Gates Foundation	51,572	0%	51,997	0%	103,569	1%
FS.03.03.09 Caritas Internacional	111,221	0%		0%	111,221	-100%
FS.03.03.18 Comité Internacional da Cruz Vermelha	173,747	0%	105,097	0%	278,844	-40%
FS.03.03.20 Médicos sem Fronteiras	3,120,071	2%	4,260,654	2%	7,380,725	37%
FS.03.03.25 The Clinton Foundation	14,118	0%		0%	14,118	-100%
FS.03.03.26 The Ford Foundation	102,133	0%		0%	102,133	-100%
FS.03.03.33 Visão Mundial	204,235	0%	303,163	0%	507,398	48%
FS.03.03.34 International Planned Parenthood Federation		0%	67,258	0%	67,258	
FS.03.03.99 Outras ONGs internacionais e filantropias	4,718,106	2%	4,875,583	2%	9,593,689	3%

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 conseqüente agravamento na dependência do apoio de menos entidades, como mostra a Figura 5. Em 2011, 80% dos gastos em HIV foram financiados pelo PEPFAR e pelo Fundo Global. O financiamento do PEPFAR, que representava 28% da ajuda externa para HIV em 2004, e 38% em 2008, passou em 2011 a representar 76% dos recursos externos. Em valor absoluto, a contribuição do PEPFAR aumentou em mais de US\$

175 milhões entre 2004 e 2011. Em comparação, outros bilaterais financiavam 27% e 35% dos fundos externos respectivamente em 2004 e 2008, contra somente 6% e 5% em 2010 e 2011. A contribuição total de outros bilaterais permaneceu estável em valores absolutos com US\$ 11.3 milhões em 2011 contra US\$ 10.4 milhões em 2004.

Figura 5: Tendência das diferentes fontes de financiamento em HIV (2004-2009)



* dados de 2009 não estão disponíveis

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

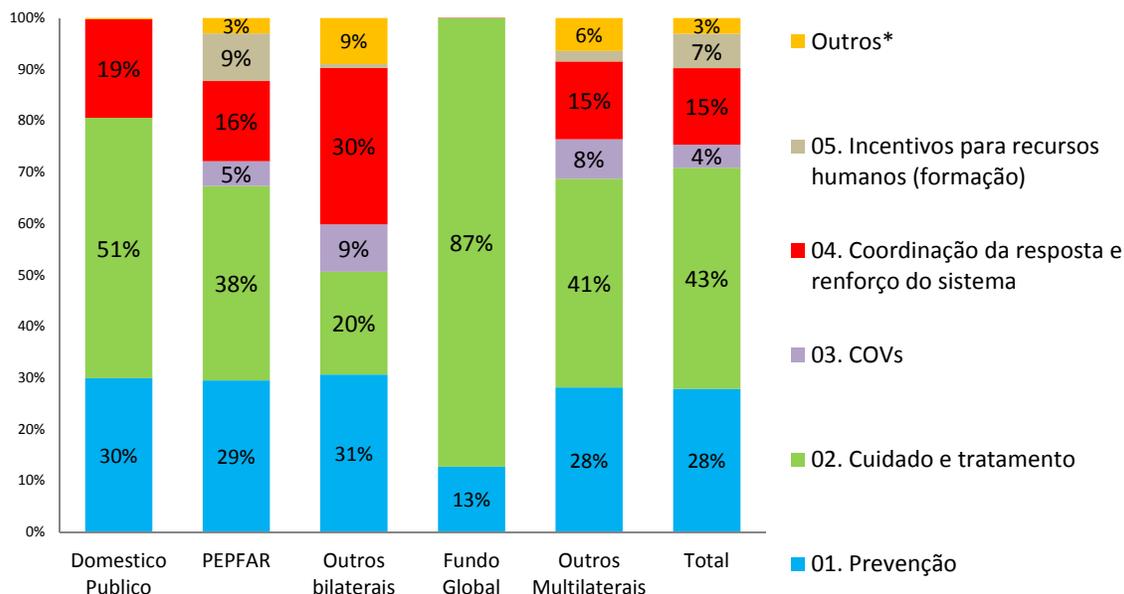
O Fundo Global para o SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM) representa em muitos países uma fonte central do financiamento da resposta ao HIV. Em Moçambique, a contribuição do Fundo Global aumentou constantemente desde o primeiro gasto reportado em 2006 para atingir US\$ 42 milhões no período 2010-2011. Em 2010 e 2011 estava a ser implementada a ronda 9, fase 1. Os recipientes principais eram o Ministério da Saúde e a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC). Os gastos realizados pela FDC só iniciaram no final de 2011.

Em comparação, o papel das agências e programas das Nações Unidas (ONU) no financiamento da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique alterou significativamente nos últimos dez anos. Em 2004, a contribuição financeira feita através da ONU representavam 48% dos recursos externos, mas em 2011 só representam 5% dos gastos com financiamento internacional.

A priorização na utilização de recursos varia de uma fonte de financiamento para outra como mostra a

Figura 6. As despesas com financiamento do PEPFAR cobriram as oito categorias programáticas da MEGAS: cuidados e tratamento (35%), seguido pela prevenção (29%), reforço dos sistemas e coordenação de programas (19%), incentivos para recursos humanos (8%), Crianças órfãs e vulneráveis (COVs) (5%) e um ambiente favorável (3%). Em contrapartida, a quase totalidade dos recursos do GFATM foram alocados para cuidados e tratamento (88%), seguidos de aconselhamento e testagem (6%) e a ETV (4%). As agências das Nações Unidas foram a fonte de financiamento que alocou a proporção mais elevada dos seus recursos ao desenvolvimento de um ambiente favorável (10%).

Figura 6: Priorização das áreas programáticas por fontes de financiamento, 2010-2011



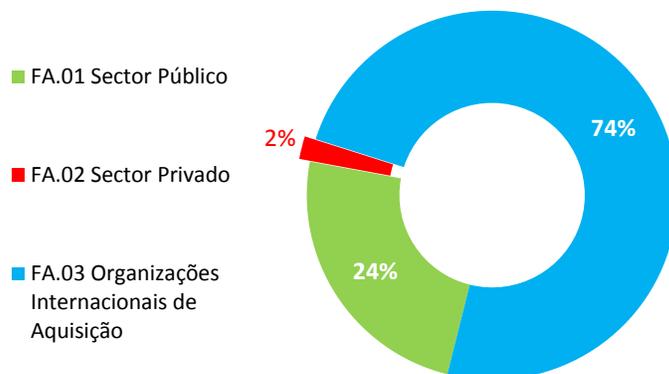
* Inclui: Protecção social e serviços sociais, Ambiente favorável e Pesquisa

3.2.2 Agentes Financeiros

Os agentes financeiros são entidades importantes na resposta nacional ao HIV porque agregam os fundos recolhidos de uma ou diferentes fontes financeiras e os transferem aos provedores para comprar ou pagar serviços de cuidados de saúde ou outros serviços ou bens para lidar com as actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Embora as fontes financeiras 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 período 2010 e 2011 são por ordem de importância as entidades internacionais (74%), seguidas do sector público (24%) e por fim o sector privado (2%).

Figura 7: Percentagem dos vários agentes financeiros



Os principais agentes financeiros públicos são o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e o Ministério da Saúde (MISAU) que desempenham um importante papel nas decisões sobre as actividades de combate ao HIV e SIDA que devem ser financiadas. Durante o período 2004-2011, a importância dos gastos feitos através destas duas entidades conheceu variações significativas. O CNCS mobilizava até 22% dos recursos para HIV e SIDA em 2005, mas somente 2% em 2010 e 2011. Em comparação, o MISAU, mobilizava 22% dos gastos em HIV e SIDA em 2011 (US\$ 57.7 milhões), contra somente 8% (US\$ 4 milhões) em 2004.

Nas entidades internacionais, as ONGs internacionais e filantrópicas são as que receberam e distribuíram o maior volume de recursos, atingindo US\$ 115 milhões em 2010 e US\$ 151 milhões em 2011. Os recursos alocados pelas ONGs internacionais foram as que mais aumentaram nos últimos seis anos, de US\$ 14.8 milhões, em 2004, para US\$ 150.7 milhões, em 2011. Em 2010 e 2011, estas entidades receberam mais da metade dos recursos para o HIV e SIDA. Ao contrário, as organizações multilaterais receberam menos recursos em 2011 (US\$ 18 milhões) do que em 2008 (US\$ 38.6 milhões).

Tabela 5: Despesas totais no combate ao HIV e SIDA por agente financeiro (2004-2011)

US\$ milhões	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
Públicos	13.83	21.98	30.09	28.44	42.97	49.09	64.76
Ministério da Saúde	4.01	8.20	13.50	14.18	19.66	44.39	57.66
CNCS	8.82	13.13	16.27	13.91	21.96	4.36	6.40
Outros agentes financeiros públicos	0.99	0.65	0.32	0.35	1.35	0.34	0.70
Privados	4.30	2.80	5.82	8.45	11.86	5.56	3.92
Internacionais	30.37	34.22	60.72	68.35	91.60	158.83	191.60
Bilaterais	0.14	2.15	8.14	1.26	3.36	15.22	22.90
Multilaterais	12.95	15.29	24.14	23.96	38.57	28.35	18.04
ONGs internacionais	14.78	16.78	28.42	43.13	48.70	114.65	150.67
Outros agentes internacionais	2.50		0.02	-	0.97	0.62	-
Total (US \$)	48.50	58.99	96.62	105.24	146.42	213.49	260.28
Públicos	29%	37%	31%	27%	29%	23%	25%
Ministério da Saúde	8%	14%	14%	13%	13%	21%	22%
CNCS	18%	22%	17%	13%	15%	2%	2%
Outros agentes financeiros públicos	2%	1%	0%	0%	1%	0%	0%
Privados	9%	5%	6%	8%	8%	3%	2%
Internacionais	63%	58%	63%	65%	63%	74%	74%
Bilaterais	0%	4%	8%	1%	2%	7%	9%
Multilaterais	27%	26%	25%	23%	26%	13%	7%
ONGs internacionais	30%	28%	29%	41%	33%	54%	58%
Outros agentes internacionais	5%		0%	0%	1%	0%	0%
Total (US \$)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* dados de 2009 não estão disponíveis

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

3.2.3 Provedores de serviços de combate ao HIV

De acordo com as classificações da MEGAS, Provedores de Serviços de Combate ao HIV são entidades ou pessoas que se envolvem directamente na produção, provisão e prestação de serviços em troca de um pagamento pela sua contribuição. Existem três categorias principais de provedores de serviços na resposta ao HIV e SIDA, nomeadamente organizações do sector público, organizações do sector privado e organizações bilaterais e multilaterais.

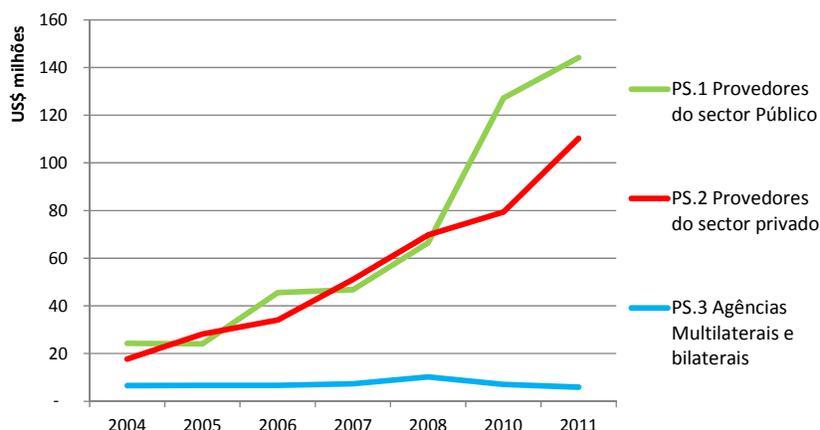
Como mostram a Figura 8 e a

Tabela 6a maioria dos gastos em HIV e SIDA em Moçambique são realizadas por entidades nacionais, que absorveram 78% (US\$ 165.9 milhões) em 2010 e 70% (US\$ 182.7 milhões) em 2011. Os gastos restantes foram essencialmente feitos por ONGs internacionais, os quais consumiram 19% (US\$ 40.1 milhões) em 2010 e 28% (US\$ 71.7 milhões) dos gastos em 2011. As agências multilaterais ou internacionais só representaram 3% e 2% dos gastos respectivamente em 2010 e 2011.

Comparando os resultados deste estudo com as medições de gastos anteriores Figura 8 fica evidente a forte progressão na absorção de recursos pelo sector público, o que reflecte o aumento de provisão de bens e serviços para tratamento anti retroviral, ETV e aconselhamento e testagem nas unidades sanitárias. A maioria dos gastos (93%) em HIV e SIDA do sector público para o período 2010 e 2011 foram feitos no sector da saúde. Os principais provedores de serviços públicos de resposta ao HIV e SIDA durante o período em análise (2010-2011) foram os hospitais US\$ 152.8 milhões (56%) e os centros de atendimento em ambulatório com US\$ 83.8 milhões (31%). No período 2004-2006, estes provedores representavam 68% dos gastos

realizados pelo sector público. Reflectindo esta progressão, os gastos absorvidos por departamentos dentro do Ministério da Saúde aumentaram até representaram o terceiro nível mais alto de gastos do sector público em HIV e SIDA no período 2010-2011, com US\$ 12.4 milhões (5%).

Figura 8: Gastos em HV por provedor de serviços (US\$ milhões)



Nota: dados de 2009 não estão disponíveis

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

Tabela 6: Despesas por provedor de serviços (2004-2011)

US\$ ^1000	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
PS.1 Provedores do sector Público	24,267	24,115	45,611	46,761	66,370	127,142	144,160
Hospitais	6,970	10,782	26,184	16,532	21,865	72,054	80,727
Cuidados ambulatoriais	7,653	4,743	7,146	13,467	22,678	36,023	47,824
Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)	7,119	4,914	4,879	4,305	5,872	3,317	6,632
Departamentos dentro do Ministério da Saúde	1,088	1,110	3	2,797	2,960	8,466	3,966
Departamentos dentro do Ministério da Educação	-	-	546	1,114	1,931	1,023	1,192
Departamentos dentro da Juventude e Desporto					1,595	690	902
Departamentos dentro da Mulher e Acção Social					2,418	697	404
Outras entidades publicas	1,437	2,566	6,855	8,544	7,051	4,873	2,512
PS.2 Provedores do sector privado	17,657	28,190	34,060	51,130	69,740	79,325	110,233
OSCs nacionais					27,935	38,758	38,565
OSCs internacionais					40,399	40,170	71,669
Privadas com fins lucrativos					1,406	173	382
PS.3 Agências Multilaterais e bilaterais	6,580	6,688	6,638	7,345	10,143	7,001	5,886
Total (US \$)	48,504	58,993	96,624	105,236	146,421	213,485	260,279
%	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
PS.1 Provedores do sector Público	50%	41%	47%	44%	45%	60%	55%
Hospitais	14%	18%	27%	16%	15%	34%	31%
Cuidados ambulatoriais	16%	8%	7%	13%	15%	17%	18%
Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)	15%	8%	5%	4%	4%	2%	3%
Departamentos dentro do Ministério da Saúde	2%	2%	0%	3%	2%	4%	2%
Departamentos dentro do Ministério da Educação	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%
Departamentos dentro da Juventude e Desporto					1%	0%	0%
Departamentos dentro da Mulher e Acção Social					2%	0%	0%
Outras entidades publicas	3%	4%	7%	8%	5%	2%	1%
PS.2 Provedores do sector privado	36%	48%	35%	49%	48%	37%	42%
OSCs nacionais					19%	18%	15%
ONGs internacionais					28%	19%	28%
Privadas com fins lucrativos					1%	0%	0%
PS.3 Agências Multilaterais e bilaterais	14%	11%	7%	7%	7%	3%	2%
Total (US \$)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: dados de 2009 não estão disponíveis

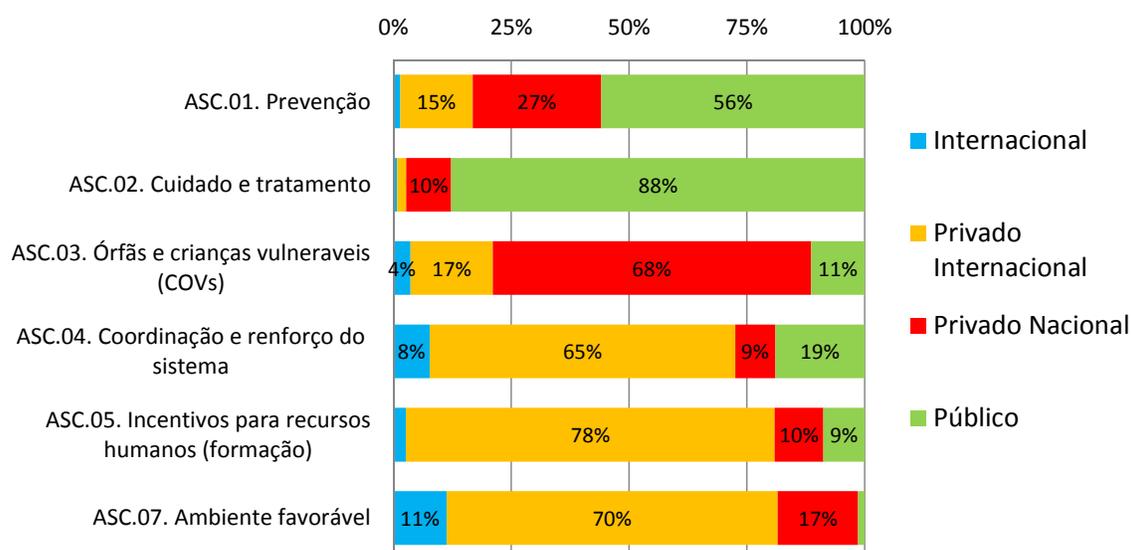
Fonte: MEGAS 2004-2006 (2007), MEGAS 2007&2008 (2009), MEGAS 2010&2011 (2014)

O CNCS gastou US\$ 9.9 milhões (18% dos gastos públicos). O gasto médio anual realizado pelo CNCS no período 2004-2011 foi de US\$ 5.3 milhões, variando de US\$7.1 milhões em 2004 a US\$3.3 milhões em 2010.

Gastos para o HIV e SIDA foram também feitos por outras entidades do sector público, conforme o requisito duma resposta multisectorial definida no PEN III. Os outros sectores chaves que reportaram gastos para o período 2010 e 2011 incluem o Ministério da Educação (US\$ 2.2 milhões), o Ministério da Juventude e Desporto (US\$ 1.7 milhões), e o Ministério de Mulher e Acção Social (US\$ 1.1 milhões). Os gastos feitos por outros ministérios (Finanças, Trabalho, Justiça, Pescas, Planificação e Desenvolvimento, Interior e Combatentes), totalizou somente US\$ 212'091.

A Figura 9 apresenta os provedores de serviços por principais áreas de intervenção em 2010 e 2011. Neste período, a maioria dos gastos para tratamento e cuidados foram feitos por provedores do sector público (88%). O sector privado (11%) focalizou-se nos cuidados domiciliários e no apoio nutricional. Os gastos para prevenção da transmissão do HIV também foram na maioria feitos por provedores do sector público (56%), seguido de entidades privadas nacionais (27%) e privadas internacionais (15%). No entanto, os gastos em prevenção por provedor de serviços não são homogêneos quando desagregados. Os provedores públicos do sector da saúde fizeram entre 93% e 100% dos gastos de prevenção e tratamento das ITS, da circuncisão masculina, da segurança do sangue, da precaução universal e da profilaxia pós-exposição, e representaram 61% e 88% dos gastos em aconselhamento e testagem e ETV. Conjuntamente, 95% dos gastos para programas de prevenções de jovens fora da escola foram feitos pelo Ministério da Juventude e Desportos, um terço das actividades para prevenção com jovens nas escolas pelo Ministério da Educação, e prevenção no local de trabalho.

Figura 9: Provedores de serviços por área programática, 2010 & 2011



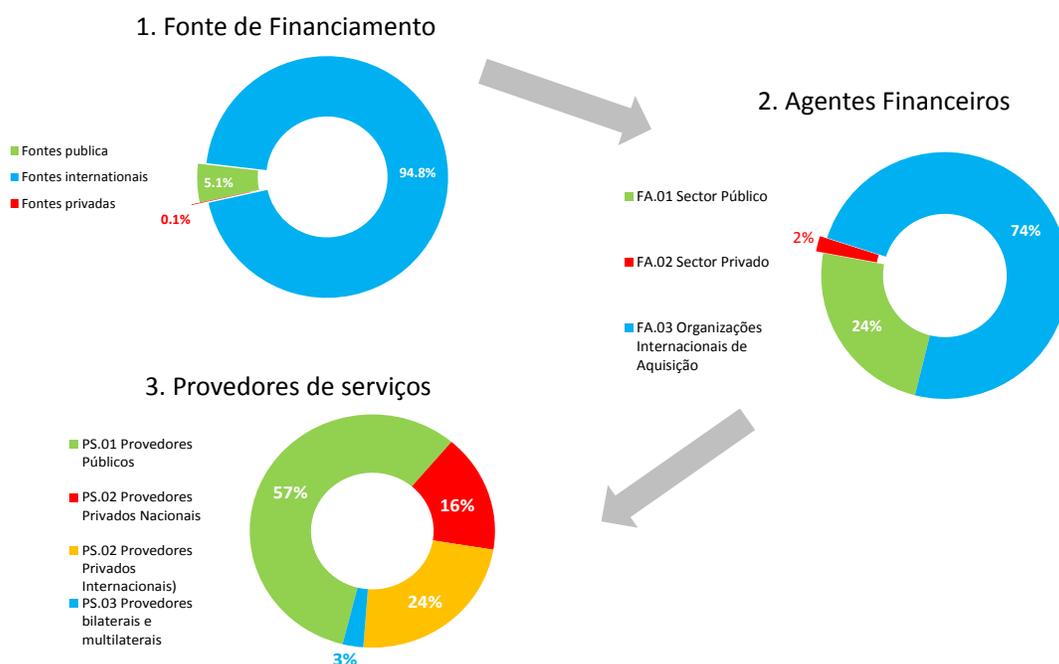
No entanto, a maioria dos gastos para as outras áreas programáticas (apoio a crianças órfãs e vulneráveis, coordenação e reforço do sistema, formação de recursos humanos e desenvolvimento do ambiente favorável) foram realizados pelo sector privado. Do total de gastos para programas de apoio a crianças órfãs e vulneráveis (COVs), 68% foram por organizações nacionais da sociedade civil, financiadas pelo programa PEPFAR. As ONGs internacionais foram os mais importantes provedores na formação de recursos humanos (78%) e no desenvolvimento institucional (85%), ambas financiadas principalmente pelo PEPFAR. Enfim, 86% dos gastos em HIV e SIDA associados ao reforço do sistema de saúde foram feitos por ONGs internacionais.

3.2.4 Fluxos de Financiamento: das fontes aos provedores de serviços

Esta secção tenta mostrar o fluxo dos recursos entre as diferentes entidades públicas, privadas e internacionais envolvidas na resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, e a distribuição dos recursos desde as fontes de financiamento até os provedores de serviços, passando pelos agentes financeiros.

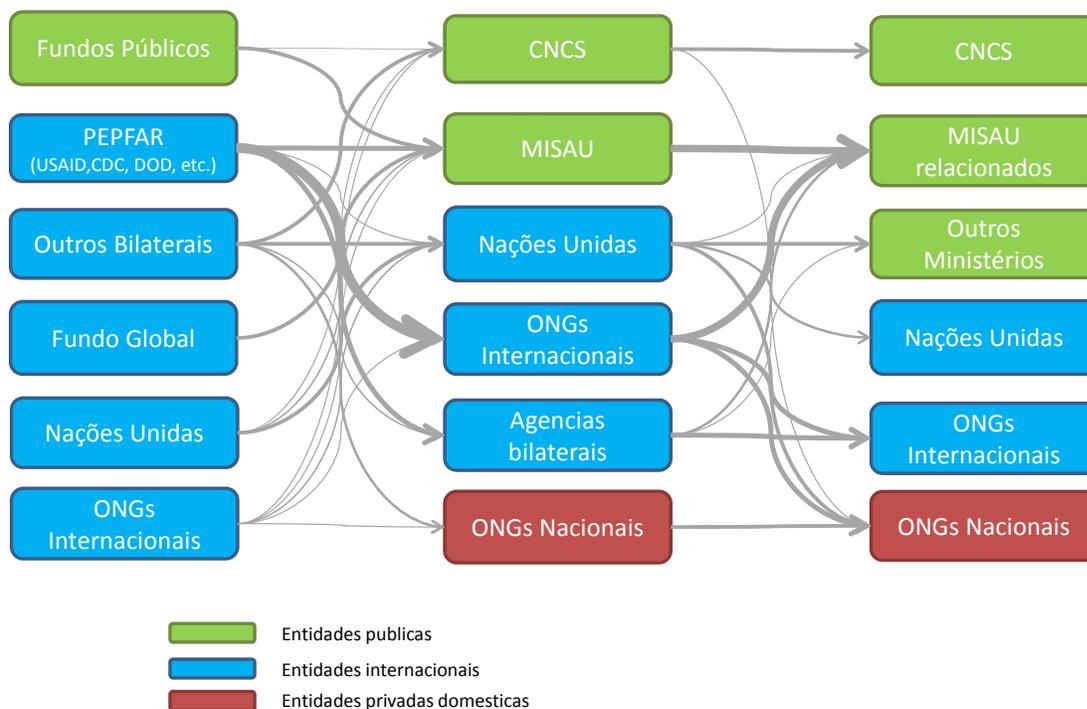
Uma primeira observação desta análise, é que se a maioria dos gastos em HIV e SIDA tem por fonte a assistência internacional, mais de metade (57%) são executados por entidades públicas nacionais conforme mostra a Figura 10 para os anos de 2010 e 2011. Fica igualmente evidente que as organizações internacionais de aquisição jogam um papel importante na decisão da alocação programática dos recursos, na medida em que são responsáveis por 74% dos gastos no mesmo período.

Figura 10: Fluxo de fundos da resposta nacional em 2010 e 2011



Os fluxos financeiros para a resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, no período em análise, estão resumidos na Figura 9. Como se pode observar a arquitectura financeira é complexa com vários níveis de intermediação e uma combinação de contribuições financeiras directas, financiamento para fundos comuns, apoio a entidades públicas ou privadas, a nível central ou descentralizado, 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 os relacionados ao financiamento do PEPFAR e ao Fundo Global. Juntos, em 2011, representam 85% dos gastos para HIV e SIDA em Moçambique.

Figura 11: Principais Fluxos de Financiamento da resposta ao HIV 2010 & 2011



Os desembolsos do PEPFAR são apoio directo aos programas. Os fundos são inicialmente canalizados as agências americanas, que depois procedem a sua distribuição para os 49 parceiros de implementação (Figura 12). Dos recursos distribuídos aos agentes de implementação, quase a totalidade (90%) foram para entidades internacionais, incluindo as ONGs internacionais que, no período 2010-2011, receberam 76% dos recursos do PEPFAR. Estes parceiros de implementação, por sua vez, realocaram recursos para os provedores de serviços que forneceram bens e serviços⁶. O sector da saúde foi o primeiro recipiente final dos

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

gastos em HIV e SIDA, totalizando 51% dos gastos (38% para US). Outros recipientes incluem as organizações da sociedade civil moçambicana (16%). O resto dos gastos foram directamente realizados pelos parceiros de implementação (34%).

O financiamento do Fundo Global para HIV, TB e Malária representa o segundo maior mecanismo de financiamento da resposta ao HIV em Moçambique (Figura **13**). Em 2010, o Ministério da Saúde foi o único recipiente principal e executou a totalidade dos fundos distribuídos para HIV e SIDA em Moçambique pelo GFATM. Em 2011, 99% dos recursos alocados ao País foram distribuídos ao MISAU tendo a FDC recebido 1%. O MISAU executa directamente os fundos alocados, mas a FDC transfere parte dos fundos para sub-recipientes (ECOSIDA e ADPP). A maioria dos gastos alocados pelo GFATM serviram para comprar ARVs e reagentes de laboratório para fornecer Cuidados e Tratamento (87%), ATS (6%) e ETV (5%).

O financiamento através do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) atingiu US\$ 4.4 milhões em 2010 e US\$ 6.6 milhões em 2011. A parte dos gastos suportados pelo orçamento de Estado representou respectivamente 44% e 40% em 2010 e 2011. As fontes externas canalizadas para o Fundo Comum⁷ do CNCS representaram 46% (US\$ 1.9 milhões) em 2010 e 56% (US\$ 3.6 milhões) em 2011. Outros desembolsos incluem contribuições do PNUD (10% em 2010 e 4% em 2011).

Os gastos suportados por fundos do OE e do PNUD foram integralmente executados pelo CNCS como provedor de serviços no período em análise. Dos recursos financeiros canalizados ao CNCS em 2010, via Fundo Comum, 36% foram gastos directamente pelo CNCS, 59% por organizações da sociedade civil e 5% pelo MIMAS. Em 2011, no entanto, a totalidade do Fundo Comum foi gasto pelo CNCS.

Tabela 7: Desembolsos das fontes externas ao Fundo Comum do CNCS 2010-2011

Fontes financeiras	US\$ milhões	Provedores d Público			Total	Total %
		ONGS	CNCS	MIMAS		
2010		1.18	3.08	0.10	4.36	100%
FS.01.01.01 Orçamento do Estado		-	1.92	-	1.92	44%
FS.03.01.04 Governo do Canadá		0.43	0.23	0.04	0.70	16%
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca		0.19	0.17	0.02	0.39	9%
FS.03.01.08 Governo da Alemanha		0.12	0.07	0.01	0.20	5%
FS.03.01.10 Governo da Irlanda		0.28	0.15	0.02	0.46	11%
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido		0.15	0.08	0.01	0.25	6%
FS.03.02.11 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP) ⁷		-	0.45	-	0.45	10%
2011		-	6.40	-	6.40	100%
FS.01.01.01 Orçamento do Estado		-	2.58	-	2.58	40%
FS.03.01.04 Governo do Canadá		-	1.23	-	1.23	19%
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca		-	0.62	-	0.62	10%
FS.03.01.08 Governo da Alemanha		-	0.56	-	0.56	9%
FS.03.01.10 Governo da Irlanda		-	0.69	-	0.69	11%
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido		-	0.46	-	0.46	7%
FS.03.02.11 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP) ⁷		-	0.26	-	0.26	4%
Total		1.18	9.48	0.10	10.76	

serviços.

⁷O Fundo Comum do CNCS foi criado para apoiar as actividades de luta contra o HIV e SIDA levadas a cabo pelo governo, sector privado e organizações da sociedade civil.

No Sector da Saúde, há um mecanismo agregado de financiamento de dimensão sectorial do orçamento (PROSAUDE), cuja vantagem principal é a gestão directa pelo Ministério da Saúde para a implementação do Plano Estratégico Nacional para o Sector da Saúde (PESS).

Em 2010 e 2011, as contribuições externas para PROSAUDE atingiram US\$ 85.7 milhões em 2010 antes de baixar para US\$ 76.8 milhões em 2011, ou uma redução de 10%. Os principais contribuidores ao fundo comum PROSAUDE foi o Governo da Irlanda, seguido da cooperação do Reino Unido, o Governo da Holanda, e o Governo do Canada.

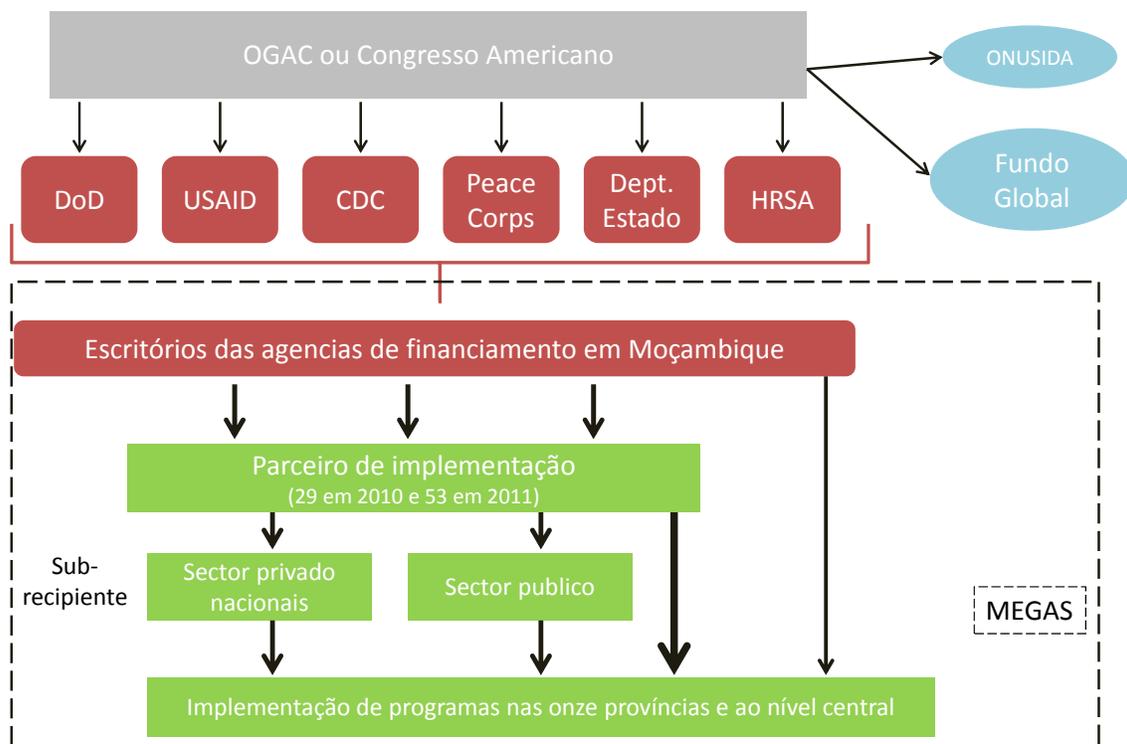
A utilização dos gastos do PROSAUDE são da responsabilidade do MISAU, o qual os alocou na resposta ao HIV e SIDA para a compra de medicamentos e a provisão de TARV.

Tabela 8: Resumo dos desembolsos externos a PRO-SAUDE

	2010		2011	
	USD	%	USD	%
CANADA (CIDA)	8,698,173	10.15%	9,331,260	12.14%
BELGICA	2,739,398	3.20%	2,644,170	3.44%
DINAMARCA (DANIDA)	6,584,469	7.68%	7,077,741	9.21%
FRANCA (AFD)	4,082,251	4.76%	0	0.00%
UNFPA	500,000	0.58%	500,000	0.65%
HOLANDA	9,525,253	11.11%	9,254,595	12.04%
IRLANDA	18,490,938	21.57%	17,848,147	23.23%
REINO UNIDO (DFID)	11,335,800	13.23%	10,899,000	14.18%
SUICA (SDC)	3,543,124	4.13%	5,136,612	6.68%
UNICEF	1,200,000	1.40%	1,200,000	1.56%
FINLANDIA	4,898,565	5.72%	0	0.00%
COMISSAO EUROPEIA	8,265,475	9.64%	7,932,510	10.32%
ESPANHA	4,082,251	4.76%	3,966,255	5.16%
CATALUNHA	671,652	0.78%	0	0.00%
ITALIA	1,088,600	1.27%	1,057,668	1.38%
TOTAL	85,705,949	100.00%	76,847,958	100.00%

Fonte: MISAU - Relatórios financeiros 2010 & 2011

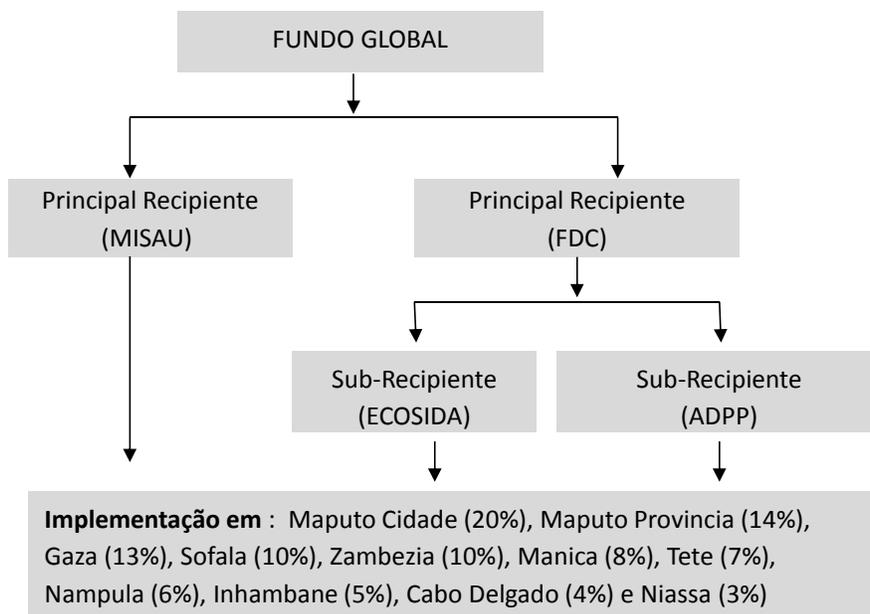
Figura 12: Fluxos de Financiamento do Fundo Presidencial de Emergência para o SIDA (PEPFAR) em Moçambique no período 2010 e 2011.



Nota: As linhas tracejadas representam os fluxos capturados na MEGAS

Fonte: MEGAS, EA, Ooman et al (2007), e Victoria Fan et al (2013)

Figura 13: Fluxos de financiamento do Fundo Global em Moçambique em 2010 e 2011.



Prospectos do financiamento da resposta ao HIV e SIDA:

Nos próximos anos, a arquitectura do financiamento da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique poderá continuar a transformar-se. O **Governo dos Estados Unidos da América**, através do PEPFAR, representa a primeira fonte de financiamento externo para HIV ao nível global. Porém, após uma progressão acelerada dos seus desembolsos para países de média e baixa renda entre 2002 e 2009, os desembolsos do PEPFAR para HIV e SIDA deixaram de crescer. Assim, é provável que o aumento dos gastos do PEPFAR para HIV registados nos anos recentes em Moçambique não continue nos próximos anos.

Em 2013, um total de US\$233.7 milhões foram aprovados pelo **Fundo Global** na ronda 9, fase 2 para o período 2014-2016. Os recipientes principais actuais do Fundo Global incluem o Ministério da Saúde e a sociedade civil (FDC, ADPP, ECOSIDA). Com o seu Novo Modelo de Financiamento e o objectivo de se focalizar em países mais afectados e de baixa renda, o Fundo Global está se tornando numa das principais fonte de financiamento para a prevenção do HIV e tratamento do SIDA em Moçambique.

Os desembolsos externos para o **Fundo Comum do CNCS** foram suspensos. Os últimos recursos externos foram desembolsados em 2012 e utilizados em 2013. O fim do financiamento do Fundo Comum do CNCS criou uma lacuna financeira importante para as organizações da sociedade civil. Actualmente, o CNCS esta a ser financiado principalmente pelo Orçamento de Estado e um montante de US\$ 1.6 milhões foram alocados para organizações da sociedade civil que intervêm na resposta ao HIV e SIDA. O CNCS continua a receber apoio financeiro directo da GIZ e do PNUD.

3.3 Descrição programática dos gastos em HIV e SIDA

O MEGAS classifica as actividades e intervenções em HIV e SIDA em oito Categorias de Gastos em SIDA. As principais categorias de gastos em 2010-2011 foram, por ordem decrescente, os cuidados e tratamento (US\$ 203.7 milhões), prevenção (US\$ 132.0 milhões), Reforço dos sistemas e Coordenação de Programas (US\$ 70.4 milhões) como mostra a Tabela 9.

Tabela 9: Despesas no HIV e SIDA por principais áreas de intervenção

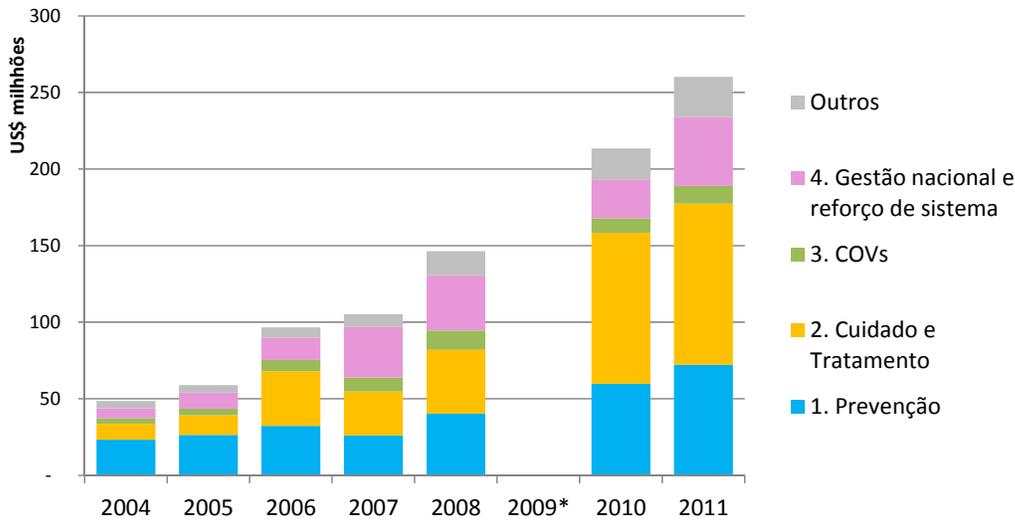
US\$ milhões	2010	%	2011	%	Total	%
1. Prevenção	59.78	28%	72.24	28%	132.02	28%
2. Cuidado e Tratamento	98.56	46%	105.17	40%	203.73	43%
3. COVs	9.67	5%	11.57	4%	21.24	4%
4. Gestão nacional e reforço de sistema	25.34	12%	45.09	17%	70.43	15%
5. Incentivos para Recursos Humanos	12.77	6%	18.80	7%	31.57	7%
6. Apoio Social	0.13	0%	0.40	0%	0.53	0%
7. Ambiente favorável	6.94	3%	6.95	3%	13.90	3%
8. Pesquisa	0.29	0%	0.06	0%	0.35	0%
Grand Total	213.49	100%	260.28	100%	473.76	100%

Os gastos com Crianças órfãs e vulneráveis situaram-se em \$US 21.2 milhões nos dois anos estudados, 4% do total do gasto.

Comparado com anos anteriores, conforme mostra a Figura 14, os gastos aumentaram em todas as áreas programáticas. O incremento foi mas acentuado para programas de cuidados e tratamento que aumentou mais de dez vezes entre 2004 e 2011, passando de US\$ 10.3 milhões em 2004, para US\$ 105.1 milhões em 2011, com US\$ 41.7 milhões alcançados em 2008. Os gastos com programas de prevenção mais que triplicaram em sete anos, alcançando US\$ 72.2 milhões em 2011 contra US\$ 23.2 milhões em 2004. De igual modo, gastos para reforço do sistema de saúde aumentaram significativamente nos últimos anos.

Em termos de distribuição dos recursos por área programática, a proporção dos gastos para programas de prevenção reduziu gradualmente de 48% em 2004, para 27% em 2008 tendo-se mantido em 28% do total do gasto em 2011. Por outro lado, a proporção dos gastos com cuidados e tratamento cresceu de 21% em 2004, para 29% em 2008 e depois para 40% do total do gasto em 2011, depois de ter atingido um máximo de 46% em 2010. O gasto total com COVs – Crianças Órfãs e Vulneráveis permaneceram baixas com 7%, 9% e 4% do total dos gastos em HIV, respectivamente em 2004, 2008 e 2011.

Figura 14: Tendência dos gastos nas principais áreas programáticas (2004-2011)

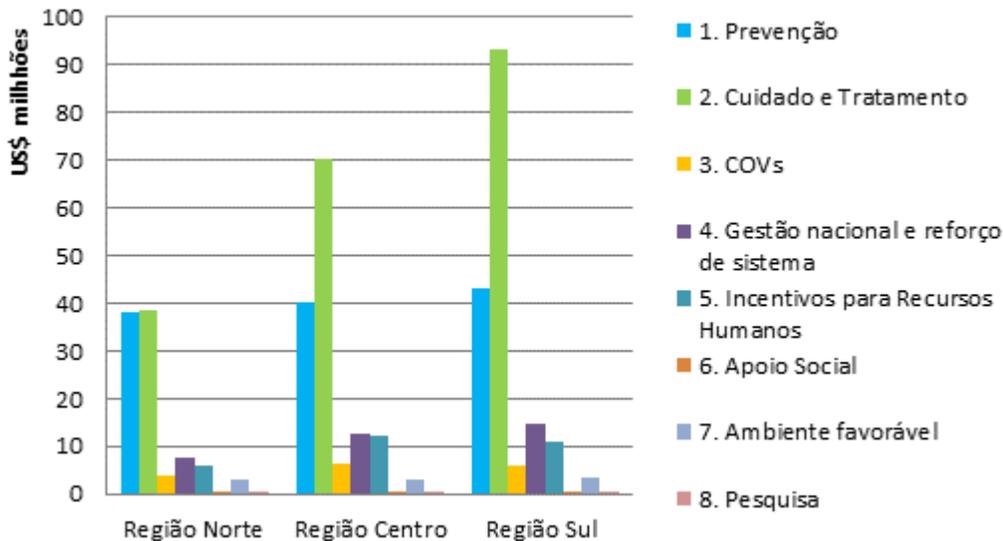


* dados de 2009 não estão disponíveis

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

A distribuição dos gastos agregados em prevenção por região / província parece equilibrada como mostra a [Figura 15](#). Os programas de prevenção variaram entre US\$ 38.5 milhões na região norte e US\$ 93.3 milhões na região sul no período 2010 e 2011. A área de cuidados e tratamento apresenta maiores variações entre os 19% gastos na região norte, 35% na região centro e 46% na região sul no mesmo período. Como era de esperar a distribuição dos gastos em cuidados e tratamento reflecte a distribuição percentual das pessoas em tratamento por região (pela mesma ordem: 12%, 31% e 56%).

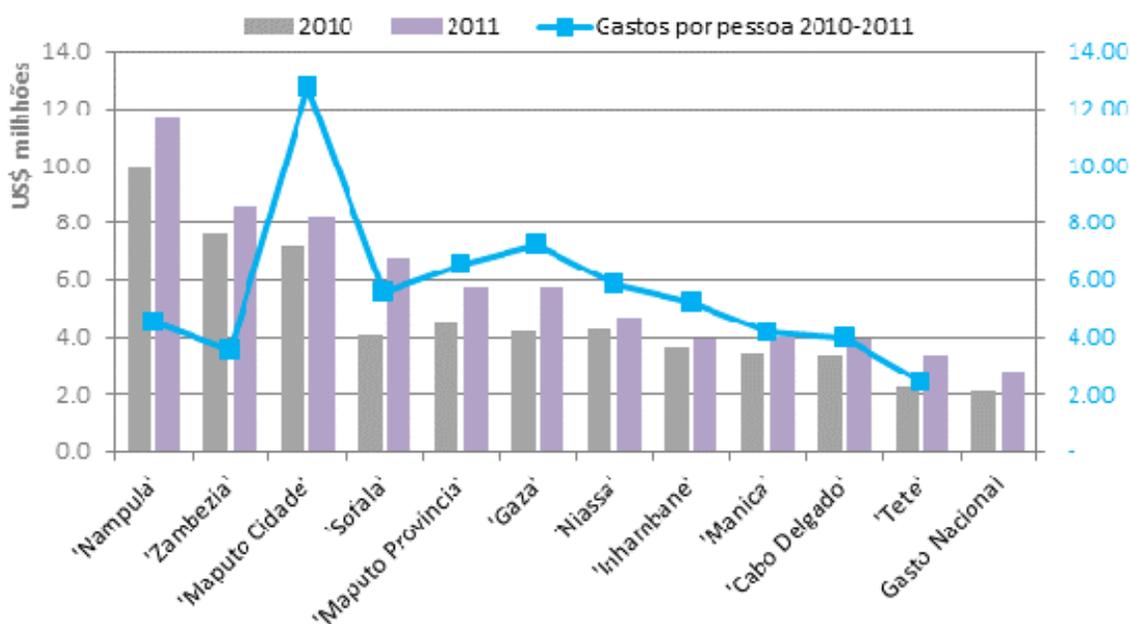
Figura 15: Gastos nas principais áreas programáticas por região (2010&2011)



3.3.1 Gastos em Prevenção do HIV

Os gastos em prevenção, como mostra a [Figura 15](#), foram distribuídos de forma quase equitativa para as três regiões, mas a distribuição provincial apresenta variações importantes. Nampula foi a província que beneficiou de mais recursos com US\$ 21.6 milhões em 2010 e 2011, seguido da Zambézia (US\$ 16.2 milhões) e Cidade de Maputo (US\$ 15.5 milhões). Juntas, estas províncias absorveram 40% dos gastos em prevenção. No entanto, quando comparado com o número de habitantes, a Cidade de Maputo com um gasto de US\$12.8 por habitante, aparece no topo, seguida de Gaza com US\$7.3, ambas na zona sul. A província de Tete, com US\$2.4 por habitante, foi a província que beneficiou menos recursos, seguida da Zambézia e de Cabo Delgado, por ordem crescente, com US\$3.6 e US\$ 4.0 por habitante respectivamente.

Figura 16: Gastos em prevenção por província, em total e por habitante (2010-2011)



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

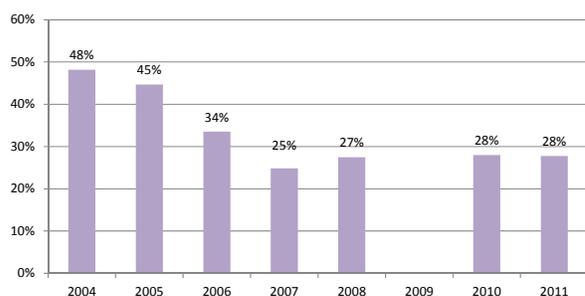
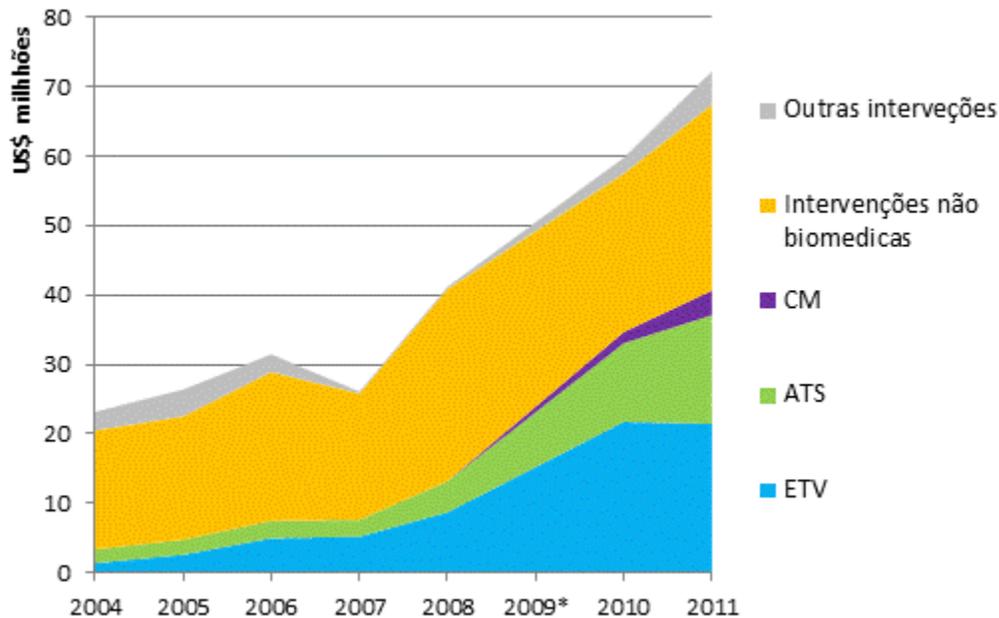


Figura 17: Percentagem dos gastos em HIV para Prevenção

Com o aumento do peso 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 priorização das intervenções na área da prevenção, também conheceu uma transformação. Assim os gastos para programas de ETV e ATS aumentaram de maneira significativa, atingindo 51% dos gastos em prevenção em 2011, quando representavam somente 14% em 2004 e

32% em 2008. Por outro lado, as intervenções não biomédicas⁸ atingiram seu nível mais alto em 2008, antes de reduzir ligeiramente em 2010 e 2011, como mostra a Figura 18.

Figura 18: Tendência de gastos nas diferentes componentes de prevenção



* Dados de 2009 não estão disponíveis

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

Os resultados da avaliação indicam (Tabela 10) que em 2010 e 2011, as despesas de prevenção do HIV foram dedicadas às seguintes actividades: Programa para eliminação da transmissão vertical - ETV (36% em cada ano), Aconselhamento e testagem em saúde – ATS (22% em cada ano), Comunicação para a mudança social e de comportamento (8% e 11%), seguida de Mobilização comunitária (6% e 4%), Prevenção para jovens fora e dentro da escola (4% e 3%). As actividades de prevenção para populações de alto risco totalizaram somente 3% dos gastos em prevenção, e foram essencialmente alocados para programas de prevenção para trabalhadoras de sexo, programas para pessoas que injectam drogas e ainda para programas para homens que fazem sexo com outros homens.

Se a distribuição de gastos em prevenção por região é de certa forma equilibrada, a priorização das intervenções nem sempre foi a mesma. Os gastos com os programas de ETV e ATS estão essencialmente alinhados com a distribuição de mulheres grávidas seropositivas e as pessoas elegíveis para tratamento, e assim representam uma parte importante dos gastos em prevenção

⁸ As intervenções não biomédicas incluem actividades de comunicação para mudança de comportamento, mobilização comunitária, distribuição de preservativos ou programas de prevenção para grupos vulneráveis ou de alto risco.

nas três regiões. No entanto, os gastos em IEC para mudança social e comportamental absorveu 37% dos gastos em prevenção na região norte, 14% na região centro e 24% na região sul.

As actividades de prevenção para populações de alto risco não passaram de 4% dos gastos em qualquer das regiões e foram na maioria realizados na região sul. Igualmente, os gastos para prevenção de jovens não ultrapassaram os 5%, apesar de ser uma actividade priorizada no PEN III. Importa anotar que em 2011 registaram-se gastos para o desenvolvimento da circuncisão masculina que abrangeram essencialmente a região sul e representando já 13% dos gastos em prevenção no ano.

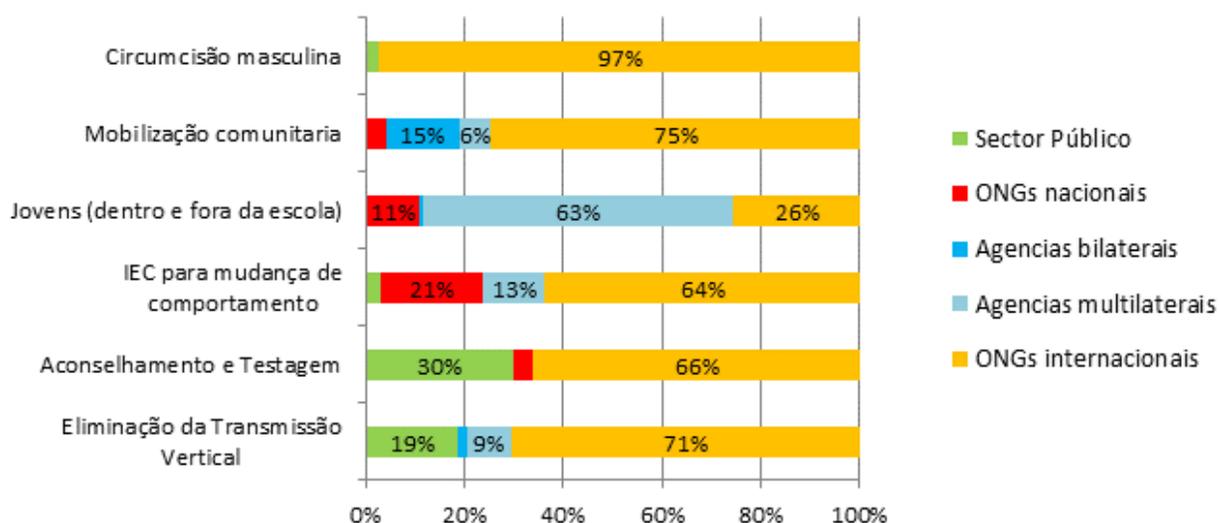
Tabela 10: Detalhe dos gastos em prevenção, 2010 e 2011

US\$ milhares	2010		2011	
	US\$	%	US\$	%
ASC.01.01 IEC para mudança de comportamento	4,409.1	8%	6,788.4	11%
ASC.01.02 Mobilização comunitaria	3,326.0	6%	2,737.3	4%
ASC.01.03 Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)	13,136.2	22%	13,828.8	22%
ASC.01.04 Redução de risco para grupos vulneraveis	2,514.5	4%	2,137.8	3%
ASC.01.05 Prevenção para jovens escolarizados	2,051.6	3%	1,441.3	2%
ASC.01.06 Prevenção para jovens fora da escola	508.3	1%	626.3	1%
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	96.6	0%	270.1	0%
ASC.01.08 Programas para TS e clientes	982.2	2%	1,133.6	2%
ASC.01.09 Programas para HSH	3.9	0%	6.1	0%
ASC.01.10 Programas para PID	131.3	0%	595.4	1%
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	305.5	1%	341.6	1%
ASC.01.12 Marketing social do preservativo	-	0%	5.8	0%
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITS	664.8	1%	764.2	1%
ASC.01.17 Programas para ETV	20,817.0	36%	22,307.4	36%
ASC.01.18 Circuncisão Masculina	3,032.9	5%	2,126.3	3%
ASC.01.19 Segurança do Sangue	540.9	1%	841.0	1%
ASC.01.21 Precaução Universal	671.6	1%	1,119.7	2%
ASC.01.22 Profilaxia post exposição	989.2	2%	1,164.3	2%
ASC.01.98 Prevenção ndt'	4,452.7	8%	4,554.8	7%
Total Prevenção	58,634.2	100%	62,790.2	100%

Os gastos em prevenção provêm essencialmente de doações bilaterais directas, tendo as ONGs internacionais como o principal agente financeiro. No entanto, a priorização das actividades detalhadas (desagregadas) de prevenção por cada fonte de financiamento apresenta variações acentuadas.

O Governo dos EUA financiou a maioria dos gastos em prevenção no período 2010 e 2011, incluindo a circuncisão masculina (98%), mobilização comunitária (88%), programas para a eliminação da transmissão vertical (79%) e o aconselhamento e testagem em saúde (75%). O PEPFAR também financiou a maioria dos gastos em Comunicação para mudança de comportamento (66%), que contou ainda com financiamento de ONGs internacionais e filantrópicas (17%), organizações multilaterais (9%) e outros doadores bilaterais (7%). Os gastos com programas de prevenção, para jovens dentro ou fora das escolas, também teve uma grande diversidade de financiamento, incluindo organizações multilaterais (37%), o PEPFAR (33%), outras agências bilaterais (22%) e ONGs internacionais (7%).

Figura 19: Agentes financeiros por actividade de prevenção em HIV (2010 e 2011).



Eliminação da Transmissão Vertical (ETV)

Com objectivo de eliminar a transmissão vertical do HIV, um total de US\$ 43.1 milhões foram gastos com programas de ETV em 2010 e 2011. Estas actividades foram essencialmente realizadas por instituições do sector público (88% dos gastos), seguido de ONGs nacionais ou internacionais (11%). Em 2010 e 2011, o programa de ETV ainda forneciam a Opção Apara todas a mulheres grávidas seropositivas. Os gastos de ETV foram mais importante na região centro que contabilizou 36% dos gastos em 2010 e 40% em 2011. Em 2011, era estimado que 50% das mulheres grávidas seropositivas se encontravam na região centro.

Tabela 11: Distribuição de gastos em programas de ETV por província

Província	2010		2011		TOTAL		
	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%	US\$ milhões	%	
NORTE	'Cabo Delgado'	1.07	5%	1.39	6%	2.47	6%
	'Niassa'	2.06	9%	2.16	10%	4.22	10%
	'Nampula'	3.17	15%	2.65	12%	5.82	13%
CENTRO	'Tete'	0.97	4%	1.38	6%	2.35	5%
	'Manica'	1.38	6%	1.34	6%	2.72	6%
	'Sofala'	1.28	6%	1.77	8%	3.06	7%
	'Zambezia'	4.16	19%	4.02	19%	8.18	19%
SUL	'Inhambane'	1.48	7%	1.27	6%	2.75	6%
	'Gaza'	2.37	11%	2.33	11%	4.71	11%
	'Maputo Cidade'	1.80	8%	1.58	7%	3.38	8%
	'Maputo Provincia'	1.94	9%	1.54	7%	3.47	8%

Aconselhamento e Testagem (AT)

O Aconselhamento e testagem em saúde – ATS absorveu em cada um dos anos da avaliação 22% dos gastos dedicados a prevenção o que representou um ligeiro aumento do valor em termos absolutos dado o aumento da despesa total verificada entre 2010 e 2011. Os dados disponíveis sugerem que 30% do gasto em ATS, nos dois anos, foi determinado por entidades do sector público e 70% por ONGs, sendo as nacionais responsáveis por 4% e as internacionais por 66%.

Preservativos

Uma das limitações do estudo foi a falta de dados com suficiente qualidade para reportar os gastos relacionados a distribuição de preservativos em 2010 e 2011. As actividades de distribuição e marketing social de preservativos são principalmente realizados pela Population Service International (PSI), uma ONG internacional, e pelo Fundo das Nações Unidas para Actividades Populacionais (FNUAP). A aquisição dos preservativos masculinos e femininos é feita pelo FNUAP, e a importação dos mesmos é feita pela Central de Medicamentos e Artigos Médicos - CMAM, que os distribui para os Depósitos Provinciais de Medicamentos. A posterior distribuição até aos Depósitos Distritais e depois até às unidades sanitárias é responsabilidade das Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e das Direcções Distritais de Saúde (DDS) respectivamente. Para os anos 2010 e 2011 não foi possível obter dados que informam a quantidade de preservativos distribuídos aos depósitos provinciais, aos distritais ou às US.

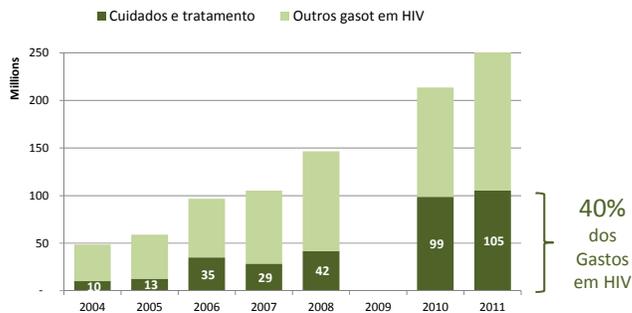
Em 2010 o FNUAP adquiriu 68,400,000 de preservativos masculinos e a USAID 6,840,000. EM 2011 o UNFPA adquiriu 85,500,000 preservativos. Com um custo unitário de US\$ 0.027 por preservativos, pode se estimar que US\$ 2.0 milhões foram gastos em 2010 para a aquisição de preservativos e US\$ 2.3 milhões em 2011. No entanto, não tendo informação que permita confirmar a quantidade de preservativos distribuídos e a que terá ficado armazenada, e ainda a disponibilidade tardia da informação sobre as aquisições, esta estimativa não foi incluída na MEGAS.

O principal provedor do marketing social do preservativo é o PSI, financiado pelo Governo dos EUA. Dos dados obtidos através do PEPFAR EA, não foi também possível desagregar os gastos feitos para o marketing social de preservativos. O PSI gastou um total de US\$1.4 milhões para prevenção em 2010 e US\$ 1.7 milhões em 2011. Outros dados reportados na MEGAS incluíram marketing social de preservativos no local de trabalho (US\$ 31'877), direccionados a trabalhadoras de sexo e seus clientes (US\$ 2'000) e outros (US\$ 5'797) por ONGs nacionais.

3.3.2 Cuidados e tratamento

Como foi já diversas vezes realçado, os Cuidados e Tratamento foi a categoria de gasto que mais cresceu entre 2004 e 2011, tendo-se se tornado na principal categoria de gastos na resposta ao HIV e SIDA, representando 40% da despesa total em 2011. A proporção dos gastos nesta categoria cresceu de 21% em 2004/2005 até um máximo de 46% em 2010, para depois reduzir para os 40% de 2011.

Os dados da avaliação, e já antes referidos, mostram que o crescimento dos gastos ficou a



dever-se ao aumento da contribuição das fontes internacionais. No caso dos Cuidados e Tratamento a proporção do financiamento destas fontes no período 2010-2011 representou 94% dos gastos totais. Esta realidade chama de novo a atenção para a excessiva dependência de financiamentos externos da resposta nacional ao HIV e SIDA.

Figura 20: Cuidados e tratamento na resposta ao HIV

Em particular, importa realçar que duas fontes, o PEPFAR e o GFATM, representam cerca de 80% dos gastos no mesmo período.

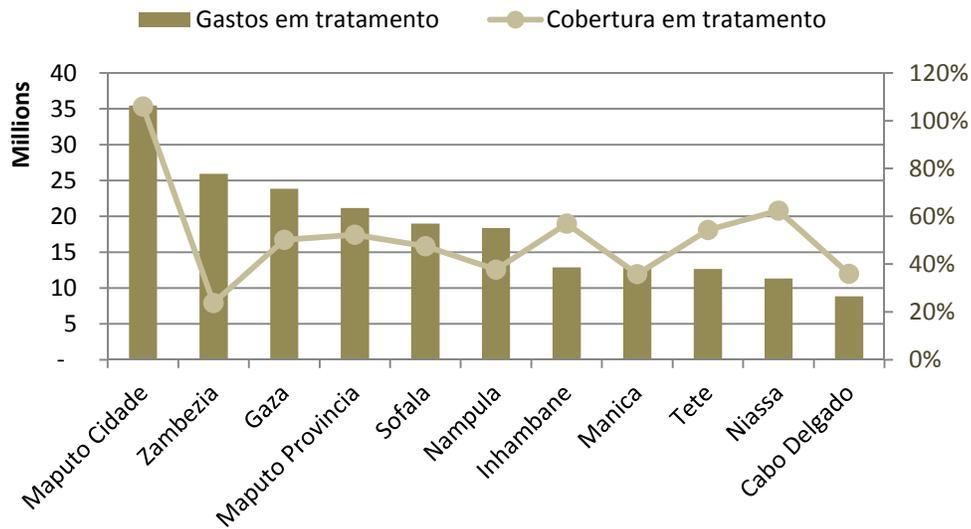
Os gastos com Cuidados e Tratamento, no período 2010-2011, na zona sul representaram 46% do total e nas zonas centro e norte, respectivamente 35% e 19%. Esta evolução parece estar intrinsecamente ligada a evolução e expansão da rede de unidades sanitárias com capacidade para providenciar este tipo de serviços, na medida que o TARV correspondendo a maioria dos gastos no período (cerca de 65%) determina a sua distribuição regional.

Como mostra a

Figura 21, e era de esperar, a Cidade de Maputo, nos dois anos da avaliação, absorveu cerca de \$US 35 milhões, sendo a mais favorecida, comparativamente a Cabo-Delgado que recebendo menos de \$US 10 Milhões foi a que teve menos recursos. Três províncias, Maputo Província, Gaza e Zambézia consumiram entre \$US 20 e \$US 25 milhões no período, estando Sofala e Nampula, logo a seguir, com gastos entre \$US 20 e \$US 15 milhões. Cada uma das demais províncias consumiu entre \$US 10 e \$US 15 milhões (Inhambane, Manica, Tete e Niassa).

Com excepção da Cidade de Maputo e da Zambézia que representam os extremos opostos, nas demais províncias as coberturas variam entre 40% e cerca de 60%. A taxa de cobertura na Cidade de Maputo, explica-se pelo facto de atender pacientes vivendo nas Províncias circunvizinhas (Maputo, Gaze e Inhambane).

Figura 21: Gastos em cuidado e tratamento e cobertura em TARV por província



Em 2010 e 2011 respectivamente cerca de 61% e 68% do financiamento total em cuidados e tratamento foi gasto em TARV. Em 2011 cerca de 11% dos gastos foram para o tratamento de infecções oportunistas (IO). Os gastos em TARV incluem pacotes pré-TARV e o tratamento de primeira e segunda linha para adultos e crianças. Em 2011, as despesas em cuidados domiciliares (CDs) alcançaram 7.5 milhões de USD, mantendo o nível de 2010, mas muito mais que os 1.1 milhões reportados para 2004. Importa aqui mencionar que os gastos em Pré-TARV incluem o pacote de serviços básicos para adultos e crianças definido pelo MISAU que integra: a profilaxia, CD4 e tratamento ITS.

Tabela 12: Detalhe dos gastos com Cuidados e Tratamento

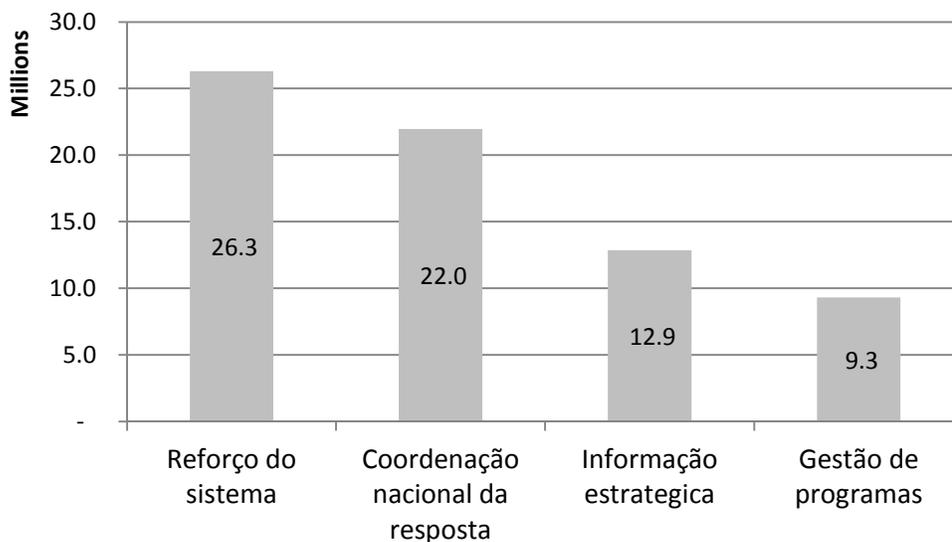
	2010	2011	Grand Total
ASC.02.01 Tratamento ambulatorio	93.98	103.01	196.99
ASC.02.01.01 Testagem iniciada pelo provedor (PITC)	2.03	3.43	5.45
ASC.02.01.02 Infecções oportunisticas (IO) - prophylaxis e tratamento	12.90	11.97	24.87
ASC.02.01.03 Terapia Antiretroviral (TARV)	60.39	71.19	131.57
ASC.02.01.04 Apoio nutricional associado ao TARV	5.07	1.35	6.42
ASC.02.01.05 Monitoramento laboratorial específico ao HIV	4.03	6.20	10.23
ASC.02.01.07 Tratamento e apoio psychologic	0.12	0.17	0.29
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos para pacientes ambulatoriais	0.26	-	0.26
ASC.02.01.09 Cuidados domiciliares	7.35	7.55	14.89
ASC.02.01.98 Tratamento e cuidado ambulatorio não desagregado	1.84	1.17	3.01
'ASC.02.98 Care and treatment services not disaggregated by intervention'	4.58	2.15	6.73
Grand Total	98.56	105.17	203.73

3.3.3 Reforço do sistema e coordenação da resposta

Os gastos com reforço do sistema e coordenação da resposta (ASC.04) incluem o reforço do sistema, que absorveu \$US 26.3 milhões, a coordenação da resposta nacional, com \$US 22 milhões, a Informação estratégica com \$US 12.9 milhões e a gestão programática reportada por alguns dos parceiros de implementação com \$US 9.3 milhões, nos dois anos da avaliação.

Os gastos com reforço de sistema contribuíram para a construção e melhoria de infraestruturas 13.6 milhões, incluindo as melhorias de infraestruturas laboratoriais (5.4 milhões de USD), os sistemas de informação e tecnologia (7 milhões de USD^[1]), o sistema de aprovisionamento de medicamentos (2.9 milhões de USD), e outros reforços do sistema de saúde não especificados (2.8 milhões de USD).

Figura 22: Descrição dos gastos em gestão de programas no período 2010-2011



3.3.4 Outros Gastos em HIV e SIDA

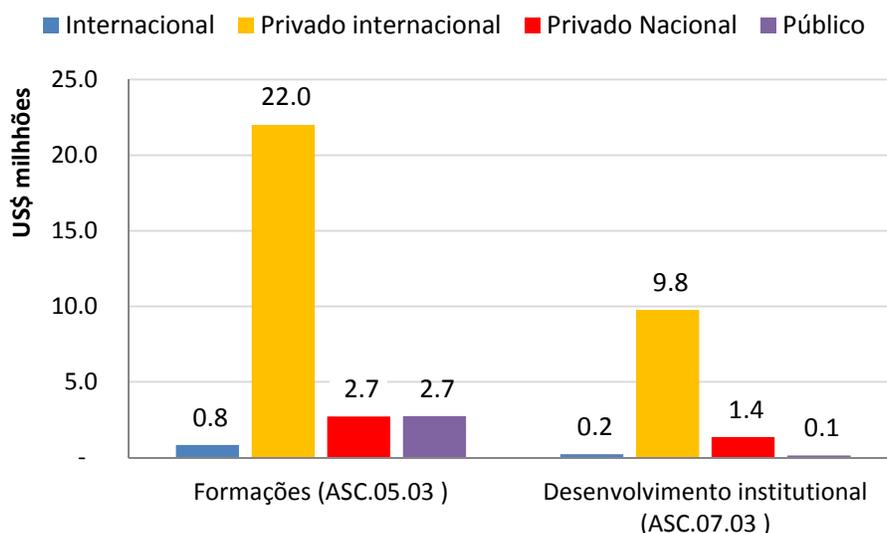
Os outros gastos em HIV e SIDA no período 2010 e 2011 totalizaram \$US 67.6 milhões (14.3 % dos gastos totais) que incluíram essencialmente a formação dos trabalhadores de saúde, 42% dos outros, as COVs, 31%, e as actividades específicas de desenvolvimento institucional direccionadas para a sociedade civil com 17%. Os restantes gastos dizem respeito a actividades diversas com serviços de protecção social, ambiente favorável e pesquisa.

Os gastos com formação dos trabalhadores de saúde e o desenvolvimento institucional específico para HIV são essencialmente providos por ONG internacionais, que consumiram \$US

^[1]Incluindo 4.03 para Monitoria e Avaliação, 4.05 para vigilância serológica, 4.06 para vigilância à resistência às drogas, 4.08 em tecnologia de informação, 4.09 em rastreio de pacientes.

22 milhões e \$US 10 milhões nos dois anos. Estas capacitações são essencialmente financiadas pelo PEPFAR que representaram 96% dos gastos de formação dos trabalhadores de saúde e 87% da capacitação para desenvolvimento institucional das ONGs nacionais.

Figura 23: Capacitação dos implementadores da resposta nacional



Os dados da avaliação indicam que menos de \$US 1.3 milhões foram reportados no período 2010-2011 para actividades relacionadas com programas de direitos humanos no contexto do HIV, programas para reduzir a violência baseada no género e outros programas específicos de SIDA focalizados na mulher. Importa no entanto ressaltar que em 2010 foram gastos \$US 1.1 milhões e em 2011 apenas 240 mil dólares americanos. Importa ainda considerar que certas despesas relacionadas com as actividades acima mencionadas (ex., redução do estigma) possam estar agregadas em outras actividades de prevenção

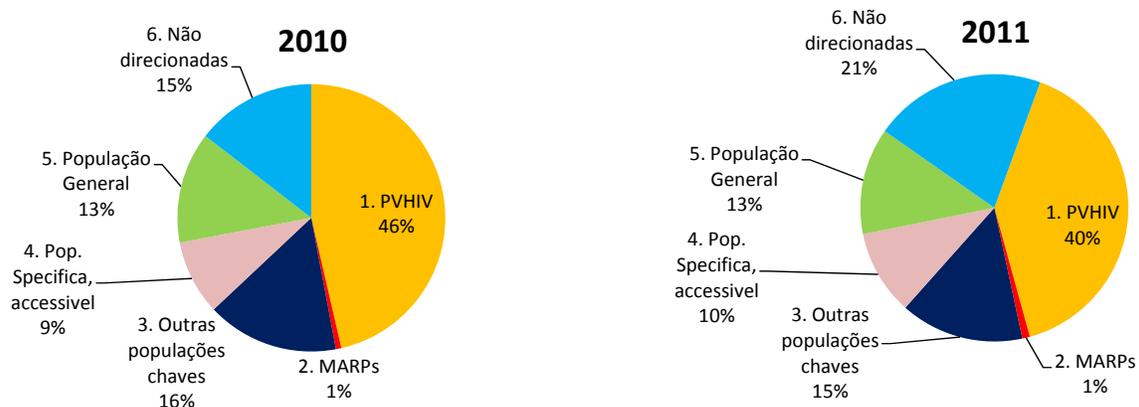
Tabela 13: Detalhe dos “outros gastos” com HIV e SIDA

Outros gastos em HIV e SIDA	US\$		
	2010	2011	Grand Total
ASC.05.01 Incentivos para recursos humanos	23,832	25,414	49,246
ASC.05.03 Formação	11,103,750	17,198,672	28,302,422
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos não desagregados	1,642,234	1,576,055	3,218,289
ASC.06.02 Protecção social por meio de benefícios em género	15,259	46,855	62,114
ASC.06.03 Protecção social por meio do fornecimento de serviços sociais		29,715	29,715
ASC.06.04 Geração de renda específica para HIV	113,944	321,075	435,019
ASC.07.01 Advocacia	86,835	274,620	361,455
ASC.07.02 Programas de direitos humanos	132,209	172,254	304,463
ASC.07.03 Apoio insitucional específico para HIV	5,383,227	6,092,468	11,475,695
ASC.07.04 Programas de HIV com foco específico em mulheres	920,635	63,284	983,919
ASC.07.05 Programas para reduzir a violencia baseada no genero (VBG)		6,443	6,443
ASC.07.98 Ambiente favoravel não desagregado por genero	383,941	344,405	728,346
ASC.07.99 Ambiente favoravel classificado em outras categorias	37,125		37,125
ASC.08.01 Pesquisa biomédica	10,733	52,402	63,135
ASC.08.03 Pesquisas epidemiológicas	38,921		38,921
ASC.08.04 Pesquisa científica social	242,432	7,352	249,784
Grand Total	20,135,077	26,211,014	46,346,091

3.4 Gastos em HIV e SIDA por populações Beneficiárias

O MEGAS avalia também os gastos em bens e serviços por populações beneficiárias. As populações beneficiárias estão divididas em seis categorias principais, que por sua vez se dividem em subcategorias. Os principais grupos de beneficiários no período em análise são as pessoas vivendo com HIV que consumiram US\$ 99 milhões (46%) em 2010 e US\$ 105 milhões (40%) em 2011. Os gastos para população em geral atingiram US\$ 28.7 milhões em 2010 e US\$ 33.5 milhões em 2011. Outras populações beneficiárias estão reagrupadas em dois grupos: populações chaves e vulneráveis e populações específicas e acessíveis. As populações mais vulneráveis beneficiaram de US\$ 34.0 milhões em 2010 e US\$ 38.9 milhões em 2011, incluem principalmente os gastos para crianças a nascer de mães vivendo com HIV (61%) e COVs (30%) nos dois anos analisados. As populações específicas e acessíveis beneficiaram de US\$ 6.8 milhões em 2010 e US\$ 11.2 milhões em 2011, com a maioria dos gastos alocados para trabalhadores de serviços de saúde (65%) e jovens na escola (11%) em 2010. As populações de alto risco beneficiaram de 1% dos gastos em HIV e SIDA, com US\$ 1.4 milhões em 2010 e US\$ 2.4 milhões em 2011. Conforme a metodologia MEGAS, os gastos que não beneficiam directamente um grupo populacional (ex. Pesquisa ou coordenação da resposta ao HIV e SIDA), são classificados como gastos não direccionados. Os gastos não direccionados foram US\$ 31.0 milhões em 2010 e US\$ 54.2 milhões em 2011.

Figura24: Distribuição de gastos em HIV e SIDA por grupo de população beneficiaria



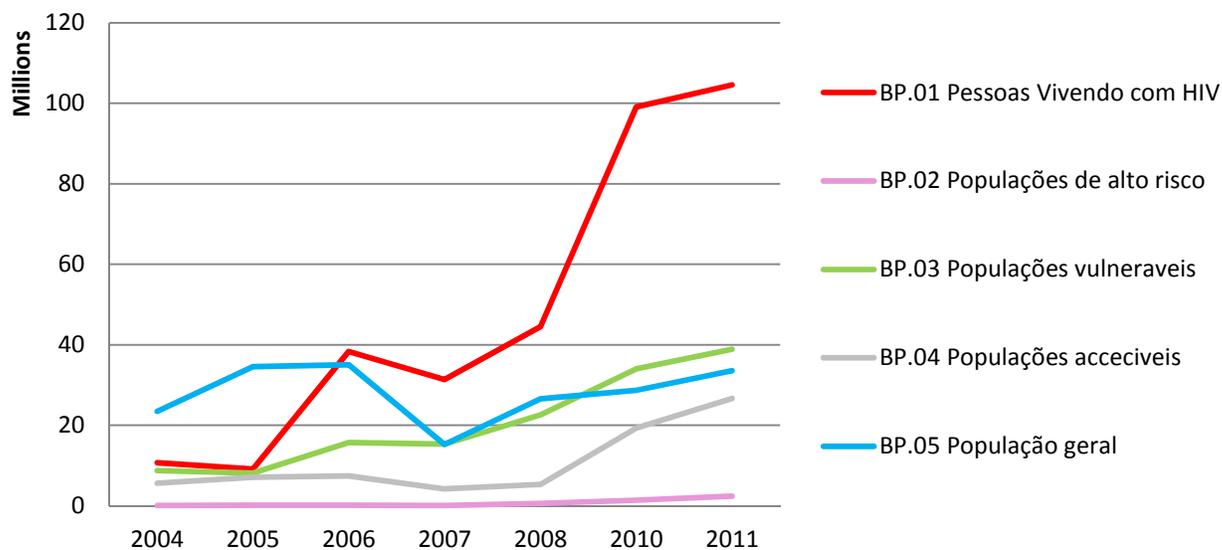
A [Figura 25](#) mostra a forte progressão dos gastos beneficiando directamente as pessoas vivendo com HIV ao longo dos anos, o que reflecte, em parte, o aumento do número de pessoas vivendo com HIV em Moçambique. Mesmo assim, a progressão de gastos para tratamento e cuidado por pessoa vivendo com HIV progrediram de US\$10.8 por PVHIV em 2004, para US\$ 36.2 em 2008 e US\$ 79.2 em 2011.

Tabela 14: Tendência de gastos por pessoas vivendo com HIV

	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011
Numero de pessoas vivendo com HIV e SIDA	990,000	1,050,000	1,110,000	1,160,000	1,230,000	1,280,000	1,320,000
Gastos allocados a pessoas vivendo com HIV e SIDA (US\$)	10,678,690	9,147,918	38,350,822	31,367,551	44,542,141	99,056,145	104,576,893
Gasto por pessoa vivendo com HIV e SIDA (US\$)	10.8	8.7	34.6	27.0	36.2	77.4	79.2

De forma similar, os gastos para as crianças a nascer de mãe vivendo com HIV, beneficiárias directas dos programas de ETV, aumentaram de US\$ 1.5 milhões em 2004, para US\$ 9.0 milhões em 2008 e US\$ 22.9 milhões em 2010. Os gastos para COVs aumentaram de US\$ 4.3 milhões em 2004 para US\$ 13.7 em 2008, tendo depois reduzido para US\$ 10.0 milhões em 2010 e subido ligeiramente em 2011 para US\$ 11.7 milhões. O valor gasto por COV em Moçambique teve a mesma tendência; após atingir um pico em 2008 com US\$22.6, reduziu para US\$ 16.2 por COV em 2011. Apesar do aumento registado nos últimos dois anos, os gastos para populações de alto risco não evoluíram tanto quanto para os dos outros grupos populacionais.

Figura 25: Tendência de gastos por grupo de população beneficiária (2004-2011)



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

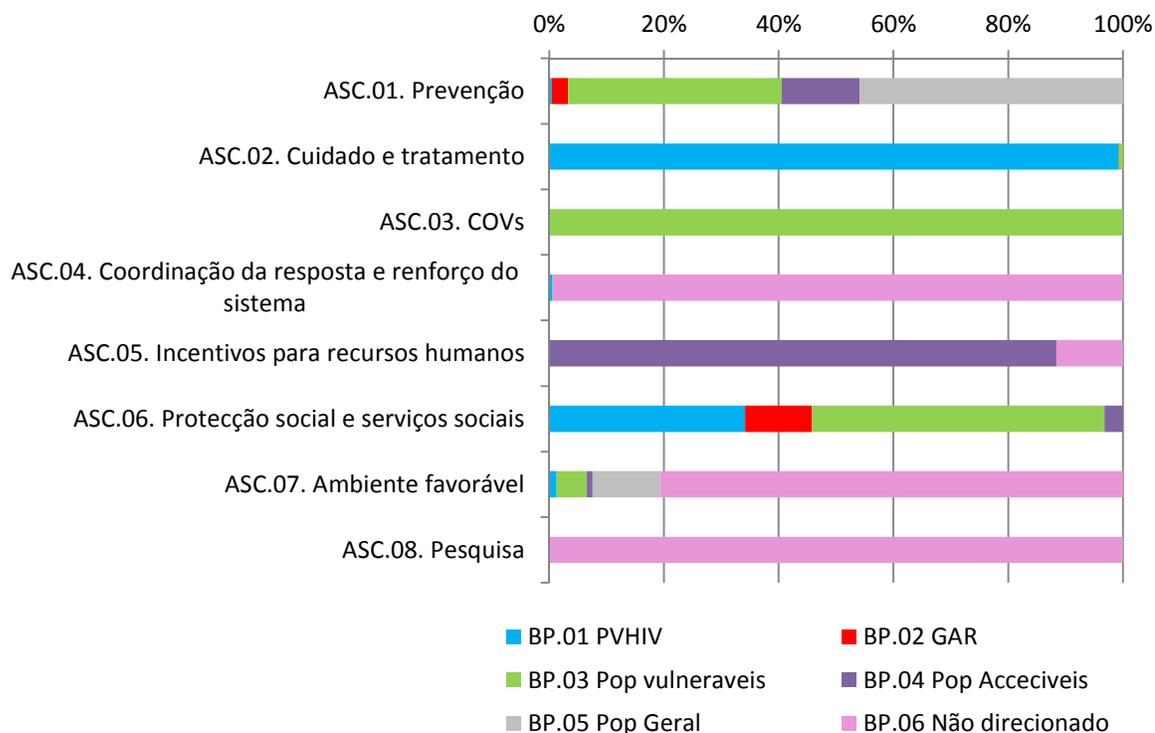
Tabela 15: Gastos por grupo de população beneficiária (2010-2011)

Populações Beneficiárias	Região	2010					2011				
		Norte	Centro	Sul	Nacional	Total	Norte	Centro	Sul	Nacional	Total
BP.01 Pessoas vivendo com HIV		18%	32%	49%	0%	99,056,145	20%	36%	44%	0%	104,576,893
BP.02 Populações de alto risco		2%	21%	72%	5%	1,386,204	22%	23%	45%	10%	2,408,446
BP.02.01 Pessoas que injectam drogas		0%	3%	97%	0%	411,501	58%	4%	37%	0%	317,278
BP.02.02 Trabalhadores de sexo e seus clientes		3%	29%	68%	0%	748,684	19%	24%	51%	6%	1,461,065
BP.02.03 Homens que fazem sexo com homens		2%	0%	1%	97%	72,916	5%	0%	3%	92%	95,090
BP.02.98 Populações de alto risco não desagregado por tipo		0%	38%	62%	0%	153,103	15%	33%	41%	11%	535,013
BP.03 Outras populações chaves e vulneráveis		24%	36%	34%	2%	34,035,965	23%	36%	27%	2%	38,855,806
BP.03.01 Crianças Órfãs e Vulneráveis (COV)		17%	36%	32%	2%	10,044,026	18%	23%	24%	1%	11,690,805
BP.03.02 Crianças nascidas ou por nascer de mães seropositivas		29%	36%	35%	0%	21,701,663	29%	42%	29%	0%	22,875,752
BP.03.05 Populações de emigrantes / móveis		0%	39%	61%	0%	507,739	11%	51%	38%	0%	939,474
BP.03.07 Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas		0%	0%	0%	0%	162,707	0%	0%	0%	4%	912,391
BP.03.08 Camionistas		0%	0%	0%	100%	25,000	28%	34%	0%	38%	182,498
BP.03.11 Crianças e jovens fora da escola		17%	26%	37%	11%	770,890	19%	28%	27%	26%	1,029,474
BP.03.14 Recipientes de produtos de sangue		6%	53%	13%	28%	734,450	10%	66%	11%	13%	984,315
BP.03.98 Outras populações chaves não desagregadas por tipo							0%	0%	0%	84%	241,097
BP.03.99 Outras populações chaves não classificadas		33%	33%	33%	0%	89,490					
BP.04 Specific accessible populations'		22%	35%	30%	10%	19,297,598	26%	29%	32%	8%	26,713,906
BP.04.01 Pessoas frequentando clínicas de ITS		31%	41%	28%	0%	566,629	28%	42%	29%	0%	862,443
BP.04.02 Crianças na escola		29%	27%	34%	5%	1,007,941	19%	21%	24%	11%	2,584,573
BP.04.03 Jovens na escola		23%	27%	9%	41%	1,681,945	0%	0%	90%	0%	104,414
BP.04.04 Estudantes universitários		7%	7%	5%	0%	113,711	16%	23%	3%	26%	335,513
BP.04.05 Trabalhadores dos serviços de saúde		21%	38%	35%	7%	12,561,920	21%	33%	39%	5%	16,310,448
BP.04.07 Militares		39%	51%	10%	0%	1,215,857	35%	51%	14%	0%	1,081,614
BP.04.09 Ex-combatante		0%	100%	0%	0%	102,533					
BP.04.10 Operários das fábricas		5%	13%	43%	21%	654,581	8%	8%	48%	27%	387,500
BP.04.98 População especifica accceivel não desagregado por tipo		7%	4%	7%	50%	450,408	0%	0%	56%	0%	127,238
BP.04.99 População especifica accceivel não classificado		30%	23%	40%	0%	942,073	45%	17%	18%	18%	4,920,163
BP.05 População Geral		33%	22%	31%	3%	28,701,902	28%	28%	38%	2%	33,535,078
BP.05.01 Adultos (> 24 anos)		14%	8%	74%	1%	1,879,131	12%	12%	75%	0%	3,947,366
BP.05.02 Crianças (< 15 anos)		0%	0%	0%	19%	63,750	0%	0%	0%	0%	104,290
BP.05.03 Jovens (15 - 24 anos)		33%	15%	27%	17%	2,222,054	17%	21%	20%	33%	1,969,698
BP.05.98 População geral não desagregados por genero ou idade		34%	24%	28%	1%	24,536,967	31%	31%	34%	0%	27,513,724
BP.06 Intervenção não direccionada		17%	19%	25%	34%	30,996,204	10%	24%	20%	36%	54,197,366
Total		21%	30%	39%	7%	213,493,586	20%	31%	34%	9%	260,296,695

A Figura 26 apresenta o cruzamento dos gastos de 2010 e 2011 por populações beneficiárias e por categorias de gastos em HIV e SIDA. Fica óbvio que os gastos para cuidados e tratamento são integralmente direccionados para as pessoas vivendo com HIV, as actividades realizadas em beneficio de crianças órfãs são atribuídas a população beneficiária crianças órfãs e vulneráveis e as actividades de pesquisa e de coordenação ou reforço de sistema de saúde são classificados como gastos não direccionados, o que concorda com a metodologia da MEGAS.

As categorias de gastos em HIV e SIDA, Prevenção, Serviços Sociais e Ambiente Favorável beneficiam várias populações beneficiárias e merecem uma apreciação mais detalhada. A maioria dos gastos em prevenção foram alocados a "população em geral com US\$ 27.5 milhões em 2010 (46%) e US\$ 33.1 milhões em 2011 (46%), seguido de crianças a nascer de mães vivendo com HIV" com US\$ 21.7 milhões em 2010 (36%) e US\$ 21.4 milhões em 2011 (30%).

Figura 26: Categorias de despesas no HIV e SIDA para os grupos de beneficiários em 2010 e 2011



Os gastos em prevenção para populações de alto risco absorveram 2% do total gasto em prevenção em 2010 e 3% em 2011. Nos dois anos, a maioria foi destinada a população beneficiária “trabalhadoras de sexo e seus clientes” com US\$ 2.2 milhões em 2010 e 2011. As pessoas que injectam drogas, beneficiaram de US\$ 726 mil e os “homens que fazem sexo com homens” US\$ 168 mil. Não foi possível fazer a desagregação de \$US 688 mil gastos com prevenção por cada uma das populações de alto risco.

Numa perspectiva de distribuição regional, a maioria dos gastos (55%) foi feita na região sul, seguida da região norte (22%) e da região centro (15%). O resto do gasto (8%) foi utilizado ao nível nacional. Além do registo de um nível baixo de gastos com Populações de alto risco - GAR, os dados indiciam uma discrepância entre o tamanho da população e os gastos realizados para a prevenção do HIV nesses grupos, por região (Figura 27). Na base dos resultados dos estudos sobre os modos de transmissão do HIV (MoT) estima-se que 53% das populações de alto risco estão localizadas na região norte, 38% na região centro e 9% na região sul. Quase a metade dos gastos para populações de alto risco (44%) foram feitos na região de Maputo (Cidade e Província) e na sua maioria em programas direccionados às trabalhadoras de sexo e seus clientes. Os gastos com pessoas que injectam drogas foram feitos na cidade de Maputo, Nampula, Inhambane Cabo Delgado.

Figura 27: Gastos em prevenção para populações de alto risco e tamanho populacional por região, (2010-2011)

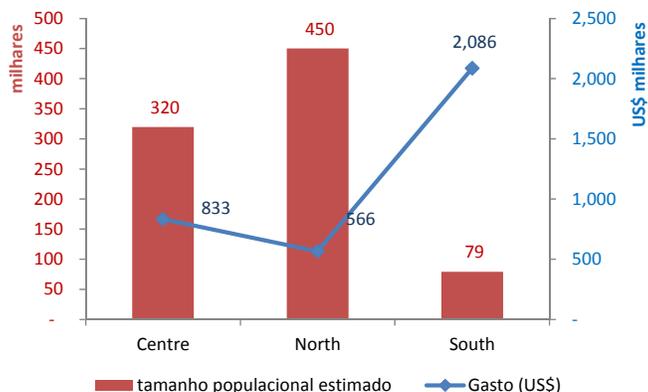
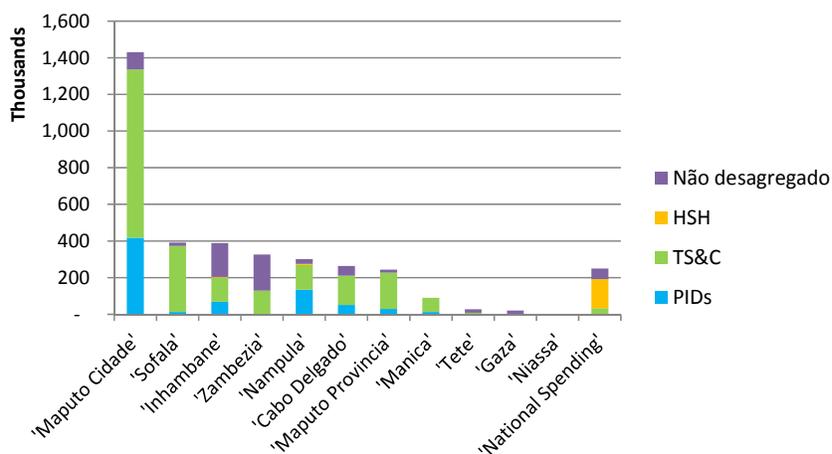


Figura 28: Gastos em prevenção para populações de alto risco por província, 2010 & 2011 (US\$ milhares)



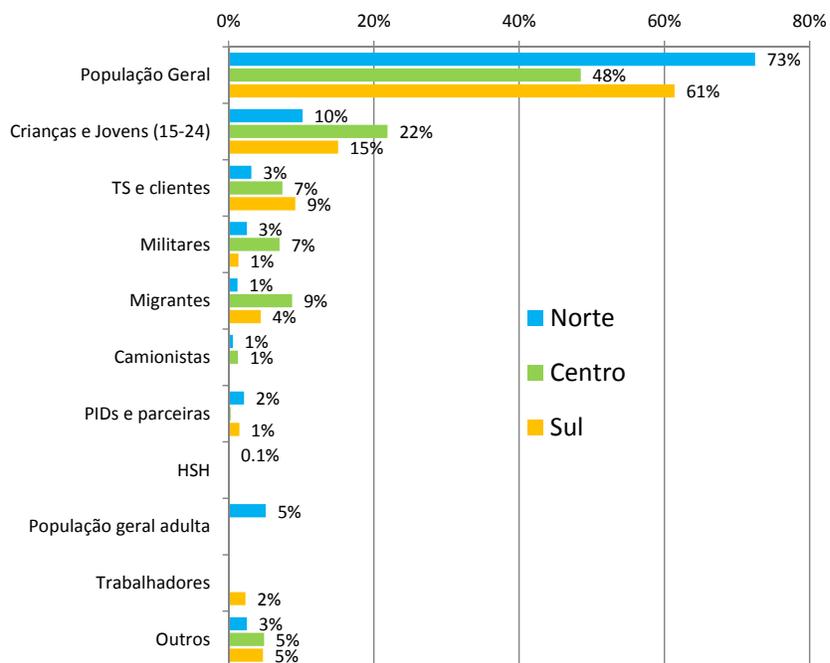
Olhando especificamente as actividades não biomédicas para redução da transmissão sexual do HIV⁹, os gastos foram direccionados a população geral nas três regiões (Figura 29). Depois da população geral, os “jovens” foram o segundo grupo beneficiário que mais beneficiou dos gastos até 22% na região centro, os quais foram considerados como grupo de alto risco no PEN III. No entanto, outros grupos vulneráveis cuja evidência demonstrou alta prevalência¹⁰, beneficiaram de poucos gastos. Os “migrantes e populações móveis” beneficiaram entre 1% na região norte e 9% na região centro dos gastos para actividades de prevenção não biomédicas. Também, os

⁹Refere-se aqui aos gastos dos códigos ASC.01.01; ASC.01.02; 'ASC.01.04, ASC.01.05, ASC.01.06, ASC.01.07, ASC.01.08, ASC.01.09, ASC.01.10, ASC.01.11, 'ASC.01.12 , e ASC.01.98 .

¹⁰Référence os IBBS

camionistas e trabalhadores beneficiaram de menos de 2% dos gastos e não foram abrangidos em algumas regiões.

Figura 29: Gastos em prevenção¹¹ por população beneficiária (por região)



¹¹Idem

Tabela 16: Grupos de populações beneficiárias por actividade de prevenção ao HIV

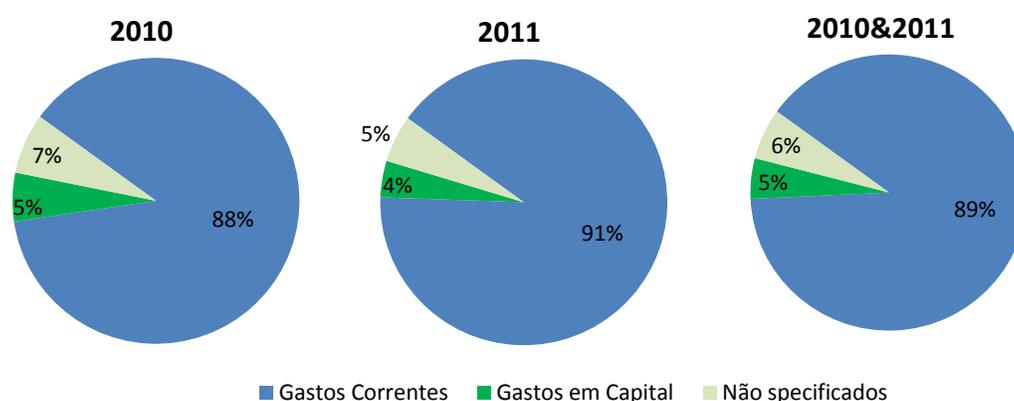
Categoria de Gastos em SIDA e populações Beneficiárias			
	2010	2011	Total
ASC.01.01 IEC para mudança de comportamento	6,104,552	8,157,014	14,261,566
BP.01.01 Adultos vivendo com HIV (<15 anos)		3,895	3,895
BP.01.98 Pessoas vivendo com HIV ndt	5,269		5,269
BP.03.11 Crianças e jovens fora da escola	320,667	93,881	414,548
BP.04.02 Crianças no ensino primario	279,855	47,233	327,088
BP.04.99 População especifica não classificada	71,740	76,932	148,672
BP.05.01 População geral adulta (>24 anos)	268,047	460,375	728,422
BP.05.02 Crianças (<15 anos)		104,290	104,290
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	666,401	113,404	779,805
BP.05.98 População geral ndt	4,492,573	7,257,004	11,749,577
ASC.01.02 Mobilização comunitaria	2,700,134	4,350,057	7,050,191
BP.02.98 Populações de alto risco ndt		197,297	197,297
BP.03.05 Migrantes e populações moveis		317,280	317,280
BP.03.99 Outras populações vulneraveis	89,490		89,490
BP.04.04 Jovens nas Universidades		95,884	95,884
BP.04.99 População especifica não classificada	76,609	3,392,427	3,469,036
BP.05.01 População geral adulta (>24 anos)	2,898	566	3,464
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	49,616	9,875	59,491
BP.05.98 População geral ndt	2,481,521	336,728	2,818,249
ASC.01.03 Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)	11,335,095	15,654,099	26,989,194
BP.03.05 Migrantes e populações moveis		58,250	58,250
BP.04.07 Militares	257,689	199,189	456,878
BP.05.01 População geral adulta (>24 anos)	64,643	127,049	191,692
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	176,676	695,091	871,767
BP.05.98 População geral ndt	10,836,087	14,574,520	25,410,607
ASC.01.04 Redução de risco para grupos vulneraveis	3,011,855	2,780,988	5,792,843
BP.02.98 Populações de alto risco ndt	74,124	194,778	268,902
BP.03.05 Migrantes e populações moveis	507,739	563,944	1,071,683
BP.03.07 Prisioneiros e outras pessoas institucionalizadas	162,707	652,391	815,098
BP.03.08 Camionistas / trabalhadores dos transportes e motoristas cor	25,000	146,255	171,255
BP.04.02 Crianças no ensino primario	58,102		58,102
BP.04.07 Militares	807,532	564,476	1,372,008
BP.04.98 População especifica ndt	62,331	127,238	189,569
BP.04.99 População especifica não classificada	66,407		66,407
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	1,247,913	530,635	1,778,548
BP.05.98 População geral ndt		1,271	1,271
ASC.01.05 Prevenção para jovens escolarizados	2,781,247	2,835,703	5,616,950
BP.04.02 Crianças no ensino primario	669,984	2,491,660	3,161,644
BP.04.03 Jovens no ensino secundario	1,681,945	104,414	1,786,359
BP.04.04 Jovens nas Universidades	113,711	239,629	353,340
BP.04.98 População especifica ndt	315,607		315,607
ASC.01.06 Prevenção para jovens fora da escola	422,870	935,593	1,358,463
BP.03.11 Crianças e jovens fora da escola	422,870	935,593	1,358,463

Categoria de Gastos em SIDA e populações Beneficiárias			
	2010	2011	Total
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	142,807	444,002	586,809
BP.01.01 Adultos vivendo com HIV (<15 anos)	45,890		45,890
BP.01.98 Pessoas vivendo com HIV ndt	96,917	444,002	540,919
ASC.01.08 Programas para TS e clientes	748,684	1,399,822	2,148,506
BP.02.02 Trabalhadoras de Sexo (TS) e seus clientes	748,684	1,399,822	2,148,506
ASC.01.09 Programas para HSH	72,916	95,090	168,006
BP.02.03 Homens que fazem sexo com homens (HSH)	72,916	95,090	168,006
ASC.01.10 Programas para PID	409,397	317,278	726,675
BP.02.01 Pessoas que injectam drogas (PIDs)	409,397	317,278	726,675
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	634,581	385,644	1,020,225
BP.04.10 Operários de fábricas e grandas impresas	634,581	385,644	1,020,225
ASC.01.12 Marketing social do preservativo	5,797		5,797
BP.05.01 População geral adulta (>24 anos)	2,898		2,898
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	2,899		2,899
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITS	566,629	862,443	1,429,072
BP.04.01 Pacientes de clinicas de ITSs	566,629	862,443	1,429,072
ASC.01.17 Programas para ETV	21,701,663	21,444,945	43,146,608
BP.03.02 crianças nascidas ou a nascer de uma mãe seropositiva	21,701,663	21,444,945	43,146,608
ASC.01.18 Circuncisão Masculina	1,627,531	3,531,622	5,159,153
BP.04.07 Militares	150,636	185,795	336,431
BP.05.01 População geral adulta (>24 anos)	1,476,895	3,345,827	4,822,722
ASC.01.19 Segurança do Sangue	734,450	984,315	1,718,765
BP.03.14 Recipientes de sangue	734,450	984,315	1,718,765
ASC.01.21 Prevenção Universal	244,976	1,546,340	1,791,316
BP.04.05 Trabalhadores dos serviços de saúde	244,976	840,279	1,085,255
BP.05.98 População geral ndt		706,061	706,061
ASC.01.22 Profilaxia post exposição	728,271	1,425,234	2,153,505
BP.04.09 Ex-combatantes	102,533		102,533
BP.04.99 População especifica não classificada	625,738	1,425,234	2,050,972
ASC.01.98 Prevenção ndt'	5,812,719	5,110,465	10,923,184
BP.02.98 Populações de alto risco ndt	78,979	142,938	221,917
BP.04.07 Militares		99,561	99,561
BP.05.03 Jovens (15-24 anos)	78,549	437,928	516,477
BP.05.98 População geral ndt	5,655,191	4,430,038	10,085,229
Total	59,786,174	72,260,654	132,046,828

3.5 Gastos em HIV e SIDA por Factor de Produção

Os factores de produção correspondem aos insumos utilizados para fornecer os bens e serviços na resposta nacional ao HIV e SIDA e são classificados em duas categorias principais: gastos correntes, que representam a maioria das despesas (US\$ 187.2 milhões em 2010 e US\$ 235.7 milhões em 2011) e gastos em capital (US\$ 11.8 milhões em 2010 e US\$ 10.7 milhões em 2011). Uma parte dos gastos no valor de US\$ 28.4 milhões nos dois anos não foi possível desagregar por factores de produção.

Figura 30: Factores de produção para HIV e SIDA: gastos correntes e gastos em capital



As subcategorias de gastos correntes em HIV e SIDA para 2010 e 2011 incluem a aquisição de bens (24%), despesas salariais (22%) e fornecimento de serviços (13%), cujo detalhe é apresentado na [A](#)

[Figura 31](#) descreve os factores de produção para a provisão de cuidado e tratamento que foi repartido entre bens (44%), salários (17%) e serviços (9%). Uma parte importante do gasto, 23% destinadas a despesas correntes não desagregadas (n.d.t.). A percentagem de gastos com serviços de transporte foi mais importante na região norte, onde representou 8% dos gastos contra 5% no centro e 3% no sul. A percentagem de gastos para cuidado e tratamento feitos em serviços de transporte e viagens atingiu 9% em Niassa e 8% em Cabo Delgado.

Tabela 17: Gastos em tratamento e percentagem utilizada para transporte e viagens

Provincia	Gasto total em cuidado e tratamento (US\$)	Gasto por pessoa em tratamento (US\$)	% do gasto para transporte e viagens
Cabo Delgado	8,854,372	754	8%
Gaza	23,833,659	658	3%
Inhambane	12,873,956	894	5%
Manica	12,834,763	716	4%
Maputo Cidade	35,456,036	603	2%
Maputo Provincia	21,148,194	523	4%
Nampula	18,344,934	1,140	6%
Niassa	11,324,791	1,702	9%
Sofala	18,972,541	707	4%
Tete	12,661,546	792	6%
Zambezia	25,944,718	1,039	5%

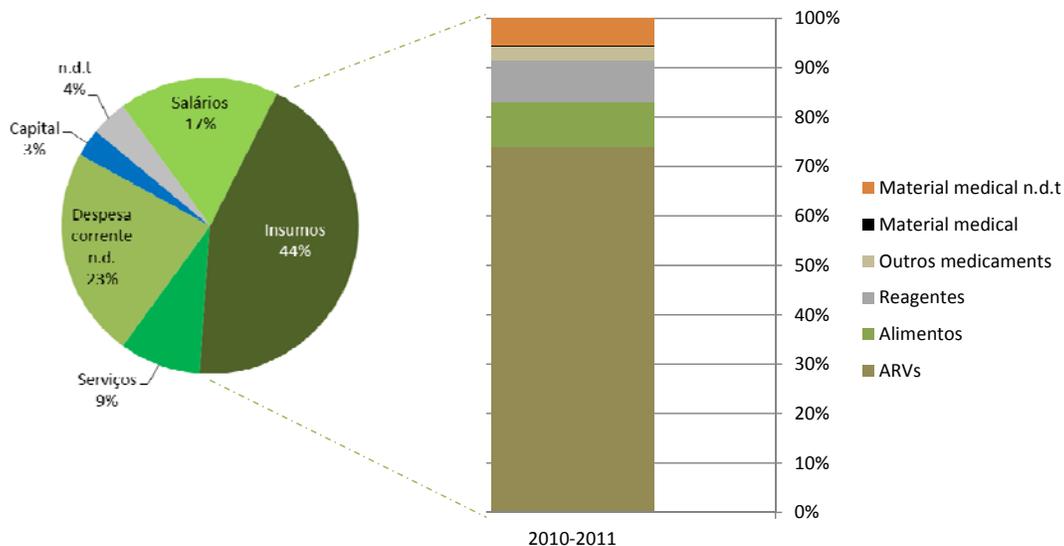
Tabela 18: Gastos em HIV e SIDA por Factores de Produção.

A informação disponibilizada pelas organizações nem sempre permitiu obter dados detalhados dos Factores de Produção. Assim, 30% dos gastos correntes (US\$ 115.8 milhões) foram reportados como PF.1.98 - Gastos Correntes não desagregados por tipo, dos quais 94% reportados através do PEPFAR EA.

O consumo de anti-retrovirais representou mais de metade dos gastos em bens (58%), seguidos de reagentes e materiais (17%), alimentos e nutrientes (12%). A medição, como mencionado na página 23, secção Limitações da Avaliação, não conseguiu capturar o consumo de preservativos. Os gastos em serviços foram maioritariamente feitos com transportes e viagens (44%), organização de eventos e formações (12%), consultorias (7%) e serviços de publicação (4%).

Os investimentos em capital incluíram construções e reabilitações (42%) e aquisição de equipamento (35%), incluindo veículos (13%). A região sul foi a que mais beneficiou dos investimentos com US\$ 6.0 milhões em 2010 (51%) e US\$ 4.6 milhões em 2011 (43%). A região norte com US\$ 3.7 milhões em 2010 (31%) e US\$ 3.3 milhões em 2011 (31%), foi a segunda mais beneficiada e seguindo por último a região centro com US\$ 2.0 milhões em 2010 (17%) e US\$ 2.5 milhões em 2011 (23%).

Figura 31: Factor de produção para cuidado e tratamento



A

Figura 31 descreve os factores de produção para a provisão de cuidado e tratamento que foi repartido entre bens (44%), salários (17%) e serviços (9%). Uma parte importante do gasto, 23% destinadas a despesas correntes não desagregadas (n.d.t.). A percentagem de gastos com serviços de transporte foi mais importante na região norte, onde representou 8% dos gastos contra 5% no centro e 3% no sul. A percentagem de gastos para cuidado e tratamento feitos em serviços de transporte e viagens atingiu 9% em Niassa e 8% em Cabo Delgado.

Tabela 17: Gastos em tratamento e percentagem utilizada para transporte e viagens

Provincia	Gasto total em cuidado e tratamento (US\$)	Gasto por pessoa em tratamento (US\$)	% do gasto para transporte e viagens
Cabo Delgado	8,854,372	754	8%
Gaza	23,833,659	658	3%
Inhambane	12,873,956	894	5%
Manica	12,834,763	716	4%
Maputo Cidade	35,456,036	603	2%
Maputo Provincia	21,148,194	523	4%
Nampula	18,344,934	1,140	6%
Niassa	11,324,791	1,702	9%
Sofala	18,972,541	707	4%
Tete	12,661,546	792	6%
Zambezia	25,944,718	1,039	5%

Tabela 18: Gastos em HIV e SIDA por Factores de Produção

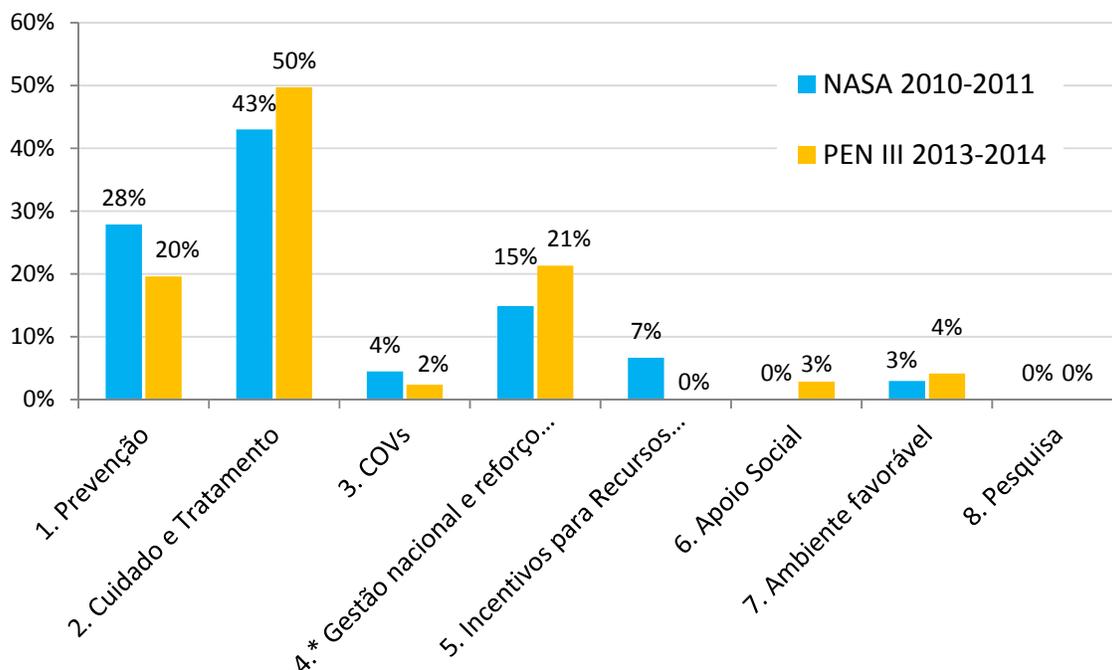
Factores de produção	2010		2011		TOTAL	
	US\$	%	US\$	%	US\$	%
PF.01 Gastos Correntes	187,168,740	88%	235,728,869	91%	422,897,609	89%
PF.01.01 Renda por trabalho	37,877,766	18%	67,305,452	26%	105,183,218	22%
PF.01.01.01 Salários	18,573,027	9%	20,239,870	8%	38,812,897	8%
PF.01.01.02 Contribuições sociais	196,634	0%	2,843	0%	199,477	0%
PF.01.01.03 Renda do trabalho não salarial	177,735	0%	126,040	0%	303,775	0%
PF.01.01.98 Renda salarial não classificada por tipo	18,930,370	9%	46,936,699	18%	65,867,069	14%
PF.01.02 Insumos e serviços	79,103,984	37%	95,195,083	37%	174,299,067	37%
PF.01.02.01 Insumos	55,468,320	26%	58,623,689	23%	114,092,009	24%
PF.01.02.01.01 Antiretrovirais	29,498,246	14%	37,039,398	14%	66,537,644	14%
PF.01.02.01.02 Outros medicamentos e produtos farmacêuticos	2,313,873	1%	1,914,706	1%	4,228,579	1%
PF.01.02.01.03 insumos médicos e cirúrgicos	163,571	0%	98,828	0%	262,399	0%
PF.01.02.01.04 Preservativos	1,562	0%	15,100	0%	16,662	0%
PF.01.02.01.05 Reagentes e materiais	7,894,346	4%	11,180,619	4%	19,074,965	4%
PF.01.02.01.06 Alimentos e nutrientes	11,332,425	5%	2,920,868	1%	14,253,293	3%
PF.01.02.01.07 Uniformes e material escolar	61,002	0%	13,452	0%	74,454	0%
PF.01.02.01.98 insumos ndt	4,159,852	2%	5,400,412	2%	9,560,264	2%
PF.01.02.01.99 insumos não classificado	43,443	0%	40,306	0%	83,749	0%
PF.01.02.02 Serviços	23,635,664	11%	36,571,394	14%	60,207,058	13%
PF.01.02.02.01 Serviços Administrativos	521,149	0%	494,119	0%	1,015,268	0%
PF.01.02.02.02 Serviços de manutenção e reparos	33,466	0%	55,952	0%	89,418	0%
PF.01.02.02.03 Serviços de publicação, filmes, e transmissões	1,353,981	1%	1,036,385	0%	2,390,366	1%
PF.01.02.02.04 Serviços de consultoria	1,434,902	1%	2,731,351	1%	4,166,253	1%
PF.01.02.02.05 Serviços de transporte e viagens	9,040,356	4%	17,387,348	7%	26,427,704	6%
PF.01.02.02.06 Serviços de hospedagem	487,088	0%	894,015	0%	1,381,103	0%
PF.01.02.02.07 Logística de eventos, incluindo serviços de catering	3,410,828	2%	3,857,079	1%	7,267,907	2%
PF.01.02.02.08 Serviço financeiro intermediário	53,559	0%	59,914	0%	113,473	0%
PF.01.02.02.98 Serviços ndt	7,069,415	3%	9,877,545	4%	16,946,960	4%
PF.01.02.02.99 Serviços não classificados	230,920	0%	177,686	0%	408,606	0%
PF.01.98 Gastos correntes ndt	70,183,918	33%	73,228,334	28%	143,412,252	30%
PF.01.99 Gastos correntes não classificados	3,072	0%	0	0%	3,072	0%
PF.02 Gastos em Capital	11,756,155	6%	10,733,257	4%	22,489,412	5%
PF.02.01 Construções	5,105,883	2%	4,295,691	2%	9,401,574	2%
PF.02.01.01 Equipamentos de laboratório e médicos		0%	159,130	0%	159,130	0%
PF.02.01.98 Construções ndt	4,098,813	2%	4,056,548	2%	8,155,361	2%
PF.02.01.99 Construções não classificadas	1,007,070	0%	80,013	0%	1,087,083	0%
PF.02.02 Equipamento	3,960,375	2%	3,908,807	2%	7,869,182	2%
PF.02.02.01 Veículos	1,458,855	1%	1,418,690	1%	2,877,545	1%
PF.02.02.02 Tecnologia da Informação	3,713	0%	6,609	0%	10,322	0%
PF.02.02.03 Equipamento de Laboratório	55,112	0%	12,083	0%	67,195	0%
PF.02.02.98 Equipamento ndt	2,379,385	1%	2,250,963	1%	4,630,348	1%
PF.02.02.99 Equipamento não classificado	63,310	0%	220,462	0%	283,772	0%
PF.02.98 Gastos em Capital ndt	2,620,602	1%	2,498,917	1%	5,119,519	1%
PF.02.99 Gastos em Capital não classificado	69,295	0%	29,842	0%	99,137	0%
PF.98 Factores de Produção ndt	14,568,704	7%	13,834,582	5%	28,403,286	6%
TOTAL	213,493,599	100%	260,296,708	100%	473,790,307	100%

3.6 Adequação dos gastos em HIV e SIDA com o PEN III

O Plano Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN III) cobre o período 2010-2014. Este plano foi custeado tardiamente e só inclui estimativas de custos para os últimos dois anos: 2013 e 2014. Assim, a comparação entre os resultados das MEGAS nem sempre são possíveis de fazer. O total de gastos apurados pela MEGAS para 2010 e 2011 atingiu US\$ 473.8 milhões, quando o PEN III estimava que no período 2013 – 2014 seriam necessários US\$772 milhões, dos quais 68% seriam destinados a implementação do Plano de Aceleração do HIV (PAH). Se adicionamos aos custos do PEN III, os custos estimados no PAH para aquisição de equipamento, infraestruturas e logística, os recursos necessários para 2013 e 2014 totalizam US\$ 931.4 milhões.

A análise apresentada na [Figura 32](#) pretende identificar o nível de conformidade da alocação dos gastos em HIV e SIDA às prioridades definidas no PEN III. Quando comparamos a distribuição proporcional dos custos estimados para 2013-2014 no PEN III e os resultados obtidos na MEGAS para 2010 e 2011 parece que há um certo alinhamento nas áreas programáticas prioritárias. Os 43% dos gastos foram com cuidados e tratamento não estão longe dos 50% estimados no PEN III, assim como, na prevenção os 28% de gastos ficam próximos dos 20% estimados no PEN III.

Figura 32: distribuição dos gastos em HIV e dos recursos necessário para o PEN III

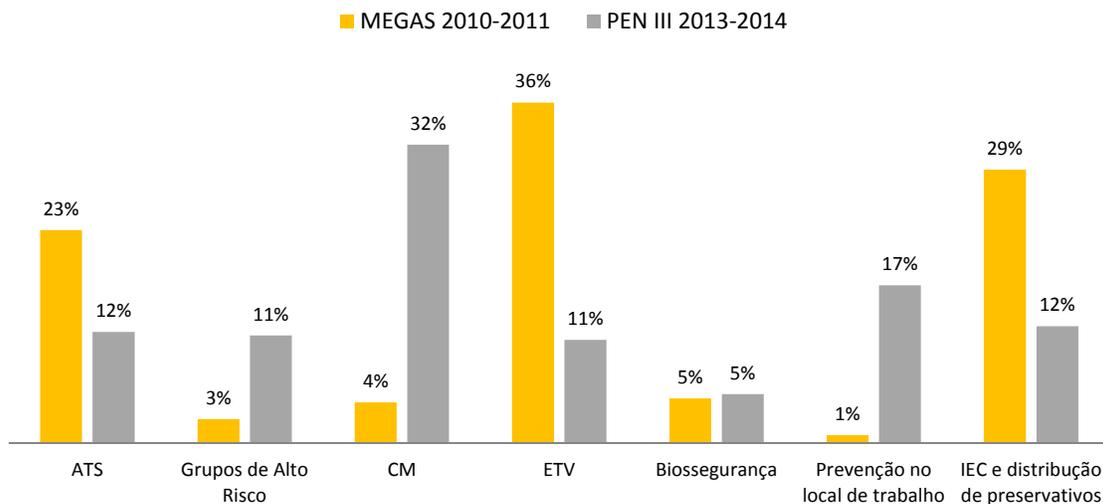


* Inclui também custos de infraestruturas, equipamento e logística incluída no PAH

No entanto, quando se analisa em mais pormenor os gastos apurados na MEGAS e as previsões do PEN III verifica-se um elevado desalinhamento, em particular na área de prevenção. Em 2010-2011, os gastos realizados com circuncisão masculina, programas direccionados a grupos de alto risco e prevenção no local de trabalho ficaram muito aquém do previsto nas previsões do PEN III. Em contraposição, os gastos em aconselhamento e testagem em saúde (ATS), eliminação transmissão vertical (ETV) e informação, educação e comunicação (IEC) ficaram muito acima das previsões feitas no PEN III, como mostra [Figura 33](#), abaixo.

Diferentes razões podem explicar estas discordâncias: subestimação do custo inicial, gasto com intervenções não custeadas inicialmente, metas ultrapassadas, programas somente iniciados em 2011 e planeados para 2010 e 2011 (ex. circuncisão masculina), ou alocação ineficiente de recursos. Uma análise mais profunda seria necessária para poder tirar conclusões.

Figura 33: Distribuição dos gastos em prevenção com os recursos necessários para o PEN III



4 Conclusões e recomendações

4.1 Conclusões do estudo

- Forte dependência em fundos externos traz à tona as questões de sustentabilidade dos programas de HIV e SIDA em Moçambique, especialmente para redução de tratamento anti-retroviral;
- Redução da percentagem de gastos alocados a prevenção e o valor baixo para algumas actividades de prevenção, especialmente para actividades não biomédicas, populações de alto risco e populações mais vulneráveis;
- Melhor distribuição de recursos entre províncias e aumento da prevenção em províncias aonde novas infecções estão aumentando (essencialmente região norte ou mudança de comportamento na zona centro);
- As formações de trabalhadores de saúde são essencialmente feitas fora do serviço, o que pode reduzir a capacidade das US de fornecer serviços de saúde.
- O relatório não reporta gastos muito baixos para desenvolvimento de um ambiente favorável, e especialmente em actividades direccionadas as mulheres, violência baseada no género ou direitos humanos relacionados ao HIV.

4.2 Recomendações chave

- (i) Concluído o processo de custeamento do PEN III, fica claro que para se alcançar os seus objectivos é necessário **aumentar os recursos para HIV e SIDA** de forma a eliminar a lacuna de financiamento;
- (ii) **Considerar outras fontes de financiamento** para reduzir a dependência das poucas fontes externas; o OE poderia ter uma maior contribuição em linha com o aumento registado nas receitas do estado;
- (iii) Para ter maior impacto na redução da incidência, torna-se necessário **desenvolver uma melhor alocação de recursos em prevenção** do HIV, incluindo:
 - Aumentar os gastos em prevenção, especialmente na região norte onde **novas infecções** estão aumentando;
 - Aumentar os gastos em prevenção especialmente direccionados para **populações de alto risco**, incluindo trabalhadoras de sexo e seus clientes, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injectam drogas. Apesar de estarem priorizadas no PEN III, as duas primeiras categorias populacionais de alto risco não têm beneficiado de recursos suficientes.
 - Aumentar os gastos e priorizar alocação de gastos para **populações vulneráveis** com maior prevalência em HIV e risco de transmissão (camionistas, mineiros, jovens, etc.).

- (iv) **Reforçar a resposta multisectorial:** Os gastos feitos por outros sectores, excluindo o da saúde, são relativamente fracos apesar do impacto que podem ter na expansão dos programas de saúde. É, assim, necessário aumentar a alocação de recursos para a integração de acções contra o HIV e SIDA em programas de protecção e serviços sociais, direitos humanos e género. É importante ainda que os provedores do sector público tenham um papel mais activo nestes domínios da resposta nacional.
- (v) Considerar possíveis melhoras de eficiências na formação dos trabalhadores de saúde e no desenvolvimento da capacidade institucional das OSC o que passaria por uma maior integração e harmonização da formação e redução de gastos unitários.
- (vi) Continuar a expandir a execução de recursos por entidades nacionais do sector público o que passaria por considerar a possibilidade de aumentar a transferência de fundos das ONGs para o sector público de forma a elevar a capacidade de absorção de recursos do aparelho de estado.
- (vii) De forma a melhorar a qualidade dos dados para próximos exercícios MEGAS: melhor desagregação de alguns gastos (população beneficiárias; factores de produção), ausência de dados (preservativos, pagamentos individuais - OOP, ou medicina tradicional). Uma das limitações deste estudo (e dos últimos MEGAS) foi a incapacidade de realizar uma avaliação exaustiva dos pagamentos individuais (OOP) às actividades relacionadas com o HIV e SIDA. Recomenda-se que algumas questões associadas às despesas no HIV sejam incorporadas nos inquéritos dos agregados familiares existentes para permitir ao governo determinar a proporção de famílias com despesas catastróficas no HIV e SIDA em Moçambique.

5 APÊNDICES

5.1 Apêndice 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 de HIV e SIDA. Os beneficiários são os números reais de pessoas abrangidas representando um resultado dos recursos usados, independentemente da eficácia do uso de recursos (cobertura eficaz).

Despesas de capital: Registos do valor dos activos não financeiros que são adquiridos, desfeitos deles ou sentida uma alteração 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 esperado 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 serviço 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, como por exemplo, o apoio directo ao orçamento dos países beneficiários.

Risco fiduciário: São os riscos de que os recursos públicos não sejam usados para os fins desejados, não haja uma prestação de contas adequada sobre eles ou que não atinjam o valor pelo dinheiro.

Agente financiador: Entidade que junta recursos financeiros obtidos de diferentes fontes financeiras 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 necessidade. Os agentes financiadores poderão juntar e pagar directamente os recursos que consomem (principalmente as famílias) e compreendem entidades que compram em nome de beneficiários específicos (principalmente intermediários, tais como seguradoras ou doadores).

Fontes financeiras: Entidades que disponibilizam fundos aos agentes financiadores para serem agregados e distribuídos¹². Uma análise das fontes financeiras 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 se localiza fora do país onde os serviços ou bens são fornecidos, incluindo, entre outras, empresas farmacêuticas e biotecnológicas multinacionais.

Apoio ao Orçamento Geral (GBS): Uma forma de ajuda 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 de fornecer apoio geral ao PES e às actividades do sector da saúde definidas nos Planos Operacionais Anuais (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 PROSAUDE.

Fundos internacionais: Os recursos provenientes do exterior do país e executados no ano corrente. As doações bilaterais e multilaterais internacionais, bem como os fundos doados por instituições e indivíduos fora do país, são incluídos até ao ponto em que são 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 em relações 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 privada/pública.

Organização Não Governamental (ONG): Organizações separadas do Estado que geralmente se baseiam no valor, não perseguem objectivos lucrativos e são criadas para ajudar os outros.

Rendimento de trabalho não salarial: Inclui honorários para provedores no auto-emprego que fornecem cuidados e outros serviços que contribuem para a *Resposta Nacional ao HIV e SIDA*, subsídios e diversas formas de compensação dos serviços prestados.

Provedor: Entidade ou pessoas que se envolvem directamente na produção ou provisão de serviços e que são responsáveis por um produto final ou subcontratação de um processo complexo que envolve várias unidades de produção que poderão precisar de contratar pessoas e adquirir insumos materiais e serviços para produzir o produto final pretendido. Um provedor geralmente presta contas ao beneficiário pela prestação do serviço e qualidade deste 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, i.e. departamentos e entidades — centrais, estatais ou locais — que estejam envolvidos em várias actividades como 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: Compreendem 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 bens duráveis não caros, por exemplo ferramentas manuais, e bens que sejam mais baratos que a maquinaria e equipamento. Um dos tipos mais importantes de insumos são os fármacos. As doações de materiais e suprimentos devem ser abordadas de tal modo que reflectam os valores reais, para que os montantes registados sejam iguais aos preços de mercado e subsídios líquidos, menos impostos indirectos.

Salários: Incluem todos os tipos de remunerações e compensações, incluindo pagamentos extra de qualquer natureza, tais como pagamentos de horas extras ou trabalho nocturno, bónus, vários subsídios e férias anuais. Os pagamentos em bens incluem refeições, bebidas, vestuário especial, transporte do e para o serviço, estacionamento de carros, cuidados diários para crianças e o valor dos juros sacrificados por empréstimos a taxas de juros reduzidas ou sem juros. Incluem-se também os pagamentos para o recrutamento ou retenção de trabalhadores (de saúde ou outros) para a provisão de serviços relacionados com HIV e SIDA.

5.2 Apêndice 2: Lista de instituições incluídas na MEGAS

Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
SECTOR PÚBLICO						
1	Área de Conservação Transfronteiriça		↓			✓
2	Assembleia da República		↓			✓
3	Caminhos de Ferro de Moçambique	✓	↓	✓	✓	✓
4	Conselho Municipal da Cidade de Maputo		↓	✓		
5	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA	✓	↓↑	✓	✓	
6	Cruz Vermelha de Moçambique		↓↑		✓	✓
7	Cuidados ambulatoriais		↑			✓
8	Electricidade de Moçambique	✓	↓	✓	✓	✓
9	Parque Nacional de Gorongosa		↑			✓
10	Instituto de Comunicação Social - ICS		↑			✓
11	Instituto de Medicina tradicional		↑			✓
12	Instituto Nacional de Acção Social - INAS		↑			✓
13	Instituto Nacional de Estatística (INE)	✓	↑		✓	✓
14	ISCISA - Instituto Superior de Ciências de Saúde		↑			✓
15	Linhas Aéreas de Moçambique	✓	↑	✓	✓	✓
16	Ministério da Planificação e Desenvolvimento	✓	↓		✓	✓
17	Ministério da Educação e Cultura	✓	↑			✓
18	Ministério da Justiça - Serviço Nacional das Prisões	✓	↑			✓
19	Ministério da Juventude e Desportos	✓	↑			✓
20	Ministério da Mulher e Acção Social	✓	↑			✓
21	Ministério da Saúde	✓	↓↑		✓	✓
22	Ministério das Finanças	✓	↓↑	✓	✓	✓
23	Ministério das Pescas	✓	↓		✓	✓
24	Ministério do Interior	✓	↑			✓
25	Ministério do Trabalho	✓	↓↑			✓
26	Ministério do Turismo	✓	↓↑		✓	
27	Ministério dos Combatentes	✓	↓		✓	✓
28	Ministério dos Transportes e Comunicações	✓	↓		✓	✓
29	Orçamento Geral do Estado		↑	✓		
30	Rádio Moçambique	✓	↑			✓
31	Telecomunicações de Moçambique	✓	↑	✓	✓	✓
32	Televisão de Moçambique	✓	↑			✓
33	Universidade Eduardo Mondlane		↑		✓	✓
SECTOR PRIVADO NACIONAL COM FINS LUCRATIVOS						
34	Academia para o Desenvolvimento Educacional		↓	✓		
35	Consórcio CETA - Condoril		↓	✓		

Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
36	TEBA	✓	↓↑	✓	✓	✓
37	TRAC		↓	✓		
38	União Geral das Cooperativas		↓			✓
SECTOR PRIVADO NACIONAL SEM FINS LUCRATIVOS						
39	ADEL Sofala		↓			✓
40	AEFUM		↑		✓	✓
41	AJN MAVALANE		↑			✓
42	Associação de Cegos e Amblíopes de Moçambique - Delegação de Maputo	✓	↑		✓	✓
43	Associação de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA e Simpatizantes		↑		✓	
44	Associação Juvenil Núcleo de Mavalane		↑			✓
45	Associação adventista de Moçambique		↑		✓	✓
46	Associação de Desenvolvimento de Povo para Povo	✓	↓		✓	✓
47	Associação Kindlimuka	✓	↓↑		✓	✓
48	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família - AMODEFA	✓	↓↑		✓	✓
49	Associação Pfukane		↑			✓
50	Associação Restaurar Esperança de Vida		↑		✓	
51	Associação Solidariedade e Desenvolvimento Comunitário		↑		✓	✓
52	Associação Xigodo		↑			✓
53	ASSOTSI		↓			✓
54	CADE		↑			✓
55	COALIZÃO		↑			✓
56	Colégio Infantil		↑			✓
57	CRISTO REI	✓	↓		✓	✓
58	ECOSIDA	✓	↑		✓	✓
59	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade	✓	↓		✓	✓
60	KULIMA- Organismo para o Direito Sócio Integrado	✓	↓		✓	✓
61	Kuyakana		↑			✓
62	LAMBDA	✓	↑			✓
63	MONASO	✓	↑		✓	✓
64	Muleide	✓	↓		✓	✓
65	NWéti Comunicação para a Saúde	✓	↓		✓	✓
66	Organização ANDA		↑			✓
67	Organização Internacional do Trabalho	✓	↓	✓	✓	✓
68	Organização Khanimambo		↑			✓
69	Organização Lado a Lado		↓			✓

70	OTM		↑			✓
Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
71	Rede Cristã contra HIV-SIDA	✓	↓		✓	✓
72	Universidade Católica de Moçambique	✓	↓		✓	✓
ORGANIZACOES MULTILATERAIS						
73	Banco Mundial		↑	✓		
74	FNUAP	✓	↓↑	✓	✓	✓
75	Fundo Global HIV TB e Malária		↓↑	✓		
76	OMS		↓↑	✓	✓	✓
77	RCO/One UN		↑	✓		
78	Organização Internacional de Migrações	✓	↓		✓	✓
79	ONUSIDA	✓	↓↑	✓	✓	✓
80	PAM	✓	↓↑	✓	✓	✓
81	PNUD		↓↑	✓		
82	União Europeia	✓	↓↑	✓		
83	UNICEF	✓	↓↑	✓	✓	✓
84	UNIFEM		↑			✓
85	UNITED		↑	✓		
86	UNOCD	✓	↓↑	✓	✓	✓
87	UNWOMEN	✓	↓↑		✓	✓
AGENCIAS BILATERAIS						
88	Governo da Alemanha -GIZ	✓	↓↑	✓	✓	
89	Governo da Austrália	✓	↓↑	✓		
90	Governo da Áustria		↓↑	✓		
91	Governo da Bélgica (incluído Flandres)		↓↑	✓		
92	Governo da Dinamarca – DANIDA	✓	↓↑	✓		
93	Governo da Espanha (incluído Catalunha)		↑	✓		
94	Governo da Finlândia	✓	↓	✓		
95	Governo da Holanda		↓↑	✓		
96	Governo da Irlanda		↓↑	✓		
97	Governo da Itália		↑	✓		
98	Governo da Noruega	✓	↓↑	✓		
99	Governo da Suécia – SIDA	✓	↓↑	✓		
100	Governo da Suíça – SDC		↑	✓		
101	Governo do Brasil		↑	✓		
102	Governo do Canada – CIDA	✓	↓↑	✓		
103	Governo do Japão		↑	✓		
104	Governo do Reino Unido – DIFID	✓	↓↑	✓		
105	Governo dos Estados Unidos – PEPFAR		↓↑	✓		
106	Luxemburgo		↓	✓		
107	Reino da Espanha	✓	↑	✓		

Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
OUTROS INTERNACIONAIS						
108	Absolute Return for Kids		↑	✓	✓	✓
109	ABT Associates		↓		✓	✓
110	AED CAP MOCAMBIQUE		↓	✓	✓	
111	African Field Epidemiology Network Limited (AFENET)		↓			✓
112	Agência Católica para o Desenvolvimento Exterior		↓	✓		
113	American Association of Blood Banks		↓		✓	
114	American International Health Alliance		↓		✓	✓
115	American Society for Clinical Pathology		↓			✓
116	ARASA		↓	✓		
117	Ariel Pediatrics AIDS Foundation		↓		✓	✓
118	Associação Itálica Amicidi Raoul Follereau		↓	✓		
119	Association of Public Health Laboratories		↓		✓	✓
120	Barcelona Center for International Health Research		↓		✓	✓
121	Bill and Melinda Gates Foundation		↓↑	✓		
122	Boston University		↓		✓	✓
123	CARE International		↓		✓	✓
124	CARITAS	✓	↓		✓	✓
125	Center for Collaboration in Health		↓		✓	✓
126	Church World Service		↓	✓		
127	Clinical and Laboratory Standards Institute		↓		✓	✓
128	Columbia University		↓↑		✓	✓
129	Comissão Episcopal de Saúde		↑			✓
130	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation		↓		✓	✓
131	Empresários contra o SIDA		↑	✓		
132	Engender Health		↓		✓	✓
133	Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho		↓↑	✓		
134	Federal University of Rio De Janeiro		↓			✓
135	FHI360		↓		✓	✓
136	Fundação Clinton		↓	✓		
137	Fundação Ford		↓	✓		
138	Fundo da Aliança Evangélica para Ajuda aos Pobres		↓	✓		
139	Getjobs	✓	↓			✓
140	Global Health Communication		↓		✓	✓
141	Health Alliance International (HAI)	✓	↓		✓	✓

Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
142	Help Age International		↓	✓		
143	HIVOS		↓	✓		
144	Hope for African Children Initiative		↓	✓		
145	Iniciativa Ecuménica de HIV/SIDA para África Suíça		↓	✓		
146	International Youth Foundation		↓		✓	✓
147	International Center for Reproductive Health		↓		✓	✓
148	International Institute of Tropical Agriculture		↓	✓		
149	International Planned Parenthood Federation		↓↑	✓		
150	Intra health International		↓		✓	✓
151	JEMBI		↓		✓	✓
152	JH-PACTO		↓	✓		
153	JHPIEGO		↓		✓	✓
154	Johns Hopkins University		↓	✓	✓	✓
155	Jonson and Jonson		↓	✓		
156	Management Sciences for Health		↓			✓
157	Médicos Sem Fronteiras		↑		✓	
158	Médicos Sem Fronteiras da Bélgica	✓	↑	✓	✓	
159	Médicos Sem Fronteiras Suíça	✓	↑	✓	✓	
160	Misereor		↓	✓		
161	NAIMA	✓	↓↑	✓	✓	✓
162	New York AIDS Institute		↓			✓
163	Nufic		↓	✓		
164	Oxfam Novib (AfricanTransformation)	✓	↓	✓		
165	Pathfinder International	✓	↓		✓	✓
166	Population Services International		↓↑		✓	✓
167	Samaritans Purse	✓	↓↑	✓	✓	✓
168	Save the Children	✓	↓		✓	
169	SINTRAT		↓			✓
170	Soul City Institute		↓	✓		
171	SouthernAfrican Aids Trust		↓	✓		
172	Southern Africa AIDS Information Dissemination Service		↓	✓		
173	Stephen Lewis Foundation		↓	✓		
174	Supply Chain Management Services (John Snow Inc.)		↓	✓		
175	Terres dês Hommes Alemanha	✓	↑		✓	
176	The American Society for Microbiology		↓		✓	✓
177	University of California at San Francisco		↓		✓	✓
178	University of Connecticut		↓			✓

179	University of North Carolina at Chapel Hill Carolina Population Center		↓			✓
Ordem	Organização/Instituição	Entrevistas	Top down/bottonup	Fonte	Agente	Provedor
180	University of Washington		↓			✓
181	University Research Corporation LLC		↓			✓
182	US Peace Corps	✓	↓		✓	
183	Vanderbilt University	✓	↓		✓	✓
184	Village Reach	✓	↑	✓		
185	WORLD VISON	✓	↓	✓	✓	✓

5.3 Apêndice 3: Matrizes de Gastos em SIDA

5.3.1 Matriz Gastos em SIDA (ASC) - Fonte Financeira (FS), 2010

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						
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento	1,471	70,588	4,047,890	900,497	1,084,106	6,104,552
ASC.01.02 Mobilização comunitária			2,522,938	136,207	40,989	2,700,134
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)	1,344,665		8,097,495	1,643,106	249,829	11,335,095
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis			2,158,882	753,362	99,611	3,011,855
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola			1,349,638	1,273,821	157,788	2,781,247
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola			360,524	29,142	33,204	422,870
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV			13,567		129,240	142,807
ASC.01.08 Programas para TS & clientes			748,684			748,684
ASC.01.09 Programas para HSH			2,178	70,738		72,916
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas			409,397			409,397
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	133,876	1,644	284,445	206,270		626,235
ASC.01.12 Marketing social do preservativo			5,797			5,797
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs	166,967		301,664	64,794	33,204	566,629
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	1,302,429		17,658,933	2,677,102	63,199	21,701,663
ASC.01.18 Circuncisão masculina	6,859		1,607,766	12,906		1,627,531
ASC.01.19 Segurança do sangue	87,355		482,696	164,399		734,450
ASC.01.21 Prevenção universal			244,976			244,976
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição			728,271			728,271
ASC.01.98 Prevenção ndt			5,560,423	78,549	173,747	5,812,719
ASC.02. Cuidado e tratamento						
ASC.02.01 tratamento ambulatorio	5,119,707	148,855	60,596,096	24,534,098	3,582,634	93,981,390
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor	624,732		226,953	1,175,736		2,027,421
ASC.02.01.02 Tratamento de IO			12,872,170		25,140	12,897,310
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral	4,477,685		33,692,441	19,210,415	3,005,323	60,385,864

	FS.01 Público	FS.02 Privado	FS.03.01 Bilaterais	FS.03.02 Multilaterais	FS.03.03 outros internacionais	TOTAL
ASC						
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	17,290		3,653,375	1,376,315	20,157	5,067,137
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório			2,410,233	1,600,497	20,422	4,031,152
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial					124,320	124,320
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos			186,499	70,863		257,362
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário		148,855	5,709,585	1,100,272	387,272	7,345,984
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt			1,844,840			1,844,840
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt			3,406,630		1,172,961	4,579,591
ASC.03. Órfãos e crianças vulneráveis (COVs)						
ASC.03.01 Educação para COVs			9,225		11,510	20,735
ASC.03.02 Serviços de saúde básico			88		22,841	22,929
ASC.03.03 Apoio familiar			3,603		67,999	71,602
ASC.03.04 Apoio comunitário			2,676,696	1,009,356	81,092	3,767,144
ASC.03.05 Serviços social e administrativo			848			848
ASC.03.06 Cuidado institucional			259,276	89,525		348,801
ASC.03.98 COVs ndt			4,711,118	423,993	23,498	5,158,609
ASC.03.99 COVs não classificado			34,396	186,390	57,347	278,133
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema						
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa	1,930,463		3,043,076	2,410,742		7,384,281
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos			587,391	2,518	19,568	609,477
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação			3,474,324	548,449	4,594	4,027,367
ASC.04.04 Pesquisa Operacional			26,201	15,463		41,664
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga					51,572	51,572
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos		6,848	2,016,663			2,023,511
ASC.04.08 Tecnologia da informação			2,774,476			2,774,476
ASC.04.09 Busca activa			134,161		6,722	140,883
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestruturas			6,696,323		1,143,329	7,839,652
ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt			42,466			42,466
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado			407,204			407,204
ASC						
	FS.01 Público	FS.02 Privado	FS.03.01 Bilaterais	FS.03.02 Multilaterais	FS.03.03 outros	TOTAL

						internacionais	
ASC.05. Incentivos para recursos humanos							
ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos						23,832	23,832
ASC.05.03 Formação			10,855,613	196,530		51,607	11,103,750
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt			1,642,234				1,642,234
ASC.06. Protecção social e serviços sociais							
ASC.06.02 Benefícios em Género	2,990	7,113				5,156	15,259
ASC.06.04 Geração de renda			15,869	45,000		53,075	113,944
ASC.07. Ambiente favorável							
ASC.07.01 Advocacia				81,445		5,390	86,835
ASC.07.02 Direitos Humanos			16,899	115,310			132,209
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional	39,468		4,777,384	523,227		43,148	5,383,227
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género			920,635				920,635
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt			56,107	327,834			383,941
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado			37,125				37,125
ASC.08. Pesquisa							
ASC.08.01 Pesquisa biomédica			10,733				10,733
ASC.08.03 Pesquisa epidemiológica			38,921				38,921
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais			240,021			2,411	242,432
TOTAL	10,136,250	235,048	156,097,966	38,520,773	8,495,203	213,485,240	

5.3.2 Matriz Gastos em SIDA (ASC) - Fonte Financeira (FS), 2011

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						
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento			6,348,547	414,376	1,394,091	8,157,014
ASC.01.02 Mobilização comunitária			3,819,937	211,520	318,600	4,350,057
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)	1,529,252		12,185,922	1,553,805	385,120	15,654,099
ASC.01.04 redução de risco para populações vulneráveis		95,517	1,851,003	540,131	294,337	2,780,988
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola	5,224		981,115	1,649,090	200,274	2,835,703
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola			634,989	267,400	33,204	935,593
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV			437,435		6,567	444,002
ASC.01.08 Programas para TS & clientes			1,399,822			1,399,822
ASC.01.09 Programas para HSH			7,798	87,292		95,090
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas			317,278			317,278
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	119,232	2,704	98,707	143,003	4,642	368,288
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs	302,806		98,057	411,837	49,743	862,443
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	1,887,627		17,843,728	1,662,984	50,606	21,444,945
ASC.01.18 Circuncisão masculina	37,748		3,464,683	29,191		3,531,622
ASC.01.19 Segurança do sangue	111,668		786,289	86,358		984,315
ASC.01.21 Prevenção universal			1,546,340			1,546,340
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição			1,425,234			1,425,234
ASC.01.98 Prevenção ndt			4,768,754	276,911	64,800	5,110,465
ASC.02. Cuidado e tratamento						
ASC.02.01 tratamento ambulatorio	6,805,881	109,285	64,637,935	26,724,802	4,735,292	103,013,195
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor	1,454,818		1,273,633	698,359		3,426,810

ASC.02.01.02 Tratamento de IO		11,936,754		31,298	11,968,052
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral	5,306,118	37,510,056	24,271,391	4,098,355	71,185,920
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	39,993	1,000,118	285,182	29,396	1,354,689
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório	4,952	4,924,162	1,249,748	16,518	6,195,380
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial				166,060	166,060
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	109,285	6,825,314	220,122	393,665	7,548,386
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt		1,167,898			1,167,898
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt		1,083,968		1,069,371	2,153,339
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)					
ASC.03.01 Educação para COVs				11,282	11,282
ASC.03.02 Serviços de saúde básico				15,077	15,077
ASC.03.03 Apoio familiar				72,930	72,930
ASC.03.04 Apoio comunitário		655,244	181,326	22,562	859,132
ASC.03.06 Cuidado institucional		149,175	29,132		178,307
ASC.03.98 COVs ndt		9,475,859	713,533	28,073	10,217,465
ASC.03.99 COVs não classificado		22,680	93,056	99,585	215,321
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema					
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional de programas	2,582,418	9,074,248	1,984,167	82,808	13,723,641
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos		207,972	13,904	13,710	235,586
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação		6,956,050	369,935	376	7,326,361
ASC.04.04 Pesquisa Operacional		1,101,931			1,101,931
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga				51,997	51,997
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos	4,228	880,611			884,839
ASC.04.08 Tecnologia da informação		4,211,707			4,211,707
ASC.04.09 Busca activa				112,798	112,798
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestrutura		5,436,362	30,000	292,830	5,759,192
ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt		9,280,220			9,280,220
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado		2,400,707			2,400,707

ASC.05. Incentivos para recursos humanos

ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos				25,414	25,414
ASC.05.03 Formação		16,588,895	531,946	77,831	17,198,672
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt		1,576,055			1,576,055

ASC.06. Protecção social e serviços sociais

ASC.06.02 Benefícios em Género	11,297	18,041		17,517	46,855
ASC.06.02 Serviços sociais				29,715	29,715
ASC.06.04 Geração de renda			306,075	15,000	321,075

ASC.07. Ambiente favorável

ASC.07.01 Advocacia			24,971	149,649	100,000	274,620
ASC.07.02 Direitos Humanos				169,654	2,600	172,254
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional			5,456,743	635,725		6,092,468
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género			23,800	39,484		63,284
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt				6,443		6,443
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado			176,405	168,000		344,405

ASC.08. Pesquisa

ASC.08.01 Pesquisa biomédica			52,402			52,402
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais				7,352		7,352

TOTAL	13,393,153	229,775	197,795,653	39,197,006	9,663,752	260,279,339
--------------	-------------------	----------------	--------------------	-------------------	------------------	--------------------

5.3.3 Matriz Gastos em SIDA (ASC) – Populações Beneficiárias (BP), 2010

ASC	Populações Beneficiárias						Grande Total
	BP.01. PVHIV	BP.02. GAR	BP.03 Grupos vulneráveis	BP.04 Populações específicas	BP.05 População Geral	BP.06 Não direccionada	
ASC.01. Prevenção							
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento	5,269		320,667	351,595	5,427,021		6,104,552
ASC.01.02 Mobilização comunitária			89,490	76,609	2,534,035		2,700,134
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)				257,689	11,077,406		11,335,095
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis		74,124	695,446	994,372	1,247,913		3,011,855
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola				2,781,247			2,781,247
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola			422,870				422,870
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	142,807						142,807
ASC.01.08 Programas para TS & clientes		748,684					748,684
ASC.01.09 Programas para HSH		72,916					72,916
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas		409,397					409,397
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho				626,235			626,235
ASC.01.12 Marketing social do preservativo					5,797		5,797
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs				566,629			566,629
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical			21,701,663				21,701,663
ASC.01.18 Circuncisão masculina				150,636	1,476,895		1,627,531
ASC.01.19 Segurança do sangue			734,450				734,450
ASC.01.21 Precaução universal				244,976			244,976
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição				728,271			728,271
ASC.01.98 Prevenção ndt		78,979			5,733,740		5,812,719
ASC.02. Cuidado e tratamento							
ASC.02.01 tratamento ambulatorio	93,979,286	2,104					93,981,390

ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor	2,027,421		2,027,421
ASC.02.01.02 Tratamento de IO	12,897,310		12,897,310
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral	60,385,864		60,385,864
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	5,067,137		5,067,137
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório	4,029,048	2,104	4,031,152
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial	124,320		124,320
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos	257,362		257,362
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	7,345,984		7,345,984
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt	1,844,840		1,844,840
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt	4,579,591		4,579,591
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)			
ASC.03.01 Educação para COVs		20,735	20,735
ASC.03.02 Serviços de saúde básico		22,929	22,929
ASC.03.03 Apoio familiar		71,602	71,602
ASC.03.04 Apoio comunitário		3,767,144	3,767,144
ASC.03.05 Serviços social e administrativo		848	848
ASC.03.06 Cuidado institucional		348,801	348,801
ASC.03.98 COVs ndt		5,158,609	5,158,609
ASC.03.99 COVs não classificado		278,133	278,133
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema			
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa		7,384,281	7,384,281
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos		589,909	609,477
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação		4,027,367	4,027,367
ASC.04.04 Pesquisa Operacional		41,664	41,664
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga		51,572	51,572
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos		2,023,511	2,023,511
ASC.04.08 Tecnologia da informação		2,774,476	2,774,476
ASC.04.09 Busca activa	140,883		140,883

ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestrutura	39,547				7,800,105	7,839,652
ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt					42,466	42,466
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado					407,204	407,204
ASC.05. Incentivos para recursos humanos						
ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos					23,832	23,832
ASC.05.03 Formação	3,003		10,761,289		339,458	11,103,750
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt			1,642,234			1,642,234
ASC.06. Protecção social e serviços sociais						
ASC.06.02 Benefícios em Género	15,259					15,259
ASC.06.04 Geração de renda	68,044	30,900	15,000			113,944
ASC.07. Ambiente favorável						
ASC.07.01 Advocacia	5,390				81,445	86,835
ASC.07.02 Direitos Humanos	27,692		92,470		12,047	132,209
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional		371,678			5,011,549	5,383,227
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	49,374			871,261		920,635
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt				327,834	56,107	383,941
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado					37,125	37,125
ASC.08. Pesquisa						
ASC.08.01 Pesquisa biomédica					10,733	10,733
ASC.08.03 Pesquisa epidemiológica					38,921	38,921
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais					242,432	242,432
TOTAL	99,056,145	1,386,204	34,035,965	19,289,252	28,701,902	30,996,204
						213,485,240

5.3.4 Matriz Gastos em SIDA (ASC) –Populações Beneficiárias (BP), 2011

ASC	Populações Beneficiárias						Grande Total
	BP.01. PVHIV	BP.02. GAR	BP.03 Grupos vulneráveis	BP.04 Populações específicas	BP.05 População Geral	BP.06 Não direccionada	
ASC.01. Prevenção							
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento	3,895		93,881	124,165	7,935,073		8,157,014
ASC.01.02 Mobilização comunitária		197,297	317,280	3,488,311	347,169		4,350,057
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)			58,250	199,189	15,396,660		15,654,099
ASC.01.04 Redução de risco para populações vulneráveis		194,778	1,362,590	691,714	531,906		2,780,988
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola				2,835,703			2,835,703
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola			935,593				935,593
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV	444,002						444,002
ASC.01.08 Programas para TS & clientes		1,399,822					1,399,822
ASC.01.09 Programas para HSH		95,090					95,090
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas		317,278					317,278
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho				368,288			368,288
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs				862,443			862,443
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical			21,444,945				21,444,945
ASC.01.18 Circuncisão masculina				218,388	3,313,234		3,531,622
ASC.01.19 Segurança do sangue			984,315				984,315
ASC.01.21 Precaução universal				840,279	706,061		1,546,340
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição				1,425,234			1,425,234
ASC.01.98 Prevenção ndt		142,938		99,561	4,867,966		5,110,465
ASC.02. Cuidado e tratamento							

ASC.02.01 tratamento ambulatorio	101,582,388	1,430,807	103,013,195
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor	3,426,810		3,426,810
ASC.02.01.02 Tratamento de IO	11,968,052		11,968,052
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral	69,755,113	1,430,807	71,185,920
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	1,354,689		1,354,689
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório	6,195,380		6,195,380
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial	166,060		166,060
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	7,548,386		7,548,386
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt	1,167,898		1,167,898
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt	2,153,339		2,153,339
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)			
ASC.03.01 Educação para COVs		11,282	11,282
ASC.03.02 Serviços de saúde básico		15,077	15,077
ASC.03.03 Apoio familiar		72,930	72,930
ASC.03.04 Apoio comunitário		859,132	859,132
ASC.03.06 Cuidado institucional		178,307	178,307
ASC.03.98 COVs ndt		10,217,465	10,217,465
ASC.03.99 COVs não classificado		215,321	215,321
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema			
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa		13,723,641	13,723,641
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos		226,386	235,586
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação		7,326,361	7,326,361
ASC.04.04 Pesquisa Operacional		1,101,931	1,101,931
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga		51,997	51,997
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos		884,839	884,839
ASC.04.08 Tecnologia da informação		4,211,707	4,211,707
ASC.04.09 Busca activa	112,798		112,798
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestrutura	89,216	60,000	5,609,976 5,759,192

ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt							9,280,220	9,280,220
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado							2,400,707	2,400,707
ASC.05. Incentivos para recursos humanos								
ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos							25,414	25,414
ASC.05.03 Formação				13,919,684			3,278,988	17,198,672
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt				1,576,055				1,576,055
ASC.06. Protecção social e serviços sociais								
ASC.06.02 Benefícios em Género	44,999			1,856				46,855
ASC.06.02 Serviços sociais	29,715							29,715
ASC.06.04 Geração de renda	21,976	61,243	237,856					321,075
ASC.07. Ambiente favorável								
ASC.07.01 Advocacia	74,620		200,000					274,620
ASC.07.02 Direitos Humanos			39,484	45,680	87,090			172,254
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional	203		114,848		138,377	5,839,040		6,092,468
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	19,742				43,542			63,284
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt			6,443					6,443
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado					168,000	176,405		344,405
ASC.08. Pesquisa								
ASC.08.01 Pesquisa biomédica							52,402	52,402
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais							7,352	7,352
TOTAL		104,576,893	2,408,446	38,855,806	26,696,550	33,535,078	54,197,366	260,279,339

5.3.5 Matriz Gastos em SIDA (ASC) –Provedores de serviços (PS), 2010

ASC	Provedores de Serviços				Grande Total
	Internacional	Privado internacional	Privado Nacional	Público	
ASC.01. Prevenção					
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento	70,899	1,881	4,948,188	1,083,584	6,104,552
ASC.01.02 Mobilização comunitária	89,490	96,280	2,514,364		2,700,134
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)		1,438,315	2,906,255	6,990,525	11,335,095
ASC.01.04 redução de risco para populações vulneráveis	162,707	1,131,436	487,594	1,230,118	3,011,855
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola	2,133	33,204	2,053,672	692,238	2,781,247
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola		33,204		389,666	422,870
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV		78,144	64,663		142,807
ASC.01.08 Programas para TS & clientes		225,159	523,525		748,684
ASC.01.09 Programas para HSH		2,178	70,738		72,916
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas		14,671	394,726		409,397
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	95,000		387,860	143,375	626,235
ASC.01.12 Marketing social do preservativo			5,797		5,797
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSs		33,204		533,425	566,629
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	238,884	938,869	1,846,290	18,677,620	21,701,663
ASC.01.18 Circuncisão masculina		150,636		1,476,895	1,627,531
ASC.01.19 Segurança do sangue				734,450	734,450
ASC.01.21 Precaução universal				244,976	244,976
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição				728,271	728,271
ASC.01.98 Prevenção ndt		4,473,227	853,077	486,415	5,812,719
ASC.02. Cuidado e tratamento					
ASC.02.01 tratamento ambulatorio	1,297,456	922,606	9,937,409	81,823,919	93,981,390
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor				2,027,421	2,027,421

ASC.02.01.02 Tratamento de IO		25,140		12,872,170	12,897,310
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral			1,018,455	59,367,409	60,385,864
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	745,511	20,157	3,847,057	454,412	5,067,137
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório		413,222		3,617,930	4,031,152
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial		93,675	30,645		124,320
ASC.02.01.08 Cuidados paliativos	38,384		210,000	8,978	257,362
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	513,561	370,412	4,815,742	1,646,269	7,345,984
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt			15,510	1,829,330	1,844,840
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt		1,172,961	715,864	2,690,766	4,579,591
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)					
ASC.03.01 Educação para COVs		11,510	9,225		20,735
ASC.03.02 Serviços de saúde básico		22,841	88		22,929
ASC.03.03 Apoio familiar		67,999	3,603		71,602
ASC.03.04 Apoio comunitário	546,740	22,562	1,579,882	1,617,960	3,767,144
ASC.03.05 Serviços social e administrativo			848		848
ASC.03.06 Cuidado institucional	48,492		185,025	115,284	348,801
ASC.03.98 COVsndt	6,301	1,635,407	3,469,934	46,967	5,158,609
ASC.03.99 COVs não classificado			58,588	219,545	278,133
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema					
ASC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa	2,518,671	1,409,073	276,087	3,180,450	7,384,281
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos	2,518	51,371	555,588		609,477
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação	498,009	2,779,176	191,758	558,424	4,027,367
ASC.04.04 Pesquisa Operacional	15,463		26,201		41,664
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga	51,572				51,572
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos		236,910		1,786,601	2,023,511
ASC.04.08 Tecnologia da informação		2,708,205	66,271		2,774,476
ASC.04.09 Busca activa		6,722	134,161		140,883
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestruturas		7,739,119	30,171	70,362	7,839,652

ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt				42,466	42,466
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado	367,715			39,489	407,204
ASC.05. Incentivos para recursos humanos					
ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos		23,832			23,832
ASC.05.03 Formação	412,239	9,204,649	15,207	1,471,655	11,103,750
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt		1,533,641	108,593		1,642,234
ASC.06. Protecção social e serviços sociais					
ASC.06.02 Benefícios em Género			12,269	2,990	15,259
ASC.06.04 Geração de renda		23,869	90,075		113,944
ASC.07. Ambiente favorável					
ASC.07.01 Advocacia	81,445		5,390		86,835
ASC.07.02 Direitos Humanos			108,422	23,787	132,209
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional	28,149	4,694,163	621,119	39,796	5,383,227
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	127,500		793,135		920,635
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt	380,895		3,046		383,941
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado	37,125				37,125
ASC.08. Pesquisa					
ASC.08.01 Pesquisa biomédica	10,733				10,733
ASC.08.03 Pesquisa epidemiológica	38,921				38,921
ASC.08.04 Pesquisa em ciências sociais	240,021		2,411		242,432
TOTAL	7,001,363	43,284,739	36,057,119	127,142,019	213,485,240

5.3.6 Matriz Gastos em SIDA (ASC) – Provedores de serviços (PS), 2011

ASC	Provedores de Serviços				Total
	Internacional	Privado internacional	Privado Nacional	Público	
ASC.01. Prevenção					
ASC.01.01 Comunicação para mudança de comportamento	106,883	868,681	7,010,548	170,902	,157,014
ASC.01.02 Mobilização comunitária	317,280	3,665,279	367,498		,350,057
ASC.01.03 Aconselhamento e testagem em saúde (ATS)		1,782,785	4,476,054	9,395,260	15,654,099
ASC.01.04 redução de risco para populações vulneráveis	477,738	803,335	767,005	566,273	,780,988
ASC.01.05 Prevenção jovens na escola	10,000	118,797	1,515,115	1,191,791	,835,703
ASC.01.06 Prevenção jovens fora da escola		33,204		902,389	935,593
ASC.01.07 Prevenção para PVHIV		275,756	6,567	161,679	444,002
ASC.01.08 Programas para TS & clientes	32,738	184,702	1,182,382		,399,822
ASC.01.09 Programas para HSH		7,798	87,292		95,090
ASC.01.10 Programas para pessoas que injectam drogas		57,060	260,218		317,278
ASC.01.11 Prevenção no local de trabalho	92,000		118,609	157,679	368,288
ASC.01.16 Prevenção e tratamento de ITSS		49,743		812,700	862,443
ASC.01.17 Eliminação da transmissão vertical	198,722	937,326	843,885	19,465,012	21,444,945
ASC.01.18 Circuncisão masculina		218,388		3,313,234	,531,622
ASC.01.19 Segurança do sangue				984,315	984,315
ASC.01.21 Precaução universal				1,546,340	,546,340
ASC.01.22 Profilaxia pós exposição				1,425,234	,425,234
ASC.01.98 Prevenção ndt		2,620,111	2,248,025	242,329	,110,465
ASC.02. Cuidado e tratamento					
ASC.02.01 tratamento ambulatorio	266,353	801,392	8,746,503	93,198,947	103,013,195
ASC.02.01.01 Testagem iniciado pelo provedor				3,426,810	,426,810

ASC.02.01.02 Tratamento de IO		31,298		11,936,754	11,968,052
ASC.02.01.03 Tratamento Antiretroviral			1,430,807	69,755,113	71,185,920
ASC.02.01.04 Apoio nutricional	223,428	29,396	132,126	969,739	,354,689
ASC.02.01.05 Monitoria em laboratório		329,492		5,865,888	,195,380
ASC.02.01.07 Apoio psicossocial		121,449	44,611		166,060
ASC.02.01.09 Cuidado domiciliário	42,925	289,757	7,138,959	76,745	,548,386
ASC.02.01.98 tratamento ambulatorio ndt				1,167,898	,167,898
ASC.02.98 Cuidado e tratamento ndt		1,069,371	40,974	1,042,994	,153,339
ASC.03. Orfãos e crianças vulneráveis (COVs)					
ASC.03.01 Educação para COVs		11,282			11,282
ASC.03.02 Serviços de saúde básico		15,077			15,077
ASC.03.03 Apoio familiar		72,930			72,930
ASC.03.04 Apoio comunitário	146,557	22,562	475,320	214,693	859,132
ASC.03.06 Cuidado institucional	23,544		120,938	33,825	178,307
ASC.03.98 COVs ndt		1,822,215	8,339,660	55,590	10,217,465
ASC.03.99 COVs não classificado			99,585	115,736	215,321
ASC.04. Coordenação da resposta e reforço do sistema					
SC.04.01 Coordenação e gestão nacional do programa	1,839,659	4,846,060	386,688	6,651,234	13,723,641
ASC.04.02 Custos administrativos ligados a gestão e fundos		29,413	206,173		235,586
ASC.04.03 Monitoria e Avaliação	402,616	3,465,132	3,332,498	126,115	7,326,361
ASC.04.04 Pesquisa Operacional		878,788		223,143	1,101,931
ASC.04.06 Monitoria da resistência a droga	51,997				51,997
ASC.04.07 Sistema de distribuição de medicamentos		350,851	174,579	359,409	884,839
ASC.04.08 Tecnologia da informação		3,916,814	290,964	3,929	4,211,707
ASC.04.09 Busca activa		112,798			112,798
ASC.04.10 Construção e reabilitação de infraestruturas	60,000	5,328,710	131,207	239,275	5,759,192
ASC.04.98 Coordenação da resposta ndt		9,018,051	191,021	71,148	9,280,220
ASC.04.99 Coordenação da resposta não classificado		2,392,952		7,755	2,400,707

ASC.05. Incentivos para recursos humanos

ASC.05.01 Incentivo financeiro para recursos humanos		25,414			25,414
ASC.05.03 Formação	422,100	12,809,321	2,702,440	1,264,811	17,198,672
ASC.05.98 Incentivos para recursos humanos ndt		1,106,066	436,448	33,541	1,576,055

ASC.06. Protecção social e serviços sociais

ASC.06.02 Benefícios em Género			37,414	9,441	46,855
ASC.06.02 Serviços sociais			29,715		29,715
ASC.06.04 Geração de renda	299,099		21,976		321,075

ASC.07. Ambiente favorável

ASC.07.01 Advocacia	274,620				274,620
ASC.07.02 Direitos Humanos	39,484		102,770	30,000	172,254
ASC.07.03 Desenvolvimento institucional	190,887	5,067,089	735,871	98,621	6,092,468
ASC.07.04 Programas de HIV com foco no Género	63,284				63,284
ASC.07.98 Ambiente favorável ndt				6,443	6,443
ASC.07.99 Ambiente favorável não classificado	344,405				344,405

ASC.08. Pesquisa

ASC.08.01 Pesquisa biomédica	52,402				52,402
ASC.08.04 Pesquisa em Ciências sociais	7,352				7,352

TOTAL	5,719,720	64,785,253	45,485,942	144,121,787	260,279,339
--------------	------------------	-------------------	-------------------	--------------------	--------------------

5.3.7 Fonte de financiamento (FS) – Provedores de serviços (PS), 2010

FS	Provedores de Serviços			Público	Total
	Internacional	Privado internacional	Privado Nacional		
FS.01 Fundos públicos			52,778	10,083,472	10,136,250
FS.01.01 Fundos públicos territoriais			52,778	9,975,049	10,027,827
FS.01.01.01 Orçamento Estado			51,307	9,975,049	10,026,356
FS.01.01.03 Orçamento local/municipal			1,471		1,471
'FS.01.99 Outros fundos públicos ndt				108,423	108,423
FS.02 Fundos Privados			228,200	6,848	235,048
FS.02.01 Instituições com fins lucrativos			157,612		157,612
FS.02.03 instituição sem fins lucrativos				6,848	6,848
FS.02.99 fundos privados não classificados			70,588		70,588
FS.03 Fundos Internacionais	7,001,363	43,284,739	35,776,141	117,051,699	203,113,942
FS.03.01 Contribuições bilaterais directas	3,275,105	39,982,409	26,903,596	85,936,856	156,097,966
FS.03.01.01 Governo da Austrália	227,607		1,262,748	369,827	1,860,182
FS.03.01.02 Governo da Áustria	60,345		60,310	18,485	139,140
FS.03.01.03 Governo da Bélgica	346,902			7,254	354,156
FS.03.01.04 Governo do Canada			482,174	294,103	776,277
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca	80,874		201,667	1,314,225	1,596,766
FS.03.01.06 Governo da Finlândia	10,132			12,971	23,103
FS.03.01.07 Governo da França				10,811	10,811
FS.03.01.08 Governo da Alemanha			170,595	311,978	482,573
FS.03.01.10 Governo da Irlanda	37,125		281,788	227,782	546,695
FS.03.01.11 Governo da Itália				2,884	2,884
FS.03.01.12 Governo do Japão	217,204		858,926	388,228	1,464,358
FS.03.01.14 Governo da Holanda	32,637		1,948,845	83,549	2,065,031

FS.03.01.16 Governo da Noruega	18,572			509,638	528,210
FS.03.01.18 Governo da Espanha	26,691		68,916	209,932	305,539
FS.03.01.19 Governo da Suécia	445,627			639,611	1,085,238
FS.03.01.20 Governo da Suíça				9,378	9,378
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido	51,434		149,982	123,501	324,917
FS.03.01.22 Governo dos Estados Unidos	1,703,866	39,982,409	21,255,705	81,373,941	144,315,921
FS.03.01.99 Outros Governos	16,089		161,940	28,758	206,787
FS.03.02 Agencias multilaterais	3,674,686		7,025,062	27,821,025	38,520,773
FS.03.02.02 Comissão Europeia				21,887	21,887
FS.03.02.04 BIT/ILO			41,564		41,564
FS.03.02.07 Fundo Global para HIV, TB e Malária				19,443,569	19,443,569
FS.03.02.08 ONUSIDA/UNAIDS	954,838		47,027		1,001,865
FS.03.02.09 UNICEF	515,023		2,430,747	608,417	3,554,187
FS.03.02.11 PNUD/UNDP	668,749		3,657,296	1,939,496	6,265,541
FS.03.02.17 FNUAP/UNFPA	879,680		104,623	1,740,982	2,725,285
FS.03.02.18 Banco Mundial	145,284		574,521	262,183	981,988
FS.03.02.19 PAM/WFP	42,808		169,284	76,514	288,606
FS.03.02.29 OMS/WHO	305,041				305,041
FS.03.02.99 Agencias multilaterais não classificadas				3,891,240	3,891,240
FS.03.03 ONGs internacionais	51,572	3,302,330	1,847,483	3,293,818	8,495,203
FS.03.03.06 Bill and Melinda Gates Foundation	51,572				51,572
FS.03.03.09 Caritas Internacional		111,221			111,221
FS.03.03.18 ICRC				173,747	173,747
FS.03.03.20 MSF				3,120,071	3,120,071
FS.03.03.25 The Clinton Foundation			14,118		14,118
FS.03.03.26 The Ford Foundation			102,133		102,133
FS.03.03.33 World Vision			204,235		204,235
FS.03.03.99 Outras ONGS internacionais		3,191,109	1,526,997		4,718,106

Total	7,001,363	43,284,739	36,057,119	127,142,019	213,485,240
--------------	------------------	-------------------	-------------------	--------------------	--------------------

5.3.8 Fonte de financiamento (FS) – Provedores de serviços (PS), 2011

FS	Provedores de Serviços				Total
	Internacional	Privado internacional	Privado Nacional	Público	
FS.01 Fundos públicos			8,499	13,384,654	13,393,153
FS.01.01 Fundos públicos territoriais			5,224	13,266,481	3,271,705
FS.01.01.01 Orçamento Estado			5,224	13,266,481	13,271,705
FS.01.99 Outros fundos públicos não classificados			3,275	118,173	121,448
FS.02 Fundos Privados			225,547	4,228	229,775
FS.02.01 Instituições com fins lucrativos			129,145		129,145
FS.02.03 instituição sem fins lucrativos				4,228	4,228
FS.02.99 fundos privados não classificados			96,402		96,402
FS.03 Fundos Internacionais	5,719,720	64,785,253	45,251,896	130,732,905	246,656,411
FS.03.01 Contribuições bilaterais directas	2,238,981	62,444,799	36,538,814	96,406,422	197,795,653
FS.03.01.01 Governo da Austrália	52,130		239,172	51,158	342,460
FS.03.01.02 Governo da Áustria	124,003				124,003
FS.03.01.03 Governo da Bélgica	182,009		27,916	78,175	288,100
FS.03.01.04 Governo do Canada	280,562		594,531	2,172,644	,047,737
FS.03.01.05 Governo da Dinamarca	189,305	83,648	61,014	1,354,580	1,688,547
FS.03.01.08 Governo da Alemanha			43,881	795,295	839,176
FS.03.01.10 Governo da Irlanda				855,200	855,200
FS.03.01.11 Governo da Itália				9,616	9,616
FS.03.01.12 Governo do Japão	2,969		5,114	9,915	17,998
FS.03.01.13 Governo do Luxemburgo	24,971				24,971
FS.03.01.14 Governo da Holanda			326,546	84,140	410,686
FS.03.01.16 Governo da Noruega	74,813	74,168	28,816	1,037,448	1,215,245
FS.03.01.18 Governo da Espanha	25,433		155,263	296,390	477,086
FS.03.01.19 Governo da Suécia	555,053		19,796	69,209	644,058

FS.03.01.20 Governo da Suíça	7,175		11,263	68,540	86,978
FS.03.01.21 Governo do Reino Unido	9,130			555,603	564,733
FS.03.01.22 Governo dos Estados Unidos	565,396	62,118,378	34,916,471	88,757,097	186,523,979
FS.03.01.23 Government of People's Republic of China		168,605			168,605
FS.03.01.99 Outros Governos	146,032		109,031	211,412	466,475
FS.03.02 Agencias multilaterais	3,046,492	21,444	6,168,338	29,960,732	39,197,006
FS.03.02.02 Comissão Europeia			8,750	72,120	78,397
FS.03.02.07 Fundo Global para HIV, TB e Malária			324,282	22,474,585	22,798,867
FS.03.02.08 ONUSIDA/UNAIDS	971,411	10,019	20,391	86,261	1,088,082
FS.03.02.09 UNICEF	447,390		3,527,345	633,683	4,608,418
FS.03.02.11 PNUD/UNDP	199,658		1,738,717	551,422	2,489,797
FS.03.02.16 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)	382,250				382,250
FS.03.02.17 FNUAP/UNFPA	294,657	11,425	289,073	686,367	1,281,522
FS.03.02.18 Banco Mundial	123,851		211,780	410,649	746,280
FS.03.02.19 PAM/WFP	323,755				323,755
FS.03.02.29 OMS/WHO				5,015,645	5,015,645
FS.03.02.99 Agencias multilaterais não classificadas	303,520		48,000	30,000	381,520
FS.03.03 ONGs internacionais	434,247	2,319,010	2,544,744	4,365,751	9,663,752
FS.03.03.06 Bill and Melinda Gates Foundation	51,997				51,997
FS.03.03.18 ICRC				105,097	105,097
FS.03.03.20 MSF				4,260,654	4,260,654
FS.03.03.33 Visão Mundial			303,163		303,163
FS.03.03.34 International Planned Parenthood Federation			67,258		67,258
FS.03.03.99 Outras ONGS internacionais	382,250	2,319,010	2,174,323		4,875,583
Total	5,719,720	64,785,253	45,485,942	144,121,787	260,279,339