



09

MECANISMO DE FINANCIAMENTO GLOBAL (GFF): MODELO ALTERNATIVO DE FINANCIAMENTO AO SECTOR DA SAÚDE?

Mensagens-Chave

- Para reduzir o potencial de conflito de interesse e garantir transparência e isenção dos *score cards*, o MISAU e os Parceiros de Cooperação devem transferir a sua gestão para as organizações da sociedade civil e Organizações Não Governamentais de modo a evitar enviesamentos no processo de avaliação;
- Como forma de evitar a actual fractura ideológica em torno dos mecanismos de financiamento ao sector, o MISAU e os Parceiros de Cooperação devem integrar o GFF, tal como os outros mecanismos, no PROSAÚDE pois este resulta de um amplo consenso entre os actores do sector;
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem privilegiar a Direcção de Qualidade como representante do sector em vez dos Comités de Supervisão Integrada, sob pena de duplicar estruturas, gerando assim custos de transacção, assimetria de informação e desarticulação sectorial.
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem garantir que o Financiamento Baseado no Desempenho esteja ajustado a cada contexto onde o GFF será implementado;
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem capitalizar todo o aprendizado do PROSAÚDE na implementação do GFF como forma de evitar a reprodução e consolidação de falhas e erros cometidos no passado.
- Para a correcção dos atrasos observados na implementação dos DLLs e preparação dos contextos locais para a sua rápida apropriação, o MISAU e os Parceiros de Cooperação devem investir em recursos, infraestruturas e capacitação em matéria de gestão às US abrangidas pelo GFF.





1. Sumário Executivo

O GFF constitui um novo mecanismo de financiamento ao sector e suas ferramentas basilares assentam na Estratégia de Financiamento ao Sector (EFS) e no Caso de Investimento (CI). Estes instrumentos são vistos por alguns segmentos do sector como meros documentos de cumprimento tecnocrático. Por conseguinte, vozes em desfavor deste modelo de financiamento levantam inquietações sobre os seus propósitos mais profundos, seu impacto ao nível dos sistemas de saúde e garantias de eficácia na concretização dos direitos universais a saúde. Por outro lado, para além de observar-se atrasos na implementação dos DLIs, a sua implantação ao nível local está refém de um maior investimento em recursos, infraestruturas e capacitações em matérias de gestão. A implementação do GFF como mais um mecanismo de financiamento ao sector carrega consigo o risco de duplicação de estruturas orgânicas, tal como se observa com a criação do Comité de Supervisão Integrada que, tudo indica, foi criado fora do quadro da Direcção de Qualidade do sector, tornando reais os temores sobre o incremento de custos de transacção, assimetria de informação e desarticulação sectorial.



2. Natureza do Mecanismo de Financiamento Global (GFF)

O Mecanismo de Financiamento Global (GFF) constitui um novo arranjo de financiamento global e baseia-se numa parceria multilateral de apoio que conjuga os recursos do Governo, dos parceiros de cooperação e do sector privado. O objectivo deste modelo de financiamento centra-se na melhoria dos indicadores referentes à saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (SRMNIA). Assente na abordagem de Financiamento Baseado no Desempenho (FBD), o acesso aos recursos depende do cumprimento de metas num conjunto de indicadores previamente definidos. Dois instrumentos básicos alicerçam o GFF, nomeadamente o Caso de Investimento (CI) e a Estratégia de Financiamento da Saúde (EFS). O pressuposto é de aos poucos garantir a sustentabilidade e autonomia do sector da saúde. Moçambique adere ao GFF na “segunda vaga”, a partir de 2015, e o processo é precipitado pelo contexto da crise da dívida e queda de credibilidade dos mecanismos de coordenação da ajuda, como é o caso do PROSAÚDE.

Importa referir que parte significativa do financiamento por via do GFF será canalizado através da International Development Association (IDA) que, geralmente, concede empréstimo a taxas de juro bonificadas para países de baixo rendimento. Relativamente a este aspecto, tudo indica haver no sector pouca clareza sobre a dimensão do reembolso e tão pouco se o financiamento poderá ser convertido em donativos (*grants*). No entanto, o actual quadro de endividamento do país poderá ter contribuído para que o empréstimo bonificado do IDA fosse convertido em donativo, situação que poderá não prevalecer em subseqüentes desembolsos. Este tipo de empréstimo tem um período de graça de dez anos e uma taxa de juro relativamente baixa, de cerca de 0.75% do valor da dívida (Guambe, Muendane e Mabunda 2018).

Por seu turno, e tal como já referido, o acesso aos fundos do GFF depende da existência de uma Estratégia de Financiamento do Sector e evidência emergente sugere tratar-se de um documento de mero cumprimento tecnocrático (*check-list*), sem que a sua implementação constitua um compromisso dos diversos actores do sector. No caso de Moçambique, esta percepção poderá ser consubstanciada pelos baixos níveis de incentivo dos principais actores em aceitar a mobilização e participação das Organizações da Sociedade Civil e das comunidades



em geral. Estas vozes em desfavor do GFF referem que os processos de consulta serviram apenas de dispositivos de legitimação das decisões entre beneficiário e o doador principal (Ibidem.). Com efeito, uma grande parte das propostas de financiamento do sector, no âmbito da EFS, toca aspectos político-económicos de grande interesse para as elites políticas (Manzanares 2018). Deste modo, todas estas inquietações parecem legitimar dúvidas sobre os propósitos mais profundos deste mecanismo, seu impacto ao nível dos sistemas de saúde e, sobretudo, a ausência de garantias sobre a eficiência e eficácia do mecanismo na concretização do direito universal à saúde.

Relativamente ao Caso de Investimento, pode referir-se que define as prioridades para reforçar o serviço nacional de saúde no que concerne a SRMNIA-N, focando-se na cobertura, qualidade e acesso essencial aos cuidados de saúde primários, bem como no reforço de um sistema de intervenção a partir da melhoria na recolha e monitoria dos registos civis e de estatísticas vitais para a planificação e acção informada do sector. Para além de ancorar no FBD, o CI materializa-se igualmente em alinhamento com o Plano Económico e Social e os programas *on-budget* e financiamento vertical *off-budget*. Por conseguinte, foram desenhados 12 DLI para orientar a implementação do CI. Consistentemente, o FBD operacionaliza-se de acordo com a matriz de Indicadores de Desempenho baseados no Desempenho [DLI] (World Bank 2017). Ao nível da implementação, as actividades são protocoladas, monitoradas e controladas através de *score cards* (*balanced score card* e *community score card*). O *balanced score card* avalia o provedor dos serviços, na sua dimensão biomédica, nomeadamente os técnicos e médicos das Unidades Sanitárias (US), Hospitais Distritais e Rurais que implementam o FBD enquanto o *community score card* centra-se na captura das percepções dos utentes sobre a qualidade de serviços prestados. Para a primeira fase de implementação do Caso de Investimento foram seleccionados 42 distritos considerados em situação vulnerável. Prevê-se uma expansão realizada de forma incremental sendo que, tal como indica a tabela 1, apenas 6 hospitais foram arrolados como parte do programa. Pretende-se que até 2022 sejam atingidos os 42 distritos em pauta (Guambe et al. 2018).

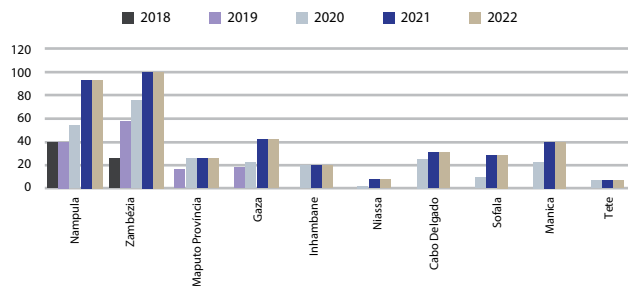
Tabela 1. Plano de implementação de Caso de Investimento

Região	Provincia	Hospital
Sul	Gaza	Hospital Rural de Chokwé
	Inhambane	Hospital Distrital de Quissico
Centro	Sofala	Hospital Distrital de Nhamathanda
	Zambézia	Hospital Distrital de Mocuba
Norte	Nampula	Hospital Distrital de Nacala Porto
	Niassa	Hospital Distrital de Cuamba

Fonte: MISAU, 2018

Tal como ilustra o gráfico 1, Zambézia e Nampula, províncias tradicionalmente menos beneficiadas pelo financiamento e de baixos índices de saúde, representam prioridade na implementação. Contudo, uma recente missão do Banco Mundial e do GFF, em visita a Moçambique para avaliar o nível de implementação do processo, reconheceu o atraso em quase todos os DLI. Com efeito, dos 12 apenas 3 estavam em condições de serem cumpridos até ao final de 2018, nomeadamente o DLI 1 correspondente à taxa de cobertura de partos institucionais, o DLI 3 referente ao número de casais protegidos por ano pelo planeamento familiar e o DLI 7 concernente ao número de técnicos de regime especial de saúde afectos à rede primária. Os restantes DLI eram classificados como estando em risco de não serem atingidos (Banco Mundial 2018). Refira-se que, de acordo com as constatações do estudo *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique* (Guambe et al. 2018) a implementação ao nível local ainda carecia de reflexão para o alcance de resultados tangíveis. A concretização ressentia-se da falta de recursos, infraestruturas e problemas relativos à gestão. Portanto, o FBD precisa de melhor ajustamento aos contextos e especificidades de cada local.

Gráfico 1. Plano de expansão do Caso de Investimento



Fonte: MISAU, 2018



3. Narrativas de Adesão ao GFF: Entre a ansiedade por soluções mágicas e a exclusão das OCS

O processo de adesão ao GFF consubstancia-se em torno de duas narrativas fundamentais, sendo a primeira sobre adesão com fraco conhecimento dos processos e suas implicações e a segunda referente à conflitualidade e resistência. A primeira narrativa emerge por conta da urgência em minorar, por parte do MISAU, os efeitos da crise da dívida oculta e do consequente declínio do financiamento via fundos comuns. Do lado dos parceiros de cooperação, divididos entre uns mais dinâmicos e outros reservados, tratou-se de abandonar um modelo esgotado sob o ponto de vista de credibilidade. Um número marginal de parceiros está a investir no processo como resultado da desilusão com a gestão do PROSAÚDE. Estes parceiros são movidos por questões administrativas e de procedimento ao nível da transparência na gestão e auditoria e não necessariamente por resultados. O facto de o modelo ser chancelado pelo Banco Mundial constitui para este grupo garantia de simplificação das questões administrativas e cumprimento de actividades complexas como apresentação de relatórios financeiros às autoridades dos seus países de origem (Guambe et al. 2018).

Porém, é fundamental referir que entre os parceiros adeptos do GFF não existe unanimidade tanto sobre a forma de canalização dos fundos quanto sobre a matéria financiável, sendo o caso gritante a questão do aborto em que parceiros como a USAID estão impedidos de financiar dado o seu compromisso com a *Gag rule*. Assim, os indicadores do GFF não apenas se transformaram em elementos de conflito como também poderão ser cumpridos ao critério de cada membro (Steurs et al. 2018, Guambe et al. 2018). Neste sentido, urge esclarecer de que forma o MISAU e os parceiros

de cooperação vão conciliar esta tensão entre a vontade de alguns doadores em fazer parte do mecanismo e o impedimento em contribuir para indicadores específicos que conflituam com normas dos seus países de origem.

A “cisão ideológica”, sob o ponto de vista de adesão, ocorre igualmente no MISAU, em que os mais entusiasmados preocupam-se apenas com o fortalecimento das finanças do sector e a garantia de continuidade de actividades que durante muito tempo ficaram expostas a uma acentuada precariedade. No MISAU, a resistência e questionamento do novo mecanismo estão muito ligados ao receio de uma nova fragmentação do financiamento. Com efeito, há o entendimento de que o novo modelo marginaliza o aprendizado anterior. A percepção prevalecente neste grupo é de que o GFF pode representar o fim dos fundos comuns e perda de protagonismo por parte do MISAU no processo de alocação de recursos. Deste modo, o entendimento é de que existe uma concorrência entre o PROSAÚDE e o GFF, em vez de uma relação de complementaridade. Portanto, o modelo parece estruturar-se sem acautelar adequadamente os interesses estratégicos de alguns grupos do sector, sejam as autoridades públicas, parceiros de cooperação ou a sociedade civil (Guambe et al. 2018). Tal como argumentado no *policy brief* intitulado “PROSAÚDE: Por um mecanismo estruturante dos sistemas de saúde (N’weti 2019)”, faz todo o sentido utilizar o PROSAÚDE como mecanismo estruturante do financiamento ao sector, pois dado a sua génese ter resultado de uma plataforma consensual, seu ajuste às necessidades e interesses emergentes resolveria o problema da fractura ideológica em torno dos mecanismos de financiamento ao sector.



Outro aspecto a realçar relaciona-se com o facto de os parceiros de cooperação, sem muita proeminência sob o ponto de vista de recursos, recearem que este novo mecanismo os ofusque no que se refere à visibilidade. De facto, a presença do Banco Mundial como actor-chave do GFF retrai os doadores de baixa musculatura financeira, pois associam a forte estrutura de gestão deste organismo à impossibilidade de contra-argumentação. Por outro lado, a abordagem do Banco Mundial para o GFF, fortemente focada na relação com o MISAU, faz com que parte dos actores se sintam pouco envolvidos no processo. Esta abordagem do Banco pode ser interpretada como estando a reproduzir as limitações do sistema administrativo do sector, recuperando uma cultura política centralizadora. Adicionalmente, como corolário, nos níveis provinciais o processo de adesão ao GFF é entendido como uma ordem superior. Portanto, os níveis locais não tiveram acesso às dinâmicas de formulação da agenda do mecanismo, despoletando receios de reprodução do centralismo que caracterizou o PROSAÚDE, incluindo os problemas de transparência, irregularidade das transferências para os níveis locais e incongruências sobre os objectivos (Ibidem.). A isto acresce-se o facto de, apesar do seu enfoque nos resultados – e todo o processo de auscultação e certa consulta no processo da elaboração do Caso de Investimento – o GFF tende a ser excludente e as OCS estão pouco informadas sobre o mecanismo (Skember 2018)¹. Assim, é inevitável colocar-se questões tais como de que forma os actores protagonistas do GFF vão evitar os erros cometidos no passado visto que a experiência do PROSAÚDE não está a ser capitalizada e que tipo de sinergias o GFF cria para melhorar a eficácia de todo o investimento feito ao sector? A par destas dúvidas levantam-se preocupações sobre a exiguidade de informações sobre as actividades em curso, o que constitui outra limitante para a monitoria e, no geral, participação das organizações da sociedade civil.

Embora se tenha explorado, numa extensão limitada, a experiência das OSC na monitoria da qualidade de serviços (World Bank 2017), o processo é visto como tendo sido fortemente centralizado no MISAU, podendo dificultar a apropriação do resultado final ao nível das unidades de implementação. O desenho dos Cartões de Pontuação Comunitária (*Community Score Card*) constitui exemplo ilustrativo em que o processo poderia ter sido descentralizado para as Direcções Provinciais de Saúde (DPS), inclusive para os Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS), com o apoio das OSC experientes neste tipo de ferramentas (para maior aprofundamento veja-se o research brief 04 intitulado *Democratização dos serviços de saúde:*

Dinâmicas de resistências administrativas). Deste modo, o conhecimento deste instrumento já estaria a ser transferido para, e apropriado pelos, profissionais do sector, incluindo os executivos locais. Esta oportunidade perdida teria o condão de preparar o terreno para a implementação, sendo que a socialização da ferramenta garantiria uma colaboração das US desde a concepção à avaliação dos indicadores. Neste sentido, o MISAU ficaria apenas com o papel de coordenação nacional das propostas construídas ao nível local (Guambe et al. 2018). Chegados aqui, pode questionar-se de que forma o MISAU vai resolver os eventuais envios que o instrumento poderá produzir dado ter sido a entidade a ser avaliada a estabelecer os critérios e as regras do jogo? A redução da subjectividade que daí pode advir só é possível se a gestão e liderança dos *Community Score Card* for completamente transferida para as OCS experientes, passando o MISAU e outros parceiros apenas a colaborar. Em termos gerais, esta necessidade remete-nos para a discussão referente à separação, no sector, da entidade implementadora daquela que fiscaliza.

O mesmo procedimento poderia ser aplicado à utilização do *Balanced Score Card* em que para reduzir o peso das autoridades estatais e potencial conflito de interesse, o manuseamento da ferramenta pode ser adstrita a uma ONG que monitora ou apoia no fortalecimento dos sistemas de saúde com enfoque na perspectiva biomédica. Por seu turno, a criação dos Comitês de Supervisão Integrada, para além de serem formados pela estrutura do sector (funcionário do Governo do distrito, representante da DPS ou Inspeccção Geral da Saúde, representante da US, membro da sociedade civil) correm o risco de duplicação de mecanismos na estrutura orgânica do MISAU pois está em processo de gestação uma Direcção de Qualidade com o objectivo de verificar e monitorar os aspectos de natureza biomédica em todo o sector. A representação do MISAU na estrutura de monitoria através do *Balanced Score Card* deve ancorar nos sub-órgãos pré-existentes. Neste ponto, a actual arquitectura levanta dúvidas sobre garantias de isenção e transparência na utilização do instrumento. Em síntese, o desenho dos *Score Cards* constituía uma flagrante oportunidade para o fortalecimento das relações entre os actores que beneficiam de financiamento vertical e sua aproximação às autoridades centrais (Ibidem.). Por seu turno, a duplicação de estruturas poderá resultar no aumento dos custos de transacção, gerar assimetria de informação e desarticulação do sector.

Neste sentido, pode referir-se que o processo de implantação do GFF no país escamoteou inúmeras oportunidades de acumular sinergias e

1. As formas através das quais a sociedade civil pode envolver-se no GFF vem sistematizada no Guia da Sociedade Civil para o GFF (Dennis 2016).

beneficiar de esforços anteriores à sua adopção. A título exemplificativo pode apontar-se o esforço empreendido pela sociedade civil e o sector privado, com o envolvimento do MISAU, para encontrar formas alternativas de financiamento ao sector da saúde. Conferências e reuniões têm sido promovidas e diversas possibilidades têm sido levantadas, desde formas de captura de recursos financeiros ociosos na indústria extractiva – oferecidos aos mega-projectos através de incentivos fiscais redundantes (Castel-Branco 2011) – ao redireccionamento de actividades de responsabilidade social empresarial para financiar os sectores sociais e a base produtiva da economia (Chivangue 2016). Arranjos institucionais como a Política de Responsabilidade Social da Indústria Extractiva, Lei do Mecenato e Lei de Protecção Social tem sido objecto de análise para o efeito. O GFF ignorou todas estas iniciativas, assumindo-se que seria instaurada num contexto que configura uma espécie de tábua rasa. De facto, embora o relatório mais recente do mecanismo fale de instrumentos inovadores para integrar o sector privado, no caso de Moçambique não aborda sobre como esse processo vai decorrer, o que legitima receios que apontam para o facto de se estar a utilizar a abordagem *one size fits all*.

4. Conclusões

A implantação do GFF em Moçambique não considerou os contextos locais específicos, nem o aprendizado acumulado por mecanismos como o PROSAÚDE, e os esforços das organizações da sociedade civil na busca de alternativas de financiamento ao sector da saúde. De qualquer modo, algumas iniciativas visando assegurar a sua operacionalização só poderão ser bem-sucedidas se aspectos fulcrais forem acauteladas nomeadamente a democratização do sector – separação do Sistema Nacional de Saúde do MISAU –, conferir autonomia aos parceiros e organizações da sociedade civil na gestão dos *score cards*, incluindo um investimento em recursos, infraestruturas e capacitações nas Unidades Sanitárias seleccionadas. O GFF, se integrado num mecanismo mais amplo como o PROSAÚDE, apresenta um forte potencial de acumular sinergias e aumentar a eficiência do financiamento ao sector.

Referências Bibliográficas

- Castel-Branco, Carlos Nuno. 2010. *Economia Extractiva e Desafios da Industrialização em Moçambique*. Cadernos IESE nº 1. Maputo.
- Chivangue, Andes. 2016. *Responsabilidade Social Empresarial da Indústria Extractiva, Protestos Populares e Desenvolvimento em Moçambique*. Tese de Doutoramento. Lisbon School of Economics. Lisboa.
- Dennis, Suzanna. 2016. *Guia da Sociedade Civil para o GFF. PAI*.
- World Bank/Global funding Mechanism um Support of all Children. 2017. *Text of the Investment Case Proposal – Version IV*. Maputo.
- Manzanares, Cristina. 2018. *Opções de política sobre forma e financiamento do sector de saúde em Moçambique*. Maputo.
- Guambe, Egídio, Elísio Muendane e Lázaro Mabunda. 2018. *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique*. Relatório Final. Maputo.
- Skember, Helena. 2018. *Naima+*. Maputo
- Steurs, Lies, Jan Orbie, Sarah Delputte. 2018. “EU Donors and Health System Strenghtening: the love-hate relationship with the Global Fund”. *Development Studies Research*, Vol. 5, 1, 1-13.

Ficha Técnica

Propriedade: N'weti

Equipa técnica: Denise Namburete, Andes Chivangue, Sansão Dumangane e Gildo Nhapuala.

Design gráfico: Maurício Matapisse.

Direcção executiva: Denise Namburete

Ano: Outubro de 2019