



PROSAÚDE: POR UM MECANISMO ESTRUTURANTE DOS SISTEMAS DE SAÚDE*

Mensagens-Chave

- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem rever o Manual de Procedimentos do PROSAÚDE III e salvaguardar a propensão para uma eventual predominância dos Parceiros de Cooperação nos processos de tomada de decisão sobre políticas de saúde.
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem incluir a sociedade civil na Unidade Técnica e Programática e o Grupo de Coordenação Conjunta de modo a que esta funcione como contraponto e garantir maior equilíbrio na priorização de indicadores de saúde.
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem capitalizar a experiência do PROSAÚDE e através desta proceder à integração de todos os sistemas de financiamento do sector, garantindo assim a unificação dos sistemas de planificação, orçamentação, monitoria do sector e, sobretudo, conferindo controlo ao regulador, o MISAU. O PROSAÚDE deve ser utilizado como mecanismo *umbrella* de todo o financiamento canalizado para o sector da saúde
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem incluir no Memorando de Entendimento do PROSAÚDE cláusulas que comprometam o Governo a canalizar recursos financeiros, em função do PIB per capita, como forma de evitar que o investimento interno decresça quando o pacote de recursos externos é incrementado.

- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem garantir que o PROSAÚDE não seja descontinuado, pois tal a acontecer poderá representar um retrocesso na redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde.
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem assegurar que, enquanto os níveis de confiança são recuperados, a auditoria externa seja antecedida pela auditoria interna, pois só assim serão fortalecidos os sistemas de controlo interno do sector. Posteriormente, devem prevalecer os sistemas de auditoria interna do sector.
- O MISAU e os Parceiros de Cooperação devem incluir no Memorando de Entendimento do PROSAÚDE III um dispositivo que estabeleça previsibilidade na recepção de fundos pelo MISAU.

1. Sumário Executivo

A crise da *dívida oculta* agravou a desconfiança dos parceiros de cooperação sobre o sector, o que os providenciou um móbil para que retirassem o apoio ao PROSAÚDE, estimulando o retorno à verticalização da ajuda. A modalidade de projectos, para além de fragilizar os sistemas de planificação, monitoria e auditoria e controlo do MISAU, distancia-se do Memorando de Entendimento de *Kaya Kwanga* e, em última instância, dos princípios da harmonização, alinhamento e apropriação que tem sido a bandeira dos parceiros de cooperação nestes quase 15 anos depois da Declaração de Paris. Todavia, progressos significados têm sido registados em endemias como a malária, tuberculose e HIV/SIDA,

* Policy brief elaborado com base no relatório *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique* (Guambe, Muendane e Mabunda 2018).

no contexto do financiamento ao sector via fundos comuns. Entretanto, alguns desafios prevalecem como resultado da fraca capacidade de resposta do sistema de saúde. Esta vulnerabilidade poderá aumentar com a mais recente tendência de migração dos parceiros de cooperação para o GFF, em detrimento do PROSAÚDE. A experiência acumulada com este mecanismo representa um forte potencial para integrar todos os sistemas de financiamento canalizados para o sector, garantindo assim maior controlo por parte do MISAU e fortificação dos sistemas de saúde.

O período de auge do PROSAÚDE coincide com a progressiva redução do investimento com base em fundos internos. Este efeito *crowding out* constitui um desafio que precisa de correcção se se pretende um sistema de saúde que responda às expectativas e necessidades do país. Relembra-se aqui que o papel primário no investimento ao sector é de responsabilidade do Governo. Portanto, ganhos na redução das iniquidades não podem ser simplesmente ignorados e o PROSAÚDE constitui uma oportunidade para a recuperação desse percurso que já começava a produzir resultados satisfatórios ao nível do sistema de saúde como um todo.

2. Contexto Político e Legal do Surgimento do PROSAÚDE

A evidência global de que a multiplicidade de procedimentos e modalidade de intervenção dos doadores, a par com as políticas de estabilização e ajustamento estrutural e a compreensão de que estavam a enfraquecer a capacidade dos Países em Vias de Desenvolvimento - desencadeou algumas acções emergentes de coordenação sectorial. De facto, no caso de Moçambique, após a realização das primeiras eleições democráticas, em 1994, criou-se ao nível do sector da saúde o PATA, *Pooling Arrangement for Technical Assistance*. Trata-se da primeira experiência de Fundo Comum e era gerido pelo MISAU, administrado pelo PNUD e financiado pelos Governos dos Países Baixos, Noruega e Suíça. No entanto, a prevalência da fragmentação do financiamento e a correspondente ineficiência e ineficácia levou à adopção da Abordagem Sectorial Ampla - SWAp (Guambe, Muendane e Mabunda 2018).

Nesse contexto, é formado o Comité de Coordenação do Sector (CCS) e o Fundo Comum para a Indústria Farmacêutica, iniciativa lançada pela Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação (SDC). Em 1999 estabelece-se o Fundo Comum Provincial, integrado aos processos locais de planificação. Com efeito, a

implementação do SWAp no sector da saúde tinha em vista reduzir o tipo de condicionalidade muito comum no período da estabilização e ajustamento estrutural. Desse modo, assina-se nos anos 2000 o *Memorando de Entendimento de Kaya Kwanga*. Este documento estabelece o código de conduta de coordenação entre os parceiros de cooperação e o MISAU, tendo como principais linhas o fortalecimento do papel de liderança do Governo no sector da Saúde, através de uma utilização cada vez maior dos mecanismos de gestão nacionais, respeitando as estruturas, os ciclos e as prioridades de planificação do MISAU. Em 2001 o Conselho de Ministro aprova o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2001-2003) que incluía uma Abordagem Sectorial Ampla. Este passa a ser o principal instrumento de política do sector, constituindo a prioridade em termos de financiamento (Guambe et al. 2018).

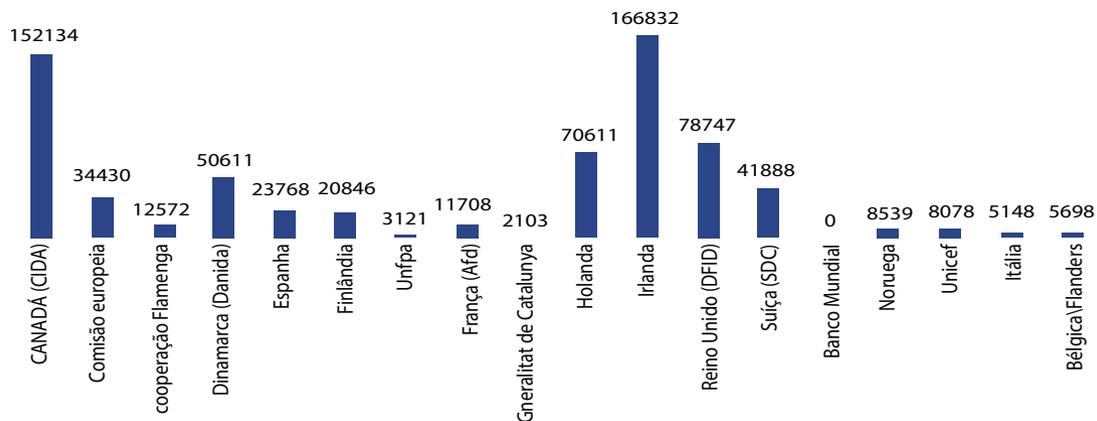
Em 2003 estabelece-se oficialmente o Fundo Comum PROSAÚDE e são apresentadas como vantagens (i) a garantia de alocação de fundos *on-budget* e *on-CUT*, o que asseguraria maior eficiência na atribuição dos fundos e maior impacto no fortalecimento dos sistemas do Governo; (ii) utilização de sistemas comuns com o objectivo de atingir-se maior eficácia e eficiência na sua aplicação; (iii) utilização de instrumentos nacionais padrão para planificar, elaborar orçamentos, gerir, fazer avaliações e auditorias; (iv) redução dos custos de transacção. Até ao presente momento, o PROSAÚDE passou por três edições nomeadamente PROSAÚDE I (2003-2008), PROSAÚDE II (2008-2017) e o actual, PROSAÚDE III (2017-2021). Uma análise destes três momentos do período de vida do mecanismo revela uma transição paradigmática dos modelos de pilotagem da ajuda externa. Ou seja, observa-se uma transição de uma abordagem de “gestão” do sector de saúde para uma de “governança”, em que o MISAU não representa o único actor relevante sobre os processos decisórios, concepção e gestão dos fluxos externos da ajuda. Como veremos adiante, o conceito de “governança” significa muito mais do que gestão partilhada (Ibidem).

Os dados revelam que para além do crescimento do número de parceiros que canalizaram apoio por via do Orçamento Geral do Estado, o PROSAÚDE experimentou entre 2008 a 2013 a série temporal de estabilidade enquanto Fundo Comum. Neste período, os parceiros contribuíram via Conta Única do Tesouro (CUT) cerca de 696 milhões de dólares para o fortalecimento do sistema e direito universal à saúde (Baltazar Chilundo 2016). A abundância de recursos trouxe consigo não só problemas relativos a capacidade de absorção dos fundos mas também a redução considerável de parcela do OE destinada ao sector da saúde, tal como ilustrado



no gráfico 1. Nos últimos dez anos a média de fundos, provenientes do OE, alocados ao sector foi de 9.5%, cifra abaixo de 15% proposto pela Declaração de Abuja, em 2001. O ano de 2008 foi o único cujo peso da saúde atingiu os 10%, sendo 2013 o período em que o sector pesou menos no OE, situando-se apenas em 7.5%. O período de auge do PROSAÚDE coincide com o momento de menor investimento no sector com base em fontes de financiamento internas (ibidem). Esta tendência representa um desafio sob o ponto de vista de sustentabilidade do sector a longo prazo e, sobretudo, a utilização do sector como espaço de negociação entre governados e governantes. Uma das formas de reverter este desvio seria estabelecer-se no Memorando de Entendimento do PROSAÚDE (MdE) cláusulas que comprometam o Governo a canalizar recursos financeiros em função, por exemplo, do PIB per capita do ano anterior.

Gráfico 1. Desembolso dos parceiros do PROSAÚDE



Fonte: Guambe, Muendane e Mabunda (2018)

Embora seja difícil estabelecer uma correlação entre os resultados de saúde e o financiamento externo, foi durante o período de vigência do PROSAÚDE em que ganhos consideráveis se verificaram em termos de melhoria no acesso aos serviços de saúde. Efectivamente, as percepções sobre satisfação relativamente à qualidade dos serviços está acima dos 50% em províncias como Cabo Delgado, Tete, Manica, Sofala e Maputo Cidade. Evolução significativa constata-se igualmente na disponibilidade de recursos humanos contando com um crescimento de 5 419 profissionais, partindo de uma base de 48 773 em 2015 e passando para 54 192 em 2016 (IOF 2014/15). Esta evolução, tal como consta do gráfico 2, tem impacto no rácio dos profissionais de saúde a nível nacional, pois passa-se de 189.4 em 2015 para 205.1 por 100 mil habitantes em 2016 (MISAU 2016). Estes resultados não podem ser simplesmente escamoteados e, por conseguinte, um eventual encerramento deste mecanismo de financiamento pode comprometer as ainda parcas conquistas

na redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. De facto, a título exemplificativo, só em matéria de recursos humanos, dos 5 437 profissionais contratados via parceiros de cooperação, o PROSAÚDE contribuiu com 3 853, o que representa cerca de 70%. Até 2015, 59% destes técnicos estavam concentrados nas zonas rurais e 41% nas zonas urbanas, configurando um claro compromisso em reduzir as assimetrias entre as zonas rurais e urbanas (MISAU 2015). Portanto, para recuperar, e ultrapassar, os anteriores níveis de desempenho o PROSAÚDE deve ser utilizado como mecanismo *umbrella* de todo o financiamento canalizado para o sector da saúde.

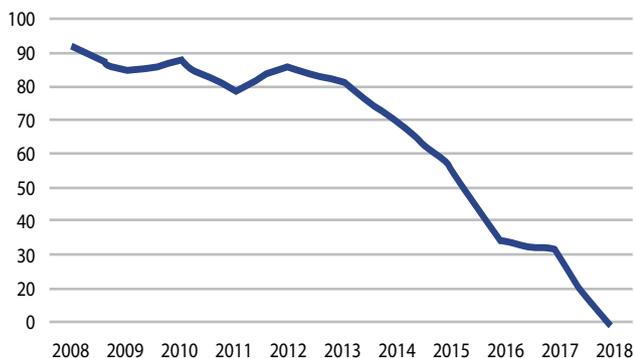
Gráfico 2. Rácio de Recursos Humanos para saúde por província (2016)



Fonte: Guambe, Muendane e Mabunda (2018)

O declínio do PROSAÚDE inicia em 2013 e de acordo com o gráfico 3, mais abaixo, nos anos de 2016 e 2017, tanto o compromisso assim como o desembolso não atingiram, pela primeira vez, o limiar de 50 milhões de dólares para o sector. Neste período os parceiros estavam a abandonar o mecanismo em consequência da crise de desconfiança resultante das dívidas ocultas, mote que seria utilizado para justificar a sua migração para o GFF. Assim, enquanto em 2018 o PROSAÚDE regista cerca de 21 milhões em compromissos *on-budget* e *on-CUT*, em contrapartida cerca de 350 milhões de dólares foram canalizados em espécie ou através de ONG's fora do OE e da CUT (Chilundo 2016). Deste modo, para o declínio do PROSAÚDE concorreu um conjunto de factores, nomeadamente (1) a mobilidade dos actores, (2) dívidas ocultas, (3) problemas nos sistemas de gestão financeira e de *procurement*, (4) fraca eficiência, (5) *topping-ups*, (6) forte centralização dos recursos, (7) orientação para os processos e não para o resultado e (8) mudanças nas abordagens da ajuda internacional. Como resultado do cenário descrito muitos dos parceiros têm estado a privilegiar mecanismos de financiamento vertical, incluindo a migração para o *Global Financing Facility*¹ (Guambe et al. 2018). Contudo, os desafios na área do *procurement* e de reporte não parecem ser suficientes para que um mecanismo estruturante do sector, como é o caso do PROSAÚDE, seja secundarizado sem que estejam acauteladas as implicações dessa decisão para os resultados globais de saúde e das metas de desenvolvimento sustentável. Neste quadro, a questão que se levanta é: se o PROSAÚDE for descontinuado, de que forma será garantida a abordagem holística de desenvolvimento do sector, concretamente no tocante ao fortalecimento dos sistemas de saúde?

Gráfico 03: Tendência do PROSAÚDE



Fonte: Guambe, Muendane e Mubunda (2018)

1. Para mais detalhes sobre este mecanismos veja o Research Brief 2 intitulado "Mecanismo de Financiamento Global (GFF). Narrativas de adesão e dinâmicas de implementação".

3. PROSAÚDE: Ganhos, Desafios e Vulnerabilidade dos Sistemas de Saúde

O sector da saúde, para o seu funcionamento, beneficia de recursos financeiros internos e de apoio dos parceiros de cooperação. O financiamento externo ocorre em duas modalidades fundamentais, *on-budget* e *off-budget*. Todo o apoio ao Fundo Comum do sector acontece no quadro do SWAp do sector e no tratado de *Kaya Kwanga*, sendo o principal mecanismo de financiamento, na modalidade de apoio ao Orçamento Geral do Estado, o PROSAÚDE. As estatísticas de uma série temporal de 11 anos (2008-2018) indicam que o peso dos recursos externos no sector foi de uma média de 35%, contra 65% de fontes internas. Estes números, se não abordados com cuidado, podem ser enganadores, pois o esforço interno para uma maior predominância das fontes internas inicia em 2010, com o Governo a canalizar 56% contra 44% de fontes externas (Guambe et al. 2018). O fosso aumenta a partir de 2016, com a aparição pública do escândalo das dívidas ocultas e consequente congelamento do apoio por parte dos doadores. Não obstante, o financiamento externo tem sido canalizado via projectos, tendo representado 62% entre os anos de 2011 a 2013, acentuando a verticalização do apoio externo ao sector (Matusse et al. 2013).

A preferência pela modalidade de projectos, em detrimento de fundos comuns do tipo PROSAÚDE, poderá residir no facto de a ajuda vertical garantir aos doadores um maior controlo sob o ponto de vista de alcance de resultados e dos processos de gestão de fundos. Com efeito, relativamente aos recursos canalizados ao PROSAÚDE verifica-se uma dificuldade em estabelecer uma relação de causalidade entre o financiamento e os resultados, considerando-se este aspecto um dos que diluam a visibilidade dos contribuintes externos para o mecanismo. No entanto, a modalidade de projectos, para além de gerar elevados custos de transacção e incentivar a fuga de quadros (*brain-drain*), fragiliza o próprio sistema de saúde pois criam-se sistemas paralelos, imprevisibilidade e incapacidade de controlo por parte do regulador (Guambe et al. 2018). Deste modo, existe uma tensão latente entre a necessidade de tornar o sistema nacional de saúde forte e sustentável - o que implica a utilização do Fundo Comum PROSAÚDE - e o desejo de estabelecer uma ligação inequívoca entre os recursos concedidos e a visibilidade dos respectivos parceiros de cooperação. A primeira opção implica confiança nos agentes e sistemas do Governo, entretanto minada pelas



deficiências na gestão financeira, no *procurement* do sector e nos sistemas de reporte. A segunda vertente, neste momento mais apetecível para os financiadores, representa uma violação dos princípios da harmonização, alinhamento e apropriação da ajuda, com consequências perniciosas para os sistemas de saúde em si, incluindo eventual retorno à excessiva fragmentação que outrora caracterizou o sector.

Todavia, no que concerne às áreas definidas como prioritárias no contexto do PROSAÚDE, progressos significativos têm sido registados em termos de resultados globais de saúde, concretamente em endemias como a Malária, tuberculose e HIV/SIDA. A tabela 1, mais abaixo, sobre a evolução de indicadores de saúde, revela melhorias na redução da mortalidade infantil, situando-se na cifra de 176 nados mortos por 1000 habitantes, entre os anos de 1990 a 2016. Para este resultado contribuiu o incremento da taxa de vacinação em 4%, entre 2014 a 2016. No indicador referente à mortalidade materna registou-se uma redução na ordem de 71%, sendo a cifra de referência 396 mortes para 285 por mil partos. Contribuíram, igualmente, para este resultado iniciativas como Maternidade Modelo, os APEs, os Comitês de co-Gestão e Humanização, Parteras Tradicionais e a Estratégia de Prevenção da Hemorragia Pós-Parto ao nível da comunidade. Relativamente à tuberculose, contrariamente aos outros indicadores, observa-se um incremento de 18% (de 61.559 em 2015 para 73.572 em 2016) provocado por um maior envolvimento comunitário, tendo impulsionado o registo das respectivas notificações (PNUD 2018).

Tabela 1. Evolução de Indicadores de saúde

Ano	Tuberculose (prevalência de TB por 100 000 Hab.)	Mortalidade Materna (por 1000 nados vivos)	HIV_SIDA incidência %	Mortalidade Infantil (em 1000 nados vivos) entre 0-5 anos
1990		396	1,8	247
2000	513	407	10,4	175,6
2010	545	348	14,4	100,8
2014	554		10,6	
2016	551	285	12,3	71,3

Fonte: Guambe, Muendane e Mabunda(2018)

A taxa de prevalência do HIV/SIDA constitui, igualmente, um indicador escrutinado pelo sector e, não obstante alguns progressos, os dados indicam que os esforços nesta área têm esbarrado com desafios como a fraca concentração de serviços de TARV nas unidades sanitárias – a cobertura nacional é de apenas 19% - e os baixos níveis de retenção dos pacientes (Embaixada dos Estados Unidos da América 2017). Consistentemente, a prevalência da malária nas crianças aumentou 2%, tendo passado de 38% em 2011 para 40% em 2015. A doença é responsável por cerca de 60% dos internamentos pediátricos em Moçambique. As dificuldades neste capítulo prendem-se com a ocorrência de eventos climáticos extremos que resultam em seca nas zonas Sul e Centro e alta pluviosidade na zona Norte. A este desafio acresce-se a baixa cobertura das intervenções de controlo vectorial como consequência da fraca capacidade de resposta do sistema de saúde como um todo. Tal como demonstrado em secções subsequentes, estes desafios poderão agravar-se com o crescente abandono do PROSAÚDE, pelos parceiros de cooperação, a favor de um mecanismo emergente designado por *Global Financing Facility* (GFF). O enfoque em indicadores previamente selecionados, torna o escopo do GFF bastante limitado, deixando vulneráveis as outras áreas não cobertas por esta. De facto, o Sistema Nacional de Saúde só se poderá fortalecer se o alinhamento das políticas e mecanismos de monitoria do sector forem igualmente acompanhados por um sistema de financiamento “unificado”. A experiência do PROSAÚDE constitui uma oportunidade para que esta unificação aconteça, garantindo integração dos diversos fundos canalizados ao sector e maior controlo por parte do regulador, o MISAU.

4. Continuidades e Descontinuidades do PRODAÚDE

Tal como ilustra a Tabela 2, sobre as Mutações do PROSAÚDE I, II e III, no primeiro Memorando de Entendimento o MISAU reivindica a si o monopólio do processo de gestão da ajuda ao sector. Este padrão altera-se no PROSAÚDE III, em que o poder do MISAU fica institucionalmente diluído e fragmentado com a introdução do Manual de Procedimentos (MdP) de implementação do Memorando de Entendimento (MdE), instrumento que obriga a inclusão de diversos actores tais como parceiros de cooperação, especialistas do sector, província, distrito, etc., formando uma cadeia

que participa e controla os processos de planificação e de orçamentação do sector da saúde. Este Manual de Procedimentos, embora constitua um importante instrumento de normação e reforço da transparência na gestão dos recursos externos, tem o potencial de contrariar todo o espírito do SWAp e do *Memorando de Entendimento de Kaya Kwanga*, pois poderá diluir o papel de liderança do MISAU que estes instrumentos anteriores procuravam assegurar.

Tabela 02: Mutações do PROSAÚDE

	PROSAÚDE I	PROSAÚDE II	PROSAÚDE III
Estrutura de coordenação e decisão	CCS-CGF-GT-(Swap) Unidades orgânicas	CCS-CGF-GT-(Swap) Unidades orgânicas	CCS-GCC-UTP-GT-(Swap)_CP Especialistas
Auditoria	Empresa independente selecionada pelo MISAU e PC em colaboração com o TA	<ul style="list-style-type: none"> • TA auditoria do PROSAÚDE • Auditoria privada e independente do processo de procura e da procura de medicamentos • Gestão de Finanças Públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria externa, privada e independente • TA e IGF auditorias complementares • PEFA, PETS, PER
Definição de áreas prioritárias de financiamento	Exclusivo ao MISAU, sem ingerência dos PC	Exclusivo ao MISAU, sem ingerência dos PC	MISAU com interferência dos PC
Critério de alocação	Central-Provincial	Central-Provincial-Distrital	Distrital-Provincial - Central
Normas de implementação			Manual de procedimento de implementação do Memorando PROSAÚDE III

Fonte: Guambe, Muendane e Mubunda (2018)

Com efeito, ao nível da estrutura de coordenação e decisão, se nos PROSAÚDE I e II os Directores Nacionais detinham o monopólio da tomada de decisão, o PROSAÚDE III relativiza esse poder e o concentra nos especialistas contratados e integrantes das Direcções Nacionais das respectivas áreas de actuação do MISAU, nomeadamente nas Direcções de Recursos Humanos (DRH), de Planificação e Cooperação (DPC), de Administração e Finanças (DAF), de Saúde Pública (DNSP) e de Assistência Médica (DNAM). No que respeita às auditorias, contrariamente ao que acontecia com o PROSAÚDE II, em que a auditoria estava sob a responsabilidade das instituições internas, no PROSAÚDE

III a responsabilidade de verificar as contas da instituição passa a ser feita por auditores independentes (Guambe et al.2018). A presente externalização da auditoria prossegue na contramão de todo o racional que ditou a génese do PROSAÚDE cujo enfoque assentava nos sistemas internos de controlo, monitoria, planificação e orçamentação. Por conseguinte, o MISAU e os parceiros devem considerar a possibilidade de, enquanto se recuperam os níveis de confiança, basearem-se no modelo vigente no PROSAÚDE II, no qual dois sistemas de auditoria, nomeadamente interna e externa, funcionavam em simultâneo.

Tal como referido no parágrafo anterior, se no PROSAÚDE I e II o MISAU detinha o monopólio na decisão de alocar fundos às prioridades de saúde, através do Plano Operacional Anual, no mais recente Memorando de Entendimento parece ocorrer uma partilha, com os doadores a fazer parte na definição de áreas prioritárias de financiamento. Efectivamente, o Manual de Procedimentos do PROSAÚDE III prevê a criação de dois arranjos orgânicos, nomeadamente a Unidade Técnica e Programática (UTP) e o Grupo de Coordenação Conjunta (GCC). A UTP é composta por especialistas integrados nas direcções nacionais das respectivas áreas de actuação no MISAU. Estes especialistas prestam apoio técnico e monitoram a implementação do Memorando de Entendimento nas questões de planificação, finanças, recursos humanos, saúde pública, assistência técnica e fazem ligação entre as direcções nacionais e os parceiros de cooperação. A unidade conta com especialistas pagos pelos doadores para apoiarem tecnicamente a equipa do MISAU. Por seu turno, o GCC representa o espaço de negociação dessas prioridades pois é composto pela Troika dos parceiros do PROSAÚDE III e pelas diferentes unidades do MISAU. O GCC também tem mandato para monitorar a implementação do Memorando de Entendimento e, em coordenação com a UTP, garantir que os GTTs do SWP integrem nos seus planos acções relevantes para a implementação do MdE do PROSAÚDE III, incluindo a submissão de documentos necessários para o processo de tomada de decisão no GCC (MdE 2017).

Se, por um lado, este arranjo procura garantir a redução da assimetria de informação envolvendo os parceiros de cooperação nas decisões de natureza política e monitoria dos indicadores de saúde, por outro lado levanta o perigo de o seu poderio financeiro determinar o curso das acções no que se refere ao estabelecimento das prioridades de saúde. A inclusão da sociedade civil nestes sub-órgãos poderia ajudar a reduzir uma eventual predominância dos parceiros de cooperação nos processos de tomada de decisão. Não obstante, o



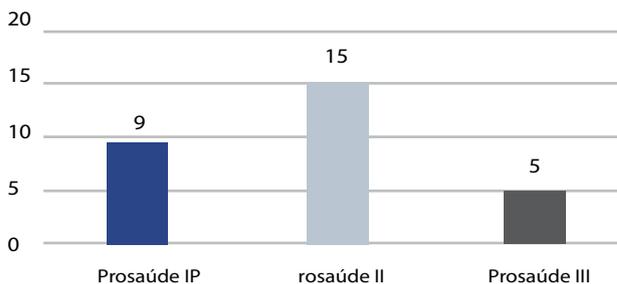
memorando deixa explícito que a execução e gestão dos fundos serão sempre feitos pelos beneficiários tanto a nível central quanto no provincial e distrital. De facto, o PROSAÚDE III introduz uma inovação indicando que 80% dos fundos da ajuda deve ser canalizado para os distritos e os restantes 20% podem ser absorvidos pelo nível central (MdE 2017). Trata-se de uma tentativa de corrigir os enviesamentos observados durante a vigência do PROSAÚDE I e II, período em que o poder discricionário na alocação de fundos cabia ao MISAU e que os recursos ficavam maioritariamente concentrados no nível central - contrariando a visão de cobertura universal presente nos Planos Económicos e Sociais do Sector (PESS) - com o distrito como principal beneficiário do apoio ao sector.

Apesar destas importantes inovações, em linha com o processo de descentralização fiscal, o MdE do PROSAÚDE III perde a oportunidade de incluir um dispositivo que resolva o problema da previsibilidade na recepção de fundos pelo MISAU. Efectivamente, os documentos sobre a revisão em curso do SWAp sugerem que na altura em que o MISAU recebe a informação sobre os limites orçamentais para o ano $n + 1$, antes do início do ciclo de planificação e orçamentação ao nível central, os parceiros de cooperação também enviem os seus compromissos financeiros de modo a garantir uma harmonização do calendário (Estrutura de Diálogo e Coordenação do Sector Saúde em Moçambique 2019). Portanto, não se compreende a razão por que, mesmo com as reclamações do MISAU sobre o atraso nos desembolsos, o MdE do PROSAÚDE III escamoteia esta importante limitação na actuação do sector. Uma das formas de ultrapassar este constrangimento seria incluir no Manual de Procedimentos uma cláusula que estipula os períodos de desembolso, em consonância com o ciclo de planificação e orçamentação do país.

Sinteticamente, pode referir-se que os PROSAÚDE I, II e III mostram uma transição de uma autonomia administrativa e de gestão para uma perspectiva coparticipada. O PROSAÚDE III introduz o maior número de mudanças incrementais, influenciadas pelas práticas administrativas autoritárias de gestão do sector, associado à ausência de transparência (Guambe et al. 2018). De facto, o assento tónico passa a centrar-se na eliminação dos *topping-ups* para os quadros seniores do sector e figuras de confiança político partidária, transparência na gestão financeira e no *procurement*. Todavia, dada a mobilidade dos parceiros para juntar-se à iniciativa liderada pelo Banco Mundial, o "Mecanismo de Financiamento Global", o PROSAÚDE passou a contar apenas com cinco financiadores, tal como ilustra o gráfico 4, os poucos ainda comprometidos com o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) como um todo, em oposição às abordagens focalizadas em subsectores

concretos como o SSRMNIA& N no caso do GFF.

Gráfico 04: Parceiro de PROSAÚDE I, II e III



Fonte: Guambe, Muendane e Mabunda (2018)

A retirada do apoio via PROSAÚDE poderá afectar negativamente a disponibilidade de profissionais nas zonas rurais, reduzindo a disponibilidade dos já precários serviços e acentuando as iniquidades e a exclusão destas populações já em situação de marginalidade económica e institucional. Refira-se que, não obstante o crescimento dos recursos humanos do sector, Moçambique situa-se entre os países do mundo com o pior rácio enfermeiros e ESMI/100 habitantes, posicionando-se nos 46,8, abaixo de países como o Quênia (86,3), Zimbábwe (133,5) e África do Sul (511,4). O défice de recursos humanos no sector de saúde em Moçambique tem sido preenchido por estrangeiros, representando pouco mais de 26% dos médicos actuando no SNS (MISAU 2013). Estes números indicam uma forte e contínua dependência em relação a especialistas estrangeiros, sendo que a este aspecto acresce-se a incapacidade do sistema em reter os seus profissionais, um fundamental impedimento para a realização do Direito Universal à Saúde.

5. Falta de Transparência e Quebra de Confiança

As dívidas ocultas têm sido referidas como um dos factores que levou à retirada dos parceiros de apoio ao Fundo Comum do sector. No entanto, a insatisfação dos doadores em relação à gestão dos fundos é anterior à crise do endividamento oculto. Com efeito, a evidência apresentada no relatório *Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique* (Guambe et al. 2018) - que sustenta a produção do presente *policy brief* - revela serem dois os sectores que historicamente absorvem a maioria dos recursos do PROSAÚDE, nomeadamente o sector de Medicamentos e o de Bens e Artigos Médicos. Este facto indica que o PROSAÚDE constituiu um programa dedicado, sobretudo, à aquisição de recursos e de construção de

capacidade, tornando o sector de *procurement* um espaço de conflitualidade entre os interesses administrativos, económicos e políticos, dada a propensão de nele ocorrer comportamento desviante do tipo corrupção. Sobre os problemas revelados pela auditoria veja-se o research brief 01 intitulado PROSAÚDE: *O colapso duma arquitectura de financiamento condenada ao sucesso*.

É neste contexto que o Memorando de Entendimento que configura o PROSAÚDE III é acompanhado de um Manual de Procedimentos de Gestão Financeira cujo objectivo prende-se com a correcção de práticas nocivas na gestão dos recursos provenientes da ajuda externa. De facto, o compromisso com a transparência, por parte do Governo, deve ir para além da partilha tempestiva de relatórios, assegurando o cumprimento escrupuloso das normas e protocolos do sector e da Função Pública.

6. Conclusão

O contexto de crise da dívida oculta e falta de transparência levaram ao incremento da verticalização da ajuda e à saída dos doadores do PROSAÚDE para mecanismos alternativos como o GFF. O PROSAÚDE, pela experiência acumulada ao longo dos anos de vigência, representa um forte potencial para constituir um mecanismo agregador dos diversos modelos de financiamento do sector, permitindo um maior controlo dos fundos por parte do MISAU e fortificando os sistemas internos quer de planificação e orçamentação quer de monitoria. O Memorando de Entendimento do PROSAÚDE III perde a oportunidade de incluir a sociedade civil nos mecanismos de governação da ajuda ao sector e não prevê questões candentes como cláusulas de salvaguarda sobre a previsibilidade dos desembolsos dos fundos e a garantia de investimento com base em fundos internos.

Referências Bibliográficas

- Chilundo, Baltazar. 2016. Ciclo de Monitorização do IHP+ de 2016, Moçambique. Maputo.
- IOF. 2015. Relatório Final do Inquérito ao Orçamento Familiar: IOF 2014/15. INE. Maputo.
- Matusse, Cristina, Hanifa Ibrahim, Fernando Ngoca. 2013. Coordenação & Eficácia da ajuda em Moçambique. 3ª edição. MPD. Maputo
- Estrutura de Diálogo e Coordenação do Sector Saúde em Moçambique. Documento sobre a Parceria. 2019. 3º Esboço para comentário e discussão. Maputo.
- Embaixada dos Estados Unidos da América. 2017. Relatório de HIV-Moçambique. Maputo.
- MdE DO PROSAÚDE - Memorando de Entendimento entre o Governo de Moçambique e os Parceiros de Cooperação referente ao apoio ao Sector de Saúde, através do Mecanismo de Financiamento Conjunto (PROSAÚDE III). 2017. Maputo.
- MISAU. 2013. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Maputo.
- MISAU. 2015. 5º Anuário Estatístico sobre Recursos Humanos para Saúde em Moçambique. Maputo.
- MISAU. 2016. Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde. Maputo.
- Guambe, Egídio, Elisio Muendane, Lázaro Mabunda. 2018. Arquitectura da Assistência ao Desenvolvimento do Sector da Saúde em Moçambique. Relatório Final. Maputo.
- PNUD. 2018. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. Washington.

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