



**Mecanismos Globais de
Financiamento Externo do
Sector da Saúde em Moçambique**

Maio | 2022

ESTUDOS DE CASO
E CONSIDERAÇÕES
INSTITUCIONAIS, FINANCEIRAS
E POLÍTICO-ECONÓMICAS

Nota de Reflexão sobre Políticas



Siglas e iniciais

AMM	Assistência Médica e Medicamentosa
BM	Banco Mundial
BMGF	Bill and Melissa Gates Foundation, «Fundação Bill e Melissa Gates»
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo
CIDA	Canadian International Development Agency, «Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional»
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
CUT	Conta Única de Tesouro
DAP	Documento de Avaliação do Programa
DFID	Department for International Development, «Departamento para o Desenvolvimento Internacional»
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
EFSS	Estratégica de Financiamento do Sector de Saúde
FBD	Financiamento Baseado no Desempenho
FBR	Financiamento Baseado em Resultados
FFDU	Fundo Fiduciário de Doador Único
FFMD	Fundo Fiduciário de Multidoadores
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FCDO	Foreign, Commonwealth and Development Office «Departamento para Negócios Estrangeiros, Commonwealth e Desenvolvimento »
FSS	Financiamento do Sector da Saúde
GAVI	Global Alliance for Vaccination, «Aliança Global para a Vacinação»
GFATM	Global Fund for Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria, «Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária»
GFF	Global Financing Facility, «Mecanismo de Financiamento Global»
GFP	Gestão das Finanças Públicas
GPS	Grupo dos Parceiros da Saúde
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development, «Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento»
IDA	International Development Association, «Associação de Desenvolvimento Internacional» (do Banco Mundial)
IDE	Investimento Directo Estrangeiro
IFC	International Finance Corporation, «Corporação Financeira Internacional»
IGEPE	Instituto de Gestão de Empresas Participadas pelo Estado
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOF	Inquérito ao Orçamento Familiar

MEF	Ministério da Economia e Finanças
MISAU	Ministério de Saúde
MZN	Metical
NFM	New Funding Mechanism, «Novo Mecanismo de Financiamento»
OE	Orçamento do Estado
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development, «Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, OCDE»
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAPA	Plano Abrangente Plurianual
PARPA	Plano de Acção de Redução da Pobreza Absoluta
PASMP	Plano de Acção da Saúde a Médio Prazo
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos da América para o Combate ao SIDA
PES	Plano Económico e Social
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PO-OGDP	Plano e Orçamento dos Órgãos de Governação Descentralizada Provincial
PPO	Planificação, Programação e Orçamentação
PRCSP	Programa de Reforço dos Cuidados de Saúde Primários
REO	Relatório de Execução Orçamental
RSCSP	Reforços dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários
RSS	Reforço do Sector da Saúde
SAP	Serviço de Atendimento Personalizado
SDC	Swiss Development Cooperation, «Cooperação Suíça para o Desenvolvimento»
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SISTAFE	Sistema de Administração Financeira do Estado
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPO	Subsistema de Plano e Orçamento
SSRMNIA	Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente
TA	Tribunal Administrativo
UGB	Unidade Gestora Beneficiária
UGP	Unidade de Gestão do Programa
UNICEF	United Nations Children's Fund, «Fundo das Nações Unidas para a Infância»
USAID	US Agency for international Development, «Agência dos EUA de Desenvolvimento Internacional»
WHO	World Health Organization, «Organização Mundial de Saúde, OMS»

Índice

RESUMO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1. Objectivos.....	6
1.2. Historial, Abordagem e Metodologia.....	6
1.3. Estrutura do Artigo.....	7
1. CONTEXTO.....	9
1.1. O Sector da Saúde Moçambicano e o seu Financiamento – Características Principais.....	9
1.2. Aspectos de Economia Política.....	12
1.3. Modalidades de Financiamento, gestão do Ciclo Orçamental e Fluxo de Fundos.....	13
2. QUATRO ESTUDOS DE CASO: PROSAÚDE, GFATM, GAVI E GFF.....	16
2.1. O Papel do Governo dos EUA e do BM no FSS.....	16
2.2. Os estudos de caso.....	17
2.2.1. PROSAÚDE.....	17
2.2.2. O Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (Global Fund for Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM).....	19
2.2.3. Aliança Global para a Vacinação (Global Alliance for Vaccination, GAVI).....	20
2.2.4. Mecanismo de Financiamento Global (Global Financing Facility, GFF).....	21
2.2.5. Outros Aspectos.....	28
3. FSS E EFICÁCIA.....	31
3.1. Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, Abordagem Sectorial e Coordenação.....	31
3.2. Planificação para um FSS Eficaz.....	32
4. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	35
5. ANEXOS.....	37
5.1. Lista de Pessoas Entrevistadas (Informantes).....	37
5.2. Literatura seleccionada.....	38

RESUMO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Este documento de reflexão sobre políticas é, no essencial, uma versão resumida de um grande estudo realizado pela N'weti entre Setembro e Dezembro de 2021. Os seus principais objectivos eram a) fornecer um panorama do mecanismo de financiamento externo da saúde em apoio ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) público de Moçambique, com enfoque no PROSAÚDE e em três programas seleccionados: Global Alliance for Vaccination (GAVI, «Aliança Global para a Vacinação»), Global Fund for Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM, «Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária») e Global Financing Facility (GFF, « Mecanismo de Financiamento Global»), b) analisar as consequências destes mecanismos relativamente a apoio ao MISAU/SNS para atingir os objectivos da agenda estratégica nacional de saúde, e c) abordar questões como alinhamento com os procedimentos nacionais, eficácia, custos administrativos e de transacção, previsibilidade, Gestão das Finanças Públicas (GFP) e controlo financeiro. Baseando-se numa abordagem de investigação qualitativa e entrevistas com 16 representantes do Ministério da Saúde (MISAU), programas apoiados por doadores, e assessores e consultores de saúde, o estudo confirmou um elevado grau de complexidade do sistema de Financiamento do Sector da Saúde (FSS), com tendência para a fragmentação, o que cria desafios específicos de estratégia e de gestão ao MISAU e à sua direcção.

O estudo concluiu, nomeadamente, que

- O PROSAÚDE, com o seu alinhamento à GFP nacional, continua a ter a confiança e preferência dos informantes ligados ao MISAU, seguido pelo GAVI;
- O GFF e o GFATM, que seguem abordagens de planeamento e orçamentação influenciadas pelos EUA, estão menos alinhados com o sistema de Planificação, Programação e Orçamentação (PPO) moçambicano, apesar de serem canalizados através da Conta Única do Tesouro (CUT);
- A abordagem inovadora de Financiamento Baseado no Desempenho (FBD), do GFF, é relevante para o governo, para o PROSAÚDE e, em geral, para a eficácia da ajuda ao SNS; ~~mas é actualmente difícil de conciliar com o sistema nacional estabelecido de GFP e de elaboração de relatórios e prestação de contas e com a forma como as unidades de saúde estão administrativamente~~

~~configuradas — há interesse e possibilidades de acomodar elementos de FBD no sistema de GFP, e também nem sempre é claro a que níveis ou escalões (macro, institucional ou pessoal) está a ser medido o desempenho;~~

- O modelo do Fundo Fiduciário do GFF, liderado pelo Banco Mundial, implica desafios em relação ao realismo do programa, em matéria de transparência e de prestação de contas, quer na optica de informantes que representam cofinanciadores, quer na literatura analítica;
- Um esboço da Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (EFSS), distribuído ao Grupo dos Parceiros da Saúde (GPS) em Outubro de 2019, abre uma via para melhorar o FSS, mas ainda com uma base analítica limitada no que diz respeito, por exemplo, ao espaço fiscal para o FSS, que em grande medida é determinado pela dinâmica económico-política do país;
- A diversidade de modalidades de financiamento aumenta a complexidade e a fragmentação do sector e diminui a apropriação nacional;
- ~~Foi feito um caso para procurar estabelecer um programa híbrido liderado pelo MISAU, baseado nas experiências do GFF e PROSAÚDE, com foco em Saúde Materna Infantil a nível subnacional;~~
- Uma Abordagem Sectorial e um Código de Conduta são condições necessárias, mas não suficientes, para aumentar a coerência e a eficácia no financiamento à saúde; e
- Para fazer face aos desafios da melhoria do FSS, uma abordagem analítica estratégica da gestão e da liderança no MISAU parece mais adequada do que uma abordagem de «controlo» convencional.

Incluem-se várias recomendações na conclusão do estudo. Recomenda-se, nomeadamente, a criação de uma unidade de investigação e grupo de reflexão sobre saúde no MISAU, para apoiar deliberações estratégicas de FSS e a reforma da saúde, bem como a operacionalização do plano sectorial estratégico do MISAU a longo prazo sob a forma de um plano de acção de saúde a médio prazo, mais bem alinhado com os ciclos de planeamento e orçamentação do governo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objectivos

Com esta Nota de Reflexão sobre Políticas, a N'weti procura contribuir para o debate em curso sobre o financiamento externo do sector da saúde e a necessidade de uma EFSS coerente. Dadas as modalidades de financiamento diferentes e parcialmente contraditórias praticadas pelos doadores e o risco de fragmentação do SNS que delas decorre, este artigo procura levantar as questões pertinentes consideradas necessárias para perceber até que ponto o MISAU tem capacidade de melhor e estrategicamente orientar e gerir o financiamento externo do sector para orientar e controlar o fluxo de financiamento em função das prioridades e acções previstas no seu Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) para o período 2014-2019 (prolongado até 2024) (MISAU, 2019).

~~Este artigo resulta de uma consultoria de pesquisa abrangente realizada pela ONG moçambicana N'weti, em nome da Rede P4H com financiamento da GIZ, Agência Alemã de Cooperação Internacional, e da SDC, Cooperação Suíça para o Desenvolvimento, sendo a Rede P4H um dos membros do GPS em Moçambique. O relatório final da pesquisa foi apresentado à N'weti em finais de Novembro de 2021, tendo sido revisto e finalizado posteriormente com contribuições e comentários de várias partes interessadas, incluindo o MISAU~~

Esse estudo tinha os seguintes objectivos:

- Apresentar um panorama geral do financiamento externo da saúde em Moçambique, com enfoque no PROSAÚDE e três mecanismos de financiamento global seleccionados para programas verticais, nomeadamente o GFATM, o GFF) e a GAVI;
- Analisar os resultados destes mecanismos relativamente ao apoio ao MISAU/SNS para a concretização da agenda estratégica nacional de saúde; e
- Analisar como as características, prioridades e procedimentos destes mecanismos de financiamento influenciaram a execução da agenda estratégica do país no MISAU/SNS, abordando questões como o alinhamento com os procedimentos nacionais, eficiência, custos administrativos e de transacção, previsibilidade, GFP e controlo financeiro, etc.

1.2. Historial, Abordagem e Metodologia

O Reforço do Sector da Saúde (RSS) e um FSS robusto fazem parte do PESS do MISAU. Isto reflecte o esforço global para garantir «que todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras. Isso inclui toda a gama de serviços de saúde essenciais e de qualidade, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.» É assim que a Organização Mundial da Saúde (OMS), define a Cobertura Universal de Saúde (CUS), que, juntamente com o RSS e o FSS, constam dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, subscritos por todos os Estados-membros da ONU.

O PESS 2014-2019 do MISAU (prolongado até 2024) procura abordar a questão do financiamento da saúde incluindo esta temática no seu 5º Objectivo Estratégico («Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo»). Sendo o sector da saúde altamente dependente dos doadores, o indicador escolhido para avaliar o grau de progresso no financiamento da saúde através de parcerias é o grau ou proporção anual do financiamento externo ao sector que entra anualmente «no plano», «no orçamento», «nas contas», «na auditoria», etc. do Estado moçambicano, processo que é doravante abreviado como «dentro da CUT¹ de apoio externo ao sector da saúde». Este aspecto de GFP do FSS faz parte de critérios e componentes técnicos para uma EFSS), como aqueles a que se dá destaque nas orientações aos profissionais do Banco Mundial para financiamento do sector de saúde (Cottret & Schieber, 2006). Outros aspectos técnicos são uma EFSS coerente que tenha em conta tanto as fontes externas de financiamento, também por meio de «programas verticais»², como os recursos gerados a partir do «espaço fiscal» nacional e gerados por fontes privadas, como desembolsos directos de clientes dos serviços de saúde e pagamentos cobertos por seguros de saúde. Ainda outros aspectos dizem respeito ao que é conhecido como FBD (Piatti Fuenfkirchen, 2021).

1. É de notar que «dentro do orçamento» pode implicar «dentro da CUT» e «fora da CUT».

2. Segundo Caimcross et al. (1997), «Um programa vertical é uma componente do sistema de saúde que tem objectivos específicos e definidos, geralmente quantitativos e relacionados com uma única doença ou um pequeno conjunto de problemas de saúde; [com] objectivos centrados no curto ou médio prazo, e [que]...tem uma gestão centralizada e meios próprios (pessoal, veículos, fundos)». Um «programa diagonal» não se concentra apenas na eliminação de certas doenças, mas agrega valor concentrando-se em determinados grupos-alvo (por exemplo, mulheres e crianças), abordando questões de desempenho em nível de unidade de saúde e promovendo liderança e políticas de saúde pública, juntamente com investimentos sobre o fortalecimento institucional e de recursos humanos (Sepúlveda et al. 2007).

Na realidade, estes aspectos estão, pelo menos em parte, incluídos no PESS e na EFSS³ do ministério, que, na altura da redacção do presente texto, estava prevista a sua submissão à aprovação pelo Conselho de Ministros.

Como mostra uma análise da literatura, porém, além dos aspectos técnicos do FSS, são a economia política de um país e seu sector de saúde que desempenham um papel fundamental na definição do financiamento do sector de saúde de um país e dos seus resultados. **Afirmou-se já que «há cada vez indícios mais claros de que os factores de economia política são centrais para a adopção ou não das propostas de reforma do financiamento da saúde (Croke et al., 2019: 1) e que o FSS «é um processo inerentemente político que altera a distribuição de direitos, responsabilidades e recursos em todo o sector de saúde e fora dele. Assim sendo, as mudanças na política de financiamento da saúde afectam um leque de intervenientes e instituições de maneiras que podem criar obstáculos e tensões políticas. Quando os países procuram políticas de financiamento da saúde que apoiem o progresso no sentido da Cobertura Universal de Saúde, a análise e a gestão dessas preocupações políticas devem ser incorporadas nos processos de reforma» (Sparkes et al., 2019: Abstract).**

Neste contexto, foi escolhida uma abordagem de estudo que inclui a análise não apenas das questões técnicas de FSS, mas também do contexto político e económico global em que se insere o sector da saúde. **No início do projecto de pesquisa, foi também acordado entre a N'weti, a agência financiadora e o autor privilegiar** uma abordagem qualitativa da análise e da pesquisa⁴ em vez de **privilegiar** uma discussão assente em dados quantitativos, ou seja, a análise dos fluxos financeiros gerados pelo sistema de GFP moçambicano, não obstante a sua utilização facultativa neste estudo para fins ilustrativos.

Após a apresentação e aprovação de um relatório inicial geral do estudo no início de Setembro de 2021, partilhado com o GPS, foi realizada a pesquisa, desde meados de Setembro até meados de Novembro de 2021. Esta pesquisa constou de uma revisão da literatura analítica pertinente (usando google scholar) e de documentos produzidos pelo MISAU e pelos seus Parceiros da Saúde. Além disso, foram realizadas entrevistas, com base numa lista inicial de 12 informantes

3. MISAU 2021.

4. A pesquisa qualitativa implica a recolha e análise de dados não quantificáveis para compreender conceitos, opiniões ou experiências. Para este efeito, utilizámos um guião de pesquisa aberto e organizámos as entrevistas num estilo mais conversacional de interacção entre o autor e o informante, com foco nas percepções das modalidades de Financiamento ao Sector da Saúde pelas principais partes interessadas. Pode-se argumentar que um estudo de financiamento do sector saúde com foco nas percepções e sem uma análise minuciosa dos dados financeiros é incompleto. No entanto, dadas as restrições de tempo, orçamento e institucionais para a pesquisa e estudo, a N'weti tomou uma decisão deliberada de optar pela metodologia descrita acima. Não deve ser interpretado pelo leitor como uma substituição de métodos quantitativos por métodos qualitativos, apesar da ênfase neste último.

pré-seleccionados. Essa lista foi actualizada no decorrer do trabalho de pesquisa e vieram a ser entrevistados 23 informantes no total, que receberam antecipadamente as perguntas orientadoras. Os informantes representavam o MISAU (cinco), o Ministério da Economia e Finanças, MEF, (um), e consultores e assessores do sector da saúde (sete); e ainda programas de apoio externo, ou seja, os parceiros internacionais do MISAU (dez). A maioria dos entrevistados solicitou o anonimato, que foi respeitado. Um esboço inicial do estudo foi partilhado com as partes interessadas seleccionadas, incluindo funcionários seniores do MISAU, o BM e outras agências, com uma segunda rodada de entrevistas sendo realizada em abril de 2022. Todas as opiniões e observações foram consideradas na finalização do relatório.

No início do trabalho de investigação, nomeadamente na fase de revisão da literatura, um pressuposto de trabalho para o estudo era o de que o mais antigo programa de apoio à saúde, o PROSAÚDE, com o seu Fundo Comum, criado em 2002, e com um elevado grau de identificação por parte do pessoal do MISAU, estava «de saída» (também em termos quantitativos, como volumes de financiamento e número de agências de ajuda ao desenvolvimento), substituído por programas verticais como o GFATM e a GAVI, com enfoques específicos e fortemente influenciados pela abordagem do governo dos EUA sobre financiamento global à saúde. Também partimos do princípio de que os acordos de Fundo Fiduciário, nos quais o Banco Mundial administra programas com componentes do FBD e acordos de FC como o GFF, marginalizaria ainda mais o PROSAÚDE. A utilização de métodos de pesquisa qualitativa, porém, levou o autor a rever o pressuposto inicial, mostrando claramente os resultados da pesquisa que o PROSAÚDE e o sistema de GFP associado têm um elevado grau de resiliência e flexibilidade para se considerar a incorporação de inovações promovidas pelo GFF.

1.3. Estrutura do Artigo

Relatório está dividido em cinco partes principais.

A Introdução (Capítulo 1) apresenta o objectivo do estudo, a sua estrutura e a sua abordagem metodológica, com destaque para os métodos qualitativos e a necessidade de combinar aspectos técnicos e político-económicos na análise ao financiamento do Sector de Saúde e na sua reforma.

O segundo capítulo dá a conhecer ao leitor o contexto em que se concretiza o FSS em Moçambique. Analisa características marcantes do sector da saúde, ou seja, o SNS, analisando em particular os desafios, a economia política do sector, as tendências do financiamento da saúde, a forma como o financiamento é gerido e dele são dadas informações e contas, e iniciativas globais relevantes com impacto no financiamento do sector. Também dá alguns esclarecimentos sobre as iniciativas de reforma do sector actualmente em curso, incluindo a descentralização.

No terceiro capítulo, analisam-se quatro estudos de caso, incluindo uma descrição das suas principais características e a análise da sua dinâmica de financiamento e a da relação com o MISAU, tanto na perspectiva do pessoal do MISAU (e consultores de saúde) como na perspectiva das agências de financiamento. Embora isso não esteja plasmado nos termos de referência para este estudo, também se analisa, por razões de ordem didáctica, o apoio do governo dos EUA ao sector da saúde moçambicano através do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA (PEPFAR). Este programa e sua abordagem exercem uma grande influência sobre o GFATM pois o financia em cerca de 52% até 55% a nível global. ~~Já a influência no GFF não é do mecanismo PEPFAR mas é do sistema financeiro do governo americano, que tem períodos e exigências de reporting distintas dos de Moçambique.~~

O quarto capítulo aborda alguns dos desafios decorrentes da análise do capítulo 3, na perspectiva de FSS e sua eficácia. Os tópicos discutidos são a relevância da Agenda de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, Abordagem Sectorial e Coordenação; planificação para RSS e uma estratégia coerente de FSS, incluindo a abordagem de FBD em programas de apoio externos.

Por fim, no capítulo 5, tiram-se algumas conclusões gerais, com enfoque na gestão da mudança, e apresentam-se algumas recomendações específicas.

Este estudo não teria sido possível sem o generoso apoio e a pronta disponibilização de muitas personalidades para as entrevistas, em especial do governo (MISAU e MEF) e nas instituições que representam programas que recebem apoio externo, como o PROSAÚDE, o GFATM, a GAVI, o GFF e o Banco Mundial (BM). A disposição de alguns deles em contribuir para o aprimoramento do estudo, fornecendo observações por escrito ou por meio de videoconferências, é muito apreciada. Neste sentido, um especial obrigado é

dirigido à Dra Sãozinha Agostinho, Directora de Planificação e Cooperação do MISAU, que presidiu a uma reunião de altos funcionários para discutir e comentar os resultados do estudo. Expressar-lhes aqui respeito e gratidão não é de forma alguma desvalorizar as contribuições de todos os outros informantes, nomeadamente os experientíssimos assessores e consultores que trabalham na área do financiamento e gestão financeira do sector da saúde de Moçambique. Na realidade, o autor está em dívida para com todas as mulheres e homens do governo e instituições de ajuda, bem como aqueles consultores especialistas, que pronta e abertamente responderam às suas perguntas e trataram, nas entrevistas, questões muitas vezes delicadas.

O autor gostaria também de expressar sua profunda gratidão à N'weti e em particular ao senhor Andes Chivangue. O autor deseja agradecer a grande confiança e o apoio que recebeu, em todas as fases do estudo, deste alto funcionário da N'weti e da sua equipa. Este agradecimento vai também para a Directora da N'weti, a Sra. Denise Namburete. Um obrigado especial vai ao tradutor do estudo originalmente escrito em inglês, Senhor Vítor Santos-Lindegaard.

Embora reconhecendo as importantes contribuições para este estudo de todas as pessoas acima mencionadas, que muito agradece, o autor é o único responsável pelo seu conteúdo e eventuais erros e omissões. É de sublinhar que o estudo representa única e exclusivamente a posição do autor – a não ser quando atribuída a informantes, e não a da N'weti, nem de nenhum dos seus funcionários.



1. CONTEXTO

1.1. O Sector da Saúde Moçambicano e o seu Financiamento – Características Principais

Como o UNICEF (2019:4), definimos o SNS moçambicano como «o conjunto de entidades que fazem parte do Ministério da Saúde, ou que lhe estão subordinadas, e que têm dotações próprias no orçamento do Estado (OE). Actualmente, fazem parte do sector um total de 184 Unidades Gestoras Beneficiárias (UGB), incluindo o Ministério da Saúde (o líder, a nível nacional), 11 Direcções Provinciais de Saúde (que coordenam o sector em cada província) e 151 Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), que coordenam o sector a nível distrital. Institucionalmente, o sector está dividido em unidades de cuidados de saúde primários (1609 centros de saúde e postos de saúde), unidades de nível secundário (51 hospitais distritais, rurais e gerais), unidades de nível terciário (8 hospitais provinciais) e unidades de saúde de nível quaternário, hospitais especializados e militares⁵. O sector inclui ainda o Instituto Nacional de Saúde (INS), os Armazéns Médicos Centrais (CMAM). Estas são as unidades funcionais de saúde pública, às quais se somariam os prestadores de serviços de saúde privados. Juntamente com a superestrutura reguladora (políticas, programas, estratégias), estas unidades constituem o SNS. O SNS está convencionalmente dividido pelos seguintes prestadores de cuidados de saúde:

- a) Prestadores de serviços públicos de saúde (hospitais centrais, provinciais e distritais) aos cinco níveis acima referidos com concentração nas unidades de cuidados de saúde primários (CSP) e unidades de cuidados de saúde secundários (CSS);
- b) Prestadores de serviços de saúde privados e clínicas, distinguindo-se entre lucrativos e não lucrativos⁶;
- c) Serviços de saúde comunitários, nomeadamente através de postos de saúde sub distritais e agentes comunitários de saúde, os Agentes Polivalentes Elementares, e uma colaboração com praticantes de medicina tradicional e alternativa.

5. Dados de 2019, ver MISAU, 2020b. O leitor interessado na distribuição de unidades por Província e Distrito deve consultar o Anexo 3 da Proposta de Caso de Investimento GFF (GFF, 2017)

6. Exemplos de prestadores de serviços de saúde privados com fins lucrativos são as clínicas privadas que surgiram nos últimos anos, sobretudo em Maputo e nas principais cidades e vilas do país, ao passo que um exemplo de um prestador de serviços privado sem fins lucrativos é o ICOR (Instituto do Coração), sediado em Maputo. Como entidade sem fins lucrativos, com estatuto de ONG, presta serviços iguais ou semelhantes aos prestados por várias clínicas privadas com fins lucrativos, mas não paga impostos sobre os seus rendimentos, tendo assim vantagens competitivas sobre o sector privado lucrativo da saúde.

No que diz respeito aos desafios da saúde, Moçambique está entre os países do mundo com taxas muito elevadas de fertilidade (cinco filhos por mulher) e de mortalidade bruta (11,8/1000 habitantes) e baixa esperança de vida (53,7 anos). A mortalidade materna (452/100.000 nados-vivos) e a mortalidade infantil (68/1.000 nados-vivos), bem como taxas de nanismo também são muito elevadas (INE 2019). Os principais desafios de saúde são a ampla prevalência de malária, tuberculose, SIDA, infecções respiratórias (também devido à COVID-19), bem como doenças transmitidas pela água, muitas vezes relacionadas com más condições de abastecimento de água e de saneamento.

O combate à pandemia de COVID-19 através da vacinação é outro grande desafio. Apesar de os casos e infecções registados serem comparativamente baixos, a pandemia de covid veio tornar patentes as fragilidades do sector da saúde. As capacidades de testagem do vírus são limitadas e muitas das unidades de saúde (e escolas) nas zonas rurais não têm água canalizada nem instalações sanitárias para garantir um mínimo de higiene preventiva. No final de Janeiro de 2021, Moçambique tinha registado mais casos, mais internamentos e mais mortes por COVID-19 só nesse mês de Janeiro que durante todo o ano de 2020, segundo os dados do MISAU. Outro pico de casos diários confirmados de COVID-19 foi alcançado no início de Agosto de 2021 (1.900 casos por semana), que baixou para menos de 80 no final de Setembro do mesmo ano, sinalizando o fim da terceira onda e o afrouxamento de algumas medidas de prevenção da COVID-19⁷. Até 28 de Setembro de 2021, tinham sido administradas pelo menos 3,64 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19, o que corresponde à vacinação de cerca de 6,3% da população com pelo menos uma dose de vacina contra a COVID-19. Calcula-se que cerca de 5,7% da população esteja totalmente vacinada. Embora o ritmo de vacinação tenha acelerado, os profissionais de saúde em particular estão numa situação de risco. Espera-se que as crianças sofram os efeitos mais prejudiciais, tendo perdido um tempo valioso na escola. Uma nota política do UNICEF alerta que, «para dez milhões de crianças de Moçambique que já vivem nalgum tipo de pobreza, a COVID-19 significa uma pobreza maior e mais prolongada e a não-concretização dos seus direitos básicos».

7. <https://fews.net/southern-africa/mozambique/key-message-update/september-2021>

Um acesso ainda menor a serviços essenciais de saúde, devido a uma grande perturbação do sistema de saúde, pode agravar ainda mais as actuais vulnerabilidades crianças que precisam de vacinas, sofrem de doenças crónicas, vivem com deficiência ou são afectadas por doenças infecciosas comuns, como a malária» (UNICEF, 2020a: 1).

A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde continua a ser um grande desafio para o SNS. Vários estudos realizados nos últimos anos (Llop-Gironés et al., 2018; Anselmi, 2015) concluem que

- os efeitos de exclusão das desigualdades sociais em vários «eixos⁸» de análise condicionam em grande medida o acesso aos cuidados de saúde;
- um em cada três moçambicanos com problemas de saúde não recorreu aos serviços de saúde, sendo este comportamento mais comum entre as pessoas que vivem nas províncias do Norte, no meio rural e nos estratos socioeconómicos menos escolarizados e mais pobres da sociedade;
- quase metade das pessoas que não usam os serviços de saúde se depararam com obstáculos concretos que dificultam o seu acesso (sobretudo a distância ou falta de transporte para as unidades de saúde), mesmo quando sofrem de problemas de saúde relativamente graves;
- as desigualdades sociais condicionam também alguns aspectos relativos à qualidade do acesso, ao tipo de prestador de cuidados de saúde preferido e também a prevalência e intensidade dos problemas de saúde.

A despesa do governo de Moçambique no sector da saúde é a terceira maior do orçamento anual, depois da educação e das obras públicas, habitação e água e saneamento. Em 2019, o orçamento do sector da saúde representou cerca de 9% do volume total do OE, menos que os 12% do ano anterior. Essa proporção variou consideravelmente na última década, oscilando em torno de 9% em um período de 11 anos, e está bem abaixo da meta de 15% do orçamento anual estabelecida pela Declaração de Abuja.

Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), a participação do orçamento do sector de saúde diminuiu ligeiramente nos últimos anos para aproximadamente 2,5% do PIB em 2019 (UNICEF, 2019, 2020), com uma taxa média de 3% nos

últimos dez anos, uma taxa ligeiramente inferior à de todos os países da África Subsariana. Esta tendência está claramente desfasada em relação às metas estabelecidas no PESS.

A Avaliação Intercalar do PESS 2014-2019 do MISAU conclui que o cálculo de custos para a implementação do plano de 7,78 mil milhões de USD é «ambicioso» e que no período 2014-2018, «o sector executou somente o equivalente a um terço da estimativa orçamental do custo do PESS, o que significa que a maior parte das actividades previstas no PESS terão ficado sem financiamento, mesmo tendo em conta que os recursos decorrentes de financiamentos verticais não estão adequadamente contabilizados dentro do sector» (MISAU, 2019: 13). Isto é especialmente verdade no caso da infra-estrutura, equipamentos e informações de saúde, se usarmos a abordagem de elementos constituintes («building blocks») da OMS para analisar a parte pública do SNS, com enfoque em hospitais (rurais) e unidades de saúde, como parte essencial dos CSP.⁹

Segundo a versão preliminar do relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2019, a alocação de recursos é sobretudo elevada para medicamentos e produtos médicos, seguindo-se os recursos humanos (mão-de-obra da saúde) e a prestação de serviços de saúde. O financiamento para infra-estrutura de saúde (e sua manutenção) é pequeno e a menor fatia é para o financiamento de equipamentos e sistemas de informática de saúde (MISAU, 2019a: 41). A Avaliação Intercalar do PESS conclui que o fraco investimento no desenvolvimento da infra-estrutura da rede de saúde não contribuiu para melhorar o acesso aos serviços de saúde e a sua utilização. As intervenções estratégicas para a expansão da rede de saúde, incluindo o fornecimento adequado de água e energia, não foram executadas de acordo com o plano. Isto levou à estagnação da rede de saúde, com a consequência de que a cobertura continua a ser limitada e as desigualdades entre as províncias não estão a diminuir (MISAU, 2019: 47f).

Apesar da tendência de estagnação de longo prazo nas alocações orçamentárias gerais em relação ao orçamento total e ao PIB, houve um aumento dos recursos orçamentais internos em relação ao financiamento externo do sector. Em 2019, 79% do orçamento do sector da saúde foi financiado por fontes nacionais e 21% por fontes estrangeiras. Esta proporção aumentou para 92% em 2020 (UNICEF, 2020). Estes aumentos constituem uma grande alteração relativamente aos padrões de financiamento da última década, em que a proporção era de 60% e 40%, respectivamente, de recursos

8. Tais como posição socioeconómica do agregado familiar, nível máximo de educação, sexo, idade, meio rural/urbano, quanto tempo demora até às instalações de cuidados de saúde e tipo de prestador de serviços de saúde.

9. Os módulos da OMS para o RSS são (OMS, 2007): prestação de serviços; mão-de-obra no sector da saúde; sistemas de comunicação e informação; produtos médicos, vacinas e tecnologias; financiamento; e liderança e governação (administração).

internos e externos. É de notar, também, que tanto o valor nominal do financiamento doméstico (em MZN) como a percentagem que constitui o total de recursos alocados ao sector são, em 2020, os maiores de sempre (UNICEF, 2020).

Analisando agora em quê e onde são feitas as despesas de saúde por nível da administração pública, verificamos que as despesas correntes (salários, consumíveis, aquisição de bens e serviços) superam de longe as despesas de investimento em todos os níveis de governo, sobretudo ao nível distrital (ver Weimer, 2021). Isto representa um padrão estrutural e confirma o veredicto de Garrido citado mais adiante. Nos últimos anos, em média, 75% do orçamento foi gasto em rubricas de despesas correntes e apenas 25% em investimento¹⁰, o que tem um impacto negativo na capacidade do SNS de prestar CSP ao nível das autarquias. Um estudo do UNICEF concluiu que o menor acesso a unidades de saúde se verifica em Cabo Delgado, onde apenas 39% dos agregados familiares têm uma unidade de saúde a 30 minutos a pé da sua residência, ao passo que em Maputo a percentagem correspondente é de 96%. A Zambézia e Nampula têm o menor gasto per capita em saúde de todas as províncias de Moçambique (UNICEF, 2018).

Tal como no sector das infraestruturas (obras públicas, água e saneamento), a despesa com a saúde é altamente centralizada, considerando o rácio da despesa a nível provincial (tanto despesas recorrentes como de investimento) em relação à despesa total do ministério (ver Camões, 2020). De acordo com dados de monitorização da saúde publicados por uma OSC moçambicana, cerca de 50% é gasto ao nível central, que inclui o MISAU (OCS, 2021) CMAM, bem como a construção de infraestruturas de saúde que está sob a alçada do MISAU. As instituições centrais também foram responsáveis por dois terços do investimento no SNS, com cerca de 90% das despesas provinciais e distritais compostas por despesas recorrentes, com quase nenhum investimento (doméstico) ao nível distrital. Seu financiamento é deixado em grande parte para programas de doadores como o PROSAÚDE que, de acordo com um informante-chave, está «fornecendo uma tábua de salvação» para eles. O argumento frequentemente ouvido em favor de decisões de investimento centralizadas é o da economia de escala e uma suposta falta de capacidade de gestão de investimentos em nível subnacional.

A Avaliação Intercalar do PESS do Ministério (2014-2019) também dá conta dos baixos gastos com infra-estrutura ao concluir que não foi alcançado o objectivo de expansão dos serviços, medido por «habitantes servidos por unidade de saúde e por camas de hospital/1000 habitantes» (MISAU, 2020: 11).

A falta de recursos do sector da saúde é agravada pelo facto de a execução orçamental média ter sido, nos últimos 10 anos, consistentemente inferior às dotações orçamentais. Uma diferença de 25% entre o orçamento planificado e executado na última década, apenas parcialmente corrigida em 2019 a 2020, remete para grandes desafios na planificação, programação, orçamentação e execução da prestação de serviços de saúde, incluindo as aquisições de bens e serviços¹¹.

Num estudo recente sobre a necessidade de proceder a mudanças institucionais ousadas no SNS para fazer face aos desafios que Moçambique enfrenta nas áreas do acesso à prestação de serviços de qualidade, aumento da cobertura e governação da saúde, Ivo Garrido, médico e ex-ministro da saúde, sublinhou a importância primordial da parte pública do SNS como sustentáculo e maior prestador de serviços de saúde, sobretudo nas zonas rurais. Ao destacar o subfinanciamento estrutural do sector da saúde, o enfoque na saúde curativa em detrimento da saúde preventiva, a corrupção e a falta de prestação de contas, bem como uma preferência dos doadores por abordagens verticais, Garrido conclui que a forma como o SNS está organizado e como o financiamento do sector é alocado e distribuído não consegue responder às necessidades dos moçambicanos em termos de cuidados de saúde — sobretudo daqueles que vivem em zonas rurais. O autor deixa claro que os CSP e as unidades de saúde rurais que ainda não são UGB devem ser dinamizados e os orçamentos devem ser recalibrados para esse fim¹². Além disso, os APE não fazem parte dos quadros estatais de pessoal de saúde assalariado e são considerados os «prestadores locais de CSP institucionalmente mais fracos, mas mais importantes do SNS» (entrevistado, citado por Weimer, 2021), embora sejam financiados principalmente pelo UNICEF, OMS e ONGs, em função das prioridades e programas regionais dessas organizações.

¹⁰. <https://observatoriodesaude.org/deviations-between-the-planned-and-the-execution-undermine-the-health-budget/>

¹¹. Ver <https://observatoriodesaude.org/deviations-between-the-planned-and-the-execution-undermine-the-health-budget/>

¹². No sector da educação, cerca de 13.000 escolas têm orçamentos separados, embora registadas nos respectivos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia. Informante 16, 12/11/2021

1.2. Aspectos de Economia Política

Como foi já referido, o sector da saúde, o seu financiamento e a sua reforma devem ser analisados no quadro mais geral da economia política moçambicana. Numa economia política orientada para a exportação e dependente de Investimento Directo Estrangeiro (IDE) e de crédito, assente na extracção de recursos, na procura de rendas e no consumo a expensas da acumulação e produção de capital nacional, o sector da saúde não é um caso isolado. Mesmo do ponto de vista epidemiológico (Wilkinson, Marmot 2006; Marmot 2005), a saúde individual e a saúde pública são, em grande medida, determinadas pelas relações socioeconómicas e pelos padrões de distribuição da riqueza e de acesso aos serviços sociais. Assim sendo, tem importância a estrutura de classes, estratificação e rendimento da sociedade moçambicana, como também tem importância o sistema político-administrativo em todo o território do país. A reforma da descentralização politicamente motivada a partir de 2018, subordinada ao lema «novo paradigma de descentralização», pode vir a fragilizar a prestação de serviços básicos de saúde a nível provincial e distrital (Weimer, 2021). Seja como for, as despesas de saúde financiadas tanto por fontes externas como internas são enviesadas a favor do governo central e sobretudo dos hospitais de Maputo, em detrimento das unidades de saúde nos níveis subnacionais do SNS e das suas necessidades, e contrariando os objectivos de descentralização do sector, definida no PESS como sendo um dos seus dois pilares.

O aumento do endividamento e o stress económico e fiscal fragilizam o Estado e sua capacidade de prestar e financiar serviços básicos, e não só no sector de saúde. A pobreza acentuada e a desigualdade no consumo reforçam o já bastante desigual acesso aos serviços privados e públicos, também na saúde. A tendência de descida da taxa geral de pobreza no período de 1996 a 2015 inverteu-se desde então. O recente Inquérito ao Orçamento Familiar (IOF) 2019-2020, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) dá conta de um dramático declínio da capacidade financeira das famílias moçambicanas (INE, 2021). Segundo este inquérito, os gastos médios baixaram 17% entre 2015 e 2020, o que significa que a maioria das pessoas são mais pobres do que há uma década¹³. O número total de mulheres, homens,

13. A despesa urbana desceu 24%, enquanto a despesa rural desceu 13%. Gaza (menos 42%), Maputo Cidade (menos 38%) e Cabo Delgado (também menos 38%) foram as mais atingidas. Todas as despesas, incluindo alimentação, foram drasticamente reduzidas. O inquérito mostra que 75% dos moçambicanos gastam menos de 1 USD por dia e que mais de 90% estão abaixo da linha de pobreza internacional do BM de 1,90 USD por dia. O inquérito também mostra uma enorme desigualdade, observando que aos mais pobres «50% da população correspondem 14,7% da despesa total. Aos 10% mais pobres da população cabe apenas 0,8% da despesa nacional total, e aos 10% mais ricos correspondem 43,1% da despesa total» (Hanlon, 2021a)

raparigas e rapazes pobres aumentou desde 2000, sobretudo nas zonas rurais e nas províncias do centro e do norte (Mambo et al., 2018, Egger et al., 2020). Essa tendência é importante quando a versão preliminar da EFSS pondera o aumento das taxas de utente para Reforço dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários (RSCSP).

Outros factores que afectam o espaço fiscal para o FSS são as despesas de segurança e a saída de capital. No que diz respeito às despesas com segurança comparadas com as despesas de sectores sociais seleccionados, a partir de 2018 as despesas de segurança cresceram mais do que as dos sectores sociais: desde então, as despesas em segurança constantes do OE¹⁴ foram todos os anos superiores às despesas de investimento em saúde, água e saneamento e acção social no seu conjunto (Potenciar, 2021). A guerra em Cabo Delgado veio sobrecarregar ainda mais os cuidados básicos de saúde, já que cerca de um terço das instalações de saúde na Província de Cabo Delgado não estão operacionais e há quase 800.000 pessoas deslocadas, tendo sido temporariamente reassentadas em áreas mais seguras. A OMS calcula que cerca de 1,2 milhões de pessoas necessitam de assistência médica urgente¹⁵.

O escândalo da dívida oculta, descoberta em 2016, levou a uma diminuição da ajuda externa e do IDE, à mais baixa notação de crédito possível, a quedas nas taxas anuais de crescimento económico e de emprego, e no Índice de Desenvolvimento Humano anual. A dívida pública aumentou também para níveis insustentáveis. Cortez et al. (2021) calculam que o custo directo, indirecto e de oportunidade, e os efeitos colaterais do escândalo da dívida oculta podem ter custado a Moçambique pelo menos 11 mil milhões de USD — quase o PIB do país em 2016. O Centro Internacional de Recuperação de Bens do Instituto de Governação de Basileia, sediado na Suíça, considera o escândalo um caso de saída ilícita de fundos e branqueamento de capitais, que afecta directa e negativamente vidas humanas¹⁶. Contribui para a classificação de Moçambique como um dos países de alto risco no Índice AML de Basileia, uma classificação independente anual que avalia os riscos de branqueamento de capitais e de financiamento do terrorismo.

14. É razoável presumir que uma parte considerável das despesas de segurança, nomeadamente em material militar, não é incluída no orçamento

15. "Mozambique: More than 1.2 million need urgent medical assistance – WHO". Citado pelo Club of Mozambique. <https://clubofmozambique.com/news/mozambique-more-than-1-2-million-need-urgent-medical-assistance-who-192789/>
16 <https://baselgovernance.org/blog/mozambiques-tuna-bonds-scandal-yes-its-about-money-more-its-about-human-lives>

A corrupção também minimiza o espaço para FSS através do financiamento público. Segundo a N'weti (2021), há grandes fontes de desvio de fundos e outras práticas corruptas nas contratações e aquisições para a construção de infra-estruturas e no fornecimento e distribuição de medicamentos e produtos médicos. Vários informantes consideram a área das aquisições e contratações como uma das partes mais fracas na administração do SNS¹⁷. Há informações pontuais de que também os medicamentos e produtos médicos comprados através de processos de aquisições públicas vão parar a clínicas privadas ou são utilizados pelos quadros no seu trabalho privado, fora das unidades de saúde. O mesmo parece aplicar-se também a consultas médicas. Em ambos os casos, o paciente paga o custo do seu próprio bolso (desembolso directo), por muito que o SNS pressuponha que o acesso aos serviços de saúde é gratuito (pagando-se apenas uma taxa simbólica de 5 MZN e 10 MZN, conforme se more numa zona rural ou urbana, respectivamente). Mesmo dentro de uma unidade de saúde pública, esses serviços privados são prestados mediante pagamento, por exemplo, para passar à frente numa longa fila de espera de pacientes para serem atendidos ou para um parto. A introdução da prestação de serviços a dois níveis no Serviço de Atendimento Personalizado (SAP) pode muito bem vir a agravar a estratificação social. Assim, a fronteira entre serviços de saúde públicos e privados tornou-se vaga. Dada a percepção de que a prestação de serviços de saúde é uma forma de ganhar dinheiro, sobretudo nas zonas urbanas, surgem clínicas privadas em todo o país e nem sempre é claro quem são os seus proprietários e em que medida o MISAU exerce o seu papel de regulação, supervisionando o sector da saúde privada e definindo padrões de qualidade profissionais e normas para os honorários a cobrar. Um relatório recente¹⁸ refere alegados planos de aquisição de hospitais públicos pelo Hospitais Nacionais de Moçambique, uma «mega-estrutura» na qual a empresa gestora Mozambique Holdings, dominada por um «magnata indiano», como tem sido referido o seu director, detém 70% dos 4,2 milhões de euros de capital, pertencendo os restantes 30% ao Instituto de Gestão de Empresas Participadas pelo Estado (IGEPE) sob a tutela do MEF. Não se sabe até que ponto esta «aquisição» resulta de concurso público e se foi feito um estudo de viabilidade económica, tendo em conta que se sabe que a maioria das empresas geridas pelo IGEPE não são economicamente rentáveis, sendo a sua sobrevivência e as suas despesas correntes asseguradas em grande medida

por subsídios estatais. Se esta «parceria público-privada» for avante, será certamente uma mudança na forma como é gerido e financiado o sector da saúde moçambicano. E afectará provavelmente o apoio externo ao sector.

1.3. Modalidades de Financiamento, gestão do Ciclo Orçamental e Fluxo de Fundos

Em princípio, desde a adesão de Moçambique à Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda (2005) todas as contribuições de financiamento externo para o sector devem estar alinhadas com os sistemas nacionais e usar estes mesmos sistemas para planificação, orçamentação e elaboração de relatórios e prestação de contas. Segundo um informante do MEF, esta continua a ser a posição oficial do governo, para evitar um sem-número de modalidades de financiamento que implicam elevados custos de transacção e não só para o governo¹⁹. Na prática, porém, a realidade no sector da saúde é bastante diferente. Grosso modo, existem três tipos de modalidades de apoio financeiro ao sector, nomeadamente o financiamento através de:

- a) Projectos geridos pelo doador, ou pelo(s) seu(s) (sub) contratante(s), fora do Plano Económico e Social (PES) e do OE, ou seja, «fora do orçamento» e, por conseguinte, fora da CUT. Um exemplo é o apoio ao sector da saúde prestado pelo governo dos EUA, que não subscreveu a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda.
- b) Programas e projectos bilaterais e multilaterais, individuais e conjuntos, alinhados com o sistema governamental («dentro do plano», «dentro do orçamento», «dentro da CUT», «dentro das auditorias»²⁰, etc.), que desta forma seguem a PPO governamental e utilizam o sistema nacional de GFP baseado na plataforma electrónica do Sistema de Administração Financeira do Estado, o E-SISTAFE, e a legislação que foi actualizada em finais de 2020 e início de 2021, de modo a incluir também os municípios e as entidades provinciais descentralizadas recentemente criadas, os Órgãos de Governação Descentralizada Provincial. São exemplos desta modalidade programas

17. Informante 7, 13/10; Informante 9, 26/10; Informante 16, 12/11/2021. Segundo este último informante, o problema não é o «sistema» nem os regulamentos, mas sim a falta de aplicação ou a aplicação incorrecta dos regulamentos e a manifesta falta de capacidade do pessoal da Unidade Gestora Executora das Aquisições.

18. «José Parayanken lança-se num grande empreendimento de saúde público-privado. A iniciativa «Um distrito, um hospital», de Filipe Nyusi, irá beneficiar principalmente a empresa privada Mozambique Holdings, que foi seleccionada para construir e gerir as instalações de saúde do país.» Africa Intelligence, 19/11/2021.

19. Informante 15, 19/11/2021.

20. Ou seja, auditado pela instância suprema de auditoria em Moçambique, a 3ª Secção tribunal do TA.

sectoriais como o PROSAÚDE, projectos individuais de apoio à saúde dos parceiros do PROSAÚDE (por exemplo, Irlanda, Itália, Suíça) e programas verticais centrados em doenças específicas, como o GFATM.

- c) Programas/projectos registados no PES e no OE («dentro do plano», «dentro do orçamento»), mas com execução fora do sistema governamental, ou seja, «fora da CUT». Exemplos deste tipo de financiamento são projectos específicos de ONG internacionais (por exemplo, o CUAMM²¹), que fornece apoio técnico, formação de pessoal de saúde e financiamento para aumentar a capacidade dos hospitais em várias partes de Moçambique. No entanto, o MISAU não tem o desejado e completo panorama do apoio das ONGs nacionais e internacionais ao sector e sugere a realização de um estudo de mapeamento²².

Um subgrupo distinto referido na alínea b) é representado por programas financiados através de um Fundo Comum, como é o caso do PROSAÚDE multilateral, com a sua abordagem de Fundo Comum estabelecida no início dos anos 2000. Este subgrupo inclui também um Fundo Fiduciário de Multi doadores (FFMD) gerido pelo BM, com os Países Baixos, o Canadá e o Reino Unido como contribuintes. Centrando-se no RSCSP, é complementado pelo GFF com o seu enfoque específico em unidades locais de saúde e um modelo de FBD.

A diversidade de modalidades de FSS, com um maior domínio de programas verticais, é claramente um dos factores que explica o que a Avaliação Intercalar do PESS chamou a «fragmentação» do apoio externo (MISAU, 2020). No entanto, os papéis desempenhados pelo MISAU, por um lado, e pelo MEF, por outro, na planificação e orçamentação do FSS e a sua escolha de modalidades «dentro/fora da CUT» também contribuíram para um enfraquecimento do FSS e uma dispersão dos fluxos de financiamento entre «dentro da CUT» e «fora da CUT». Em princípio, os dois ministérios têm funções diferentes. O MEF tem uma palavra a dizer sobre como e quando são canalizados os fundos, ao passo que o MISAU decide para que são utilizados esses fundos.

De acordo com o princípio da Abordagem Sectorial (SWAp) de alinhamento com os sistemas nacionais (ver secção 4.1), o financiamento externo de qualquer sector deve constar nos planos e orçamentos anuais do governo e ser depositado na CUT, obedecendo assim à condição prévia de ser rastreável,

o que requer a canalização da ajuda «dentro do orçamento» e «dentro da CUT via E-SISTAFE». Isto não se verifica, porém, com todas as entradas de financiamento. O Tribunal Administrativo (TA), a instituição suprema de auditoria ao governo (Secção 3), declara na sua análise da Conta Geral do Estado (CGE) de 2019 que 63,8% dos fundos da ajuda ao desenvolvimento («investimento externo»), isto é, quase dois terços, estão fora da CUT, «violando o princípio da unidade do tesouro»²³. O sector da saúde não constitui excepção, embora a percentagem exacta de financiamento dentro da CUT e fora da CUT não seja fácil de determinar e validar e, portanto, de ser publicamente conhecida. Uma grande parte do apoio dos EUA ao sector da saúde é dado fora da CUT e há também razões para crer que o considerável apoio que a UE deu recentemente ao MISAU para medidas contra a COVID-19 foi canalizado fora do orçamento²⁴.

Na realidade, a preferência pela modalidade fora da CUT resulta muitas vezes de uma escolha feita pelo MISAU. Porquê? Segundo um informante do MEF²⁵, o MISAU (e outros ministérios do sector) tem frequentemente necessidade de cofinanciar compromissos e planos de acção em curso acordados com os parceiros e tenta assim evitar os morosos procedimentos burocráticos de OPP que a modalidade dentro da CUT implica e os procedimentos estabelecidos de aquisições de bens e serviços, muitas vezes pesados e lentos, especialmente para a apresentação de concursos públicos. Por outras palavras, vêm na modalidade fora da CUT um atalho para o financiamento e uma forma de evitar regras de aquisição e contratações que são rígidas e morosas, se devidamente aplicadas. A outra motivação para preferir a abordagem de «atalho» para os sectores é evitar tornar-se «refém» da forma como o MEF defina as prioridades de despesa, quando há severas restrições fiscais e falta de recursos financeiros para financiar o que o MEF considera despesas prioritárias, como sejam os salários de funcionários públicos ou despesas de financiamento de operações de segurança actualmente em curso em Cabo Delgado. Como o MEF precisa de analisar e gerir várias funções orçamentais, nomeadamente estabilizar a economia, afectar recursos públicos e distribuir esses recursos, as prioridades de despesa do MEF tendem a ser substancialmente diferentes das do MISAU, que está «apenas» interessado na alocação atempada de financiamento que foi negociado com os doadores, mas que pode não ser desembolsada no prazo acordado. Este dilema manifesta-se inclusive na modalidade de financiamento

21. Doctors with Africa CUAMM é uma ONG italiana cujo trabalho em Moçambique incide na formação de futuros médicos na Beira e na saúde de mulheres e crianças em diversos distritos do país. <https://www.medicconlafrica.org/en/what-we-do/in-africa/our-work-in-mozambique/>
22. Informante 17, 26/04/2022

23. "Mozambique: Administrative Tribunal considers public debt over limits", citado pelo Club of Mozambique, 18 de Novembro de 2021. <https://clubofmozambique.com/news/mozambique-administrative-tribunal-considers-public-debt-over-limits-204909/>

24. Informante 14, 15/11/2021.

25. Informante 15, 19/11/2021.

externo «dentro da CUT», quando a Direcção Nacional do Tesouro tem de lidar com um desajustamento entre, por um lado, os recursos fiscais de origem interna disponíveis a tempo, ou seja, as receitas fiscais e recursos de origem externa, e, por outro lado, os compromissos de despesa do MEF²⁶. Isto explica os atrasos frequentes e muitas vezes substanciais na afectação e desembolso de fundos para programas do sector da saúde (dentro da CUT), que nos foram comunicados por informantes, tanto no MISAU como entre a comunidade de parceiros de saúde²⁷, e que afectam sobretudo as despesas de CSP a nível distrital, nomeadamente durante os primeiros meses de cada ano fiscal. Para salvaguardar, no sector da saúde, o princípio da ‘unidade de tesouraria’ sublinhado pela AT, deve ser definido o estabelecimento de critérios claros e transparentes para a utilização da via de financiamento fora da CUT, como excepção à regra que exige financiamento a ser canalizado no plano, no orçamento e na CUT.

Esta complexidade institucional das despesas de financiamento e dos fluxos financeiros é ampliada pela preferência dos doadores por uma das modalidades de financiamento descritas atrás. Esta complexidade não é pequena, se tivermos em conta que há na maioria dos programas financiados pelos doadores uma sobreposição de três funções essenciais do apoio externo ao sector, a saber: a) dar financiamento, b) geri-lo e c) gastá-lo (McCoy et al., 2009). Isto verifica-se sem dúvida no caso do PROSAÚDE e dos programas verticais GFATM, GAVI e o GFF orientado diagonalmente. Se acrescentarmos uma quarta função, a elaboração de relatórios e prestação de contas, o quadro torna-se ainda mais complexo, uma vez que há três instrumentos de elaboração de relatórios²⁸, cada qual com os seus pontos fortes e fracos.

Resumindo este capítulo do ponto de vista do financiamento da saúde, constatamos que:

- Há uma tendência de enviesamento dos gastos da saúde — sejam eles financiados por fontes externas ou internas — a favor do governo central e em detrimento das unidades de saúde a nível subnacional do SNS e das suas necessidades, ao arripio dos objectivos de descentralização do sector definidos no PESS. As unidades hospitalares ao nível distrital ainda não dispõem de autonomia financeira e de um orçamento descentralizado.

- Embora as fontes estatais, isto é, as receitas fiscais, se tenham tornado a principal fonte de financiamento do orçamento da saúde em 2019 e 2020, está a diminuir a contribuição orçamental (em %) para o sector, em relação tanto ao orçamento do Estado como ao PIB. O financiamento da saúde continuará a depender do financiamento externo, que, tendo em conta as tendências a longo prazo, poderá não vir a ser o que se espera.
- Há muitos actores presentes no sector da saúde, com abordagens, dotações de recursos e modalidades de financiamento diferentes, e com funções sobrepostas no fornecimento, gestão e utilização de fundos. Isto cria um elevado grau de complexidade, em que o governo, ou seja, o MISAU, é apenas um interveniente entre muitos, e não forçosamente aquele que tem maior influência.
- A fragmentação que daí resulta é exacerbada pelo facto de as principais instituições governamentais para o financiamento da saúde, o MISAU e o MEF, não aplicarem forçosamente as regras definidas para o processo de PPO e para a sua gestão.
- Há três instrumentos distintos de elaboração de relatórios para rastrear o financiamento e as despesas, cada qual com as suas qualidades, vantagens e desvantagens. Não é claro até que ponto estes instrumentos se podem alinhar. Uma funcionária da DPC no MISAU sugeriu que a combinação do REO anual com o relatório anual de balanço do sector de saúde produzido pelo MISAU forneceria uma boa visão geral sobre o desempenho dos resultados e os fluxos financeiros para alcançá-lo²⁹.
- Os resultados do financiamento da saúde também são afectados pela dinâmica da privatização do sector da saúde, pelos meios formais e informais de resolução de conflitos e formas de competição entre os intervenientes políticos e económicos e pela maneira como são abordados os principais desafios para o sector da saúde que decorrem da reforma de descentralização em curso.
- Os ambiciosos objectivos do PESS relativamente à reforma do FSS só foram abordados parcialmente através de acções rudimentares, sem serem orientados por uma EFSS aprovada.

26. Informante 14, 15/11/2021.

27. Informante 7, 13/10; Informante 12, 01/11; Informante 14, 15/11, Informante 1, 19/11/2021.

28. Estes instrumentos são os seguintes a) os relatórios de execução orçamental (REO) produzidos pelo E-SISTAFE, b), Inquéritos de Fundos Externos executado anualmente pelo MISAU e as Contas Nacionais de Saúde, também produzidas pelo MISAU com intervalos irregulares. Para os pontos fortes e fracos destes instrumentos, ver MISAU, 2019.

29. Informante 17, 26/04/2022

2. QUATRO ESTUDOS DE CASO: PROSAÚDE, GFATM, GAVI E GFF

Os estudos de caso aqui apresentados dão conta da referida complexidade da arquitectura da ajuda ao sector da saúde. As suas principais características foram descritas sucintamente por Guambe et al. (2018), que também apresentam aos seus leitores estudos de caso do PROSAÚDE e do GFF. A recente verticalização dos programas representa um grande desafio não só para o governo e para o SNS, mas também para os parceiros internacionais de Moçambique, que tentam desenvolver e melhorar o desempenho do SNS através do seu apoio financeiro, técnico e material, também para um maior grau de descentralização a fim de estimular serviços de saúde de qualidade ao nível distrital, sobretudo em zonas remotas e até agora negligenciadas. Em vez de transmitir uma forte mensagem de consolidação do SNS e de harmonização do apoio externo, porém, a Avaliação Intercalar do PESS fala do risco de fragmentação, sobretudo no que diz respeito ao financiamento da saúde. Há claramente a necessidade do que se chama de «convergência» dos programas verticais (Glassmann et al., 2020) com os de orientação horizontal e diagonal, como PROSAÚDE e GFF, respectivamente.

Antes de fazer um resumo dos estudos de caso, há dois aspectos importantes a assinalar de início: em primeiro lugar, a forte influência do governo dos EUA em programas verticais como o GFATM, GAVI e GFF; e, em segundo lugar, o papel cada vez mais importante que o BM desempenha como Fundo Fiduciário, como no caso do GFF.

2.1. O Papel do Governo dos EUA e do BM no FSS

Calcula-se que o apoio do governo americano ao sector da saúde em Moçambique, através do PEPFAR, seja de 50% ou mais das despesas totais de saúde do país³⁰. Nas palavras de um funcionário da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o PEPFAR é o «elefante na sala», aquilo que todos vêem e fingem ignorar³¹. Este programa autónomo não está propriamente alinhado com o financiamento da saúde moçambicana, uma vez que segue o ciclo de PPO dos EUA e o ano fiscal dos EUA, que são fundamentalmente diferentes dos de Moçambique. Como os EUA são o maior contribuinte para o GFATM e para o BM,

com sede em Washington, existe uma grande afinidade entre as regras legais e administrativas, e a cultura burocrática desta organização com as da administração dos EUA. Um inquérito recente dos recursos humanos beneficiados pelo financiamento do PEPFAR estima que o programa financie atualmente cerca de 31.000 pessoas no setor da saúde. Aproximadamente 27.000 deles estão trabalhando com ONGs financiadas pelos EUA, notadamente em unidades de saúde, e consistem principalmente de trabalhadores de saúde comunitários/auxiliares (educadores de pares, funcionários leigos, etc.). Estes são financiados fora da CUT e não são contabilizados nas estatísticas nacionais dos trabalhadores de saúde. Destes 27.000, cerca de 1.000 pessoas são do corpo clínico (enfermeiros, médicos, técnicos de medicina etc.).³²

Foi já observado que o BM «se tornou um dos maiores e mais influentes financiadores de saúde a nível mundial» (Sridhar, Winters & Strong 2017), particularmente através de Fundos Fiduciários. Este modelo de financiamento implica que os doadores apoiem e utilizem o BM como gestor de Fundos Fiduciários, bem como um interlocutor válido junto dos governos nacionais, ou seja, tanto os ministérios da saúde como os ministérios das finanças. Um dos motivos pelos quais os doadores bilaterais e multilaterais querem associar-se ao BM é minimizar os riscos fiduciários, que são considerados elevados quando o financiamento é canalizado para o tesouro nacional («dentro da CUT») e gerido directamente pelo país receptor³³, como o demonstram, em Moçambique, os casos históricos do PROSAÚDE e o GFATM (ver secção 3.2.1). Os doadores bilaterais acreditam que a tutela do BM e as suas capacidades de gestão minimizam o risco de apropriação indevida dos fundos geridos pelo país receptor, quer em acordos de financiamento bilaterais ou através de um fundo comum³⁴. Outra vantagem de os doadores canalizarem o financiamento através de Fundos Fiduciários geridos pelo BM é a mobilização de recursos adicionais. Por exemplo, nas suas operações diárias de gestão, os Fundos Fiduciários do GFF estão ligados aos mecanismos de financiamento da Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA) do BM e procuram mobilizar recursos adicionais, incluindo recursos nacionais. De acordo com o site do GFF, «cada dólar investido no Fundo Fiduciário do GFF reúne quatro fontes de financiamento, nomeadamente recursos governamentais

30. A Nweti calcula que até 62% do total de despesa de saúde em Moçambique provenha de fontes dos EUA (ver Termos de Referência deste estudo)

31. Informante 5, 24/09/2021.

32. Informante 5, comunicação por escrito, 03/03/2022.

33. Informante 6, 30/09/2021.

34. Informante 6, 30/09/2021.

nacionais, financiamento da IDA e do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (IBRD), financiamento externo alinhado, e recursos do sector privado»³⁵. O GFF foi assim concebido para aglomerar e agrupar «recursos adicionais de todo o conjunto de parceiros que fazem parte do mecanismo e para garantir que os recursos disponíveis sejam alinhados e funcionem juntos sem problemas»³⁶. Entre os parceiros há também fundações privadas e a indústria farmacêutica, e o BM, através da Corporação Financeira Internacional (IFC), está a promover um novo aumento do investimento do sector privado da saúde em países de médios e baixos rendimentos, argumentando que o sector público e a ajuda ao desenvolvimento não conseguem gerar os recursos necessários para satisfazer a procura crescente de serviços de saúde (IFC, 2008). Por outras palavras, o GFF chama a si um grau de controlo sobre outros recursos bilaterais e multilaterais, e também sobre os recursos orçamentais nacionais. A poderosa posição do BM no financiamento da saúde através do Fundo Fiduciário não está, porém, isenta de riscos, tanto para os países beneficiários como para os doadores que com ele estabelecem parceria. Estes riscos são «o seu potencial de atribuição de ajuda desalinhada, a pouca responsabilidade do Banco, e falta de transparência» (Winters & Sridhar, 2017: 1). Esta opinião tem em consideração que, de acordo com os autores, o BM não aplica o mecanismo de financiamento de Fundos Fiduciários a mesma abordagem de gestão de risco fiduciário prescrita para as subvenções da IDA e os empréstimos do IBRD³⁷. Por estas e outras razões, incluindo um melhor alinhamento com os contextos específicos de cada país, foi feito um apelo a uma avaliação e revisão minuciosa do GFF em particular (Seidelmann, et al., 2020) e a uma definição mais coerente do que se entende por «sistemas nacionais» quando o FSS do Fundo Fiduciário deve utilizar os procedimentos nacionais existentes de GFP (Piatti-Fünfkirchen et al., 2021).

2.2. Os estudos de caso

2.2.1. PROSAÚDE

O PROSAÚDE é um fundo comum criado por um grupo de doadores a partir de 2002, com base numa Abordagem Sectorial do sector da saúde que surgiu no final dos anos 90, tendo as «regras do jogo» sido definidas pelo Código de Conduta de Kaya Kwanga, subscrito por todos os financiadores

externos e pelo governo em 2003. O PROSAÚDE foi também fortemente influenciado pelos princípios da Agenda de Paris para a Eficácia da Ajuda (OCDE, 2005). Na altura, o PROSAÚDE baseado na Abordagem Sectorial com o seu financiamento comum tentou substituir uma profusão de projectos individuais e específicos de apoio à saúde levados a cabo pelos doadores por uma abordagem mais bem coordenada e harmonizada, que tem em conta todo o SNS — e não segmentos de áreas de interesse para um doador específico. Como é típico da agenda da Declaração de Paris, os doadores do PROSAÚDE também atribuem ao governo «o comando das operações» no que toca a planificação e gestão e encorajam os parceiros externos a utilizar cada vez mais sistemas nacionais de GFP e procedimentos de prestação de contas (mútua), baseados numa melhor coordenação. Ao princípio, a iniciativa foi dirigida por um pequeno grupo de doadores informalmente liderados pela Cooperação Suíça (SDC/EDA), até o MISAU assumir a liderança. E acabou por ser articulado com a nova arquitectura institucional da ajuda estabelecida para apoio ao Programa de Redução da Pobreza (PARPA) de Moçambique, com enfoque na eficácia da ajuda, embora mantendo a sua perspectiva sectorial e de apoio orçamental sectorial. A nova arquitectura da ajuda faz uma distinção entre o governo (com sectores agrupados em pilares) e o Programa Parceiros de Ajuda (PAP), com uma avaliação conjunta e anual dos progressos na consecução dos objectivos sectoriais e globais definidos de redução da pobreza através de um Quadro de Avaliação de Desempenho. Assim, foi introduzida a ideia de FBD, já que o grau de cumprimento das metas determinava a continuação do apoio financeiro ao PARPA e aos sectores.

Ao longo das suas várias fases, o PROSAÚDE (IIII) tem apoiado áreas de intervenção e actividades definidas no PESS 2008-2014 e 2014-2019 (alargado até 2024)³⁸ com o objectivo de reforçar a capacidade do Estado de gerir e fortalecer o seu sistema de saúde. Trata-se de mecanismos de monitoria regular do progresso nas várias actividades, e mecanismos de diálogo frequente entre os doadores e o Governo, através de um sistema de coordenação formalmente estabelecido. Em resumo, o PROSAÚDE tinha, em princípio, todos os ingredientes necessários para satisfazer os requisitos de um apoio moderno ao sector da saúde de acordo com os «manuais» da Abordagem Sectorial e da Declaração de Paris, embora alguns elementos ainda estivessem e continuem a estar a precisar de ser melhorados, como é o caso do sistema de informação e gestão da saúde, e a introdução de FBD, que até agora não foram tratados com rigor. O PROSAÚDE foi

35. <https://www.globalfinancingfacility.org/our-partnership/financiers>

36. *ibid.*

37. Este argumento foi contestado como sendo 'impreciso' pela equipe do BM em Moçambique num comentário escrito sobre o estudo dirigido ao autor (2102/2022).

38. Prolongado até 2024.

também inovador e bem-sucedido na introdução da modalidade de financiamento comum através do seu Fundo Comum, a que aderiu um número crescente de doadores com vista a um aumento da eficácia da ajuda através do alinhamento, melhor coordenação e economias de escala. Inicialmente foram estabelecidos três Fundos Comuns, o Fundo Comum principal (PROSAÚDE I), um Fundo Comum provincial e um Fundo Comum para a aquisição de medicamentos. A certa altura, chegou até a haver uma reserva comum de assistência técnica na agenda da reforma (Pavignani & Hauck, 2002), que depois desapareceu. O PROSAÚDE começou em 2003 com nove parceiros³⁹, tendo este número aumentado para 15 no PROSAÚDE II⁴⁰. A partir de 2017, este número diminuiu para cinco parceiros externos (Itália, Irlanda, Suíça, UNICEF e FNUAP). As principais razões para este declínio encontram-se numa crise que foi desencadeada por uma auditoria do GFATM, membro do Fundo Comum do PROSAÚDE, que revelou apropriação indevida de fundos. Além disso, uma série de auditorias revelou que os quadros superiores do MISAU recebiam substanciais suplementos aos seus salários da função pública⁴¹. Finalmente, a saída do PROSAÚDE de alguns dos principais Parceiros da Saúde, como o DFID⁴², e a Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional (CIDA) foi acelerada pela descoberta, em 2016, das dívidas ilegítimas que, na perspectiva dos doadores, vieram confirmar uma falta de confiança na capacidade dos moçambicanos de fazer uma boa gestão dos seus assuntos fiscais — e com transparência⁴³. Outra razão para o DFID sair do PROSAÚDE foi a percepção de uma relação pouco clara entre os recursos fornecidos e os resultados produzidos⁴⁴.

Isto fez com que o PROSAÚDE perdesse uma parte da sua reputação de programa emblemático de um esforço conjunto inovador, harmonizado, eficaz e com prestação mútua de contas por parte do governo e da comunidade dos Parceiros da Saúde. Isto também afectou negativamente o FSS e desencadeou a passagem dos Parceiros da Saúde para outras modalidades de financiamento geridas como Fundo Fiduciário pela BM.

No entanto, várias entrevistas com representantes do MISAU e membros do Fundo Comum do PROSAÚDE mostram a percepção de que o PROSAÚDE continua a ser um pilar firme e indispensável de apoio ao SNS, apesar do «decréscimo» do seu volume de financiamento e do número de membros ao longo dos últimos nove anos. A opinião sobre o PROSAÚDE dos membros do GPS que não são membros deste programa é algo mais ambígua⁴⁵. Para todos os informantes representando o pessoal técnico do MISAU auscultados durante as entrevistas, a abordagem do PROSAÚDE ao financiamento externo da saúde é de longe a preferida. Em especial para o pessoal técnico do MISAU, o PROSAÚDE é «a melhor e única referência»⁴⁶, representando um sistema de origem local «com o qual o pessoal de saúde está familiarizado e com o qual, tecnicamente falando, nunca tivemos problemas»⁴⁷, apesar de ter por vezes revelado falta de uma gestão transparente e de qualidade.

As principais razões para o PROSAÚDE ser visto como um trunfo para o FSS, são os seus méritos de estar associado a uma Abordagem Sectorial e de introduzir a abordagem de Fundo Comum juntamente com a sua integração no SNS, o elevado grau de apropriação pelos intervenientes nacionais, o completo alinhamento com o sistema nacional de GFP e o sistema de relatórios, bem como o potencial de descentralização que possui (no âmbito do PROSAÚDE III). Na opinião da maioria dos informantes, o PROSAÚDE está também aberto a tentar solucionar as suas deficiências, nomeadamente em matéria de aquisições de bens e serviços⁴⁸, e à inovação, como à introdução de FBD, para o qual existe uma janela de oportunidade através do Subsistema de Plano e Orçamento (SPO) e do uso de classificadores programáticos no e-sistafe⁴⁹, e que provém da revisão da legislação moçambicana de GFP. A introdução de janelas orçamentais⁵⁰ no nível do SDSMAS para monitorar os gastos das unidades de saúde é outro passo para melhorar a gestão financeira em nível subnacional.

39. Canadá, Dinamarca, Comissão Europeia, Finlândia, Irlanda, Países Baixos, Suíça e Reino Unido.

40. Além dos «membros fundadores» listados acima, juntaram-se ao PROSAÚDE a Agência Catalã para a Cooperação para o Desenvolvimento, Agência de Desenvolvimento Belga/Flandres, Agência de Desenvolvimento Francesa, Noruega, Espanha, o UNICEF e o FNUAP.

41. Informante 6, 30/09/2021.

42. Hoje: Departamento de Negócios Estrangeiros, Commonwealth e Desenvolvimento (FCDO) do Alto Comissariado do Reino Unido

43. Informante 5, 24/09 e Informante 6, 30/09/2021.

44. Informante 1, 19/11/2021.

45. Devido a limitações de tempo, não foram entrevistados representantes de antigos membros bilaterais do PROSAÚDE.

46. Informante 2, 17/09/2021.

47. Informante 9, 26/09/2021.

48. De acordo com os Informantes 17 e 18 (26/04/2022) no MISAU, os desafios relativos às compras podem ser superados por formas adequadas e sistemáticas de capacitação institucional.

49. Informante 9, 26/09/2021, Informante 13, 01/11/2021, Informante 16, 11/12/2021. De acordo com uma funcionária sénior do MISAU, esta não pode ser a panaceia para uma solução, uma vez que exigiria ajustes laboriosos ao planeamento a nível provincial e distrital, incluindo a priorização de actividades, para as quais as capacidades são limitadas (Informante 17, 26/04/2022).

50. Essas janelas permitem ver e monitorar as alocações orçamentais e a execução das unidades de saúde nos níveis primário e secundário (CSP, CSS). Os dados gerados serviriam como indicadores de desempenho e para alocação de fundos dentro do orçamento distrital. Informante 3, videoconferência, 21/03/2022.

As opiniões expressas nestas entrevistas contradizem parcialmente, até certo ponto, as conclusões do estudo de Guambe et al. (2019), que sugere que PROSAÚDE tem vindo a transformar-se gradualmente de fundo próspero e estável num fundo com recursos limitados, com credibilidade contestada e pouco consenso entre os parceiros de cooperação— cujo número tem, aliás, diminuído significativamente. Contrariamente a esta opinião, a maior parte dos Informantes acha que o PROSAÚDE não deve ser eliminado, mas pode receber «sangue novo» através do aumento do financiamento por parceiros internacionais ou mesmo do regresso de financiadores que tinham saído. Os principais doadores do PROSAÚDE, como a Suíça, Irlanda, Itália e Bélgica, continuam, portanto, inabaláveis nas suas convicções. Segundo um parceiro do PROSAÚDE, há agora perspectivas mais animadoras: espera-se que o volume de financiamento volte a aumentar e agências como a Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional, que tinha saído, poderão regressar ao PROSAÚDE⁵¹.

Olhando para o futuro, o PROSAÚDE deve reforçar seu compromisso com a descentralização e alocação de recursos nos níveis subnacionais, particularmente nas unidades de saúde, considerando a divisão e a alocação de recursos tanto para despesas correntes quanto para investimentos, por exemplo, numa proporção de 30 : 70 por cento da alocação total ao nível distrital. Isso é visto como uma saída pragmática do dilema existente entre um foco programático nos resultados e impacto do investimento em saúde, por um lado, e uma gestão eficiente dos recursos, por outro⁵².

Finalmente, o MISAU iria obviamente dar as boas-vindas aos antigos parceiros do PROSAÚDE como o Canadá e o Reino Unido que deixaram o programa pelas razões acima referidas. Suas experiências com o GFF podem representar insumos frutíferos para o reajuste do PROSAÚDE e para o estabelecimento de uma plataforma comum necessária para diferentes modalidades ou um tipo de modalidade híbrida composta por PROSAÚDE e GFF⁵³.

2.2.2. O Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária (Global Fund for Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM)

O GFATM, que tem o seu secretariado em Genebra, na Suíça, é um programa vertical baseado no modelo de parceria público-privada. Fundado em 2002, por iniciativa do então Secretário-Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, e com capital de arranque fornecido pela Fundação Bill e Melissa Gates (BMGF), tem como objectivo apoiar os países na prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, tuberculose e malária, através do reforço dos sistemas de saúde locais e do fornecimento dos necessários contributos materiais e financiamento. Faz parte de um grupo de apoiantes de sistemas de saúde em todo o mundo com características semelhantes, referidos como Iniciativas de Saúde Global. Utilizam uma abordagem vertical comum - ou uma estratégia única para todos os casos - a executar em vários países para combater uma determinada doença ou grupo de doenças, ou um problema de saúde global como o SIDA ou a pandemia de COVID-19.

O GFATM é considerado o maior mecanismo de financiamento mundial para o combate a estas doenças, gastando a organização cerca de 4 mil milhões de USD por ano e tendo como maior doador individual o governo dos EUA. As dotações orçamentais para a contribuição dos EUA para o Fundo Global totalizaram aproximadamente 24,6 mil milhões de USD do ano fiscal de 2001 até ao ano fiscal de 2021. O RSS é uma parte importante do financiamento do GFATM (KFF, 2021). Segundo o site do GFATM, os programas apoiados por este fundo salvaram milhões de vidas humanas. A maior parte do financiamento provém de fontes públicas de cerca de 80 países doadores⁵⁴. Também colabora com organizações religiosas e recebe um generoso apoio financeiro dos Catholic Relief Services, Caritas, Visão Mundial e Igreja Metodista Unida.

Outrora parceiro do Fundo Comum do PROSAÚDE, o GFATM apoia o SNS desde 2004. Normalmente, a cooperação com um país começa com os doadores assumindo os seus compromissos e o GFATM solicitando propostas a potenciais beneficiários, como o MISAU. A sua abordagem da gestão e da parceria baseava-se inicialmente num mecanismo de «reaprovisionamento» de três anos de angariação de fundos

51. Informante 14, 15/11/2021.

52. Informantes 17 e 18, 26/04/2022

53. Informante 17, 26/04/2022

54. No topo da lista de doações (cumulativas) estão, no fim de 2020, os Estados Unidos, a França, o Reino Unido, a Alemanha, o Japão, o Canadá, a Comissão Europeia, a Suécia, Itália e os Países Baixos. A lista inclui ainda países como a China, a Federação Russa e a Arábia Saudita. <https://www.theglobalfund.org/en/government/>

e de compromissos, que foi substituído entre 2013 e 2016 pelo Novo Mecanismo de Financiamento (NFM). Com este mecanismo, um país beneficiário terá acesso a duas linhas de financiamento, nomeadamente uma linha de financiamento indicativo e uma linha competitiva de financiamento de incentivo⁵⁵. A primeira é maior e mais previsível, ao passo que a segunda recompensará casos de investimento ambiciosos e de alta qualidade assentes em planos estratégicos nacionais coerentes, como o PESS. Esta linha representa o elemento de FBD no GFATM, em que, ao contrário do GFF, os critérios de avaliação são verificados ao nível macro do SNS, e não ao nível micro ou médio. Juntamente com a criação de uma Unidade de Gestão do Programa (UGP) integrada no MISAU e a canalização de financiamento utilizando a abordagem «dentro da CUT», diz-se que estas mudanças melhoraram a apropriação local, o alinhamento, a gestão da implementação do programa e a previsibilidade do financiamento. Contudo, na perspectiva do GFATM, houve poucas melhorias no que diz respeito a FBD: «queremos ver os resultados das nossas intervenções, mas são difíceis de medir e de concretizar», dado aos «fracos sistemas de relatórios e monitoria, necessários para a FBD»⁵⁶.

Numa perspectiva moçambicana, e em particular na perspectiva do MISAU, o GFATM com o NFM está bem estabelecido e praticamente alinhado com os procedimentos nacionais e com adequada apropriação nacional. Como disse um informante, «não há problema, desde que as prioridades do programa, as áreas de intervenção e os resultados previstos sejam bem definidos pelo governo e bem negociados com a gestão do programa na Suíça», seguindo os seus procedimentos e estruturas hierárquicas de deliberação⁵⁷. Em casos de ajustamentos necessários e de excepções, contudo, o processo de negociação é considerado pesado e dispendioso. As propostas apresentadas pelo governo podem ser devolvidas para ajustamentos morosos e renegociação.

Numa perspectiva de OPP, o principal obstáculo ao alinhamento é o facto de o MISAU e o GFATM terem ciclos de planificação e anos fiscais diferentes⁵⁸. Para o MISAU, isto produz uma falta de previsibilidade e uma carga extra para os recursos humanos e custos de transacção, quando os planos têm de ser ajustados para estarem conformes com o financiamento do GFATM no sistema nacional de GFP. A introdução do GFATM entre 2013 e 2016 implicou considerável trabalho extra e não remunerado por parte do pessoal do MISAU, para além

do trabalho de rotina. «Pessoal com excesso de trabalho» é também um problema identificado no estudo acima citado (Warren et al., 2018). Além disso, diz-se que o GFATM, em comparação com outros programas (PROSAÚDE, GAVI), muda de regras com mais frequência, o que implica não só trabalho extra sob pressão, mas tem também efeitos indirectos no trabalho de rotina e noutros programas, ou seja, custos de transacção relativamente mais elevados⁵⁹. Há também altos quadros do MISAU que referem as frequentes auditorias, que são consideradas «policiamento» e revelam a falta de confiança dos parceiros no sistema nacional de GFP⁶⁰.

Apesar destas deficiências, o financiamento total do programa entre 2015 e 2020 apresenta uma tendência crescente. No GFATM, há possibilidade de acesso a financiamento adicional, através da apresentação de pedidos bem elaborados e justificados.

2.2.3. Aliança Global para a Vacinação (Global Alliance for Vaccination, GAVI)

A GAVI (antiga Aliança Global de Vacinas e Imunização) apoia o MISAU desde o seu início em 2000, com um enfoque exclusivo na imunização. A GAVI foi criada nesse ano como organização internacional que engloba «os sectores público e privado, com o objectivo de salvar vidas e proteger a vida das pessoas através de imunizações cada vez mais equitativas e sustentáveis»⁶¹. Entre os parceiros da GAVI encontram-se a OMS, o UNICEF, o BM e a BMGF, sendo os países industrializados os principais doadores⁶². Outros membros da Aliança são governos do Sul global e, sobretudo, empresas farmacêuticas e fabricantes de vacinas.

A GAVI difere do PROSAÚDE e da abordagem «clássica» do BM ao financiamento ao desenvolvimento através do IBRD e da IDA em dois aspectos. O primeiro é o modelo de parceria público-privada que se afirma «capitalizar a soma das vantagens comparativas dos parceiros». O segundo é o modelo empresarial da GAVI, que visa «congregar a procura de vacinas dos países mais pobres do mundo», assegurando financiamento a longo prazo e criando mercados viáveis de vacinas, «acelerando assim o acesso a vacinas que salvam vidas nos países que mais delas necessitam»⁶³.

59. Informante 9, 26/10/2021.

60. Informante 13, 01/11/2021.

61. <https://www.gavi.org/our-alliance>

62. Para o ciclo de planificação 2021-2025, foram angariados 8.8 mil milhões de USD para o ciclo de financiamento de 2021 a 2025, com o Reino Unido, BMGF, EUA e Noruega como principais doadores.

63. <https://www.gavi.org/our-alliance/operating-model/gavis-partnership-model>

55. Para mais informação, ver GFATM, 2012.

56. Informante 7, 13/10/2021.

57. Informante 10, 26/10/2021.

58. Informante 9, 26/10/2021; Informante 12, 01/11/2021.

O apoio da GAVI tem quatro objectivos estratégicos, a saber: a) o «objectivo da vacina», que reflecte a sua actividade principal⁶⁴, b) o objectivo de RSS («objectivo de equidade»), para aumentar a equidade na imunização através do apoio a CSP bem geridos e sustentáveis, c) o «objectivo de sustentabilidade», destinado a promover a mobilização de apoio e recursos financeiros internos para a imunização; e, por fim, a GAVI tem ainda o «objectivo de mercados saudáveis», ou seja, a formação e desenvolvimento de mercados «saudáveis» e a procura de vacinas, para as quais foi desenvolvido conjuntamente pelo Secretariado da GAVI, o UNICEF e o BMGF um quadro de mercados saudáveis específico.

Desde o surgimento da pandemia de covid19, a GAVI co-dirige a COVAX, o pilar de vacinas do Acelerador de Acesso às Ferramentas contra a COVID-19. Isto implica a coordenação do mecanismo COVAX, um mecanismo global de riscos partilhados para a aquisição conjunta e distribuição equitativa de vacinas contra a COVID-19.

As suas intervenções estão alinhadas com o Plano Abrangente Plurianual (PAPA) 2020-2024⁶⁵ de vacinação, que orienta investimentos e direcções estratégicas para os programas de imunização (MISAU, 2020a). O orçamento acumulado da GAVI — de aproximadamente 260 milhões de USD gastos entre 2000 e 2019 em apoio monetário e não monetário — destinou-se maioritariamente a vacinas (cerca de 90%) e o RSS desempenhou um papel pequeno, embora recentemente tenha aumentado nesse período (peso relativo: cerca de 10%). Como programa vertical, a GAVI apoia o MISAU, utilizando a modalidade «dentro da CUT». Entre 2015 e 2020, a GAVI contribuiu com cerca de 10% para o total do apoio orçamental externo ao sector da saúde moçambicano, fornecido através da CUT.

O apoio financeiro da GAVI ao sector da saúde para os seus diferentes subprogramas (vacinação, RSS, campanhas, etc.) resulta de um acordo de financiamento de contrapartida, uma vez que complementa a contribuição do governo para o programa financiado pela GAVI de cerca de 10% do seu custo total. Trata-se de um acréscimo à contribuição do próprio governo para a vacinação de rotina. Este compromisso de co-financiamento é garantido anualmente através da inclusão de uma rubrica orçamental específica no orçamento do MISAU, cujo financiamento Moçambique sempre cumpriu. Esta

contribuição de co-financiamento assegura a apropriação e a influência por parte do governo; e o processo de elaboração do plano anual do Programa Alargado de Vacinação (PAV) é liderado pelo MISAU e parceiros, respeitando certos parâmetros acordados (distritos/actividades prioritárias).

Na perspectiva do MISAU⁶⁶, o programa da GAVI, enquanto programa vertical com o seu enfoque específico e claramente definido, está bem integrado no SNS, o que mantém o governo no controlo das operações. As propostas apresentadas à GAVI para apoio nos seus programas específicos de imunização para RSS e para outras actividades relacionadas resultam inteiramente da própria iniciativa do MISAU. Estão bem alinhadas com o PAPA do PAV. A plena integração do financiamento da GAVI no sistema de GFP e E-SISTAFE de Moçambique é considerada outra vantagem⁶⁷, bem como a ausência de «policiamento», ou seja, de «pesados mecanismos de controlo e auditoria externa impostos pelo doador»⁶⁸, o que é «prejudicial à criação de confiança entre os parceiros». Na perspectiva do MISAU, a abordagem da GAVI de financiamento, alinhamento e cooperação é claramente bem-vinda e complementa as vantagens do PROSAÚDE. Poderia ainda ser reforçada pela inclusão de outros parceiros internacionais de financiamento da saúde⁶⁹, e pela melhoria do mecanismo de coordenação do programa denominado Comité de Coordenação Inter-Agências, que, segundo o MISAU (2020), «não tem cumprido as atribuições da melhor forma e que o governo se tem mostrado mais interessado em remodelar».

Em suma, a GAVI representa um programa e uma modalidade de financiamento da saúde apreciada pelos seus parceiros moçambicanos e internacionais. Não foi ainda plenamente testada, porém, a capacidade de resposta da GAVI aos desafios colocados pela pandemia de COVID-19 através do seu papel destacado que tem na COVAX⁷⁰.

2.2.4. Mecanismo de Financiamento Global (Global Financing Facility, GFF)

Criado em Julho de 2015, na Terceira Conferência Internacional de Financiamento do Desenvolvimento em Adis Abeba, na Etiópia, o GFF é um programa diagonal com um

64. A carteira de vacinas inclui o papilomavirus humano; vacina contra a poliomielite inactivada; vacina contra a encefalite japonesa; vacina antimenigocócica A; vacina contra o sarampo e contra o sarampo e rubéola; vacinas antipneumocócicas conjugadas; vacina pentavalente; vacina contra a febre tifóide; vacina oral contra a cólera; vacina contra o rotavírus; e vacina contra a febre amarela. Fonte: <https://www.gavi.org/programmes-impact/types-support/vaccine-support>.
65. em inglês: Comprehensive Multi-Year Plan

66. Informante 9, 26/10/2021.

67. Informante 12, 01/11/2021.

68. Informante 13, 01/11/2021.

69. Informante 9, 26/10/2021.

70. Sarah Broseley, "Vaccines and Immunization: Analysis: Vaccine programmes come under the microscope". The Guardian, 06/06 2006. <https://www.theguardian.com/society/2011/jun/06/analysis-vaccination-programmes>

mecanismo de financiamento para apoio aos cuidados de saúde para Mulheres, Crianças e Adolescentes (ou «Saúde e Nutrição Reprodutiva, Materna, do Recém-Nascido, Criança e Adolescente - SSRMNIA»). O programa destina-se a CSP nos países de baixo e médio rendimento do Sul global. Este programa «diagonal» visa a atenção primária à saúde em países de baixa e média renda no sul global. É considerado inovador, pois promove uma combinação de intervenções, foca em grupos específicos de doenças (sexualmente transmissíveis), grupos-alvo carentes e áreas e instalações deficitárias em termos de provisão de saúde pública. Também enfatiza os resultados, usando uma abordagem de Financiamento Baseado em Resultados (RBF) ou Financiamento Baseado em Desempenho (PBF).

Segundo Seidelman et al. (2020), em 2018, o FBD previa auxiliar 36 países em todo o mundo, um terço dos quais considerados «Estados frágeis e afectados por conflitos». Até Junho de 2019, foram alocados 629 milhões de USD em 27 países, com um montante adicional de 4,8 mil milhões de USD provenientes de fundos da IDA/IBRD. No entanto, apenas 120 milhões de USD do GFF e 901,5 milhões de USD da AID/IBRD foram desembolsados até à data, segundo a fonte acima referida.

A Estratégia 2021-2025 do GFF parte da premissa de que, durante sua primeira fase de cinco anos (2016-2020), o GFF «foi pioneira em um modelo colaborativo e orientado por países para a saúde global vinculado a financiamento e resultados sustentáveis», permitiu «outros parceiros de saúde que alcançassem mais trabalhando melhor em conjunto e capacitando os países para liderar» e «demonstrou como a sua abordagem está funcionando para melhorar a saúde de mulheres, crianças e adolescentes em seus países parceiros e ajudar a fechar as lacunas de equidade» (GFF, 2020: 9⁷¹), embora reconheça, que esses ganhos, no entanto, têm sido ameaçados pelos efeitos da pandemia de COVID 19 nos serviços de saúde e nutrição e na pobreza.

A estratégia do GFF 2021 – 2025 assenta em cinco direções estratégicas, nomeadamente

- a) Reforçar a liderança do país e o alinhamento de parceiros por trás de investimentos prioritários em saúde para mulheres, crianças e adolescentes;

- b) Priorizando esforços para promover a equidade, voz e igualdade de género;
- c) Proteger e promover serviços de saúde essenciais de alta qualidade, reimaginando a prestação de serviços;
- d) Construir um sistema de financiamento da saúde mais resiliente, equitativo e sustentável;
- e) Manter um foco incansável nos resultados.

A abordagem inovadora do GFF inclui colaboração e co-financiamento com o BM, GF e GAVI. O Fundo Fiduciário do GFF é alimentado por várias fontes de financiamento de governos⁷², fundações⁷³, da OMS e do sector privado, incluindo a indústria farmacêutica⁷⁴. Também inclui a promoção do investimento privado na prestação de serviços de saúde e de oportunidades globais de financiamento inovadoras, como Títulos de Desenvolvimento Sustentável e financiamento misto. Cooperação com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) faz parte integrante dos mecanismos de colaboração, pois considera-se que estes desempenham um papel importante no avanço da SSRMNIA, através de conhecimentos técnicos, engajamento com tomadores de decisão, seus vínculos com as comunidades e responsabilização de governos, doadores e outros actores-chave. Um Grupo de Coordenação da Sociedade Civil (SC) promovido pelo GFF, que representa organizações da sociedade civil com foco global, regional e nacional que se reúnem para partilhar informações, coordenar e se envolver no GFF. Um manual foi desenvolvido para orientar sua interação.

O GFF, como um «mecanismo de financiamento», «não é um novo fundo que fornece assistência ao desenvolvimento para fornecer bens e serviços, mas um mecanismo que usa quantidades modestas de recursos de doações cataliticamente, ampliando os programas ao alavancar somas muito maiores de recursos governamentais domésticos». Enquanto «mecanismo de financiamento», o GFF não é, porém, «um novo fundo que dá assistência ao desenvolvimento para o fornecimento de bens e serviços, mas sim um mecanismo que utiliza somas modestas de recursos provenientes de subsídios de forma catalítica, fazendo com que os programas ampliem a sua escala de operação através da alavancagem de montantes

71. tradução do original em inglês pelo autor.

72. Incluindo o Burquina Faso, o Canadá, a Costa do Marfim, a Dinamarca, a Comissão Europeia, a Alemanha, o Japão, os Países Baixos, a Noruega, o Catar, the United Kingdom and the USA;

73. including BMGF, the Susan T. Buffett Foundation and Rockefeller Foundation;

74. Por exemplo, a Merck, através do seu programa «Merck para Mães» ou a Laerdal através da sua agência sem fins lucrativos «Laerdal Global Health».

muito superiores de recursos estatais nacionais»⁷⁵. A ideia de base é que este tipo de «financiamento inteligente» e de partilha e agregação de fundos visa aumentar as possibilidades de alcançar um maior grau de sustentabilidade com vista ao cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com saúde materno-infantil (SMI) através de uma maior eficiência e rentabilidade. Tal como a modalidade de financiamento da GAVI, considerada inovadora, o GFF considera o financiamento do sector da saúde de um país um investimento com «plena apropriação» por parte do país beneficiário⁷⁶. Entre os retornos esperados do investimento estão os ganhos de eficácia gerados pelo FBD.

A ideia básica é que esse tipo de «financiamento inteligente» e de partilha de financiamento visa aumentar as chances de alcançar um maior grau de sustentabilidade para a realização dos ODS relacionados à saúde materno-infantil por meio de maior eficiência e valor agregado ao dinheiro. Assim como a modalidade de financiamento da GAVI, considerada «inovadora», o GFF encara o financiamento do sector de saúde de um país como um investimento, «totalmente de propriedade» do respectivo país beneficiário. Entre os retornos esperados sobre o investimento estão os ganhos de efectividade gerados pelo PBF. Consequentemente, um «Grupo de Investidores» (IG) faz parte da estrutura de governação do GFF. Solicita-se a cada país que pretenda receber apoio do GFF para o seu sistema de saúde primário e para a melhoria da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil apresente uma proposta de investimento, o ‘caso de investimento’(IC).

Portanto, a peça chave para a compreensão do apoio do GFF ao sector da saúde moçambicano é o Investment Case (IC) de cinco anos, cuja proposta foi elaborada entre Junho de 2016 e Abril de 2017, resultante do que tem sido considerado uma ampla abordagem consultiva liderada pelo MISAU⁷⁷. O início do CI coincidiu com o momento em que «Moçambique começou a beneficiar do GFF para todas as mulheres e para todas as crianças» (BM, 2017: FN 6) e em que o BM começou a desenhar o seu Programa de Fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários (PFCSP) para o qual o IC também serve como referência (veja abaixo). O CI foi publicado em 2017 (GFF, 2017⁷⁸). Com enfoque na SSRMNIA e orientado pelo PESS 2014–19, foi desenvolvido sob a liderança do Governo de Moçambique e em colaboração com o GFF e uma série

de PSs. O IC prioriza distritos de «vulnerabilidade elevada»⁷⁹ em 10 províncias com uma combinação de atividades de fortalecimento do sistema de saúde que são necessárias para superar os gargalos na prestação de serviços na SRMNIA.

Segundo o GFF⁸⁰, o caso de investimento define três prioridades para o reforço do SNS:

- a) Melhorias na cobertura, qualidade e acesso a serviços essenciais de atenção primária à saúde por meio de uma combinação de investimentos do lado da oferta e da demanda que se estendem a distritos esparsos e de alta vulnerabilidade, por exemplo, através do uso de agentes comunitários de saúde (APEs);
- b) Intervenções de fortalecimento dos sistemas, como esforços para melhorar a coleta e monitoramento de dados no sistema de registro civil e estatísticas vitais (RCEV); e
- c) Aumento do volume, eficiência e equidade do financiamento interno e externo da saúde.

Num comunicado de imprensa de 20 de dezembro de 2017⁸¹, o BM anunciou a aprovação da agência do equivalente a US\$ 105 milhões em subsídios não reembolsáveis para o PFCSP de Moçambique para Resultados. Deste montante, o equivalente a US\$ 25 milhões é fornecido pelo GFF, e US\$ 80 milhões são provenientes da Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA). Afirma que o programa «vai utilizar um instrumento de financiamento chamado Program-for-Results (PforR)», que permite que os desembolsos ocorram apenas de forma faseada e com base no cumprimento de metas pré-acordadas. O programa compreende um conjunto de 11 indicadores estabelecidos em conjunto com o MISAU e seus PS. A abordagem PforR é considerada apropriada devido à sua combinação de elementos robustos de assistência técnica, desenvolvimento de capacidade, coordenação e monitoramento para apoiar a prestação de serviços aprimorada. Baseia-se na experiência recente com a RBF em Moçambique, particularmente o Programa de Gestão de Finanças Públicas para Resultados (PFMRP) apoiado pelo BM que, de acordo com o Documento de Avaliação do Programa (PAD), tem contribuído efectivamente para o fortalecimento

75. <https://www.globalfinancingfacility.org/financing-model>

76. Informante 11, 28/10/2021.

77. No que diz respeito aos pormenores da metodologia usada, veja GFF (2017, Anexo 1).

78. A Proposta de CI existe em português e inglês. A versão em inglês é disponível na internet (acessada em março de 2022: <https://www.globalfinancingfacility.org/investment-case-republic-mozambique>). Parece ainda carecer de revisão e edição final.

79. Definidos como distritos com cobertura de saúde abaixo da média e capacidade deficiente medida pelos serviços prestados numa base per capita.

80. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/GFF-annual-report-2019/mozambique/

81. <https://reliefweb.int/report/mozambique/world-bank-injects-105-million-improve-primary-health-care-underserved-areas>

da cadeia de fornecimento de medicamentos. A outra experiência relevante com o PBF foi adquirida no sector de educação, ou seja, o Fundo de Apoio ao Sector da Educação (FASE), por meio do qual o BM «canalizou o financiamento por meio de indicadores vinculados ao desembolso (DLIs⁸²), ao mesmo tempo em que fornece supervisão fiduciária e apoio de coordenação para uma ampla gama de outros parceiros» (WB, 2017: 12).

Assim, o GFF não está apenas alinhado com a proposta do IC do governo com foco na SRMNIA, mas também está inserido nas operações programáticas do BM no sector da saúde de Moçambique, nomeadamente o PFCSP. De facto, o GFF co-financia o PFCSP e o seu fundamento subjacente, o IC. A integração do GFF assume a forma de uma «parceria multissetorial» sediada no Banco Mundial, apoiando os esforços liderados pelos países para melhorar a SRMNIA por meio de financiamento inteligente, dimensionado e sustentável» (WB, 2016: 12). O esforço conjunto baseia-se na identificação no CI dos constrangimentos e desafios mais críticos do sistema de saúde para o financiamento sustentado do sector de saúde e propõe intervenções baseadas em evidências para superá-los. Os constrangimentos identificados abrangem as seguintes áreas (WB, 2016: 13, Box 1).

- Disponibilidade e prontidão dos serviços de saúde, particularmente no que diz respeito aos cuidados obstétricos e neonatais, medicamentos/materiais essenciais da SRMNIA e acesso às instalações, a água e eletricidade;
- Falta de capacidade para reter e aumentar os recursos humanos de saúde (RHS);
- Qualidade dos cuidados a vários níveis, particularmente nos centros de saúde rurais e hospitais distritais. Os métodos de monitoria e avaliação de qualidade incluem um balanced scorecard (BSC) para responsabilizar as instalações pelos resultados, incentivados por meio de pagamentos baseados em desempenho.
- Financiamento da saúde e GFP. Isso inclui a promoção de uma alocação de recursos mais equitativa, o aumento do financiamento da saúde para distritos deficitários e com poucos recursos, bem como reformas que fortaleçam a supervisão fiduciária e a descentralização fiscal para facilitar a prestação de serviços;

- Informação para a tomada de decisão e prestação de contas visando a melhoria dos dados de nascimentos e óbitos no Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação (SISMA) e o fortalecimento da interface com CRVS; e
- Suporte à gestão de mudanças por meio da capacitação de funcionários e gerentes da linha de frente, inclusive por meio de assistência técnica.

Em poucas palavras, de acordo com o documento de avaliação do programa (PAD) do BM/GFF, o IC quinquenal de Moçambique visa enfrentar estes desafios canalizando o financiamento para o que é referido como «investimentos de alto impacto». Ele afirma:

«Enquanto se concentra na SRMNIA, o Caso de Investimento (CI) define prioridades para o fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde. O CI concentra-se na cobertura, qualidade e acesso a serviços essenciais de atenção primária à saúde (fornecidos por meio de APes/equipes móveis, centros de saúde e hospitais de referência de primeira linha), bem como intervenções de fortalecimento de sistemas, como melhorar a coleta e monitoramento de dados por meio do Registro Civil e Estatísticas Vitais (RCEV). O CI também promove aumentos no volume, eficiência e equidade do financiamento interno e externo da saúde. Ele aborda as restrições do lado da demanda, bem como as normas de gênero (por exemplo, práticas familiares, normas culturais e desigualdades relacionadas) por meio de uma abordagem multissetorial, enfatizando o envolvimento e as intervenções baseadas na comunidade» (WB, 2016:11).

O CI centra as suas intervenções planeadas nas unidades de saúde ao nível provincial e distrital, onde os desafios aos CSP são mais acentuados, embora com variações substanciais entre as unidades territoriais.

O elemento PBF serve para estimular o alcance das metas pré-definidas, condicionando o financiamento às autoridades e unidades locais de saúde à melhoria do PBF em dois princípios:

- «A variação do volume de serviços, em função da população e da intensidade de utilização do financiamento por capitação (capitation financing)⁸³; e

82. Disbursement-linked Indicators (DLI)

83. «Os pagamentos de capitação controlam o uso dos recursos de saúde, colocando o médico em risco financeiro pelos serviços prestados aos pacientes». Fonte: <https://www.acponline.org/about-acp/about-internal-medicine/career-paths/residency-career-counseling/guidance/understanding-capitation> (tradução pelo autor).

- cumprimento dos indicadores de resultado e/ou qualidade do quadro de M&A do IC, permitindo a negociação de incentivos-/penalizações que encorajem a boa gestão e motivem os profissionais» (MISAU/GFF, 2017: 67).

Em uma abordagem de quadro lógico, as entradas planeadas (recursos, AT) estão ligadas aos produtos (quantificáveis) esperadas ('produção de serviços') e aos resultados intermediários ('resultados por problema') que, tomados em conjunto, são assumidos para produzir os resultados esperados, ou seja, o impacto planejado (MISAU/GFF, 2017: 72, Matriz 2). São definidos indicadores e metas para cada resultado esperado por nível da hierarquia de objetivos cobertos pelo quadro lógico. É feita uma distinção entre os indicadores dos objetivos de desenvolvimento do programa (PDO⁸⁴) e os indicadores vinculados ao desembolso (DLI) típicos da abordagem RBF. Os desembolsos serão baseados no cumprimento de metas pré-acordadas para um conjunto de 11 DLIs estabelecidos em conjunto com o MISAU e os PSs que se espera que estejam comprometidos com a sua utilização. As principais actividades para atender aos DLIs são incorporadas aos planos nacionais, provinciais e distritais.

Em relação ao financiamento, os arranjos iniciais de financiamento para o PFCSP do qual o GFF faz parte estão refletidos no PAD do BM e são apresentados na Tabela abaixo.

Tabela 1: Banco Mundial PFCSP: Custo Inicial Total e Financiamento por Fonte (US\$ Milhões)

Fonte	Valor	Total
Governo / Mutuário		963.00
WB IDA (grant)		80.00
PROSAÚDE (Fundo Comum)	16.00	
GFF	25.00	
Embaixada do Reino dos Países Baixos	35.50	
USAID	22.50	99.00
TOTAL		1,142.00
Fonte: autor, baseado em WB 2017: 4		

Enquanto isso, o Canadá e o Reino Unido se juntaram à Embaixada do Reino dos Países Baixos para formar o Fundo Fiduciário Multi-doador (MDTF). O financiamento da USAID é administrado pelo BM/GFF por meio de um Fundo Fiduciário de Doador Único (SDTF). O PAD do BM deixa claro que apenas a parte do PHCSP baseado no CI inscrito no PES e OE anual será financiada por meio do seu componente Program for Results (PforR) via orçamento e on-CUT. O PforR com seus acordos de Fundo Fiduciário (TF) é considerado um ponto de entrada para outros PSs, que podem não querer continuar seus compromissos com o PROSAÚDE. Consequentemente, apenas esta parcela, juntamente com as despesas de saúde financiadas pelos impostos do próprio governo e os fundos do PROSAÚDE, serão reflectidas nas operações e relatórios do e-sistafe (WB, 2018: 15). Segundo o PAD, «a principal diferença entre o fundo comum do PROSAÚDE e o PHCSP PforR é que o PROSAÚDE fornece apoio orçamental sectorial a todo o PES, enquanto o PforR financiará, através de DLIs, apenas a maioria do PES que se destina a implementar o IC» (WB, 2018: 21⁸⁵). A supervisão fiduciária do Programa pelo BM se aplicará apenas aos gastos com saúde refletidos no PES (WB, 2018).

Com exceção dos dois primeiros anos do programa, os gastos anuais com PFCSP em 2019 e 2020 oscilam modestamente em torno dos valores projetados definidos no PAD (BM, 2017: 16, Tabela 1). No que diz respeito ao Fundo Fiduciário GFF, os MDTF que deveriam ser canalizados on-CUT, nem os dados do e-sistafe vistos pelo autor nem o REO apresentam entradas nas classificações correspondentes. Portanto, não está claro se o MDTF e o SDTF estão incluídos ou não nas alocações para o PHCSP via CUT. No entanto, essas fontes de financiamento são, em conjunto, consideravelmente mais altas do que o financiamento do WB/IDA. Consequentemente, para os propósitos deste estudo, foi difícil estabelecer com confiança até que ponto a contribuição de financiamento do GFF, MDTF e SDTF para o PFCSP através do mecanismo PforR está alinhada com o sistema nacional ou seja, e-sistafe, e como os gastos por essas três fontes podem ser rastreadas.

Relativamente aos resultados do IC introduzidos apenas no final de 2017, o Relatório Anual de 2018/2019 do GFF sugere que a maioria dos objectivos de desenvolvimento do programa foram excedidos (IBRD/GFF, 2019: 32 f). O cumprimento destes objectivos foi medido a partir dos seguintes indicadores:

84. Programme Development Objectives (PDO)

85. Tradução pelo autor

- Percentagem de entregas institucionais em 42 distritos «atrasados»
- Número de anos de protecção do casal⁸⁶
- Número de mulheres e crianças que receberam serviços básicos de nutrição
- Número de APE formados e activos⁸⁷
- Número de técnicos de saúde afectados às redes de cuidados de saúde primários

De acordo com dois Relatórios Anuais (BIRD/ GFF, 2018, 2019), o mecanismo parece estar no caminho certo. São apontados como indicadores de progresso o «convite ao MISAU para apresentar um caso de investimento» e «desenhar», «conduzir» e «possuir» o programa resultante, bem como contribuir para o seu financiamento. Admite-se que o programa, embora de propriedade do governo, seja administrado pelo BM, o que pode levar a mal-entendidos sobre a natureza do programa. Os primeiros resultados produzidos pelo GFF são considerados «tangíveis e encorajadores»⁸⁸. De acordo com representantes da CIDA e FCDO, estes são particularmente visíveis a nível provincial, menos a nível nacional⁸⁹.

Tomando em conta a principal diferença entre um programa horizontal como o PROSAÚDE, por um lado, e um GFF diagonal baseado em IC com abordagem RBF inovadora, por outro, vários desafios foram assinalados pelos Informantes entrevistados. O contexto e a natureza do programa exigem novos e diferentes métodos de trabalho e capacidades institucionais e individuais. Este é particularmente o caso no que diz respeito à criação e gestão do quadro IC e RBF, à melhoria dos sistemas e bases de dados necessários e suas qualidades, bem como à familiaridade com os métodos de quadro lógico e avaliações baseadas em resultados (RBE). Do ponto de vista do GFF, ainda há muito a ser feito neste último aspecto⁹⁰. Particularmente as preocupações relacionadas aos dados e sua qualidade são ecoadas pelo Relatório Anual 2018 – 2019, quando afirma que «a qualidade dos dados também continua sendo um desafio; ele precisa ser fortalecido ainda mais, pois é um insumo fundamental para o funcionamento da plataforma nacional e a função de monitoramento de dados» (IBRD/GFF, 2019: 34). Uma melhor coordenação

dentro do governo⁹¹ e com os doadores é vista como outro grande desafio. A heterogeneidade, a falta de compreensão, em detalhe, dos programas uns dos outros e pouco progresso sobre a necessidade de avançar em um Memorando de Entendimento (MdE) comum com o governo que substitua o existente (com PROSAÚDE⁹²) e atrasos na atualização do Código de Conduta Kaya Kwanga de 2003⁹³ são vistos como tendo dificultado os esforços de coordenação até agora.

As perspectivas sobre o GFF pelos informantes consultados no MISAU e entre os consultores/assessores de saúde contrastam em certa medida com as percepções do GFF reflectidas nos documentos oficiais e na opinião dos informantes ligados ao WB e ao GFF. Entre todas as modalidades de financiamento, incluindo programas verticais, o GFF parece ser aquele sobre o qual existem mais dúvidas. «É com o GFF que temos mais problemas»⁹⁴ é uma declaração ouvida de vários informantes. O programa é visto como «bem intencionado», mas «tecnicamente muito complexo para ser bem compreendido pelas principais partes interessadas» e com «falta de um plano de implementação concreto destinado a impulsionar os CSPs»⁹⁵. Embora o programa afirme ser propriedade integral do governo, uma visão crítica sustenta que o MISAU nunca assumiu formalmente a propriedade do IC, tendo sido elaborado por consultores e «nunca formalmente validado pelo governo»⁹⁶. Uma fonte sustenta que é a Secretaria do GFF em Washington que frequentemente, unilateral e urgentemente solicita mudanças nos detalhes do CI (ações planejadas, indicadores etc.) e nos documentos, além de desconsiderar decisões já acordadas. O CI consultado no site do GFF durante o estudo está rotulado como ‘proposta’ e sem ainda não ter sido editado definitivamente.

Para vários informantes, não é claro como o Caso de Investimento do GFF e o seu ciclo de planificação se alinham com o do MISAU, tendo em conta que o financiamento não é previsível, uma vez que depende do desempenho. Será o financiamento, uma vez decidido, tido em conta no ciclo seguinte de planificação/orçamentação e para que tipo de despesas? Também há dúvidas em relação à coordenação. Para alguns observadores do GPS, não é claro como é que

86. O mesmo indicador e resultados são reportados a USAID em resposta ao seu financiamento anual de US\$ 45 milhões para Planeamento Familiar

87. O mesmo indicador e resultados são reportados a USAID em resposta ao seu financiamento anual de US\$ 40 milhões para Nutrição

88. Informante 6, 30/09/2021

89. Informante 21, 27/04/2022, Informante 23, 28/04/2022

90. Informante 11, 28/10/2021

91. O facto de o PFCSP e, portanto, GFF, trabalhar com todos os departamentos do MISAU, a todos os níveis administrativos, ao nível das unidades de saúde, bem como com o Ministérios do Género, Criança e Acção Social (MGCSA), da Juventude e Desportos (MINIJD), e da Educação e Desenvolvimento Humano (MINEDH) coloca os desafios da coordenação interinstitucional e seus custos de transação, e os da ‘mentalidade de silo’, ou seja, possíveis obstáculos ao compartilhamento de informações entre as fronteiras institucionais.

92. Informante 6, 30/09/2021, informante 4, 24/11/2021.

93. Informante 7, 30/09/2021. O código de conduta Kaya Kwanga foi atualizado em 2021, e aguarda aprovação final (informante 12, em videoconferência, 21/03/2022).

94. Informante 9, 26/10/2021.

95. Informante 7, 13/10/2021.

96. Informante 1, 19/11/2021.

o Caso de Investimento é coordenado entre os seus muitos parceiros (incluindo o MISAU e parceiros não-GFF como a UNICEF), e como é que o IC é integrado na estrutura de coordenação de rotina da SMI do MISAU.

Dada a abordagem de FBD intrínseca ao GFF, a monitoria do desempenho baseada num quadro estabelecido e acordado faz parte dos desafios de gestão. Contudo, a utilização pelo GFF de indicadores de desempenho parece não fazer uma clara distinção dos níveis ou escalões de desempenho, onde se mede o progresso⁹⁷. Segundo esta fonte, seria útil distinguir explicitamente entre três níveis de indicadores. Estes são, i) o nível macro, onde são utilizados indicadores a nível nacional, como no caso do «financiamento nacional» (Disbursement-Linked Indicator 5); ii) os indicadores de desempenho baseados nas unidades de saúde, utilizados para recompensar as realizações colectivas com mais recursos para a unidade (o que parece ser o caso do financiamento do GFF) e iii) os indicadores de desempenho individuais para os trabalhadores da saúde. A gestão da componente de FBD é ainda mais complicada pelo facto de que a avaliação do desempenho é uma tarefa atribuída a várias agências de avaliação independentes, entre as quais a 3ª Secção do TA e também o MEF, que não têm necessariamente uma boa relação metodológica com o MISAU. Os mal-entendidos entre a agência de verificação e o ministério podem, portanto, ser frequentes e morosos.

A percepção de que a utilização do FBD pelo GFF exige a criação de um «sistema paralelo» em detrimento do sistema estabelecido de GFP é partilhada por vários Informantes⁹⁸. Neste contexto, os pagamentos por desempenho feitos para contas privadas de unidades de saúde e indivíduos correm o risco de serem considerados ilegais, uma vez que o sistema de GFP não prevê esse tipo de pagamentos. Na realidade, um entrevistado do MISAU informou o autor sobre uma carta enviada pelo Secretário Permanente do ministério à direcção do GFF, solicitando uma explicação sobre os procedimentos de gestão financeira do GFF⁹⁹. É particularmente preocupante que os gestores do GFF pareçam «não compreender como funciona na prática o E-SISTAFE nas unidades de saúde a nível distrital, que constituem o enfoque das intervenções do GFF». Falou-se também da necessidade de utilizar as «janelas orçamentais», que estão actualmente a ser introduzidas a nível dos SDSMAS¹⁰⁰. Estas janelas permitiriam fornecer informações sobre alguns aspectos do FBD. A alegada prática actual do GFF de ter aberto contas separadas nos bancos

privados para efectuar esses pagamentos é claramente considerada «introdução de um sistema paralelo», constituindo uma «aberração» da prática estabelecida e que não incute confiança nos procedimentos de prestação de contas e transparência do GFF¹⁰¹. O pressuposto implícito do GFF de que, tal como noutros países africanos, os hospitais e as unidades de saúde de Moçambique têm «o seu próprio orçamento» e um certo grau de autonomia é um óbvio equívoco.

Do ponto de vista do FCDO e da CIDA, ambos ex-doadores do PROSAÚDE - sua decisão de apoiar o GFF através do MDTF foi desencadeada pelos desafios fiduciários enfrentados pelo setor de saúde e pelo governo moçambicano, como mencionado acima, e seu desejo de ver melhores resultados e eficiência, ou valor pelo dinheiro gasto no sector¹⁰². No caso do Canadá, a adesão ao GFF reflete também uma decisão baseada em princípios, uma vez que o país é um dos principais apoiantes do GFF globalmente¹⁰³. outras características atraentes foram o foco sobre Saúde Materna Infantil (SMI) nomeadamente ai nível local do SNS, particularmente os distritos de altos desafios, seus esforços declarados para impulsionar a coordenação do sector e alinhar o HSF, a combinação de intervenções direccionadas com foco na CSP e SMI com HSS a nível nacional, o envolvimento proativo e envolvimento de ONGs nacionais e internacionais, bem como, em certa medida, a introdução do FBD. O CI subjacente foi visto como um documento de alta qualidade e um excelente ponto de partida.

Hoje, mais de 3 anos após o primeiro período de implementação de cinco anos do GFF, a percepção sobre o programa e sua abordagem específica de financiamento é um pouco menos entusiástica. Observam-se progressos a nível provincial, onde se diz que as autoridades de saúde mostram envolvimento com o programa e onde «as coisas vão na direcção certa¹⁰⁴» e onde o GFF tem propriedade, «sendo inovadora e bem-vinda», representando uma «mudança importante» na forma de apoiar os CSP¹⁰⁵. Há, no entanto, uma percepção geral de que o GFF, excelente por design, não refletiu suficientemente as realidades institucionais concretas do sector e do país. Isso levou a uma lacuna entre as aspirações iniciais, por um lado, e os mecanismos complexos, desafios de gestão e constrangimentos que retardam a implementação, por outro, porque «não havia pré-condições básicas»¹⁰⁶. Nas palavras

97. Informante 1, 19/11/2021.

98. Informante 9, 26/10/2021, Informante 2, 3, 17/09/2021.

99. Informante 2, 17/09/2021.

100. Informante 2 e 3, 17/09/2021.

101. Informante 2 e 3, 17/09/2021.

102. Informantes 19, 20, 21, 26/04/2022 e Informantes 22 e 23, 27/04/2022

103. Informante 23, 27/04/2022

104. Informante 21, 26/04/2022

105. Informante 23, 27/04/2022

106. Informantes 20 e 21, 26/04/2022

dos Informantes que representam os cofinanciadores do GFF, o programa é «muito ambicioso» ou «excessivo», carece de «senso de realismo», e com o GFF e o BM prometendo mais do que é factível¹⁰⁷.

Especificamente, quatro questões críticas sobre o desempenho do GFF foram destacadas:

- progresso insuficiente em relação à coordenação e alinhamento com outros programas, particularmente em nível subnacional¹⁰⁸;
- insuficiente sentido de liderança/apropriação por parte do MISAU a nível central – ao contrário das instituições a nível provincial tais como SPS e DPS¹⁰⁹;
- a produção de valor pelo dinheiro inicialmente reivindicada é difícil de avaliar, pois não está claro o que foi gasto em quê, com pouca informação fornecida¹¹⁰;
- o alinhamento previsto tanto do planeamento quanto do HSF não teve poucos progressos, provavelmente devido a atrasos na produção e aprovação de um HSFS nacional¹¹¹.

Enquanto os representantes dos dois membros do MDTF, cujas opiniões estão refletidas acima, defendem uma atitude de esperar para ver em relação à continuação do financiamento do GFF para além da presente fase de implementação, a USAID com o seu SDTF já retirou o seu apoio financeiro ao GFF em Moçambique. Tendo inicialmente se comprometido a desembolsar US\$ 22,5 milhões para o GFF durante o atual período de financiamento de cinco anos, a agência decidiu rescindir o contrato de financiamento após dois anos, com apenas cerca de US\$ 8,3 milhões gastos. As razões apresentadas foram questões como a falta de clareza sobre a finalidade do financiamento (do que exatamente está a ser financiado), fraca propriedade do MISAU, fraco desempenho e falta de transparência¹¹².

Em suma, a forma de o GFF compreender e implementar a sua abordagem de FBD é considerada por alguns observadores como sendo desajustada à realidade moçambicana de CSP a nível subnacional e à forma como os seus orçamentos são geridos. Não se pretende com isto sugerir que o princípio

de FBD como tal seja posto em questão. Pelo contrário, os intervenientes no PROSAÚDE manifestaram interesse em aprender com as experiências do FBD a este respeito¹¹³. Por outro lado, estão a ser levantadas questões relativamente à transparência e prestação de contas do financiamento do GFF, o que, indirectamente, também afecta o BM enquanto gestor do Fundo Fiduciário do GFF e outros mecanismos financeiros relacionados, tais como o FFMD.

Uma decisão do Canadá e do Reino Unido sobre o apoio contínuo ao GFF para sua fase subsequente a partir de 2024 provavelmente será influenciada por vários factores. Um é o resultado da Avaliação Intermediária do GFF substancialmente atrasada¹¹⁴. Outros factores são se o GFF pode construir, juntamente com outros programas, notadamente o PROSAÚDE, uma espécie de plataforma comum, que permite que os programas cooperem, coordenem e financiem de forma planeadas, particularmente em nível subnacional, apesar das diferentes abordagens e filosofias dos programas¹¹⁵. Uma forma híbrida de apoio ao SNS, particularmente a nível descentralizado, é claramente exigida¹¹⁶, - uma forma que aproveite e maximize os pontos fortes do GFF e do PROSAÚDE e reforce a liderança do MISAU. Isso também inclui uma abordagem aprimorada do PBF. As Iniciativas Pró-Responsabilidade (PAI¹¹⁷) que estão a ser testadas no sector da saúde em Nampula, fazem parte do emergente programa Potenciar do FCDO. Pode ser uma oportunidade para reforçar o monitoramento participativo e, assim, apoiar a abordagem do PBF no nível da unidade de saúde.

2.2.5. Outros Aspectos

Relativamente à dinâmica de financiamento, no período de 2015 a 2020, dos doadores que canalizam o financiamento «dentro da CUT», o financiamento do PROSAÚDE mostra uma queda dramática entre 2015 e 2018, de mais de dois terços do seu volume de 2015 para cerca de 20 milhões de USD em 2020. As contribuições da GAVI para financiar o SNS mostram uma tendência crescente a partir dos seus baixos níveis até 2017, mas o seu volume mantém-se modesto, flutuando cerca de 15 milhões de USD por ano entre 2018 e 2020. O PRCSF do BM só começou em 2017 com o seu volume de financiamento a crescer para cerca de 22 milhões de USD em 2020. Esta análise não dá conta nem do financiamento do GFF nem do

107. Informantes 20, 27/04/2022; Informante 23, 28/04/2022

108. Informantes 19, 20, 21, 26/04/2022; Informante 22, 27/04/2022

109. Informantes 20, 21, 26/04/2022

110. Informantes 20, 21, 26/04/2022

111. Informante 23, 27/04/2022

112. Informante 5, comunicação por escrito, 03/03/2022.

113. Informante 14, 15/11/2021.

114. Informante 23, 27/04/2022

115. Informantes 19, 20, 26/04/2022. Essa opinião está a ser partilhada por uma Informante no DPC do MISAU (Informante 17, 26/04/2022)

116. Informante 23, 27/04/2022; Informante 17, 26/04/2022

117. Pro-Accountability Initiatives

financiamento do FFMD detido pelo BM, posto que não há dados disponíveis. Em relação à contribuição cumulativa dos quatro programas para o financiamento da saúde durante o período de seis anos aqui analisado, o PROSAÚDE, apesar do decréscimo do volume e do número de parceiros nos últimos anos, tem mantido uma posição sólida como importante pilar do financiamento da saúde, contribuindo com cerca de 27% para o financiamento global dos orçamentos acumulados de todos os casos estudados, ao mesmo nível do PRCSP de BM e de outras fontes de financiamento consideradas em conjunto¹¹⁸, como ilustra a figura abaixo.

Além da análise das percepções e questões apresentadas nos quatro estudos de caso, este estudo extrai as seguintes conclusões adicionais:

- O PROSAÚDE, que surgiu de um SWAp em 2003 e introduziu o conceito de fundo comum (FC), continua a ser visto como um pilar firme de apoio ao SNS, apesar do seu volume e adesão em declínio nos últimos nove anos. Isto é particularmente verdadeiro para os Informantes que representam o MISAU e o grupo de consultores. As razões para tal são a sua inserção no SNS, a forte apropriação pelos intervenientes nacionais, o seu pleno alinhamento com o processo nacional de planeamento, programação, orçamentação e reporte no sistema de gestão das finanças públicas do país e o seu potencial de descentralização (no âmbito do PROSAÚDE III);
- Na opinião da maioria dos Informantes, o PROSAÚDE também está aberto a suprir suas deficiências, notadamente em aquisições e inovação, como a introdução de financiamento baseado em desempenho (PBF) para o qual há uma janela de oportunidade no subsistema de planeamento e orçamento após a revisão da legislação moçambicana de GFP. Contrariamente à opinião de alguns observadores, o PROSAÚDE não deve ser anulado. Poderia receber um novo “sangue vital” na forma de aumento de financiamento por parte de parceiros internacionais ou até mesmo o retorno de financiadores que saíram.
- O GF - outrora colaborador/parceiro do PROSAÚDE - apoia o SNS desde 2004. O governo dos EUA é o maior doador individual para este mecanismo de financiamento vertical. A sua contribuição financeira para o SNS é considerável e crescente. A sua

abordagem complicada de gestão e parceria, baseada num mecanismo de angariação de fundos e garantia de “reposição” de três anos, foi substituída por um Novo Mecanismo de Financiamento (NFM) entre 2012 e 2014. Tem agora uma Unidade de Gestão de Programas (PMU) dentro do MISAU e canaliza fundos através da abordagem on-CUT. Diz-se que essas mudanças melhoraram a apropriação local, o alinhamento, a gestão da implementação do programa e a previsibilidade do financiamento. Diferentemente do PROSAÚDE, o GF, em conjunto com o GFF, também enfatiza o papel das ONGs na consecução de seus objetivos específicos.

- Do ponto de vista dos Informantes representando MISAU, as grandes desvantagens do GF são a necessidade de seguir o ciclo orçamental dos EUA e os procedimentos administrativos, a sua gestão de topo por um Secretariado em Genebra e a sua forte dependência de consultores externos. Principalmente por estas razões, tem custos de transacção elevados para o pessoal do MISAU. Seu uso de uma abordagem de financiamento baseada em desempenho envolvendo um fluxo de financiamento de incentivo é considerado menos controverso do que no caso do GFF. O financiamento total do programa entre 2015 e 2020 tem vindo a aumentar. Existe potencial acesso a fundos adicionais através de propostas bem preparadas e justificadas.
- GAVI, um programa vertical focado exclusivamente na imunidade e vacinação, está bem inserido no SNS, apesar de ser gerido a partir da Suíça, ou seja, sem PMU no MISAU. Está totalmente alinhado com o plano abrangente de vacinação plurianual do governo. Com o seu foco claro (complementado pela HSS), a sua perspectiva de longo prazo orientada para o mercado e a combinação de vários recursos (incluindo de empresas privadas e da indústria farmacêutica), a GAVI é apreciada pelos seus parceiros moçambicanos e internacionais. A sua capacidade de resposta aos desafios do Covid 19 ainda não foi totalmente testada.
- Como mostrado acima, GFF, o programa mais jovem é percebido como ainda não tendo conseguido demonstrar plenamente o seu valor e a diferença que faz em relação aos outros programas. Foram assinaladas questões de qualidade de apropriação

118. Outras fontes do BM, UNDP, UNICEF e doadores bilaterais, incluindo membros individuais do PROSAÚDE.

e transparência. Particularmente controversa é também a sua compreensão e implementação da abordagem do PBF, vista por alguns observadores como desajustada à realidade dos cuidados de saúde primários moçambicanos e à forma como os orçamentos das unidades de saúde são geridos. No entanto, isso não significa que o princípio do PBF como tal seja questionado. Pelo contrário, as partes interessadas vinculadas ao PROSAÚDE manifestaram interesse em aprender com a experiência do GFF a esse respeito. E os membros do Fundo Fiduciário GFF manifestaram seu interesse em uma plataforma comum para desenvolver um «sistema híbrido» entre o PROSAÚDE e o GFF com foco nos CSP e intervenções coordenadas em níveis subnacionais do SNS.

- Em relação ao ponto anterior, o GFF, apesar de todas as percepções críticas do programa aludidas acima, representa conceitualmente uma abordagem inovadora, transversal com foco claro e com o reconhecimento da acção urgente em favor das unidades de saúde e seus usuários em nível subnacional. Como um programa diagonal pode ser capaz de inspirar a transição da abordagem vertical para uma abordagem mais integrada, potencialmente sintetizando a «convergência» necessária (Glassmann et al. 2020) entre programas verticais e horizontais que até agora caracterizam as modalidades de financiamento da saúde em Moçambique.

Finalmente, para concluir, a análise dos estudos de caso pode ajudar o leitor a compreender melhor o elevado grau de complexidade da actual arquitectura de financiamento do sector da saúde em Moçambique, historicamente criada, na qual o MISAU e o SNS estão a tentar responder a interesses, enfoques, maneiras de fazer negócios e mesmo aos ciclos de diversos parceiros externos. Assim, o estudo corrobora o veredicto da Avaliação Intercalar do PESS, que fala de uma fragmentação do sector. Assegurar o financiamento do sector através das diferentes modalidades e gerir e supervisionar a implementação dos respectivos programas — bem como prestar contas dos resultados — é claramente testar ao máximo as capacidades institucionais do MISAU, possivelmente desgastando-as. Dado que algumas destas capacidades são necessárias no palco da reforma interna, a manutenção desta arquitectura implica um elevado custo de oportunidade, no caso de as modalidades de financiamento não poderem ser mais bem alinhadas com a agenda da reforma do sector da saúde. Nestas condições, falar da capacidade do MISAU de «controlar» e canalizar melhor o apoio financeiro externo ao SNS seria claramente um eufemismo. Nestas condições, et ceteris paribus, o MISAU pode, na melhor das hipóteses, ser capaz de influenciar, incentivar ou desincentivar, acelerar ou atrasar certos aspectos e práticas preferidas pelos Parceiros da Saúde e modalidades de financiamento, a menos que reveja e reforce a sua própria capacidade de liderança e gestão estratégica, coordenação, e concepção, liderança e implementação de uma EFSS.



3. FSS E EFICÁCIA

Se entendermos a eficácia de um programa ou modalidade de financiamento externo da saúde como conseguir obter os resultados desejados ou planejados do programa, precisamos de avaliar o desempenho dos beneficiários em função de objectivos programáticos mensuráveis. É este o «critério de base para decisões sobre a atribuição de financiamento» (Oomman et al., 2010). Num contexto complexo e com muitos intervenientes, como o do sector da saúde de Moçambique, a eficácia variará consoante até que ponto os programas pertencem ao país beneficiário, são bem planeados e coordenados, têm objectivos realistas e exequíveis, e estão estabelecidos os instrumentos e ferramentas para gerir a implementação do programa e medir os seus resultados. O pressuposto básico é que quanto mais eficazes forem os programas de FSS, mais ganhos de todos os recursos disponíveis poderão ser utilizados para financiar os investimentos necessários, sem recorrer a fontes adicionais, internas ou externas.

Neste capítulo, avaliaremos três aspectos da eficácia do FSS externo a Moçambique. Na secção seguinte 4.1, partindo da Agenda de Paris sobre a Eficácia da Ajuda de 2005, analisamos questões de apropriação e a importância de uma Abordagem Sectorial como enquadramento comum, bem como de coordenação. Na secção 4.2, o enfoque é no quadro de planeamento (planeamento estratégico, a médio e a curto prazo). Em seguida, na secção 4.3, levantamos a questão do impacto da EFSS emergente na eficácia do apoio externo. Isto inclui alguns esclarecimentos sobre o espaço fiscal e o seu potencial, que aumenta ou diminui, e as dinâmicas política e económica.

3.1. Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, Abordagem Sectorial e Coordenação

Examinando a relevância da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, da Abordagem Sectorial e da coordenação, concluímos que, em primeiro lugar, os princípios consagrados na Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, como sejam apropriação, alinhamento, harmonização, prestação de contas mútua, etc., têm vindo gradualmente a perder

importância na configuração da cooperação e da ajuda ao desenvolvimento, também no FSS, com excepção da «gestão para obter resultados». A popularidade da FBR, nomeadamente nos programas verticais, dá bem conta disto. Verificamos também que a aplicação destes princípios em programas de redução da pobreza e no sector da saúde em Moçambique tem produzido resultados variáveis. Em segundo lugar, defendemos que a Abordagem Sectorial tem grande potencial para aumentar a eficácia da ajuda, mas que a concretização deste potencial varia em função do contexto e do ambiente nacional e internacional, ou seja, em função de factores da economia política. No entanto, ao longo dos anos, observou-se certa “fadiga do SWAp”, devido à crescente fragmentação do sector¹¹⁹. Era necessária uma revitalização urgente da abordagem SWAp e uma melhor coordenação. As Abordagens Sectoriais são, portanto, consideradas uma condição necessária para a forma coerente e eficaz de gerir e de articular as políticas de saúde dirigidas pelo governo e os quadros de despesas a elas associados, de criar capacidade institucional nos ministérios da saúde e de oferecer instrumentos para estabelecer uma relação mais eficaz entre governos e agências doadoras (Peters et al., 2013). Mas não constituem condição suficiente para aumentar a eficácia da ajuda, especialmente em condições de fragilidade. Em terceiro lugar, no que diz respeito a Moçambique, as primeiras experiências com uma Abordagem Sectorial de saúde são animadoras e ajudaram a aumentar a eficácia no sector da saúde, como o demonstra o caso do PROSAÚDE. As medidas de apoio para combater o COVID-19 e conter sua disseminação involuntariamente foram uma grande força motriz por trás das tentativas da HP de melhorar a coordenação com base no SWAp¹²⁰. Actualmente, tanto o MISAU como os Parceiros da Saúde estão a envidar grandes esforços para finalizar uma Abordagem Sectorial¹²¹. Isto inclui a actualização do Código de Conduta de Kaya Kwanga de 2003¹²². No que toca ao «controlo» dos recursos, tanto internos como externos, vemos um certo risco de que a Abordagem Sectorial possa servir implicitamente, e não por características inerentes, para lutar pelo controlo das políticas e dos recursos, puxando tanto o governo como os Parceiros da Saúde cada um para o seu lado, em vez de «puxarem ambos na mesma ponta da corda» por CSP melhorados, em prol de todos os que necessitam de melhores cuidados de saúde¹²³. Sugerimos, portanto, que as Abordagens Sectoriais se consciencializem desta questão

119. Informantes 23, 24 e 27; 27/04/2022

120. Informantes 22, 23; 27/04/2022

121. Informante 4, 24/09; Informante 6, 30.09/2021.

122. Informante 10, 06/10/2021.

123. Informante 9, 26/10/2021.

e procurem incluir mecanismos de mitigação de potenciais conflitos. As Abordagens Sectoriais devem também assegurar que os doadores conheçam bem o sistema nacional de GFP antes de introduzirem a sua própria abordagem. Por fim, melhorar a coordenação faz parte da agenda da Abordagem Sectorial. Existem vários mecanismos de coordenação e aquilo a que chamamos «teatros de coordenação» relevantes para o sector da saúde, nomeadamente ao nível nacional central. Pouco se sabe sobre a coordenação sistemática a nível provincial e subprovincial, tanto entre programas com foco na descentralização como GFF e PROSAÚDE, como entre instituições responsáveis pela prestação de serviços de saúde como SPS e DPS. Os Informantes que representam os parceiros que participaram em visitas de campo acreditam que a coordenação e a troca de informações nesses níveis do SNS parecem precisar de melhorias substanciais e devem-se encaixar nos esforços de coordenação no nível central¹²⁴. Nestas circunstâncias, a coordenação, vista como um instrumento, entre outros, para aumentar a eficácia da ajuda no sector da saúde, também precisa de ser ponderada quanto a aspectos de descentralização, eficiência, produtividade e, conseqüentemente, quanto aos custos de transacção que implica. Uma visão mais céptica expressa por um dos parceiros que apoiam o PHCSP via GFF sugere que «não aconteceu muita coisa» em relação à coordenação, que «está ficando aquém das expectativas dos parceiros» em convidar actores como agências da ONU e o sector privado para o «Mesa SWAp¹²⁵».

3.2. Planificação para um FSS Eficaz

Relativamente a este tema, o estudo concluiu que os objectivos e resultados previstos constantes do PESS, particularmente no que diz respeito ao FSS não se traduzem adequadamente no Programa Quinquenal do Governo nem no PES anual e no OE. Assim, o alinhamento do processo anual do PESS e, conseqüentemente, o apoio externo através destes instrumentos, continua a constituir um desafio. Nesse contexto, argumentamos a favor de “decompor” os resultados planeados de longo prazo do PESS e a transformação num plano de acção de saúde de médio prazo (MTHAP) como forma de operacionalizar o PESS e unir objetivos de longo e curto prazo. Isso seria diferente do exercício em curso de revisão do CFMP e de revisão ex post da execução dos projectos de saúde abrangidos pelo PES no que foi denominado uma «abordagem

de planeamento rolante»¹²⁶. A ideia do MTHAP vai muito mais longe na medida em que é de natureza estratégica, ex ante e revê o PESS como ponto de partida, operacionalizando a sua lógica numa perspectiva digamos de três anos

Neste contexto, defendemos o «desdobramento» dos resultados a longo prazo do PESS num plano de acção da saúde a médio prazo (PASMP), como forma de operacionalizar o PESS e de fazer a ponte entre os objectivos a longo e os objectivos a curto prazo. Na opinião dos informantes do MISAU e MEF¹²⁷, isto representaria uma forma de melhorar o alinhamento dos planos de saúde com os instrumentos gerais de planificação do governo, incluindo o Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), com benefícios esperados também para a previsão dos recursos necessários para RSS¹²⁸. Possivelmente, também ajudaria a alinhar os planos do sector da saúde com os dos programas financiados externamente, que normalmente têm ciclos de planificação de curto a médio prazo. Também concluímos que adaptar e ensaiar o potencial do SPO no sector da saúde o mais cedo possível é uma forma de conseguir juntar a planificação e a orçamentação para apoio a programas. Isto exigiria, entre outras coisas, o reforço da capacidade técnica do pessoal da Direcção de Planificação e Cooperação (DPC) e da Direcção de Administração e Finanças (MISAU). Finalmente, sugerimos o ensaio e, eventualmente, a adopção da abordagem modular da saúde da OMS na análise e planificação das necessidades de investimento e de recursos a nível dos hospitais, o que representará uma oportunidade para contribuir significativamente para aumentar a eficácia do RSCSP em Moçambique. Tal abordagem tornaria patente, de forma sistemática e a nível hospitalar, o desequilíbrio na utilização de recursos em favor dos medicamentos e da força de trabalho, em detrimento do investimento em infra-estruturas e na sua manutenção, equipamento e informação sobre saúde.

Na opinião do autor, a abordagem diagonal do GFF e a experiência com o financiamento da saúde visando a MCH no nível da unidade de saúde e as experiências com o PROSAÚDE no nível subnacional podem ser um ponto de partida valioso para a revisão das prioridades para o financiamento da saúde. Seu potencial de «convergência» (Glassmann et al, 2020) pode e deve ser explorado.

124. Informantes 20 e 21, 26/04/2022; Informantes 22 e 23, 27/04/2022
125. Informante 20, 26/04/2022

126. Contributo do pessoal do MISAU numa videoconferência, 21/03/2022.
127. Informante 9, 26/10; Informante 12, Informante 13, 1/11, Informante 15, 19/11/2021.
128. Informante 14, 11/11/2021.

3.3. Estratégia de Financiamento do Sector da Saúde (EFSS)

Relativamente à EFSS, começamos por analisar brevemente o conteúdo da versão preliminar da EFSS de Maio de 2021, que aguarda aprovação política. O trabalho de concepção da estratégia começou em 2015. Uma primeira versão (MISAU, 2021) foi partilhada com os parceiros de saúde em outubro de 2019. O pessoal sénior do MISAU e do MEF, alguns PSs e ONGs, estiveram envolvidos, mas nem sempre de forma contínua.

O documento prevê uma responsabilidade contínua do governo de aumento progressivo do financiamento ao sector da saúde através do orçamento, que é a sua principal fonte de financiamento. Pondera-se a introdução de impostos gerais diversificados que seguem políticas a favor dos pobres, com o objectivo de minimizar a carga fiscal dos estratos mais pobres da sociedade para acederem a serviços de saúde, bem como o aumento dos «impostos sobre os vícios»¹²⁹. Propõe-se também a introdução gradual de um seguro social de saúde, bem como o aumento das taxas de utente numa forma mais bem estruturada. Neste contexto, é também importante notar que as taxas de utentes não só são consideradas a forma mais regressiva de financiamento da saúde — ou seja, uma forma que sobrecarrega relativamente mais os pacientes com rendimentos baixos que os pacientes com rendimentos mais elevados (Onotai, 2008) —, como também podem provocar uma baixa significativa da procura de serviços de saúde, se forem aumentadas (Lagarde & Palmer, 2011).

A morosidade na elaboração do EFSS foi explicada por informantes¹³⁰, por, entre outras razões, controvérsias políticas e técnicas relativamente a três questões fundamentais: i) a visão de base do SNS e do custo do acesso ao mesmo por diferentes estratos sociais, ii) a questão do aumento proposto das taxas de utente dos serviços de saúde, e iii) os efeitos da proposta de introdução de um seguro de saúde obrigatório no acesso, na qualidade e no custo dos serviços de saúde. A necessidade de incluir e financiar serviços de saúde adequados a nível comunitário foi salientada numa reunião com altos funcionários do MISAU, em que foi levantada a importância da eficiência de custos na prestação de cuidados de saúde primários, não só a nível comunitário¹³¹.

Estas questões estão relacionadas com a necessidade de compreender melhor a dimensão e a dinâmica do espaço fiscal. O estudo identifica a necessidade de uma análise deste

assunto que não assente apenas numa abordagem técnica, mas também tenha em consideração factores da economia política e aspectos sociológicos da tributação para CUS, tais como a distribuição da carga fiscal. Embora a necessidade de aumentar os «impostos sobre os vícios» pareça ser bastante consensual, surgem posições controversas quanto às dimensões e dinâmica do espaço fiscal existente para FSS. Isto inclui a questão da introdução de um seguro de saúde obrigatório e a sua relação com o actual sistema de Assistência Médica e Medicamentosa (AMM) para funcionários públicos, que descontam mensalmente do salário um montante para esta AMM. Segundo um informante, esta parte da EFSS é fraca e teria merecido contributos mais substanciais do MISAU e do MEF e um debate mais profundo¹³², enquadrado em termos de sociologia fiscal: que classes e estratos sociais suportam a maior parte da carga fiscal para FSS e quais são os beneficiários líquidos?

As políticas e tarifas de saúde a favor dos pobres são apoiadas por grupos de rendimentos mais elevados? O MISAU e o governo enfrentam aqui um dilema político, conhecido como o «paradoxo da redistribuição de Korpi & Palme» (Korpi & Palme, 1998). Implica que quanto mais se visarem os estratos mais pobres como beneficiários dos serviços de saúde, menos provável é que os grupos de rendimento mais elevados estejam dispostos a pagar por esses serviços através de impostos e seguros sociais, pondo-se assim em risco a justiça redistributiva. A delicada «coligação de classes» de interesses que tem sustentado o actual sistema pode estar em risco de ruptura.

Não pode haver quaisquer dúvidas de que estas questões são política e extremamente controversas e tocam em questões de distribuição delicadas. Entre os temas mais contestados podem figurar os privilégios estabelecidos de certos grupos sociais em relação aos serviços de saúde — por exemplo, os funcionários públicos, no caso da AMM, ou aqueles que têm acesso ao SAP e, sobretudo, às Clínicas Especiais dos hospitais centrais, que são, de facto, subsidiadas pelo público em geral através do orçamento da saúde (Mc Pake et al. 2011). Assim, qualquer decisão sobre recursos nacionais adicionais, fiscais e não fiscais, para financiamento da saúde deve basear-se numa tentativa de produzir um amplo consenso social em que participem não só o executivo (MISAU, MEF) e os profissionais de saúde, mas também o parlamento, os sindicatos, o sector

129. Ou seja, impostos sobre o consumo de substâncias como álcool e tabaco, que são prejudiciais para a saúde individual e pública na sociedade. Poder-se-ia acrescentar impostos sobre sistemas de som privados, com vista à redução de poluição sonora como problema de saúde pública.

130. Informante 6, 26/10; Informante 12, Informante 13, 1/11/2021.

131. videoconferência, 21/03/2022.

132. Informante 6, 30/09/2021

privado e a sociedade civil. Dadas estas controvérsias, pode argumentar-se que uma possível solução para os dilemas e o falso sentido de direitos adquiridos poderia ser optar pelo financiamento de serviços de saúde cada vez mais através de impostos (imposto progressivo sobre o rendimento, impostos sobre os vícios), em vez de aumentar as taxas dos utentes e introduzir a obrigatoriedade de um seguro nacional de saúde. Isto estaria em consonância com a ideias da OMS de reunir recursos para financiar sistemas de saúde com impostos públicos e progressivos, concentrando-se na tributação geral, para avançar no sentido da CUS. Neste caso, o MEF teria de assegurar o máximo de recursos para o sector.

Por fim, diferentes partes interessadas avaliaram criticamente os desafios da introdução de FBD no sistema de saúde moçambicano através do GFF, incluindo a sua harmonização com a abordagem estabelecida de GFP. Haveria que ultrapassar algumas incompatibilidades, tais como a falta de autonomia das unidades de saúde e a diferença nas lógicas de intervenção entre uma abordagem de financiamento baseada em contributos/insumos e resultados. Em contraste com a orçamentação baseada em contributos/insumos, em que o único objectivo e categoria de despesas é definido a priori («elegibilidade das despesas»), o FBR aumentaria o grau de flexibilidade («flexibilidade das despesas») da utilização do financiamento disponível para diferentes fins, incluindo incentivos salariais. Isto daria à unidade de saúde um maior grau de manobra, para recompensar o desempenho de qualidade. Além disso, a abordagem de FBR,

ou seja, o desembolso a posteriori de serviços prestados, também afectaria o processo de PPO. O desembolso dos limites máximos anuais de despesa previamente definidos, legislados no OE, durante o ano fiscal, estaria condicionado ao cumprimento (por exemplo, trimestral) dos níveis limiares, que resultam da prestação de facto de um serviço de qualidade executado e validado, periodicamente verificado em função de indicadores estabelecidos e acordados, por nível de desempenho institucional.

Identificando a abordagem de FBD de CSP da Tanzânia como «bússola» para a reforma do FSS, aceitável para diferentes partes interessadas¹³³, analisaram-se os benefícios e os desafios desse caso. No caso de Moçambique, um estudo realizado nas províncias de Gaza e Nampula mostra que o PBF teve efeitos positivos no conhecimento materno do HIV e na testagem do HIV a nível distrital, mas sem efeitos nos cuidados maternos e infantis. Seus efeitos sobre a mortalidade natal e infantil variaram fortemente com as heterogeneidades locais nas necessidades de saúde. Além disso, considera-se que o PBF supera a desigualdade no acesso à saúde para serviços de extensão (Ohrnberger et al., 2019).

O autor acredita que existe actualmente uma janela de oportunidade, pelo menos para ensaiar a integração na GFP, e, por conseguinte, no PROSAÚDE, de um elemento de FBD inspirado no GFF, com enfoque no aumento da qualidade e da eficácia dos CSP num cenário descentralizado.



¹³³. Informante 13, 1/11/2021; K114, 15/11/2021.

4. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Em conclusão, o estudo chama a atenção para as dificuldades de gerir estrategicamente o sector da saúde em condições de enormes dinâmicas de mudanças, tanto internas como globais, que se traduzem, em Moçambique, num panorama de FSS altamente complexo e fragmentado. Nestas circunstâncias, a questão primordial não é tanto quem controla que mecanismos de financiamento, mas antes a de garantia estratégica e gestão do financiamento, com enfoque nos CSP, que, impedindo o aumento da fragmentação, possa salvaguardar a estabilidade operacional e gerir sem problemas a transição para CSP de qualidade para todos os moçambicanos. Para responder a estes desafios, o MISAU tem uma especial responsabilidade de liderança. Uma nova Abordagem Sectorial e um código de conduta actualizado para os Parceiros da Saúde é apenas uma resposta parcial a estes desafios.

Uma das questões desafiadoras é encontrar uma plataforma comum ou uma modalidade híbrida que permita um foco em intervenções descentralizadas dos CSP permita maximizar os pontos fortes, uma divisão razoável do trabalho e uma coordenação eficaz tanto do PROSAÚDE quanto do GFF, respeitando suas diferenças de filosofia e abordagem.

O que é essencial é a capacidade necessária para gerir a complexidade e as diversas modalidades de FSS, assegurando simultaneamente a estabilidade operacional do sector da saúde. Há várias lições a tirar do caso da China, onde, à semelhança de Moçambique, uma transformação do sector de saúde, que passou de gratuita para todos à prestação de serviços de saúde pública inspirada por abordagens baseadas no mercado, e um papel importante dos prestadores privados. Como Zhang et al (2014) demonstram, esta transformação depende em grande medida a) da robustez da administração da saúde, b) do papel proactivo do ministério da saúde, como defensor dos interesses das instalações de saúde e dos trabalhadores da saúde, e como agência responsável por assegurar que os objectivos do sistema de saúde do governo estão a ser cumpridos; c) da capacidade de adaptação às rápidas mudanças económicas e institucionais resultantes da capacidade do ministério de assumir uma liderança estratégica, e para este fim, d) da capacidade do ministério de analisar o sector da saúde como um sistema complexo e gerir processos de mudança.

Nas entrevistas com informantes em representação do MISAU, foi reconhecida a limitada capacidade de fazer pesquisas e análise, e de interpretar estrategicamente as mudanças no sector em função dos objectivos do PESS, também em relação ao FSS. Consequentemente, foi proposta ao autor¹³⁴ a necessidade de estabelecer um tipo de unidade estratégica ou «grupo de reflexão de saúde» no ministério. As suas principais funções seriam gerar análises baseadas em investigação sobre mudanças e tendências no ambiente nacional e internacional com impacto no SNS, no PESS e no FSS. Essas análises seriam usadas pela cúpula do ministério, em particular quando se tratasse de negociar financiamento externo de apoio ao SNS. Na opinião do autor, poderia também servir para reforçar a posição do MISAU na arena política interna, por exemplo, «colmatando o fosso em relação ao MEF no que toca ao fluxo de financiamento para o SNS e assegurando e priorizando os recursos internos» (Kanthor & Erickson, 2013).

O aumento da capacidade de intervenção analítica e estratégica do MISAU também seria certamente do interesse dos doadores, como sublinhou um informante que representa um programa de apoio à saúde financiado pelos EUA¹³⁵. Na opinião desse informante, tal capacidade daria certamente ao MISAU uma melhor compreensão das mudanças, pressões e limites dos programas de saúde financiados externamente e da sua interdependência com os planos governamentais e outros programas de apoio. E aumentaria a «perspicácia» do MISAU na identificação de oportunidades de negociar acordos favoráveis para o SNS, cuja possibilidade existe mesmo em programas grandes e monolíticos como o PEPFAR.

Fazem-se várias recomendações. Estas recomendações dirigem-se a três categorias de intervenientes, a saber i) o Governo e o MISAU, ii) os Parceiros da Saúde, e iii) as OSC que trabalham no sector da saúde, embora a execução das recomendações propostas exija a interacção entre elas e, em particular, o Governo e os Parceiros da Saúde.

134. Informante 9, Informante 10, 26/11; Informante 13, 1/11/2021.

135. Informante 5, 24/09/2021.

i. Recomendações para o MISAU e para o Governo (particularmente o MEF), sobre

- a. operacionalizar o PESS através de um plano de acção de saúde a médio prazo (PASMP), para permitir uma melhor articulação dos resultados previstos do PESS com o PES anual e o OE (mais concretamente, o futuro Plano Económico -Social e Orçamento -PESO) e o CFMP, com vista a uma melhor previsão dos recursos para o sector;
- b. promover a introdução, teste e monitoria do SPO e a utilização de «janelas orçamentais» como forma de acomodar elementos de FBD no sistema existente do GFP associado ao desenvolvimento de bases de dados para monitorar o desempenho;
- c. definir critérios claros e transparentes para escolha excepcional da modalidade off CUT para financiamento externo;
- d. considerar a atribuição do estatuto de UGB a unidades de saúde seleccionadas e testar e monitorar a gestão financeira descentralizada a nível dos hospitais;
- e. validar a EFSS através de uma análise técnica e político-económica do espaço fiscal moçambicano;
- f. considerar a encomenda de um estudo sobre a participação de empresas privadas no sector da saúde;
- g. enriquecer as discussões sobre Abordagem Sectorial propondo uma fórmula de mitigação de conflitos e a necessidade de os doadores se familiarizarem com a capacidade e as oportunidades oferecidas pelo sistema nacional de GFP (E-SISTAFE); e
- h. criar uma unidade de pesquisa sobre saúde e um grupo de reflexão no MISAU, para suporte de deliberações estratégicas sobre FSS e da reforma sanitária.

ii. Recomendações para os PS:

- a. apoiar a concretização dos esforços governamentais recomendados e enumerados acima, em i);
- b. promover a interacção entre o GFF e o PROSAÚDE em prol de uma plataforma conjunta (por exemplo, na forma de um grupo de trabalho técnico para tratar da integração dos elementos do FBD no PROSAÚDE, em colaboração com o governo (ver ponto b acima);
- c. divulgar e discutir os resultados da próxima revisão do Caso de Investimento;
- d. promover a introdução em pelo menos dois programas, como estudo de caso, da abordagem por módulos da OMS na análise da distribuição de recursos necessários a nível hospitalar, de modo a aumentar a eficácia e eficiência na prestação de serviços de CSP, como contributo para a planificação de investimento do sector de saúde a médio prazo.

iii. Recomendações para OSC:

- a. apoiar o MISAU através de pesquisas e documentos de política baseados em dados factuais, com enfoque na EFSS e no FBD e sobre as empresas privadas no sector da saúde;
- b. Realizar um estudo sobre as ONGs internacionais que operam no setor da saúde, inclusive sobre seu foco temático e regional e financiamento;
- c. promover debates e iniciativas de advocacia sobre questões socioeconómicas do FSS e espaço fiscal; e
- d. divulgar os resultados do presente estudo entre as intervenientes e interessados do sector da saúde.

Espera-se que estas recomendações encontrem terreno fértil, não só junto do MISAU, mas também dos Parceiros da Saúde e ONG nacionais, cujo contínuo apoio ao SNS e aos seus utentes continua a ser indispensável, tanto na perspectiva dos funcionários do MISAU como dos representantes dos doadores.

5. ANEXOS

5.1. Lista de Pessoas Entrevistadas (Informantes)

Informante Nº	Data	Instituição	Função
1	17 Set, 2021	MISAU	Assessor/a Financeiro
2	17 Set	MISAU	Director/a
3	17 Set	MISAU	Assessor de GFP
4	24 Set	Agência Italiana CD	Chefe de Equipa da Saúde
5	24 Set	USAID Maputo	Assessor/a, Políticas de Saúde
6	30 Set	Banco Mundial	Chefe de Equipa da Saúde
7	13 Out	GFATM	UGP
8	15 Out	Empresa de Consultoria	Consultor/a de Saúde
9	26 Out	Consultor Independente	Financiamento e Gestão da Saúde
10	26 Out	MISAU	Inspeção Geral
11	28 Out	GFF	Ponto Focal
12	1 Nov	MISAU	Director/a
13	1 Nov	MISAU	Director/a
14	15 Nov	Embaixada da Bélgica	Ponto Focal, PROSAÚDE
15	19 Nov	MEF	Director/a
16	12 Nov	Consultor Independente	Saúde Pública e GFP
17	26-Apr, 2022	MISAU	Gestão do PROSAÚDE
18	26-Apr, 2022	Empresa de Consultoria / MISAU	Saúde Pública e GFP
19	26-Apr, 2022	Alto Comissariado Britânico, FDCO	Assessora Saúde e alinhamento
20	26-Apr, 2022	Alto Comissariado Britânico, FDCO	Assessora, Transição Demográfica
21	26-Apr, 2022	Alto Comissariado Britânico, FDCO	Assessora, Programa de Saúde
22	27-Ap, 2022	Consultor independente / CIDA	Sector de Saúde
23	27-Ap, 2022	Alto Comissariado Canadiano / CIDA	Oficial Senior de Desenvolvimento / Saúde

5.2. Literatura seleccionada

Anselmi, Laura (2015). Equity and efficiency in the geographic allocation of public health resources in Mozambique. Department of Global Health and Development Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine. University of London. February 2015 (Ph.D. Thesis).

Caimcross, Sandy; Periès Hervé & Cutts, Felicity (1997). Vertical health programmes. In: The Lancet 1997; 349 (suppl III): 20-22. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2897%2990079-9>

Camões, Pedro, J. (2020). Impacto Financeiro da Descentralização Provincial de Funções em Moçambique. Relatório técnico de custeio e simulação de cenários prospectivos. Ministério da Economia e Finanças / Direcção Nacional de Planificação e Orçamento (unpublished Consultancy report).

Cortez, Edson; Orre, Aslak; Fael, Baltazar; Nhamirre, Borges; Banze, Celeste; Maposse, Inocência; Harnack, Kim e Reite, Torun (2021). Costs and Consequences of Hidden Debt for Mozambique. Centro de Integridade Pública (CIP), Moçambique, and Chr. Michelsen Institute (CMI), Norway. Maputo, Moçambique/Bergen, Norway May 2021. <https://www.cipmoz.org/wp-content/uploads/2021/05/Costs-and-consequences-of-the-Hidden-Debt.pdf>

Cottret, Pablo & Schieber, Georg (2006) . Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide . Washington, DC. The World Bank

Croke K, Mohd Yusoff MB, Abdullah Z, Mohd Hanafiah AN, Mokhtaruddin K, Ramli ES, Borhan NF, Almodovar-Diaz Y, Atun R, Virk AK (2019). The political economy of health financing reform in Malaysia. Health Policy Plan. 2019 Dec 1;34(10):732-739. doi: 10.1093/heapol/czz089. PMID: 31563946; PMCID: PMC6913695. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563946/>

Egger, Eva-Maria; Salvucci, Vincenzo & Tarp Finn (2020). Evolution of multidimensional poverty in crisis-ridden Mozambique. WIDER Working Paper 2020/69. Helsinki: UNU-WIDER. <https://www.wider.unu.edu/publication/evolution-multidimensional-poverty-crisis-ridden-mozambique>

Garrido, Ivo, P. (2020) Health, development, and institutional factors: The Mozambique case. WIDER Working Paper 2020/131. Helsinki: UNU-WIDER. <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/Publications/Working-paper/PDF/wp2020-131.pdf>

Glassman, Amanda; Regan Lydia; Y-Ling Chi & Chalkidou, Kalipso (2020). Getting to Convergence: How “Vertical” Health Programs Add Up to A Health System. Center for Global Development (CGDEV). September 21, 2020. <https://www.cgdev.org/blog/getting-convergence-how-vertical-health-programs-add-health-system>

Guambe, Egídio & Muendane Elísio (2018).The Collapse of a Financing Architecture Condemned to Success. N'weti 8, Research brief 01. <https://nweti.org/en/o-colapso-duma-arquitectura-de-financiamento-condenada-ao-sucesso/>

Hanlon, Joseph (2021a). Huge drop in spending shows Mozambicans poorer than a decade ago, says new IOF survey. MOZAMBIQUE News reports & clippings 571 29 September 2021. https://www.open.ac.uk/technology/mozambique/sites/www.open.ac.uk.technology.mozambique/files/files/Mozambique_571-29Sep2021_IOF_Sharp-fall-in-spending.pdf

IBRD/GFF (2018). 2017-2018 Annual Report. The Global Financing Facility. Country-powered Investments for Every Woman, Every Child and Every Adolescent. Washington DC International Bank for Reconstruction and Development/The Global Financing Facility

IBRD/GFF (2019). 2018-2019 Annual Report. The Global Financing Facility for Woman, Children and Adolescent. Washington DC International Bank for Reconstruction and Development/The Global Financing Facility

IFC (2008). The Business of Health in Africa Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives. Washington. International Finance Corporation (IFC)/. Pharmaceutical Partnerships and Social Marketing/Mc Kinsey Corp.

[Kanthor, Jeremy & Erickson, Christina \(2013\). A Toolkit for Ministries of Health to Work More Effectively with Ministries of Finance. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc./USAID. December 2013.](#)

[KFF \(2021\). The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief \(PEPFAR\). Oct 05, 2021. Kaiser Family Foundation \(KFF\) https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-presidents-emergency-plan-for-aids-relief-pepfar/](https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-presidents-emergency-plan-for-aids-relief-pepfar/)

Korpi, Walter & Palme Joakim (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* Vol. 63, No. 5 (Oct., 1998), pp. 661-687. Published By: American Sociological Association *American Sociological Review* <https://doi.org/10.2307/2657333>. <https://www.jstor.org/stable/2657333>

Lagarde, M & Palmer, N (2011). The impact of user fees on access to health services in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD009094. DOI: 10.1002/14651858.CD009094.

Llop-Gironés, Alba; Belvis, Francesc; Julià, Mireia & Benach, Joan (2018). Health care inequalities in Mozambique: needs, access, barriers and quality of care. Technical Report. *medicusermundi*. Barcelona, 10 of April of 2018.

Lundsgaarde, Erik & Engberg, -Pedersen Lars (2019). Has the Paris Declaration Disappeared? Danish Institute for International Studies (DIIS). DIIS POLICY BRIEF, 11 July 2019. https://pure.diiis.dk/ws/files/2914827/Erik_og_Lars_Paris_Agenda_disappearedWEBFINAL1207.pdf

Mambo, Félix; Paris, Yonesse; Salvucci, Vincenzo & Santos, Ricardo (2018). Simulating the effect on households' real consumption and poverty of the increase in prices that followed the 2015–16 economic crisis in Mozambique. WIDER Working Paper 2018/61. Helsinki. UNU-WIDER.

Marmot, Michael, 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: pp.1099-1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID: 15781105.

McCoy, David; Chand, Sudeep & Sridhar Devi (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes, *Health Policy and Planning*, Volume 24, Issue 6, November 2009, Pages 407–417, <https://doi.org/10.1093/heapol/czp026>

McPake, Barbara; Charles Hongoro & Giuliano Russo (2011). “Two-tier charging in Maputo Central Hospital: costs, revenues and effects on equity of access to hospital services.” *BMC Health Services Research* 11.1 (2011): 1-8.

MISAU (2013). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019. Direcção de Planificação e Cooperação. Maputo, 30 de Setembro de 2013.

MISAU (2015). Mozambique National Health Accounts 2012. Maputo. MISAU/DPC. with support of WHO and USAID.

MISAU (2019). Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde, 2019

MISAU (2019). Relatório Anual de Balanço do Sector da Saúde, 2019.

MISAU (2019a). Relatório de Avaliação do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019). Ministério da Saúde. Direcção de Planificação e Cooperação. Maputo, 14 de Agosto de 2019 (não publicado).

MISAU (2020). Proposta de Resolução – Política Nacional de Saúde – versão do dia 14 de Outubro de 2020, Unidade da Reforma (não publicado)

MISAU (2020). Relatório de Execução Orçamental (REO). Sector Saúde (Âmbito Nacional). Janeiro-Dezembro 2020 (Final).

MISAU (2020a). National Immunization Program. Comprehensive multi-year plan (cMYP) 2020 – 2024. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2021/cMYP%20Mozambique%202020-2024.pdf>

MISAU (2020b). Anuário Estatístico de Saúde 2019. Maputo, 2020. Direcção de Planificação e Cooperação (DPC)- Departamento de Informação para a Saúde (DIS).

MISAU (2021). Estratégia de Financiamento do Sector Saúde (EFSS) 2020-2030. Maputo, Maio 2021 (Draft)

MISAU (2021a). Estratégia para Subsistema Comunitário de Saúde – Draft. 05/02/2021 (não publicado)

MISAU (2021b). Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 (2024). Maputo, 30 de Setembro de 2013. Revisto em Maio de 2021

ISAU/GFF (2017). Global Funding Mechanism in Support of all Women and all Children. Text of the Investment Case Proposal – Version IV. Maputo , April, 2017

MISAU/GFF (2017). Global Funding Mechanism in Support of all Women and all Children. Text of the Investment Case Proposal – Version IV. Maputo , April, 2017

N'weti (2021). The provision of Health Services in Mozambique - Towards the decentralization of the health sector? A contribution to a necessary reform discussion. Policy Paper nº 1, Maputo, May 2021. N'weti Comunicação para Saúde.

OECD (2005). Paris Declaration on Aid Effectiveness, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264098084-en>

Ohrnberger, Julius; Laura Anselmi; Eleonora Fichera; Josephine Borghi & Sergio Chicumbe (2019). The impact of performance-based financing schemes in the health sector on child and maternal care in Mozambique Performance based financing mechanisms for health system strengthening in Africa PEMBA project Team. Maputo, 21 November 2019. PPT presented at Annual Conference on Inclusive Growth in Mozambique – Scaling-up research and capacity: Transformation Towards Better Jobs. Radisson Blu Hotel Maputo, Maputo, 21 November 2019. <https://igmozambique.wider.unu.edu/event/academic-conference-transformation-towards-better-jobs>

Oomman, Nandini; Rosenzweig, Steven & Bernstein, Michael (). Are Funding Decisions Based on Performance? A comparison of approaches as practiced by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, and the World Bank's Multi-Country AIDS Program for Africa in Mozambique, Uganda, and Zambia. Washington. Center for Global Development

Pavignani, Enrico & Durão, Joaquim, Ramalho (1999). Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? Health Policy and Planning. 14(3): 243–253. Oxford University Press 1999

Pavignani, Enrico; Michael, Markus; Murru, Maurizio; Beesley, Mark E. & Hill Peter S. (2013). Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. International Review of the Red Cross (2013), 95 (889), 41–60. Violence against health care doi:10.1017/S1816383113000726

Peters, David H.; Paina, Ligia & Schleimann, Finn (2013), Sector-wide approaches (SWAps) in health: what have we learned?, Health Policy and Planning, Volume 28, Issue 8, December 2013: 884–890 <https://doi.org/10.1093/heapol/czs128>

Piatti-Funfkirchen, Moritz; Hadley Sierd & Mathivet, Benoit (2021). What It Takes to Mainstream Performance Based Financing into the Government Budget. RBF Health. Blog. Oct 5, 2021. [What It Takes to Mainstream Performance Based Financing into the Government Budget | RBF Health](#)

Potenciar (2021). Mozambique political economy analysis — macro level. For Transparency and Accountability for Inclusive Development (TAclD) Programme funded by the UK Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO) produced by a consortium led by Chemonics International, in partnership with the Centre for Civil Society Learning and Capacity Building (CESC), COWI, the Institute of Development Studies (IDS), and Konung International (KI). (não publicado).

Seidelmann, Lisa; Koutsoumpa, Myria; Federspiel, Frederik & Philips, Mit (2020). The Global Financing Facility at five: time for a change?, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:2, DOI: 10.1080/26410397.2020.1795446. <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/26410397.2020.1795446?needAccess=true>

Sepúlveda, Jaime & Bustreo, Flavia & Tapia-Conyer, Roberto & Rivera, Juan & Lozano, Rafael & Olaiz, Gustavo & Partida, Virgilio & Garcia-Garcia, Lourdes & Valdespino, José. (2007). Health System Reform in Mexico 6 Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Salud pública de México*. 49 Suppl 1. S110-25. 10.1016/S0140-6736(06)69569-X.

Sparkes SP, Bump JB, Özçelik EA, Kutzin J, Reich MR. Political Economy Analysis for Health Financing Reform. *Health Syst Reform*. 2019;5(3):183-194. doi: 10.1080/23288604.2019.1633874. Epub 2019 Aug 1. PMID: 31369319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31369319/>

Sridhar, Devi, Winters, Janelle & Strong, Eleanor (2017). World Bank's financing, priorities, and lending structures for global health. *BMJ* 2017;358:j3339. doi: 10.1136/bmj.j3339. <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j3339.full.pdf>

UNICEF (2019). Budget Brief: Health Mozambique 2019. Maputo

UNICEF (2020). Analysis of the 2020 State Budget. Maputo.

UNICEF (2020a). The Impacts of COVID-19 on Children in Mozambique COVID-19. Policy Note. UNICEF Mozambique. June 2020 PN-01. <https://www.unicef.org/mozambique/media/2531/file/The%20Impacts%20of%20COVID-19%20on%20Children%20in%20Mozambique%20.pdf>

Walt, G; Pavignani, Enrico; Gilson, Lucy & Buse, Kent. (1999). Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps (sector-wide approaches)?. *Health policy and planning*. 14. 273-84.

Warren, A., Cordon, R., Told, M. et al (2017). The Global Fund's paradigm of oversight, monitoring, and results in Mozambique. *Global Health* 13, 89 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0308-7>. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-017-0308-7.pdf>

Weimer, Bernhard (2012). Saúde para o Povo? Para um Entendimento da Economia Política e das Dinâmicas da Descentralização no Sector da Saúde em Moçambique. In: Weimer, Bernhard, (ed.), *Moçambique: Descentralizar o Centralismo*. Economia Política, Recursos, Resultados. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE): 76-102.

Weimer, Bernhard (2021). The 'New Paradigm' of Decentralization in Mozambique A Political Economy Analysis Update. Policy Paper. Federal Department of Foreign Affairs. Swiss Agency for Development and Cooperation SDC. Bern/Switzerland. <https://www.eda.admin.ch/countries/mozambique/pt/home/cooperacao/temas/regierung.html>

WHO (2007). Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve health outcomes . WHO's Framework for Action. Geneva. World Health Organization

WHO (2016). Fiscal space, public financial management and health financing: sustaining progress towards universal health coverage. Montreux, Switzerland: World Health Organization; 26-28 April 2016. (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.2; Health Financing Working Paper No. 2); <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250127/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.2.pdf>

WHO (2019). Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts. Health Financing Guidance Note No 9. Conference copy, Geneva, World Health Organization 2019. available at <https://p4h.world/en/news/financing-universal-health-coverage-dos-and-donts>

Wilkinson, Richard, & Marmot, Michael (Eds.), 2006. *Social determinants of health*. Oxford: University Press.

Winters Janelle & Sridhar Devi (2017). Earmarking for global health: benefits and perils of the World Bank's trust fund model. BMJ. 2017 Aug 31;358;j3394. doi: 10.1136/bmj.j3394. PMID: 28860310; PMCID: PMC5594414. <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j3394.full.pdf>

World Bank (2017). Proposed Grant from the international Development Association SDR 57.00M (US\$ 80.00M equivalent) and a Proposed Grant from the Global Financing Facility (US\$ 25.00M) to the Republic of Mozambique for a Mozambique Primary health Care Strengthening Programme. Report No: 120958-MZ . Washington, November, 2017.

World Bank (2017a). Republic of Mozambique. Rapid Donor Data Collection and Donor Coordination Mechanisms Report. Washington. Africa. Public Sector and Governance. April 2017

Zhang, X., Bloom, G., Xu, X. et al. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: managing rural China health system development in complex and dynamic contexts. Health Res Policy Sys 12, 44 (2014). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-44>. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1478-4505-12-44.pdf>



Ficha Técnica

Propriedade - N'weti

Autor: Bernard Weimer

Equipa Técnica da N'weti - Denise Namburete, Andes Chivangue e Albino Francisco

Coordenador do Projecto - Andes Chivangue

Directora Executiva - Denise Namburete

Design Gráfico - Maurício Matapisse

Maio, 2022

n'weti

Rua Lucas Elias Kumato | N° 288 | Bairro da Sommerschield
Tel (+258) 214852/53 | Cel (+258) 823079630 | Fax: (+258) 21485256
Website: www.nweti.org.mz | Maputo-Moçambique

 www.nweti.org.mz

 [@nweti.org](https://www.facebook.com/nweti.org)

 [@n_weti](https://twitter.com/n_weti)

 [nweti01](https://www.youtube.com/nweti01)

2022