



REPÚBLICA DA GUINÉ -BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA
DIREÇÃO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

GUINÉ-BISSAU
RELATÓRIO
DE
CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE
Exercício 2018-2021

GUINEA-BISSAU
NATIONAL HEALTH ACCOUNTS REPORT
Fiscal year 2018-2021

RECOLHA DE DADOS

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo da Silva Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• João José	MINSAP/Parcerias
• Mussa Samati	MINSAP/PNSV
• Quintino Nhasse	MINSAP
• Mamadú Afla Balde	Sociedade Civil
• Jossias Brandão	Ministério da Comunicação Social
• Osvaldo Mendes	INE

VALIDAÇÃO DE DADOS

• Alsamira Cecília Costa Pereira	MINSAP - DGASS
• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Denano Nanque	Ministério das Finanças /DGTCP
• Ivandro Fernandes	CCM
• João José	MINSAP/Parcerias
• Marcelino Na Cuba	Ministério da Economia
• Mussa Samati	MINSAP/PNSV
• Saico Balde	INE
• Viviana Lopes Dju	Hospital pediátrico - Bôr
• Nélida Costa	OMS - Bissau

REDACÇÃO

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau

EDIÇÃO E FORMATAÇÃO

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau

LAYOUT

• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
-------------------	--------------

ASSISTÊNCIA TÉCNICA

• Hapsatou TOURE	OMS - Genebra
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau
• Eva Pascoal	OMS - Angola
• Simon Nassa	Ministerio de Economia Burkina Fasso

REVISÃO GRÁFICA E LINGUÍSTICA

• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
-------------------	--------------

As Contas de Saúde (CS) são uma ferramenta fundamental para descrever e medir o fluxo de despesas em saúde resultantes de gastos realizados por instituições públicas, privadas e agregados familiares. Essa medição é feita obedecendo uma metodologia padrão testada e aceite internacionalmente, designada "Health Account Tool" (Ferramenta das Contas de Saúde - HAT) 2011.

Na Guiné-Bissau, o primeiro exercício das CS foi realizado em 2015 e cobria o ano de 2011. O segundo foi realizado em 2022, cobrindo o período de 2015 a 2017, e o terceiro, em 2023, cobrindo o período de 2018 a 2021. Os resultados deste último serão publicados em 2023.

Com a produção deste Relatório das CNS 2018-2021, está lançado o desafio de continuar a institucionalização das Contas Nacionais de Saúde e torná-las uma atividade rotineira no âmbito da melhoria do processo de planificação em saúde, mobilização e alocação de recursos.

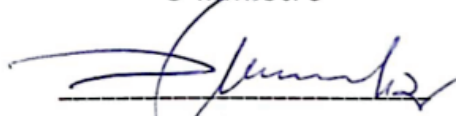
O relatório tem a particularidade de apresentar, em seu formato, cinco abordagens de conteúdo: **i. Contextualização, ii. Metodologia e iii. Resultados IV. Conclusões e V. Recomendações.** Esse formato permite medir e caracterizar a despesa em saúde, possibilitando uma planificação mais eficaz e eficiente para a melhoria na provisão dos serviços de saúde na Guiné-Bissau.

O Governo da Guiné-Bissau mantém seu compromisso em melhorar a qualidade da assistência sanitária.

Finalmente, espera-se que este exercício analítico possa contribuir para a tomada de decisões que melhorem ainda mais os serviços de saúde no país.

Agradecemos às entidades singulares e coletivas que, direta ou indiretamente, dedicaram parte considerável de seu tempo e energia para a finalização deste relatório.

O Ministro



Dr Dionísio Cumba

O Ministério da Saúde Pública e os autores deste relatório gostariam de expressar os seus mais sinceros agradecimentos a todas as entidades e pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho. Este produto final só foi possível graças ao esforço e dedicação de diversas instituições e indivíduos.

Em primeiro lugar, gostaríamos de agradecer à Direção Geral de Administração do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), bem como aos demais Órgãos Centrais e Direções Gerais, por terem disponibilizado os dados necessários para a elaboração deste relatório.

Agradecimentos especiais ao Fundo Mundial por ter disponibilizado fundos necessários para realizar este exercício.

Gostaríamos também de agradecer à Organização Mundial da Saúde (OMS) na Guiné-Bissau, a OMS -Angola e a OMS-HQ. Estendemos o nosso agradecimento aos Doadores e Parceiros de Desenvolvimento, Organizações não Governamentais (ONG), Empresas Público-Privadas, Ministérios, Instituições de Ensino e Investigação, Instituições Públicas, Órgãos tutelados, outras Agências Governamentais e Agências Internacionais das Nações Unidas que colaboraram para a realização deste trabalho.

Não podemos deixar de mencionar a importância dos Técnicos e Assessores dos diferentes departamentos que, de forma direta ou indireta, contribuíram com dados e ideias que suportaram este relatório.

Por fim, gostaríamos de agradecer, ao leitor do relatório pelo seu apoio incondicional, colaboração e assistência técnica.

A todos os que contribuíram para este trabalho, os nossos sinceros agradecimentos. O vosso esforço e dedicação foram fundamentais para a elaboração deste relatório das Contas de Saúde do exercício 2018 a 2021.

CONTEÚDO	PÁGINA
Versão portuguesa	1 - 39
English Version	40- 79
I. Ficha técnica	i
II. Prefácio	ii
III. Agradecimentos	iii
IV. Acrónimos	1
V. SUMÁRIO EXECUTIVO	2
1. CONTEXTO GERAL	3
1.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	4
1.2. Gestão e prestação de Cuidados (i)	5
1.2. Gestão e prestação de Cuidados (ii)	6
1.3. Antecedentes: Financiamento a saúde	7
2. Metodologia das contas de saúde	8
2.1. Estimativa das despesas dos Agregados familiares	9
2.2. Recolha e análise de dados	10
2.3. Fiabilidade dos dados	11
3. RESULTADOS	12
3.1. Volume do financiamento do sector (i)	13
3.1. Volume do financiamento do sector (ii)	14
3.1. Volume do financiamento do sector (iii)	15
3.2. Despesa total de saúde em percentagem do PIB	16
3.3. Análise das despesas de saúde das famílias em % das DTS	17
3.4. Despesas de cuidados preventivos em % das despesas totais de saúde	18
3.5. Despesas de saúde de cuidados curativos em % das DTS	19
3.6. Despesas de medicamentos em percentagem das DTS	20
3.7. Rácio da formação do capital das DTS	22
3.8. Despesas de saúde por fator de prestação de cuidados	23
3.9. Custo de medicamento no internamento	24
3.10. Despesas de saúde nas doenças (DIS)	25
3.11. Despesas de saúde em Cuidados primários e não primários de saúde	26
3.12. CPS por Rubrica e por Fonte	27
3.13. Despesas correntes de saúde por doença e fonte	28
3.14. Contribuição dos doadores	29
3.15. DTS por Idade	30
3.16. DTS por Região	31
4. CONCLUSÕES	32
5. RECOMENDAÇÕES	33
6. MATRIZ DE RECOMENDAÇÕES CNS-2018-2021	34
7. GRAU DE CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES CNS-2017	35
8. BIBLIOGRAFIAS	36
9. ANEXOS	37

CFA	Franco Cfa/XOF
CS	Contas de saúde
CSRef	Centro Saúde de Referência
DCS	Despesa Corrente de Saúde
DGASS	Direção Geral de Administração de Sistema de Saúde
DNT/DT	Doenças não transmissíveis/Doenças Transmissíveis
DTS	Despesa Total de Saúde
AF	Agentes de Financiamento
FS	Receitas de Regimes de Financiamento
HAAT	Health Account Analyst Tool
HK	Formação Bruta de Capital
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HP	Prestadores de Cuidados de Saúde
IDAF	Inquérito das despesas dos Agregados Familiares
INASA	Instituto Nacional Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISFL	Instituição Sem Fim lucrativo
MinFin	Ministério das Finanças
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
OGE	Orçamento Geral de Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OOAS	Organização Oeste Africa para Saude
PF	Planeamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Pacote Mínimo de Actividade
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
PNLP	Programa Nacional da Luta contra Paludismo
PNLS	Programa Nacional da Luta contra Sida
PNLT	Programa nacional da luta contra Tuberculoso
PTF	Parceiros Técnicos e Financeiros
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SDO	Seguro de Doença Obrigatório
SHA 2011	System health Account 2018-2021
SR	Saúde Reprodutiva
TOFE	Tabela da Operação Financeira do Estado
UEMOA	União Económica Monetária Oeste Africa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

TABELA 1: RESUMO DE PRINCIPAIS INDICADORES (XOF)

Indicador	Ano			
	2018	2019	2020	2021
Despesas Totais em Saúde (DTS)	60,989,603,819.0	60,299,934,923.0	77,483,459,476.0	29,742,891,031.0
DTS per capita	99,455,056.0	148,865,000.0	742,544,970.0	603,557,935.0
DTS por Produto Interno Bruto	7%	7%	8%	3%
Despesas correntes	60,890,148,763.0	60,151,069,923.0	76,740,914,506.0	29,139,333,096.0

Entre 2018 e 2019, houve uma diminuição de 2,92% nas despesas totais por habitante. No entanto, as despesas tiveram uma redução de 62,3% entre 2020 e 2021, esta redução é devido à não realização do Inquérito das despesas dos Agregados Familiares em 2021 pelo INE.

As despesas em saúde em relação ao PIB apresentaram uma variação significativa, com um aumento de 1% entre 2019 e 2020, parte das quais foi destinada à reabilitação das infraestruturas do Hospital Nacional Simão Mendes.

Entre 2020 e 2021 houve uma redução de 5%, contudo a contribuição do governo nas despesas totais de saúde foi constante entre 2018 e 2019, mas em 2020, devido à pandemia da COVID-19, houve uma participação positiva do governo nas ações de prevenção e controle da pandemia.

A percentagem das despesas totais em saúde destinadas aos cuidados preventivos foi de 15% em 2018 e houve uma ligeira redução nessa proporção em 2019, chegando a 13%. No entanto, em 2020, essa proporção aumentou significativamente, chegando a 21%. Em 2018, a percentagem das despesas totais em saúde destinadas aos cuidados curativos foi de 25%, reduzindo para 23% em 2019 e aumentando ligeiramente para 26% em 2021.

A análise das despesas por fonte de financiamento em três categorias (governo, resto do mundo e família) mostrou que as despesas do governo tiveram uma redução de 7,2% em 2018 para 6,6% em 2019. Já entre os anos de 2020 e 2021, houve um aumento considerável de 13,6% para 36,5%.

A formação bruta de capital na Guiné-Bissau tem sido insuficiente para atender às necessidades de cuidados de saúde de qualidade nos anos do exercício, com resultados abaixo de 3%.

A Malaria é a doença que mais recebe fundos, mas são as famílias os maiores financiadores, com uma percentagem média de 23%.

As despesas com os cuidados primários e não primários de saúde no período de 2018 a 2021 mostram uma tendência de priorização dos cuidados não primários em detrimento dos CPS, com cerca de 54% dos gastos com saúde direcionados ao tratamento e uma percentagem em média de 46% para os cuidados preventivos em todos os anos analisados.

A República da Guiné-Bissau está localizada na costa oeste da África. Faz fronteira com o Senegal ao norte, com a Guiné-Conacri ao sul e leste, e com o oceano Atlântico a oeste. Destaca-se a presença de uma componente insular, com 88 ilhas, que correspondem a 22% do território nacional.

Até setembro de 1974, a Guiné-Bissau permaneceu sob administração colonial portuguesa, quando finalmente obteve o reconhecimento de sua independência, que havia sido proclamada unilateralmente um ano antes.

Em termos de estrutura etária, a população guineense é predominantemente jovem, com 62% das pessoas com idade entre 0 e 24 anos. As mulheres representam 51,1% da população, e 49% têm entre 15 e 49 anos de idade.

De acordo com as projeções populacionais do Fundo das Nações Unidas para População de 2019, a esperança média de vida ao nascer era de 59,4 anos, sendo de 61,3 anos para as mulheres e 57,3 anos para os homens (PNDSIII; p.9).

Para compreendermos a organização do sistema de saúde na Guiné-Bissau, é importante entender a estrutura do mapa sanitário e os diferentes setores: público (Serviço Nacional de Saúde, outros serviços públicos e serviços públicos convencionados com privados), privado e tradicional. Do ponto de vista administrativo, o mapa sanitário do país é dividido em oito regiões e um setor autônomo, que é a capital, Bissau.

As regiões são Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. Essas regiões, por sua vez, são subdivididas em 36 setores e um setor autônomo, a cidade de Bissau (capital política, económica e administrativa do país).

A densidade populacional é maior em Biombo e no Setor Autônomo de Bissau, intermediária no leste e sul, e menor nas regiões mais ocidentais.

Devido às características geográficas das regiões de Bolama-Bijagós (que consistem principalmente em ilhas) e Oio, e considerando a capacidade logística do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) para lidar com as necessidades de resposta às emergências, essas duas regiões foram subdivididas em quatro. Assim, o mapa sanitário foi apresentado durante muitos anos com 11 Regiões Sanitárias (RS), incluindo o Setor Autônomo de Bissau (SAB). Mais recentemente, a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a região de Oio foi dividida em duas (Oio e Farim), sendo Farim a substituta de São Domingos como a 11ª RS.

As 11 RS sempre foram divididas em 114 Áreas Sanitárias (AS), que representam o nível mais próximo das comunidades. Essas áreas são definidas com base em critérios geográficos e abrangem uma população que varia de 5.000 a 12.000 habitantes, incluindo SAB (14), Farim (5), Bafatá (14), Biombo (8), Bolama (3), Bijagós (11), Cacheu (19), Gabú (19), Oio (10), Quinara (6) e Tombali (8).

Na Guiné-Bissau, o sistema de saúde é composto pelo Serviço Nacional de Saúde, que engloba instituições públicas como o INASA (Instituto Nacional de Saúde Pública) responsável pela pesquisa e controle de qualidade, e a CECOME (Central de Compras de Medicamentos), encarregada da importação, produção e comercialização de medicamentos e produtos para cuidados de saúde. Além disso, também estão presentes instituições privadas, convencionadas (de caráter religioso) e medicina tradicional, todas atuando na proteção, promoção, tratamento e prevenção na área da saúde.

No país, existem diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, que se distinguem por tipos de gestão e de atendimento. A gestão divide-se em três níveis: central, regional e local.

No nível central, encontram-se o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as direções, os serviços, os programas nacionais, o Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), os hospitais de referência e os centros especializados. A gestão nesse nível é realizada pelo MINSAP e pelas direções de serviço, sendo responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional, incluindo prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, programação anual e monitoria e avaliação.

No nível local, denominado comumente de "área sanitária", é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Atividade (PMA). Os centros de saúde desempenham um papel importante nesse nível, oferecendo cuidados curativos e preventivos dentro do escopo do PMA de sua área sanitária, sendo o primeiro ponto de atendimento. Os hospitais regionais são a primeira referência para esses centros de saúde. A gestão no nível local é facilitada pelo Comité de Gestão da Área Sanitária, que permite a participação da população na gestão e definição das prioridades de saúde em sua área de residência (PNDS III).

No nível regional, ocorre a tradução das políticas nacionais em estratégias e atividades operacionais. A Direção Regional de Saúde é o órgão de decisão nesse nível, com suporte e apoio técnico da Equipe Regional de Saúde. As limitações enfrentadas nesses órgãos estão relacionadas à dependência financeira do nível central. Embora tenha sido planejada uma descentralização gradual de poder de decisão para as regiões, a autonomia de programação e implementação de certas atividades ainda não se tornou uma realidade devido à dependência financeira. Portanto, pode-se afirmar que não há poder de decisão efetivo no nível regional.

Em cada um desses níveis, há também a distinção entre a linha de gestão mencionada anteriormente e a linha de prestação de cuidados de saúde:

- No nível local, os centros de saúde são responsáveis pela prestação de cuidados básicos, incluindo atividades de programas específicos.
- No nível regional, os cuidados são predominantemente hospitalares (Hospital Regional), com qualidade superior em comparação ao nível local, mas complementar ao atendimento primário. A coordenação é realizada pela direção regional em conjunto com outras unidades de saúde.
- Quanto à prestação de cuidados ao nível Central a função essencial é garantir os cuidados especializados (Cuidados de Saúde terciário) e em casos cuja capacidade de resposta não esteja a nenhum outro nível será referenciado para evacuações primeiramente para o Hospital Nacional Simão Mendes e em última instância para o exterior do país.

A Guiné-Bissau enfrenta desafios no financiamento da saúde, sendo necessário aumentar os recursos públicos alocados ao setor. A despesa anual per capita com saúde ainda está abaixo da norma CUS de 112 dólares, necessária para alcançar o ODS 3 da Agenda 2030.

A parcela do orçamento destinada à saúde ainda não atingiu a meta estabelecida pelo acordo de Abuja de 15%. A contribuição das famílias para o financiamento da saúde é elevada, o que representa riscos financeiros e agravamento da pobreza. É essencial fortalecer os mecanismos de partilha de riscos de saúde e de assistência à população mais vulnerável por meio de programas gratuitos de cuidados de saúde.

A Guiné-Bissau depende principalmente de financiamento externo para a saúde pública, com baixo investimento interno. De acordo com o Banco Mundial, no período de 2010 a 2017, a parte das despesas públicas de saúde financiada por investimentos externos aumentou de 68% para 70%.

A maior parte dos gastos públicos em saúde é atribuída ao governo central, o que reflete a baixa descentralização no sistema de saúde. No período de 2010 a 2020, a parcela dos gastos públicos em saúde atribuída ao governo central aumentou de 71% para 94%.

É necessário continuar os esforços para fortalecer a atenção primária à saúde, uma vez que a Guiné-Bissau enfrenta uma transição epidemiológica incompleta, com uma carga dupla de doenças: o surgimento gradual de doenças não transmissíveis (DNTs) e a persistência de doenças transmissíveis.

As doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas (IRA) e HIV/AIDS são classificadas como a segunda, terceira e quarta principais causas de morte, respectivamente, mas recebem uma pequena parcela dos gastos em saúde.

Outra fonte de ineficiência na alocação de recursos financeiros em saúde é que a região do SAB recebe a maior parte dos gastos, apesar de ter populações mais saudáveis em comparação com outras regiões.

Por fim, é importante observar que a mobilização e absorção de recursos financeiros destinados à resposta à COVID-19 diminuíram desde 2020.

O presente relatório foi elaborado baseado em dados correspondentes a um período de quatro (4) anos, de 2018 a 2021.

A abordagem metodológica usada na elaboração deste relatório enfoca a pertinência em termos de políticas, exequibilidade e viabilidade, dentro de um quadro contabilístico do Sistema de Contas de Saúde - SHA 2011, Systems of Health Accounts, desenvolvido pela Eurostat, OMS e OCDE em 2011. Essa metodologia busca garantir a coerência entre o SHA 1.0 e o SHA 2011, assegurando a continuidade dos dados produzidos por ambos os sistemas.

Para a produção dos dados, foi utilizado o aplicativo HAPT - Health Account Production Tools. O objetivo é fornecer uma análise detalhada dos indicadores de saúde, com base em uma abordagem robusta e padronizada para avaliar a performance do sistema de saúde ao longo do período de referência.

A metodologia adotada considera critérios técnicos e conceituais rigorosos para assegurar a qualidade e confiabilidade dos resultados obtidos, com ênfase na aplicação correta do SHA 2011 e do HAPT na produção dos dados analisados.

A utilização dessa metodologia permite uma análise aprofundada das tendências e variações dos indicadores de saúde ao longo do período em análise, possibilitando uma compreensão mais abrangente e embasada do desempenho das contas de saúde.

As principais etapas do processo metodológico incluíram coleta e organização de dados primários e secundários, a aplicação das regras e conceitos do SHA 2011, a inserção dos dados no aplicativo HAPT, a análise e validação dos resultados obtidos, e a elaboração do presente relatório com base nas conclusões obtidas a partir dos dados produzidos.

É importante destacar que a metodologia adotada foi revisada e validada por especialistas na área de saúde, visando assegurar a qualidade e a consistência dos resultados apresentados.

Dessa forma, o presente relatório representa uma abordagem técnica robusta e fundamentada para a análise dos indicadores de saúde no período de 2018 a 2021, utilizando a metodologia do SHA 2011 e o aplicativo HAPT para garantir a fiabilidade e a consistência dos resultados apresentados.

As despesas dos agregados familiares foram calculadas com base em fontes secundárias de informações provenientes do INE, através de um inquérito realizado junto às famílias. Neste contexto, poderíamos incluir o INSS e as seguradoras NSIA e GUINEBIS, mas o primeiro não realiza quaisquer descontos para a saúde, apenas para as pensões, e o segundo não respondeu ao inquérito para a recolha dos dados.

O INSS seria a entidade responsável por fornecer informações sobre o montante das contribuições recebidas pelos trabalhadores, tanto por conta de outrem como por conta própria, para fins de despesas com saúde. As seguradoras informam o valor das contribuições privadas referentes ao ramo de seguro de saúde, permitindo assim apurar as contribuições dos agregados familiares no que diz respeito às despesas com saúde.

Restrição

Segundo o INE, não foi possível realizar o Inquérito das Despesas dos Agregados Familiares (IDAF) para o ano de 2021, o que significa que não foi possível obter informações sobre as despesas em saúde dos agregados familiares realizadas diretamente (*out-of-pocket*). É importante ressaltar que, uma vez que esse inquérito não foi realizado em 2021, ao longo do relatório, as informações para esse ano serão sempre apresentadas como zero (0).

As despesas apuradas por meio do inquérito realizado junto às famílias permitem determinar o valor dos pagamentos diretos realizados pelos agregados familiares, conhecidos como *out-of-pocket*. Com base nesse inquérito, é possível calcular o montante das contribuições das famílias por meio dos pagamentos diretos, que, somados às contribuições dos seguros (informação inexistente), totalizam as despesas dos agregados familiares com saúde.

A recolha e análise de dados foram realizadas por uma equipa técnica coordenada pela Direção Geral da Administração do Sistema de Saúde do MINSAP (DGASS), com apoio financeiro do Fundo Mundial e assistência técnica da OMS, com base nos dados recolhidos durante o período de 29 de julho de 2022 a 22 de setembro de 2022.

O relatório contém dados de gastos financeiros em saúde recolhidos em instituições do Governo, ONGs, doadores e famílias.

Para a recolha de dados, foi utilizada a ferramenta eletrónica *Kobotoolbox*, que foi enviada a todos os parceiros envolvidos no processo de apoio ao MINSAP no fortalecimento do sistema de saúde.

A ferramenta *Tableau software* foi utilizada para a análise de dados, proporcionando a tabulação e o cálculo de frequências absolutas e relativas das contas de saúde no país.

As análises realizadas foram utilizadas para fornecer uma visão detalhada dos gastos financeiros em saúde nas diferentes instituições e setores mencionados.

A análise dos dados foi conduzida pela equipa técnica da DGASS, com apoio financeiro do FM e assistência técnica da OMS, com o objetivo de fornecer informações relevantes para o fortalecimento do sistema de saúde no país.

Os resultados obtidos foram compilados em um relatório elaborado pela equipa técnica, que apresenta uma análise detalhada dos gastos em saúde, com informações quantitativas e qualitativas sobre as despesas nas diferentes áreas e instituições de saúde.

Este relatório será utilizado como base para a tomada de decisões e o planeamento de estratégias futuras relacionadas ao financiamento e gestão dos recursos na área da saúde.

A recolha de dados e a análise foram realizadas com rigor metodológico, e os resultados obtidos são apresentados de forma clara e objetiva no relatório final.

A utilização das ferramentas eletrónicas *Kobotoolbox* e *Tableau software* possibilitou a análise eficiente e aprofundada dos dados, permitindo uma compreensão abrangente dos gastos financeiros em saúde no país.

A equipa técnica coordenada pela DGASS, com o apoio do Fundo Mundial e da assistência técnica da OMS, desempenhou um papel fundamental na recolha e análise de dados, garantindo a qualidade e a confiabilidade dos resultados apresentados no relatório final. Cientes de que este relatório fornecerá informações valiosas para a tomada de decisões e a formulação de políticas relacionadas ao financiamento e à gestão dos recursos de saúde no país, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e fortalecer o sistema de saúde como um todo.

A colaboração entre os parceiros envolvidos neste processo foi fundamental para o sucesso.

Análise da qualidade dos dados

Após a colheita dos dados, duas seções de validação (dados do governo e dos doadores) dos mesmo foram realizadas por forma a verificar a sua qualidade.

Neste processo, participaram todos os inquiridores, parceiros de cooperação, entidades governamentais e quadros seniores do Ministério da Saúde como líderes do processo das Contas de Saúde.

Instituições envolvidas

O MinFin contribuiu fornecendo informações sobre o OGE, as contas gerais do Estado e suas execuções através do tesouro, nomeadamente despesas correntes e investimentos do OGE 2018-2021. Essas despesas foram desagregadas para obter as transferências dos recursos financeiros destinados ao MINSAP e aos demais prestadores de cuidados de saúde.

Quanto aos doadores, parceiros técnicos e financeiros, foi possível contar com a colaboração da União Europeia, OMS, PNUD-FG, CG-PNDS, Banco Mundial, UNFPA, GAVI, OOAS, UNICEF, Sightsavers, Plan-Internacional, AGMS e AGUIBEF. Devido ao desconhecimento da importância das Contas de Saúde nas instituições privadas, não foi possível obter a informação da maioria delas.

3. RESULTADOS

3.1. Volume do financiamento do sector (i)

Tabela 2: Resumo das Despesas

Agregados de Despesas	2018		2019		2020		2021	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
DCS	60 890 148 763	99,8	60 151 069 923	99,8	76 740 914 506	99	29 139 333 096	98
HK	99 455 056	0,2	148 865 000	0,2	742 544 970	1	603 557 935	2
DTS	60 989 603 819	100	60 299 934 923	100	77 483 459 476	100	29 742 891 031	100

Fonte: Inquérito CS

Os 3 agregados fundamentais das despesas em saúde estabelecidos pelas CS são os seguintes:

- Despesa Total de Saúde (DTS)
- Despesa Corrente de Saúde (DCS)
- Formação Bruta de Capital ou investimento em Saúde (HK).

A Formação Bruta de Capital ou investimento em Saúde (HK) é considerada como os ativos que os prestadores de cuidados de saúde obtiveram ao longo do período analisado (durante um ano) para a obtenção de produtos e serviços em saúde. Esses ativos são utilizados ao longo de mais de um ano.

A Despesa Corrente de Saúde (DCS), como o próprio nome indica, não inclui as despesas de investimento (HK) das estruturas prestadoras de cuidados de saúde. No entanto, inclui o consumo de cuidados e produtos médicos. Em resumo, a DCS consiste no somatório de todas as despesas correntes suportadas pelos financiadores, sejam eles privados ou públicos, para a função de saúde. A Despesa Total de Saúde (DTS) é a soma das duas mencionadas anteriormente, DCS e HK das estruturas prestadoras de cuidados de saúde.

As CS (Contas da Saúde) são utilizadas para descrever o sistema de Cuidados de Saúde a partir da perspectiva das despesas em saúde. É importante ter atenção à definição e aos limites das despesas de saúde, uma vez que as despesas desempenham um papel crucial nas contas da saúde. A nomenclatura utilizada nos relatórios visa garantir o uso de definições harmonizadas para fins de comparação das despesas de saúde.

Ao analisar a tabela 2, é possível observar que as Despesas Correntes de Saúde (DCS) de 2018 a 2021 representam mais de 99% das Despesas Totais de Saúde (DTS). Em comparação com a Formação Bruta de Capital ou investimento em Saúde (HK), houve um aumento de 0,98% de 2019 para 2020 e de 1% entre 2020 e 2021.

3.1. Volume do financiamento do sector (ii)

Tabela 4: despesas por fonte de financiamento (em milhões de XOF)

Ano	Despesa total	Prestadores de cuidados			%		
		Governo	Resto do mundo	Família	Governo	Resto do mundo	Família
2018	60 989 603 819	4 361 715 022	14 422 476 577	42 105 557 164	7,2%	23,6%	69,0%
2019	60 299 934 923	3 995 711 860	12 823 425 447	43 331 932 615	6,6%	21,3%	71,9%
2020	77 483 459 476	10 506 266 429	21 676 340 010	44 558 308 067	13,6%	28,0%	57,5%
2021	29 742 891 031	10 868 203 736	18 271 129 360	0	36,5%	61,4%	0,0%

Fonte: Inquérito CS

Os dados da tabela 4 acima evidenciam uma redução nas despesas governamentais de 7,2% em 2018 para 6,6% em 2019. Por outro lado, ocorreu um aumento significativo entre os anos de 2020 e 2021, passando de 13,6% para 36,5%, respectivamente. O mesmo padrão foi observado nas despesas provenientes do resto do mundo.

Nesse contexto, considerando as três fontes de financiamento mencionadas, as famílias permanecem como o principal financiador dos serviços de saúde em 2018, 2019 e 2020, representando 69%, 71,9% e 57,5% respectivamente. Em seguida, o resto do mundo contribuiu com 23,6%, 21,3% e 28% nos mesmos anos. É importante ressaltar que há uma restrição nos dados das famílias para o ano de 2021, conforme mencionado no ponto 2.2.1.

É notável o aumento das despesas em saúde em todas as fontes de financiamento.

Análise das Despesas por habitante

A análise das despesas totais de saúde por habitante é um importante indicador socioeconômico da Guiné-Bissau. Esses dados fornecem uma medida do desempenho do país e permitem melhorar a eficiência do serviço nacional de saúde e a gestão dos recursos em saúde. Ao avaliar as despesas por habitante, é possível obter uma visão mais detalhada do investimento em saúde em relação à população, auxiliando na identificação de possíveis lacunas e áreas que necessitam de maior atenção e investimento. Esse indicador é fundamental para orientar políticas e estratégias voltadas para o aprimoramento do sistema de saúde e a promoção do bem-estar da população.

3.1. Volume do financiamento do sector (iii)

Tabela 5: Despesas totais de saúde por habitante

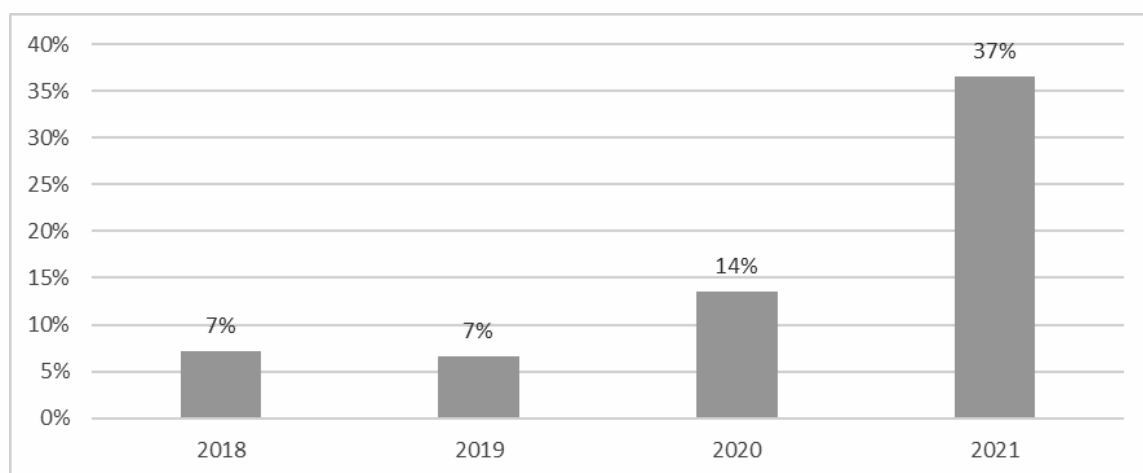
Ano	População	Despesa total	Despesa por população	Variação
2018	60 989 603 819	60 989 603 819	37 616,53	-2,92%
2019	60 299 934 923	60 299 934 923	36 518,39	
2020	77 483 459 476	77 483 459 476	46 062,19	-62,3%
2021	29 742 891 031	29 742 891 031	17 350,96	

Fonte: INE – Relatório de Projeção da População 2022, Inquérito CS

Entre os anos de 2018 e 2019, houve uma diminuição de 2,92% nas despesas totais por habitante. No entanto, ao compararmos os anos de 2020 e 2021, observamos uma redução significativa de 62,3% nas despesas. Essa redução drástica é atribuída à não realização do Inquérito das Despesas dos Agregados Familiares (IDAF) pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2021, conforme indicado na Tabela 4.

Análise das despesas de saúde em percentagem do OGE e do PIB

Gráfico 1: Despesas públicas de saúde em % das DTS



Em abril de 2001, os Chefes de Estado dos países da União Africana comprometeram-se a alocar pelo menos 15% do seu orçamento anual para melhorar o setor da saúde. Ao analisar o Gráfico 1, podemos observar que a contribuição do governo nas despesas totais de saúde manteve-se constante entre 2018 e 2019, representando apenas 7% do total. Em 2020, devido à pandemia da COVID-19, houve um aumento significativo da participação do governo nas ações de prevenção e controle da pandemia. Portanto, o valor apresentado para o ano de 2021 não reflete as despesas dos agregados familiares.

3.2 Análise da Despesa total de saúde em percentagem do PIB

Tabela 6: Despesas de saúde em % do PIB

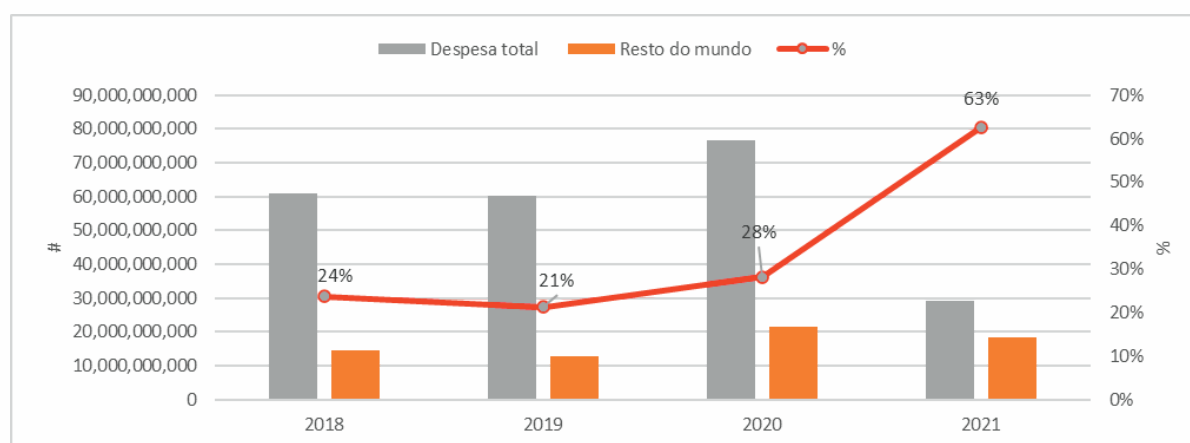
Ano	Despesa total em saúde	PIB	% PIB
2018	60 989 603 819	854 480 034 908	7%
2019	60 299 934 923	885 409 385 839	7%
2020	77 483 459 476	915 670 730 550	8%
2021	29 742 891 031	997 023 347 434	3%

Fonte: Inquérito CS

As despesas em saúde, representadas pela Despesa Total de Saúde (DTS), mantiveram-se estáveis entre 2018 e 2019, correspondendo a 7% do Produto Interno Bruto (PIB). No entanto, houve variações significativas nas despesas de saúde em relação à percentagem do PIB no período de 2019 a 2021. Entre 2019 e 2020, registou-se um aumento de 1% nas despesas alocadas à saúde em relação ao PIB. Porém, entre os anos de 2020 e 2021, ocorreu uma redução de 5% nas despesas em saúde em relação ao PIB. Essas variações indicam flutuações na alocação de recursos para o setor da saúde e podem refletir mudanças nas políticas e prioridades governamentais ao longo desses anos.

Análise das Despesas de saúde segundo o financiamento do Resto do Mundo

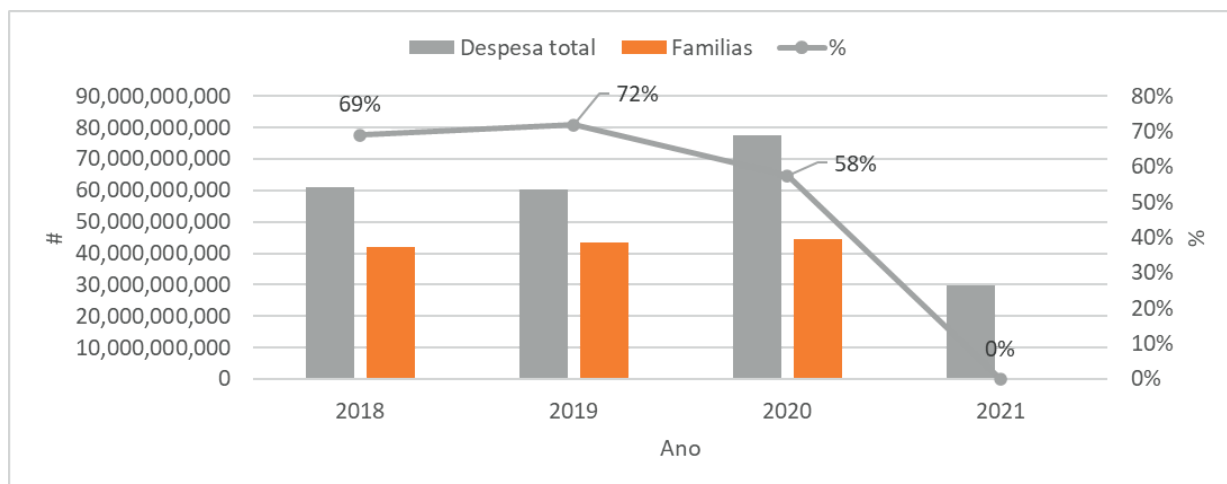
Gráfico 2: Despesas de saúde do resto do mundo em % das despesas totais



A análise das despesas totais do resto do mundo revela um aumento significativo, passando de 24% em 2018 para 63% em 2021. No entanto, é importante destacar que a falta de realização do Inquérito aos Agregados Familiares (IDAF) pode influenciar na precisão dos dados das despesas totais e na análise da tendência de gastos ao longo do tempo.

3.3 Análise das despesas de saúde das famílias em % das DTS

Gráfico 3: Despesas de saúde das famílias em % das Despesas Totais de Saúde



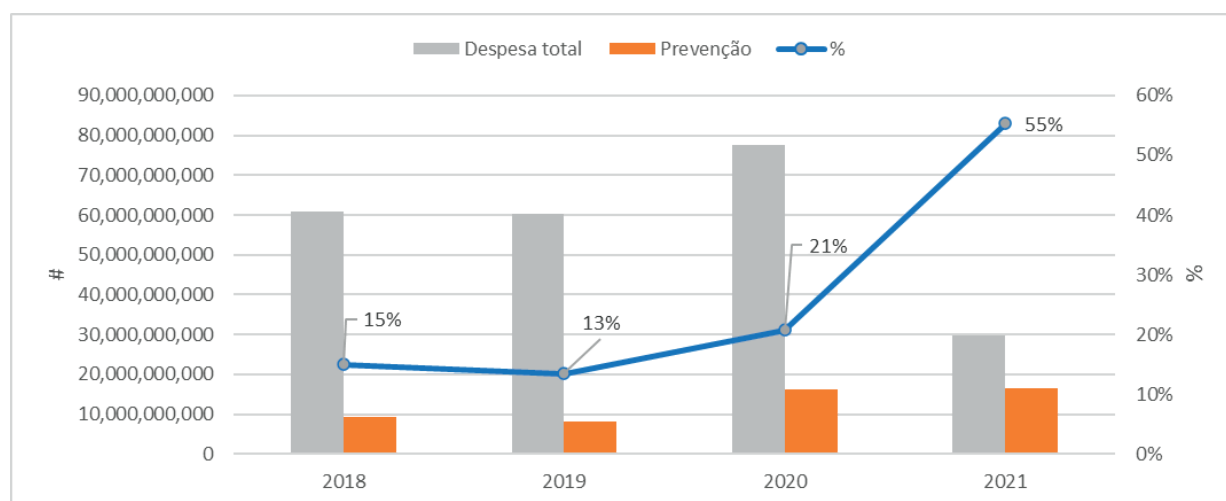
Fonte: Inquérito CS

Conforme apresentado no Gráfico 3, os pagamentos diretos das famílias (HF.3) totalizaram 43 mil milhões de Fcfa em 2019, o que representou 72% das Despesas Totais de Saúde (DTS) e registrou um aumento de 3 pontos percentuais em relação a 2018. No entanto, é importante ressaltar que em 2020 ocorreu uma redução para 58% devido às restrições de mobilidade decorrentes da pandemia de COVID-19. Em 2021, não há registros de pagamentos diretos das famílias devido às razões mencionadas anteriormente.

Ao longo do período analisado, as famílias continuaram ser a principal fonte de financiamento das despesas de saúde, com uma média de participação percentual de 66%. Em 2018 e 2019, essa participação chegou a superar os 65%. A falta de informações sobre a contribuição das famílias em 2021 pode impactar negativamente a análise e o planeamento das políticas públicas de saúde, dificultando a compreensão adequada do financiamento da saúde e a tomada de decisões informadas. É essencial obter dados atualizados e completos para garantir uma análise precisa e uma planificação eficaz.

3.4. Análise das despesas de cuidados preventivos em % das despesas totais de saúde

Gráfico 4: Despesas de cuidados preventivos em % das despesas totais de saúde



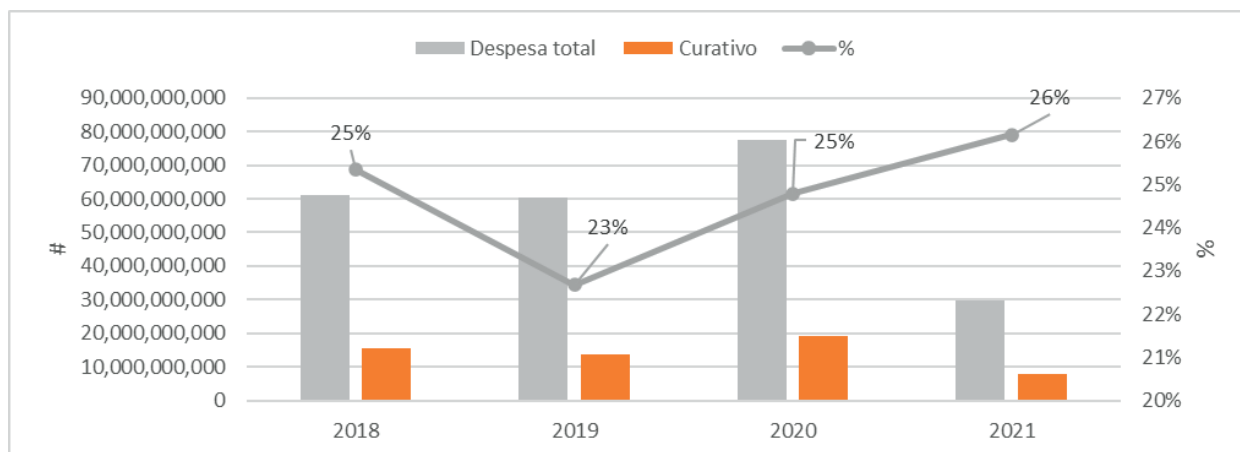
Fonte: Inquérito CS

Em 2019, as Despesas Totais de Saúde (DTS) destinadas aos cuidados preventivos representavam 13%, apresentando uma diminuição de 2 pontos percentuais em relação a 2018. No entanto, em 2020, essa proporção aumentou significativamente para 21%.

Essa mudança pode ser atribuída à pandemia da COVID-19, que intensificou a necessidade de medidas preventivas e investimentos em saúde pública.

No ano de 2021, a percentagem das despesas totais em saúde destinadas aos cuidados preventivos atingiu 55%. No entanto, é importante ressaltar que essa análise foi realizada sem os dados do IDAF, o que pode impactar a precisão dos resultados. Ainda assim, os resultados indicam uma mudança significativa na proporção das despesas totais em saúde direcionadas aos cuidados preventivos ao longo do período analisado.

Esses achados reforçam a importância de políticas e estratégias que priorizem a prevenção em saúde e o investimento em medidas preventivas, especialmente em momentos de crise sanitária como a pandemia da COVID-19. A promoção da saúde preventiva pode contribuir para a redução da incidência de doenças e o controle de gastos futuros com tratamentos, além de melhorar a qualidade de vida da população. É fundamental que sejam realizados esforços para obter dados atualizados e completos que permitam uma análise mais precisa e embasada para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas no setor da saúde.

Gráfico 5: Despesas de cuidados curativos em % das despesas totais de saúde

Fonte: Inquérito CS

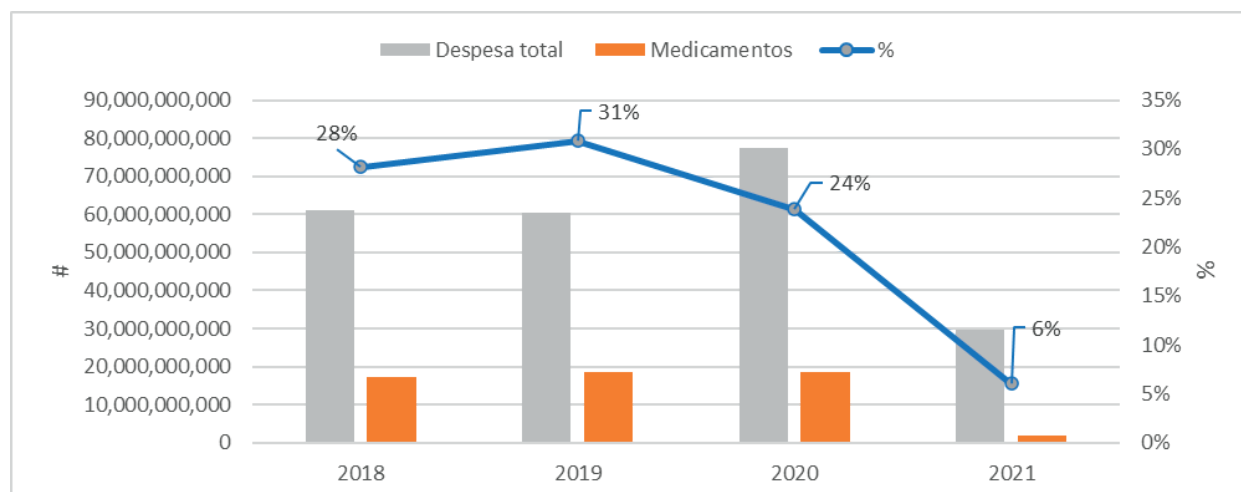
Tendo em conta os dados apresentados no gráfico 5, é possível observar que ao longo dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, os cuidados curativos representaram 25%, 23%, 25% e 26% respectivamente nas Despesas Totais de Saúde (DTS). Esses números indicam que uma parcela significativa dos recursos destinados à saúde está sendo direcionada para os cuidados curativos, o que ressalta a importância de políticas e estratégias que priorizem a prevenção em saúde e o investimento em medidas preventivas.

Investir em medidas preventivas pode ajudar a reduzir a necessidade de tratamentos curativos, bem como minimizar o impacto financeiro associado a esses cuidados. A promoção da saúde e a prevenção de doenças podem levar a uma redução na incidência de doenças e à melhoria geral da saúde da população.

Portanto, é essencial que sejam implementadas políticas públicas que incentivem a prevenção, o autocuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, é importante direcionar recursos para a educação em saúde, campanhas de conscientização e programas de prevenção, a fim de evitar o aumento das despesas com os cuidados curativos. Ao adotar uma abordagem proativa e centrada na prevenção, é possível alcançar melhores resultados em saúde e otimizar a alocação dos recursos disponíveis.

3.6 Análise das Despesas de medicamentos em percentagem das DTS

Gráfico 6: Despesas de medicamentos em percentagem das despesas totais de saúde



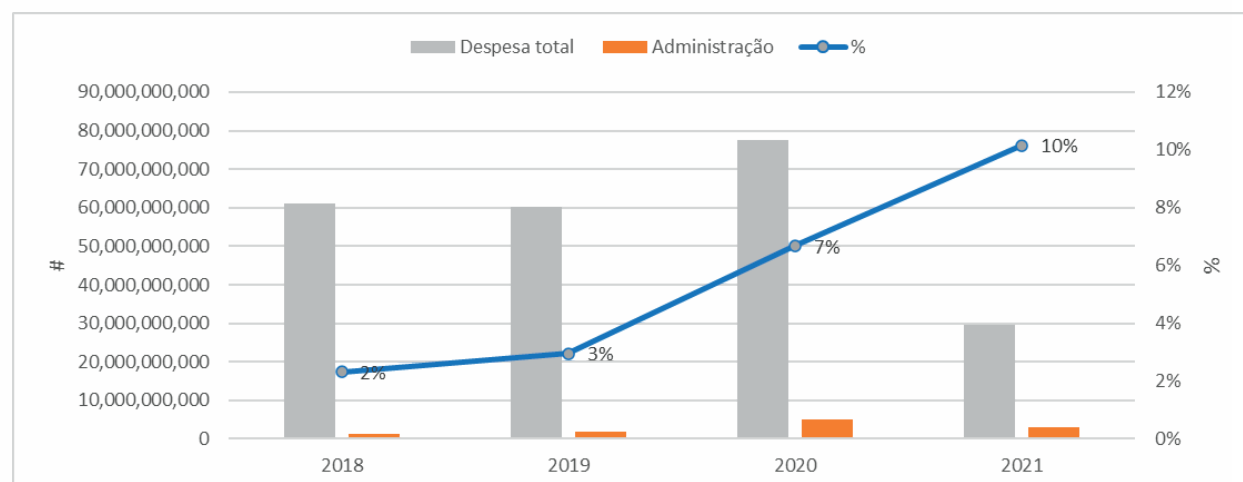
Fonte: Inquérito CS

Com base nos dados coletados, foi observado que as despesas com medicamentos representaram uma percentagem considerável das Despesas Totais de Saúde (DTS) nos anos de 2018, 2019 e 2020, com 28%, 31% e 24%, respectivamente. No entanto, em 2021, houve uma redução significativa, chegando a apenas 6% dessas despesas. Essa redução pode ser atribuída, principalmente, à falta de dados sobre a contribuição das famílias nesse aspecto.

Esses resultados indicam que as famílias têm uma participação significativa nos gastos com medicamentos em relação às DTS. A alta representatividade dessas despesas nos anos anteriores pode estar relacionada à necessidade de tratamentos farmacológicos, bem como à falta de cobertura total por parte dos sistemas de saúde.

Análise das Despesas da administração da saúde em percentagem das DTS

Gráfico 7: Despesas da administração da saúde em percentagem das DTS



Fonte: Inquérito CS

Os dados apresentados indicam um crescimento constante das despesas da Administração da Saúde ao longo dos anos do exercício, com uma taxa média de crescimento anual de 5,5%. Esse aumento pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo o aumento dos custos dos insumos e serviços médicos, a expansão da rede de atendimento à saúde e a crescente demanda por serviços de saúde, especialmente durante o período da pandemia de COVID-19.

É crucial ressaltar que, apesar desse aumento nas despesas, é fundamental avaliar se houve um correspondente aumento na qualidade e na efetividade dos serviços prestados pela Administração da Saúde. A simples elevação das despesas não garante automaticamente uma melhoria nos resultados e na prestação de cuidados de saúde. Portanto, é essencial realizar uma análise criteriosa da eficiência e eficácia dos recursos alocados.

Além disso, é necessário avaliar a eficácia das políticas públicas e dos programas implementados pelo governo para gerenciar essas despesas e assegurar o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos. É fundamental alcançar um equilíbrio entre o crescimento das despesas e a capacidade de financiamento do sistema de saúde, buscando garantir a equidade e a qualidade dos serviços.

Nesse sentido, é crucial realizar um monitoramento constante das despesas da Administração da Saúde e uma planificação cuidadosa para garantir a sustentabilidade financeira do setor de saúde. A análise regular das despesas e a avaliação de sua relação com os resultados alcançados são fundamentais para embasar a tomada de decisões e direcionar a alocação adequada de recursos no sistema de saúde, visando aperfeiçoar a eficiência e a efetividade dos serviços prestados.

Tabela 7: Rácio da formação do capital das despesas totais de saúde

Ano	Valor			%		
	Despesa corrente	Formação Bruta de Capital	Despesa Total	Despesa corrente	Formação Bruta de Capital	Despesa Total
2018	60 890 148 763	99 455 056	60 989 603 819	99,8%	0,2%	100%
2019	60 151 069 923	148 865 000	60 299 934 923	99,8%	0,2%	100,0%
2020	76 740 914 506	742 544 970	77 483 459 476	99,0%	1,0%	100,0%
2021	29 139 333 096	603 557 935	29 742 891 031	98,0%	2,0%	100,0%

Fonte: Inquérito CS

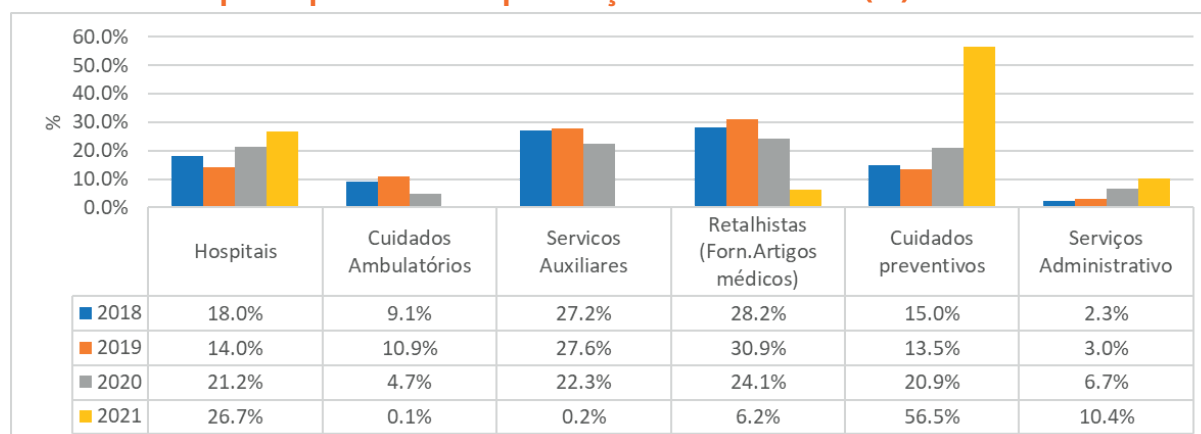
A Tabela 7 mostra que nos últimos quatro anos, a formação bruta de capital na Guiné-Bissau tem sido insuficiente para suprir as necessidades de cuidados de saúde de qualidade. Os resultados indicam valores entre zero e dois pontos percentuais, sugerindo um investimento muito baixo por parte do governo e de seus parceiros nos cuidados de saúde do país.

A formação bruta de capital abrange investimentos em infraestrutura, equipamentos médicos e outras despesas de capital necessárias para oferecer serviços de saúde de qualidade. No entanto, os dados revelam que o investimento nessa área tem sido limitado.

Em última análise, é essencial aumentar o investimento nos cuidados de saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços e permitir que o país alcance seu potencial máximo. Isso requer um redirecionamento de recursos adequados para melhorar a infraestrutura de saúde, adquirir equipamentos modernos e investir em capacitação profissional.

A falta de investimento suficiente em formação bruta de capital na área da saúde pode comprometer a capacidade do sistema de saúde em fornecer serviços de qualidade, o que pode ter impactos negativos na saúde e no bem-estar da população. Portanto, é crucial que o governo e seus parceiros priorizem o aumento dos investimentos nessa área, a fim de aprimorar o sistema de saúde como um todo. Isso contribuirá para garantir cuidados de saúde de qualidade e permitir que o país atinja seu pleno potencial.

Gráfico 8: Despesas por fator de prestação de cuidados (%)



Fonte: Inquérito CS

A análise dos dados revelou que as despesas dos retalhistas e fornecedores de produtos médicos têm uma participação significativa nas despesas totais de saúde em todos os anos analisados. No entanto, é necessário avaliar se essa distribuição de gastos é adequada e justa, levando em consideração a necessidade de investimentos em outros tipos de cuidados, como a prevenção de doenças.

Um resultado importante foi a constatação de que os cuidados preventivos ocupam apenas o quarto lugar em termos de financiamento em saúde. Isso indica a necessidade de um maior investimento nessa área, uma vez que esses cuidados são fundamentais para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Por outro lado, é possível que o elevado custo dos tratamentos de doenças já instaladas esteja afetando a alocação de recursos para essa área. É importante buscar um equilíbrio adequado entre o investimento nos cuidados preventivos e nos tratamentos de doenças já existentes.

Tabela 8: Despesa por custo de medicamento no internamento (%)

Ano	Total para medicamentos	Medicamentos		%	
		Prescrito	Venda livre	Prescrito	Venda livre
2018	17 145 753 088	17 145 753 088		100%	0,0%
2019	18 614 236 453	18 604 296 453	9 940 000	99,9%	0,1%
2020	18 413 179 467	17 718 995 657	694 183 810	96,2%	3,8%
2021	1 778 847 647	1 640 337 587	138 510 060	92,2%	7,8%

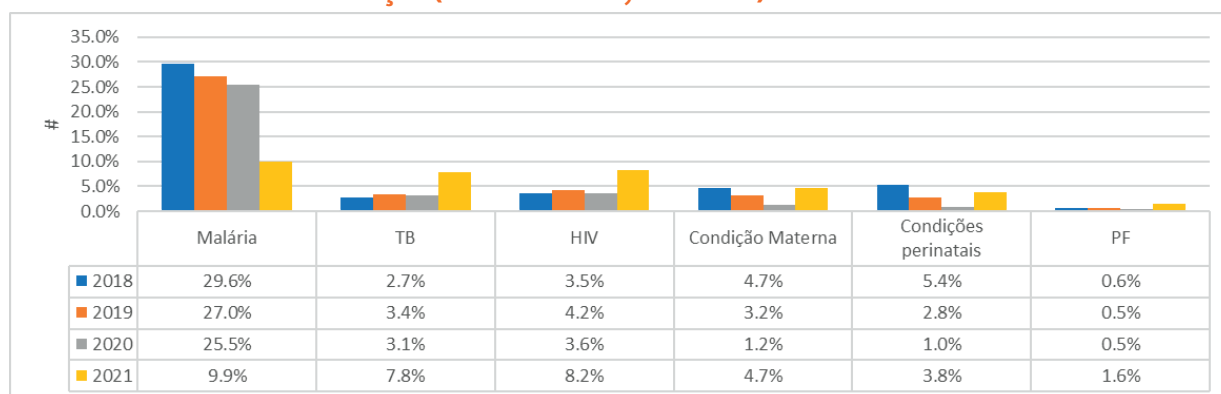
Fonte: Inquérito CS

A análise dos dados revelou que mais de 90% dos internamentos são baseados em prescrições médicas, o que indica a importância fundamental dessas prescrições na seleção de medicamentos durante o internamento, garantindo a eficácia e segurança do tratamento medicamentoso.

No entanto, foi observado um aumento de 3,7% em 2020 e 4% em 2021 no uso de medicamentos disponíveis na venda livre. Esses valores sugerem que, apesar da prescrição médica ser a forma predominante de seleção de medicamentos durante o internamento, houve um aumento no uso de medicamentos adquiridos sem prescrição médica. Isso pode resultar em escassez de medicamentos no internamento.

É importante monitorar e controlar o uso de medicamentos disponíveis na venda livre durante o internamento, a fim de garantir a disponibilidade adequada de medicamentos e evitar problemas de saúde. Além disso, é essencial promover a conscientização sobre a importância da prescrição médica e do uso responsável de medicamentos, visando proporcionar um cuidado eficaz e seguro aos pacientes.

Gráfico 9: DTS nas doenças (Malária HIV, TB e SR)

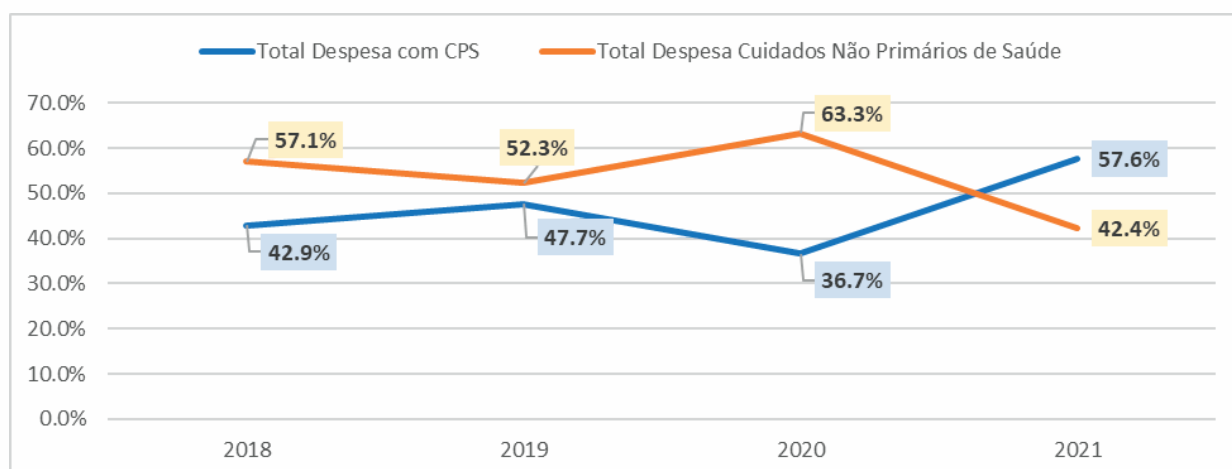


Fonte: Inquérito CS

A análise dos dados revela que a Malária é a enfermidade com maior peso nas DTS (Despesas Totais em Saúde), representando em média 23% ao longo do período analisado. Essa porcentagem variou de 29,6% em 2018 para 9,9% em 2021. No entanto, é necessário destacar que essa redução em 2021 pode estar relacionada à falta do IDAF (Inquérito das Despesas dos Agregados Familiares) nesse último ano, o que pode ter afetado os resultados.

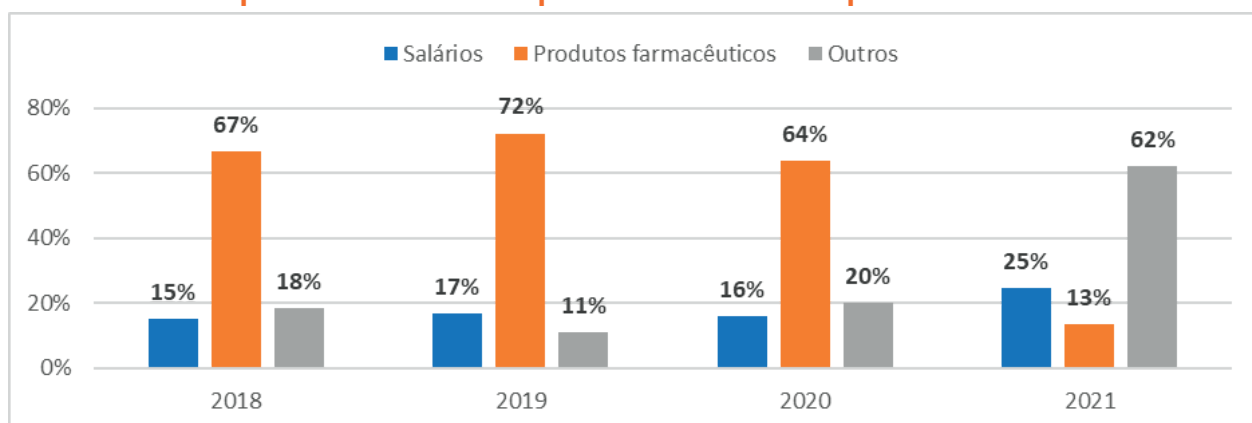
Análise das despesas de saúde em Cuidados primários e não primários de saúde

Gráfico 10: Despesas com CPS e Cuidados Não Primários de Saúde



O gráfico 10 apresenta as despesas com Cuidados de Saúde Primários (CPS) e não primários em relação às despesas totais de saúde. Os dados revelam que mais de 54% dos gastos com saúde são direcionados aos cuidados não primários, enquanto os CPS representam, em média, apenas 46% do total nos anos analisados.

Essa tendência sugere uma maior ênfase nos cuidados não primários em detrimento da promoção e prevenção de doenças. Esse desequilíbrio pode ter impactos negativos na saúde da população a longo prazo.

Gráfico 11: Despesas de Cuidados primários de Saúde por Rúbrica

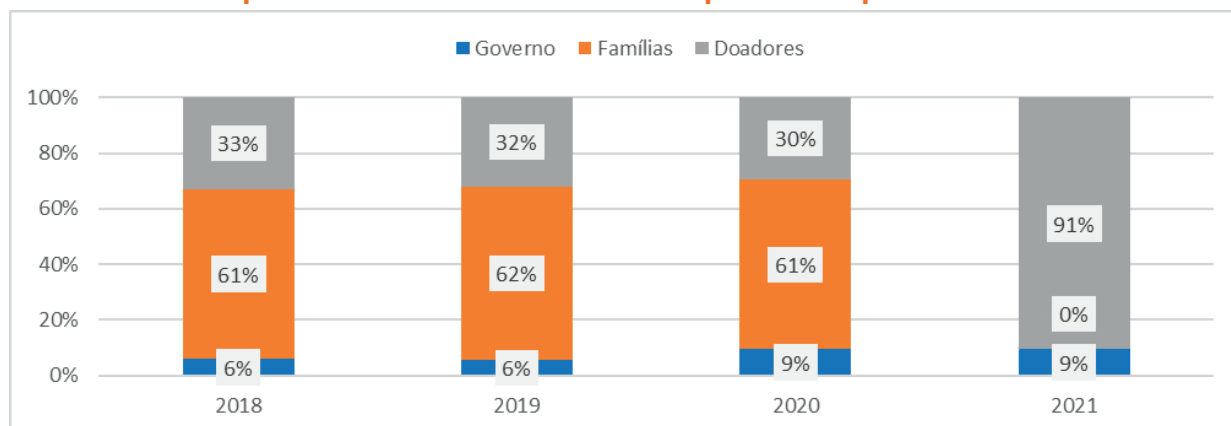
Fonte: Inquérito CS

As despesas de cuidados primários de saúde, no período de 2018 a 2020, foram maioritariamente direcionadas para a aquisição de produtos farmacêuticos destinados ao tratamento de doenças, ou seja, cuidados curativos. Isso é evidente nos valores que representam mais de 67% das despesas destinadas a esses cuidados nos anos analisados, com uma queda percentual em 2021 devido à indisponibilidade do IDAF.

No entanto, em 2021, devido à pandemia da COVID-19, houve um aumento nas despesas direcionadas para formações, supervisões e aquisição de produtos não medicamentosos, com foco na prevenção e controle da disseminação do vírus. Isso incluiu investimentos em equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas, além de ações para aumentar a capacidade de atendimento e diagnóstico da doença.

Essa mudança na alocação das despesas de saúde pode ter impactos positivos na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de contribuir para o controle da pandemia da COVID-19. No entanto, é importante realizar uma avaliação dos investimentos em cuidados preventivos e curativos, buscando uma abordagem mais abrangente e efetiva na promoção da saúde da população. É necessário encontrar um equilíbrio adequado entre cuidados curativos e preventivos, a fim de garantir uma abordagem abrangente e eficaz para a saúde da população.

Gráfico 12: Despesas com cuidados de saúde primários por e fonte



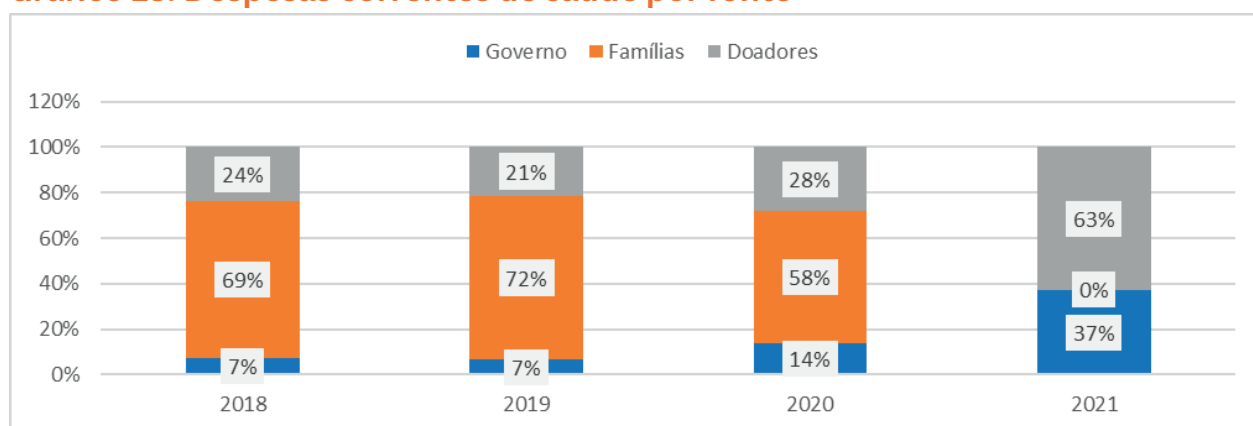
Fonte: Inquérito CS

Ao analisar as despesas dos cuidados primários de saúde por fonte, observa-se que as famílias são responsáveis pelo maior financiamento, com mais de 61% das despesas. Isso indica que as famílias não possuem cobertura adequada para os cuidados de saúde, o que pode resultar em dificuldades financeiras para acessar tratamentos necessários.

Apesar dos esforços dos parceiros para melhorar os cuidados de saúde, sua contribuição continua abaixo das expectativas, representando menos de 33% das despesas. Em 2021, devido à falta de dados do IDAF, a contribuição dos parceiros atinge cerca de 90% das despesas totais.

Por outro lado, a contribuição do governo é insignificante para a melhoria dos cuidados de saúde da população. É importante ressaltar que o governo desempenha um papel fundamental na garantia do acesso à saúde para todos os cidadãos, especialmente aqueles que não possuem recursos financeiros para pagar pelos serviços de saúde. É necessário que o governo aumente seu compromisso financeiro para melhorar a cobertura e a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos à população.

Gráfico 13: Despesas correntes de saúde por fonte

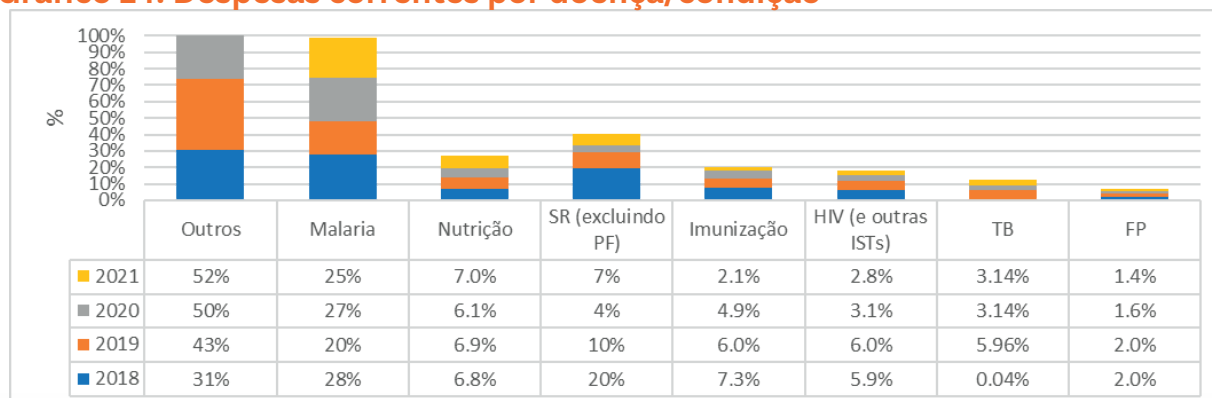


Fonte: Inquérito CS

Ao analisar as despesas correntes de saúde por fonte, verifica-se que a família é a maior contribuinte, com uma média de mais de 66% nos anos de 2018 a 2020. No entanto, em 2020 e 2021, devido à disponibilidade e ao investimento de fundos para o controle da pandemia da COVID-19, o governo e os doadores aumentaram suas despesas. O governo passou a contribuir com 37% das despesas, enquanto os doadores aumentaram para 63% dos fundos disponíveis.

É importante destacar que nesse período houve um aumento no financiamento para consumo de cuidados e produtos médicos, assim como nas despesas de prevenção da COVID-19. O aumento do financiamento para a prevenção e controle da epidemia é fundamental para garantir a saúde da população. No entanto, é necessário ter cuidado para que esses investimentos não sejam feitos em detrimento de outros serviços de saúde essenciais, como os cuidados primários. É preciso encontrar um equilíbrio adequado para garantir o acesso e a qualidade dos diversos serviços de saúde.

Gráfico 14: Despesas correntes por doença/condição

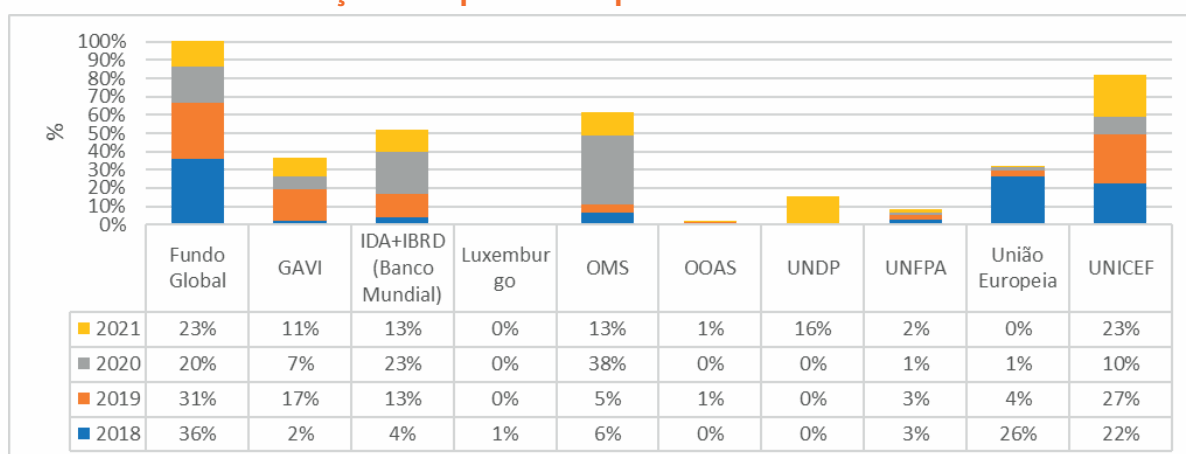


Fonte: Inquérito CS

As despesas correntes com saúde evidenciam que os cuidados de tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de tuberculose, malária e HIV/Sida, representam a maior proporção das despesas correntes por doença, variando de 31% a 52% nos anos de 2018 a 2021, respectivamente. Esses cuidados têm o maior impacto em termos de peso nas despesas relacionadas a todas as condições de saúde, seguidos pelos cuidados de tratamento da malária. Por outro lado, as despesas com cuidados preventivos, como nutrição, planeamento familiar, imunização e tuberculose, têm a menor proporção, variando entre 2% a 7% de todas as despesas.

Análise da contribuição dos doadores

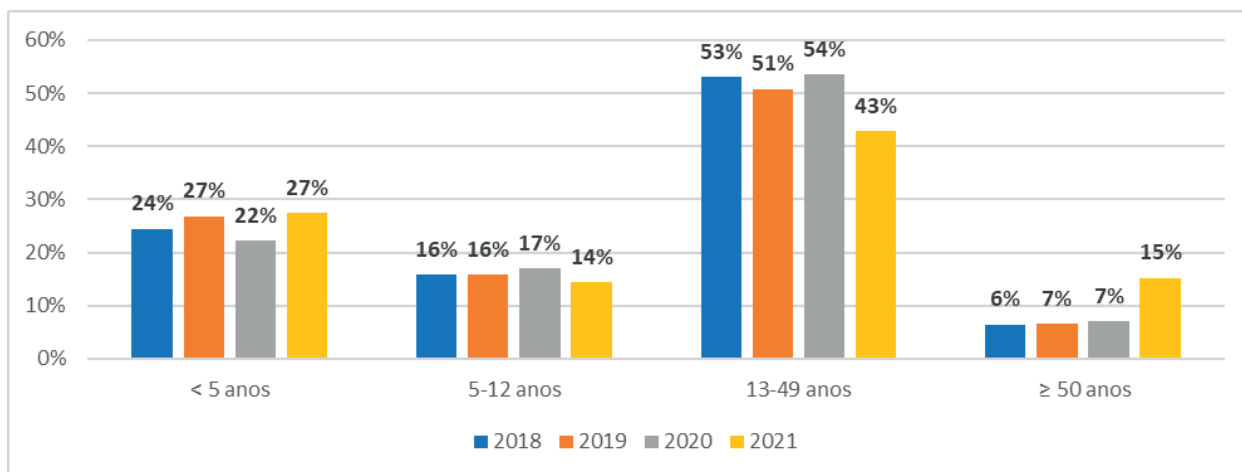
Gráfico 15: Contribuição dos parceiros para os cuidados de saúde



Observa-se que o Fundo Global foi o principal contribuinte nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, com uma participação variando entre 36%, 31%, 20% e 23%, respectivamente. Parte desses fundos é direcionada para o combate à malária, tuberculose e HIV/Sida.

Em seguida, a UNICEF com uma participação variando entre 10% e 27%, contribuições focadas na imunização, saúde comunitária e saúde infantil. Outros parceiros que merecem destaque incluem a OMS (Organização Mundial da Saúde), o Banco Mundial, a União Europeia (UE) e a GAVI que fornecem fundos para assistência técnica e reforço da imunização.

Gráfico 16: Despesas totais de saúde por faixa etária

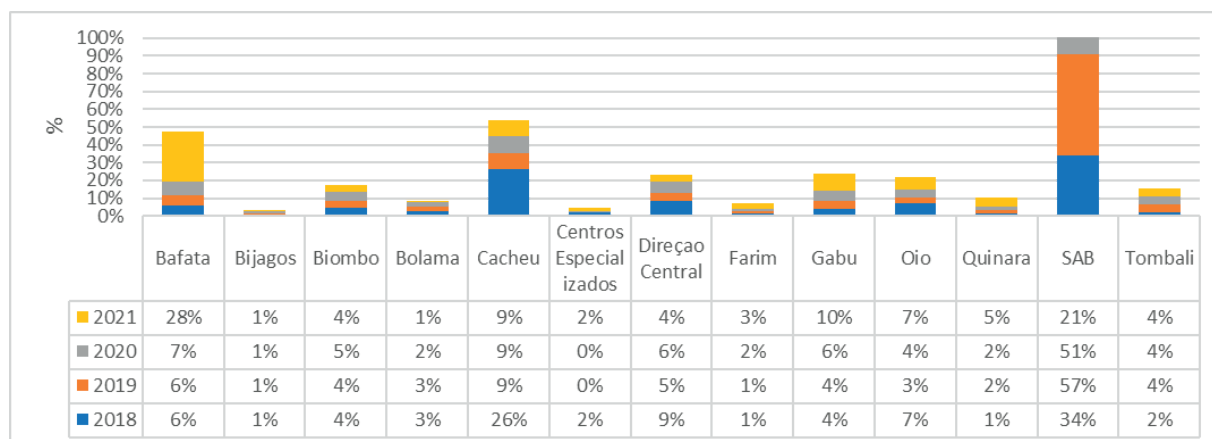


Fonte: Inquérito CS

Ao analisar as despesas de saúde por faixa etária, constatamos que o grupo etário entre 13 e 49 anos representa, em média, 50% das despesas totais com saúde. Em contrapartida, a faixa etária igual ou superior a 50 anos representa pouco mais de 6% dessas despesas. As crianças menores de 5 anos representam aproximadamente 25% das despesas.

Em resumo, é essencial promover investimentos em medidas preventivas e na promoção da saúde em todas as faixas etárias, visando reduzir os custos com tratamentos curativos e melhorar a qualidade de vida da população. Além disso, é importante ressaltar a necessidade de cuidados específicos para as populações mais vulneráveis, como os idosos, a fim de garantir a melhoria da saúde e do bem-estar em todas as fases da vida.

Gráfico 17: Repartição das despesas por regiões e centros especializados



Fonte: Inquérito CS

A distribuição das despesas por regiões, centros especializados e direção central está intimamente relacionada com a densidade populacional, que é um dos fatores determinantes no planeamento e alocação de recursos para a saúde. Regiões com alta densidade populacional tendem a receber mais recursos para atender às necessidades de saúde da população.

Além disso, é relevante destacar a presença de hospitais regionais e nacionais que funcionam como referência para o tratamento de casos mais graves ou que demandam recursos e especialidades específicas. Durante a pandemia da COVID-19, foram estabelecidos centros de tratamento em algumas regiões, os quais foram beneficiados com orçamentos adicionais para garantir o atendimento aos pacientes infectados. Esses centros desempenharam um papel importante ao aliviar a carga nos hospitais de referência e oferecer um atendimento mais próximo à população.

Em resumo, é essencial que os recursos destinados à saúde sejam alocados de maneira estratégica, levando em consideração a densidade populacional, as necessidades da população e a existência de hospitais e centros especializados de referência. Dessa forma, é possível assegurar um atendimento de qualidade e mais acessível a todos, independentemente da região em que residam.

Durante o período de 2018 a 2019, foi observada uma redução de 2,92% nas despesas totais por habitante, porém, essa redução foi ainda mais acentuada entre 2020 e 2021, com 62,3%.

As despesas em saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) apresentaram um aumento de 1% entre 2019 e 2020, e o Governo teve uma participação positiva nas ações de prevenção e controle da pandemia em 2020. Houve uma tendência de priorização dos cuidados curativos em detrimento dos cuidados preventivos, com mais de 54% dos gastos com saúde direcionados para o tratamento em todos os anos analisados.

A família continua sendo a principal responsável por arcar com as despesas de saúde, representando em média 65% do total.

A formação bruta de capital na Guiné-Bissau tem sido insuficiente para atender às necessidades de cuidados de saúde de qualidade nos últimos quatro anos.

A malária é a doença que recebe mais financiamento, porém, são as famílias que contribuem com a maior parcela de financiamento.

Com base nas informações apresentadas, algumas recomendações foram feitas para melhorar a efetividade das despesas em saúde na Guiné-Bissau:

1. **Aumentar as despesas totais em saúde por habitante:** Embora tenha havido uma redução nas despesas totais por habitante, é fundamental fazer esforços para aumentar essas despesas e, assim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde no país.

2. **Investir mais em cuidados preventivos:** É necessário aumentar os investimentos em cuidados preventivos, a fim de reduzir a incidência de doenças e evitar gastos excessivos com tratamento. Embora tenha havido um aumento na proporção das despesas destinadas aos cuidados preventivos, é importante continuar a investir nessa área.

3. **Priorizar a formação bruta de capital em saúde:** A formação bruta de capital tem sido insuficiente para atender às necessidades de cuidados de saúde de qualidade. É crucial aumentar os investimentos em infraestrutura e equipamentos de saúde para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

4. **Aumentar a participação do governo nas despesas totais de saúde:** É importante que o governo aumente sua participação nas despesas totais de saúde, garantindo assim o acesso aos serviços de saúde para toda a população. A participação do governo nas ações de prevenção e controle da pandemia demonstrou ser positiva, e essa abordagem deve ser mantida e ampliada.

Implementar essas recomendações pode contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde na Guiné-Bissau, garantindo um acesso mais amplo e equitativo aos serviços de saúde e melhorando a qualidade de vida da população.

6. Matriz de recomendações cns-2018-2021

NR	RECOMENDAÇÕES	RESPONSÁVEL	PRIORIDADE
1	Aumentar as despesas totais em saúde por habitante	GOVERNO	alta
2	Aumentar a participação do governo nas despesas totais de saúde para 15% do orçamento		alta
3	Melhorar a efetividade das despesas em saúde		alta
4	Actualizar os censos e o inquerito ligeiro de agregados familiares		alta
5	Investir mais em cuidados preventivos	MINSAP	alta
6	Priorizar a formação bruta de capital em saúde		alta
3.1	Melhorar a efetividade das despesas em saúde		alta
3.2	Melhorar a efetividade das despesas em saúde	PARCEIROS	alta

7. Grau de cumprimento das recomendações cns-2017

NR	RECOMENDAÇÕES	RESPONSÁVEL	PRIORIDADE	GRAU DE CUMPRIMENTO
1	Garantir financiamento regular e sustentável para a elaboração de CS por meio da criação, alocação e uso de uma linha orçamental no OGE;	GOVERNO	alta	Cumprido
2	Considerar os resultados das Contas de Saúde no seguimento de compromissos e formulação de políticas e estratégias;		alta	Não cumprido
3	Desenvolver, através dos decisores políticos de saúde, mecanismos alternativos de financiamento de saúde para aliviar o fardo económico suportado pelos agregados familiares;		alta	Não cumprido
4	Implementar a política de financiamento de saúde;		alta	Não cumprido
5	Aumentar o orçamento atribuído à saúde de acordo com os engagements internacionais de 15% do OGE assumidos em Abuja (2001).			Não cumprido
6	Garantir a produção de contas regulares de saúde de qualidade;	MINSAP	média	Cumprido
7	Garantir a divulgação oficial dos resultados das CS para todas as partes interessadas relevantes (Governo, PTF, etc.);		alta	Cumprido
8	Estabelecer sistemas eficazes de coleta de dados (empregadores, ONG, famílias, etc.);		alta	Não cumprido
9	Melhorar a política de medicamentos essenciais através do Esquema de Abastecimento e Distribuição em Medicamentos Essenciais (EADME);		alta	em curso
10	Rever a política de atribuição de recursos públicos em função das zonas de pobreza;		alta	Não cumprido
11	Desenvolver a parceria público-privada;		média	Não cumprido
12	Realizar um estudo sobre a efetividade das diferentes gratuidades, particularmente o tratamento do paludismo nas crianças menores de cinco anos e grávidas;		alta	Não cumprido
13	Reforçar o mecanismo de seguro existente de financiamento da saúde e desenvolver outros mecanismos alternativos na Tabela da cobertura universal;		média	Não cumprido
14	Reforçar a prevenção para diminuir o custo de cuidados de saúde (internamento);		alta	Não cumprido
15	Distribuir com uma semana de antecipação os questionários nas sedes centrais de cada ONG e sensibilizar para que as suas representações colaborem.		média	Cumprido
16	Prosseguir com o apoio na elaboração anual das contas de saúde;	PARCEIROS	alta	Cumprido
17	Disponibilizar regularmente e atempadamente para a equipa técnica os dados financeiros necessários para elaboração das contas.		alta	Cumprido

- Mwai G. W. et al. Jornal da Sociedade Internacional sobre o SIDA 2013, 16:18586. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>;
- Xu, K., P. Saksena, M. Jowett, C. Indikadahena, J. Kutzin and D. Evans. 2010. Explorar os Limiares das Despesas de Saúde, para Proteger-se contraos Riscos Financeiros. Genebra: OMS.
- Ministério da Saúde pública. Contas de Saúde 2017, Guine-Bissau: Metodologia e Tabelas de Contas de Saúde.
- Perry, H., R. Zulliger, K. Scott, d. Javadi, J. Gergen, K. Shelley et al 2017. Estudos de Casos de Programas Comunitários Alargados de Profissionais de Saúde. Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil da USAID;
- Força-tarefa sobre Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde.2009.
- Limitações ao Dimensionamento e aos Custos: Relatório do Grupo 1 de Trabalho. Genebra: Parceria Internacional para a Saúde.
- Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R., Soucat, A. 2017. Financiamento dos Sistemas Transformadores de Saúde para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Saúde: um modelo para os recurso necessários previstos em 67 países de renda médio e baixa. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)
- Theodore, K., 2017. Pesquisa sobre a Eficácia da Tributação no Álcool, Tabaco e nas Bebidas Adoçadas, em Caribe. Apresentação no Seminário Sub-regional Caribenho sobre a Tributação em Álcool,Tabaco e nas Bebidas Adoçadas. Bridgetown, Barbados.
- OMS. 2017. Banco de Dados das Despesas Globais de Saúde. <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> Accessed 29 December 2017
- OMS. 2011. Declaração de Abuja: Dez Anos Depois..http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1 (Acessado em 29 de Dezembro de 2019)
- Wright, A., K. Smith, and M. Hellowell. 2017. Lições Políticas a partir dos Impostos da Saúde: Uma Revisão Sistemática de Estudos Empíricos. BMC Saúde Pública (2017) 17:583. DOI 10.1186/s12889-017-4497-z

9. Anexos

RESUMO DOS PRINCIPAIS INDICADORES

Indicador	Despesa total e %	2018	2019	2020	2021
		60,890,148,763.4	60,151,069,922.6	76,740,914,505.8	29,139,333,096.4
PIB	Valor	854,480,034.9	885,409,385.8	915,670,730.5	997,023,347.4
	%	7,138	6,794	8,381	2,923
Governo	Valor	4,361,715,022.0	3,995,711,860.0	10,506,266,429.0	10,868,203,736.0
	%	7.2%	6.6%	13.7%	37.3%
Doadores	Valor	14,422,876.58	12,823,425.45	21,676,340.01	18,271,129.36
	%	23.7%	21.3%	28.2%	62.7%
Resto do mundo	Valor	14,422,476,577.0	12,823,425,447.0	21,676,340,010.0	18,271,129,360.0
	%	23.7%	21.3%	28.2%	62.7%
Famílias	Valor	42,105,557,164.0	43,331,932,615.0	44,558,308,067.0	0.0
	%	69.2%	72.0%	58.1%	0.0%
Prevenção	Valor	9,155,011,356.0	8,125,988,212.0	16,068,196,022.0	16,450,436,565.0
	%	15.0%	13.5%	20.9%	56.5%
Curativos	Valor	15,455,406,141.0	13,676,687,028.0	19,208,602,467.0	7,776,100,437.0
	%	25.4%	22.7%	25.0%	26.7%
Medicamentos	Valor	17,162,463,494.0	18,614,236,453.0	18,471,997,172.0	1,793,849,953.0
	%	28.2%	30.9%	24.1%	6.2%
Administração	Valor	1,410,925,595.0	1,786,532,566.0	5,177,530,396.0	3,019,456,061.0
	%	2.3%	3.0%	6.7%	10.4%
Despesa corrente	Valor	60,890,148,763.0	60,151,069,923.0	76,740,914,506.0	29,139,333,096.0
	%	99.8%	99.8%	99.0%	98.0%
Formação Bruta de Capital	Valor	99,455,056.0	148,865,000.0	742,544,970.0	603,557,935.0
	%	0.2%	0.2%	1.0%	2.0%
Despesa Total	Valor	60,989,603,819.0	60,299,934,923.0	77,483,459,476.0	29,742,891,031.0
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total Cuidados Primários de saúde	%	42.9%	42.9%	42.9%	42.9%
Total Cuidados não primários de saúde	%	57.1%	52.3%	63.3%	42.4%
Outros	Valor	1,363,290.6	1,749,339.9	5,322,191.4	5,651,577.7
	%	30.9%	43.2%	50.3%	51.9%
Malaria	Valor	1,220,543.1	814,646.2	2,829,756.2	2,681,495.5
	%	27.6%	20.1%	26.8%	24.6%
Nutrição	Valor	300,325.7	278,069.9	645,235.7	767,398.7
	%	6.8%	6.9%	6.1%	7.0%
SR (excluindo FP(Planeamento de Família)	Valor	5,298.1	402,801.3	423,986.4	767,068.1
	%	0.1%	9.9%	4.0%	7.0%
Imunização	Valor	321,306.9	243,233.2	522,141.0	223,184.4
	%	7.3%	6.0%	4.9%	2.1%
HIV (e outras ISTs)	Valor	259,813.6	242,036.2	332,241.0	303,439.7
	%	5.9%	6.0%	3.1%	2.8%
TB	Valor	1,633.6	241,580.4	331,851.7	341,581.9
	%	0.0%	6.0%	3.1%	3.1%
Planeamento familiar	Valor	1,633.6	241,580.4	331,851.7	341,581.9
	%	0.0%	6.0%	3.1%	3.1%
Condição Materna	Valor	2,893,619,787.0	1,911,185,205.0	934,627,136.0	1,389,267,690.0
	%	4.8%	3.2%	1.2%	4.7%
Condições perinatais	Valor	3,264,269,752.0	1,718,538,572.0	740,426,949.0	1,136,869,307.0
	%	5.4%	2.9%	1.0%	3.8%

ENGLISH VERSION

38

DATA COLLECTION

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo da Silva Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• João José	MINSAP/Parcerias
• Mussa Samati	MINSAP/PNSV
• Quintino Nhasse	MINSAP
• Mamadú Afla Balde	Sociedade Civil
• Jossias Brandão	Ministério da Comunicação Social
• Osvaldo Mendes	INE

DATA VALIDATION

• Alsamira Cecília Costa Pereira	MINSAP - DGASS
• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Denano Nanque	Ministério das Finanças /DGTCP
• Ivandro Fernandes	CCM
• João José	MINSAP/Parcerias
• Marcelino Na Cuba	Ministério da Economia
• Mussa Samati	MINSAP/PNSV
• Saico Balde	INE
• Viviana Lopes Dju	Hospital pediátrico - Bôr
• Nélida Costa	OMS - Bissau

EDITORIAL

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau

EDITING & FORMATTING

• Bubacar Djalo	MINSAP
• Cirilo Nhaga	MINSAP/ DSEPP
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau

LAYOUT

• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
-------------------	--------------

TECHNICAL ASSISTANCE

• Hapsatou TOURE	OMS - Genebra
• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
• Nélida Costa	OMS - Bissau
• Eva Pascoal	OMS - Angola
• Simon Nassa	Ministerio de Economia Burkina Fasso

GRAPHIC AND LINGUISTIC REVIEW

• Cláudio Muianga	OMS - Bissau
-------------------	--------------

Health Accounts (HA) are a fundamental tool for describing and measuring the flow of health expenditures resulting from spending by public institutions, private entities, and households. This measurement is carried out following a standardized and internationally accepted methodology known as the Health Account Tool (HAT) 2011.

In Guinea-Bissau, the first HA exercise was conducted in 2015, covering the year 2011. The second exercise took place in 2022, covering the period from 2015 to 2017, and the third exercise in 2023, covering the period from 2018 to 2021. The results of this latest exercise will be published in 2023.

With the production of this Health Accounts Report for 2018-2021, the challenge is to continue the institutionalization of National Health Accounts and make them a routine activity in the context of improving health planning, resource mobilization, and allocation processes. The report has the particularity of presenting five content approaches in its format: **i. Contextualization, ii. Methodology, iii. Results, iv. Conclusions, and v. Recommendations.** This format allows for the measurement and characterization of health expenditure, enabling more effective and efficient planning for the improvement of healthcare provision in Guinea-Bissau.

The Government of Guinea-Bissau remains committed to improving the quality of healthcare services. Finally, it is expected that this analytical exercise will contribute to decision-making processes that further enhance healthcare services in the country. We express our gratitude to the individuals and organizations who have dedicated a significant amount of their time and energy, directly or indirectly, to the completion of this report.

The Minister



Dr Dionisio Cumba

The Ministry of Public Health and the authors of this report would like to express their sincere gratitude to all the entities and individuals who contributed to the completion of this work. This final product would not have been possible without the effort and dedication of various institutions and individuals.

First and foremost, we would like to thank the General Directorate of Health System Administration of the Ministry of Public Health (MINSAP), as well as other Central Bodies and General Directorates, for providing the necessary data for the elaboration of this report.

Special thanks go to the Global Fund for providing the necessary funds to carry out this exercise. We would also like to thank the World Health Organization (WHO) in Guinea-Bissau, WHO-Angola, and WHO-HQ. Our gratitude extends to Donors and Development Partners, Non-Governmental Organizations (NGOs), Public-Private Enterprises, Ministries, Research and Educational Institutions, Public Institutions, Supervisory Bodies, other Government Agencies, and United Nations International Agencies who collaborated in the completion of this work.

We cannot fail to mention the importance of the Technicians and Advisors from different departments who directly or indirectly contributed with data and ideas that supported this report.

Lastly, we would like to express our gratitude to the reader of this report for their unconditional support, collaboration, and technical assistance.

To all those who contributed to this work, our sincere thanks. Your efforts and dedication were crucial in the elaboration of this Health Accounts report for the period 2018 to 2021.

CONTEÚDO	PÁGINA
Versão portuguesa	1 - 39
English Version	40- 79
I. Datasheet	i
II. Preface	ii
III. Acknowledgements	iii
IV. Acronyms	44
V. EXECUTIVE SUMMARY	45
1. GENERAL CONTEXT	46
1.1. HEALTH SYSTEM ORGANIZATION	47
1.2 Care Management and Delivery (i)	48
1.2 Care Management and Delivery (ii)	49
1.3 Background: Health Financing	50
2. Health Accounts Methodology	51
2.1 Estimated Household Expenditure	52
2.2 Data collection and analysis	53
2.3 Reliability of the data	54
3. RESULTS	-
3.1 Volume of financing of the sector (i)	55
3.1. Sector financing volume (ii)	56
3.1. Sector financing volume (iii)	57
3.2 Total health expenditure as a percentage of GDP	58
3.3 Household health expenditure as % of THE	59
3.4 Expenditures on preventive care as % of total health expenditures	60
3.5. Health care spending on curative care as % of THE	61
3.6 Expenditure on medicines as a percentage of THE	62
3.7. Capital formation ratio of THE	64
3.8. Health expenditures by factor of care	65
3.9. Inpatient drug costs	66
3.10. Health Expenditure on Illnesses (DIS)	67
3.11. Health Expenditures on Primary and Non-Primary Health Care	68
3.12. PHC by Heading and Source	69
3.13. Current health expenditures by disease and source	70
3.14. Donor Contribution	71
3.15. THE by Age	72
3.16. THE by Region	73
4. CONCLUSÕES	74
5. RECOMENDAÇÕES	75
6. MATRIZ DE RECOMENDAÇÕES CNS-2018-2021	76
7. GRAU DE CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES CNS-2017	77
8. BIBLIOGRAFIAS	78
9. ANEXOS	79

CFA	Franco Cfa/XOF
CS	Contas de saúde
CSRef	Centro Saúde de Referência
DCS	Despesa Corrente de Saúde
DGASS	Direção Geral de Administração de Sistema de Saúde
DNT/DT	Doenças não transmissíveis/Doenças Transmissíveis
DTS	Despesa Total de Saúde
AF	Agentes de Financiamento
FS	Receitas de Regimes de Financiamento
HAAT	Health Account Analyst Tool
HK	Formação Bruta de Capital
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HP	Prestadores de Cuidados de Saúde
IDAF	Inquérito das despesas dos Agregados Familiares
INASA	Instituto Nacional Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISFL	Instituição Sem Fim lucrativo
MinFin	Ministério das Finanças
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
OGE	Orçamento Geral de Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OOAS	Organização Oeste Africa para Saude
PF	Planeamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Pacote Mínimo de Actividade
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
PNLP	Programa Nacional da Luta contra Paludismo
PNLS	Programa Nacional da Luta contra Sida
PNLT	Programa nacional da luta contra Tuberculoso
PTF	Parceiros Técnicos e Financeiros
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SDO	Seguro de Doença Obrigatório
SHA 2011	System health Account 2018-2021
SR	Saúde Reprodutiva
TOFE	Tabela da Operação Financeira do Estado
UEMOA	União Económica Monetária Oeste Africa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMMARY OF KEY INDICATORS (XOF)

Indicator	Year			
	2018	2019	2020	2021
Total Health Expenditures (THE)	60,989,603,819.0	60,299,934,923.0	77,483,459,476.0	29,742,891,031.0
THE per capita	99,455,056.0	148,865,000.0	742,544,970.0	603,557,935.0
THE per Gross Domestic Product	7%	7%	8%	3%
Current Expenses	60,890,148,763.0	60,151,069,923.0	76,740,914,506.0	29,139,333,096.0

Between 2018 and 2019, there was a decrease of 2.92% in total expenses per capita. However, expenses had a reduction of 62.3% between 2020 and 2021, which was due to the non-realization of the Household Expenditure Survey in 2021 by the National Statistics Institute (INE).

Health expenses as a percentage of GDP showed significant variation, with an increase of 1% between 2019 and 2020, part of which was allocated to the rehabilitation of infrastructure at the Simão Mendes National Hospital. Between 2020 and 2021, there was a 5% reduction; however, the government's contribution to total health expenses remained constant between 2018 and 2019. In 2020, due to the COVID-19 pandemic, there was a positive government involvement in prevention and control actions.

The percentage of total health expenses allocated to preventive care was 15% in 2018, with a slight decrease to 13% in 2019. However, in 2020, this proportion significantly increased to 21%. In 2018, the percentage of total health expenses allocated to curative care was 25%, decreasing to 23% in 2019 and slightly increasing to 26% in 2021.

Analysis of expenses by source of financing in three categories (government, rest of the world, and family) showed that government expenses decreased from 7.2% in 2018 to 6.6% in 2019. However, between 2020 and 2021, there was a considerable increase from 13.6% to 36.5%. Gross capital formation in Guinea-Bissau has been insufficient to meet the needs for quality healthcare during the analyzed years, with results below 3%.

Malaria is the disease that receives the most funding, but families are the largest financiers, with an average percentage of 23%.

Expenses on primary and non-primary healthcare during the period from 2018 to 2021 show a trend of prioritizing non-primary care over primary healthcare, with approximately 54% of healthcare spending directed towards treatment and an average percentage of 46% for preventive care in all analyzed years.

The Republic of Guinea-Bissau is located on the west coast of Africa. It borders Senegal to the north, Guinea-Conakry to the south and east, and the Atlantic Ocean to the west. It is characterized by the presence of an island component, with 88 islands, which correspond to 22% of the national territory.

Until September 1974, Guinea-Bissau remained under Portuguese administration, when it finally gained recognition of its independence, which had been unilaterally proclaimed a year earlier.

In terms of age structure, the Guinean population is predominantly young, with 62% of people aged 0 to 24 years. Women represent 51.1% of the population, and 49% are between 15 and 49 years old.

According to the United Nations Population Fund's population projections for 2019, the average life expectancy at birth was 59.4 years, with 61.3 years for women and 57.3 years for men (PNDSIII; p.9).

1.1. Health System Organization

To understand the organization of the health system in Guinea-Bissau, it is important to grasp the structure of the healthcare map and the different sectors: public (National Health Service, other public services, and public-private partnerships), private, and traditional.

From an administrative perspective, the country's healthcare map is divided into eight regions and one autonomous sector, which is the capital, Bissau. The regions are Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara, and Tombali. These regions, in turn, are subdivided into 36 sectors and one autonomous sector, the city of Bissau (the political, economic, and administrative capital of the country).

The population density is higher in Biombo and the Autonomous Sector of Bissau, intermediate in the east and south, and lower in the western regions. Due to the geographical characteristics of the Bolama-Bijagós regions (consisting mainly of islands) and Oio, and considering the logistical capacity of the Ministry of Public Health (MINSAP) to address emergency response needs, these two regions have been subdivided into four. Thus, the healthcare map has been presented for many years with 11 Health Regions (HR), including the Autonomous Sector of Bissau (ASB).

More recently, the HR of São Domingos was reintegrated into Cacheu, and the Oio region was divided into two (Oio and Farim), with Farim replacing São Domingos as the 11th HR.

The 11 HRs have always been divided into 114 Health Areas (HA), which represent the closest level to the communities. These areas are defined based on geographical criteria and encompass a population ranging from 5,000 to 12,000 inhabitants, including SAB (14), Farim (5), Bafatá (14), Biombo (8), Bolama (3), Bijagós (11), Cacheu (19), Gabú (19), Oio (10), Quinara (6), and Tombali (8).

In Guinea-Bissau, the healthcare system consists of the National Health Service, which encompasses public institutions such as the National Institute of Public Health (INASA), responsible for research and quality control, and CECOME (Central Purchasing of Medicines), tasked with the importation, production, and commercialization of medications and healthcare products. Additionally, private institutions, religious-affiliated facilities, and traditional medicine also play a role in the protection, promotion, treatment, and prevention of health in the country.

There are different levels of healthcare provision in the country, distinguished by management and service delivery types. The management is divided into three levels: central, local, and regional.

At the central level, the Ministry of Public Health (MINSAP), directorates, services, national programs, the National Hospital Simão Mendes (HNSM), reference hospitals, and specialized centers are located. Management at this level is carried out by MINSAP and service directorates, responsible for setting major guidelines for the regional level, including national priorities, financial and human resources, annual programming, and monitoring/evaluation.

At the local level, commonly referred to as the "health area," it is responsible for the implementation of the Minimum Package of Activities (PMA). Health centers play a significant role at this level, providing curative and preventive care within the scope of their health area's PMA, serving as the primary point of care. Regional hospitals serve as the first referral for these health centers. Management at the local level is facilitated by the Health Area Management Committee, enabling population participation in the management and definition of health priorities in their residential area.

At the regional level, the translation of national policies into operational strategies and activities takes place. The Regional Health Directorate serves as the decision-making body at this level, with support and technical assistance from the Regional Health Team. The limitations faced by these bodies are related to their financial dependence on the central level. Although a gradual decentralization of decision-making power to the regions has been planned, the autonomy for programming and implementing certain activities has not yet become a reality due to financial dependency. Therefore, it can be stated that there is no effective decision-making power at the regional level.

At each of these levels, there is also a distinction between the aforementioned management line and the healthcare provision line:

- **At the local level**, health centers are responsible for providing basic care, including specific program activities.
- **At the regional level**, care is predominantly hospital-based (Regional Hospital), offering higher quality compared to the local level but complementing primary care. Coordination is carried out by the regional directorate in conjunction with other healthcare units.

Regarding healthcare provision at the **central level**, the primary function is to ensure specialized care (tertiary healthcare). In cases where the capacity of other levels is not sufficient, patients are referred for evacuation, primarily to the National Hospital Simão Mendes, and ultimately to facilities outside the country.

1.3. Background: Health financing

Guinea-Bissau faces challenges in health financing, requiring an increase in public resources allocated to the sector. The annual per capita health expenditure is still below the UHC norm of \$112, necessary to achieve SDG 3 of the 2030 Agenda.

The budget share allocated to health has not yet reached the target set by the Abuja agreement of 15%. The contribution of households to health financing is high, posing financial risks and worsening poverty. It is essential to strengthen mechanisms for health risk-sharing and assistance to the most vulnerable population through free healthcare programs.

Guinea-Bissau heavily relies on external financing for public health, with low domestic investment. According to the World Bank, from 2010 to 2017, the share of public health expenditures funded by external investments increased from 68% to 70%.

The majority of public health spending is attributed to the central government, reflecting low decentralization in the healthcare system. From 2010 to 2020, the share of public health expenditures attributed to the central government increased from 71% to 94%.

Continued efforts are needed to strengthen primary healthcare as Guinea-Bissau faces an incomplete epidemiological transition, with a dual burden of diseases: the gradual emergence of non-communicable diseases (NCDs) and the persistence of communicable diseases.

Diarrheal diseases, acute respiratory infections (ARIs), and HIV/AIDS are classified as the second, third, and fourth leading causes of death, respectively, yet they receive a small share of health expenditures.

Another source of inefficiency in the allocation of financial resources in health is that the SAB region receives the majority of the spending, despite having healthier populations compared to other regions.

Lastly, it is important to note that the mobilization and absorption of financial resources for the COVID-19 response have decreased since 2020

This report has been prepared based on data corresponding to a four-year period, from 2018 to 2021.

The methodological approach used in the development of this report focuses on relevance in terms of policies, feasibility, and viability, within an accounting framework of the System of Health Accounts - SHA 2011, Systems of Health Accounts, developed by Eurostat, WHO, and OECD in 2011. This methodology seeks to ensure coherence between SHA 1.0 and SHA 2011, ensuring the continuity of data produced by both systems.

The Health Account Production Tools (HAPT) application was used for data production. The objective is to provide a detailed analysis of health indicators based on a robust and standardized approach to assess the performance of the health system over the reference period.

The adopted methodology considers rigorous technical and conceptual criteria to ensure the quality and reliability of the results obtained, with an emphasis on the correct application of SHA 2011 and HAPT in the production of the analyzed data.

The use of this methodology allows for an in-depth analysis of health indicators' trends and variations over the analyzed period, enabling a comprehensive and well-founded understanding of the performance of health accounts.

The main steps of the methodological process included the collection and organization of primary and secondary data, the application of SHA 2011 rules and concepts, the input of data into the HAPT application, analysis and validation of the obtained results, and the preparation of this report based on the conclusions drawn from the produced data.

It is important to highlight that the adopted methodology has been reviewed and validated by experts in the field of health to ensure the quality and consistency of the presented results.

Thus, this report represents a robust and evidence-based technical approach for the analysis of health indicators from 2018 to 2021, using the SHA 2011 methodology and the HAPT application to guarantee the reliability and consistency of the presented results.

2.1 Estimated Household Expenditure

Household expenditures were calculated based on secondary sources of information from the National Institute of Statistics (INE), through a survey conducted with families. In this context, we could include the National Social Security Institute (INSS) and the insurance companies NSIA and GUINEBIS, but the INSS does not make any health-related deductions, only pension deductions, and the second did not provide any information as they did not respond to the data collection survey.

The INSS would be responsible for providing information on the amount of contributions received from workers, both employees and self-employed, for health-related expenses. Insurance companies provide information on the value of private contributions related to health insurance, allowing the determination of household contributions regarding health expenses.

Restriction

The INE informed the team that it was not possible to conduct the Household Expenditure Survey (IDAF) for the year 2021, which means that it was not possible to obtain information on out-of-pocket health expenses incurred by households. It is important to note that since this survey was not conducted in 2021, throughout the report, the information for that year will always be presented as zero (0).

The expenses determined through the survey conducted with families allow for the determination of the value of direct payments made by households, known as out-of-pocket expenditures. Based on this survey, it is possible to calculate the amount of family contributions through direct payments, which, when combined with insurance contributions (unavailable information), represent the total health expenses of households.

Data collection and analysis were conducted by a technical team coordinated by the General Directorate of Health System Administration of the Ministry of Health (MINSAP), with financial support from the Global Fund and technical assistance from the World Health Organization (WHO), based on data collected during the period from July 29, 2022, to September 22, 2022.

The report contains financial expenditure data on health collected from government institutions, NGOs, donors, and households.

For data collection, the electronic tool Kobotoolbox was used, which was sent to all partners involved in supporting MINSAP in strengthening the health system.

Tableau software was utilized for data analysis, facilitating tabulation and calculation of absolute and relative frequencies of health accounts in the country.

The analyses conducted were used to provide a detailed view of financial expenditures in health across different institutions and sectors mentioned.

Data analysis was carried out by the technical team of the General Directorate of Health System Administration, with financial support from the Global Fund and technical assistance from the WHO, aiming to provide relevant information for strengthening the health system in the country.

The results obtained were compiled into a report prepared by the technical team, presenting a detailed analysis of health expenditures, with quantitative and qualitative information on expenses in different health areas and institutions.

This report will serve as a basis for decision-making and planning future strategies related to financing and resource management in the health sector.

Data collection and analysis were conducted with methodological rigor, and the results obtained are presented clearly and objectively in the final report.

2.3 Reliability of the data

The use of electronic tools, namely Kobotoolbox and Tableau software, enabled efficient and in-depth analysis of the data, allowing for a comprehensive understanding of financial expenditures in the country's health sector.

The technical team coordinated by the General Directorate of Health System Administration (DGASS), with the support of the Global Fund and technical assistance from the World Health Organization (WHO), played a crucial role in data collection and analysis, ensuring the quality and reliability of the results presented in the final report. Recognizing that this report will provide valuable information for decision-making and policy formulation related to health financing and resource management in the country, with the aim of improving the quality of health services and strengthening the health system as a whole. The collaboration among the partners involved in this process was essential for its success.

Data Quality & Analysis

After data collection, two validation sections (government and donor data) were carried out to verify their quality. This process involved all interviewers, cooperation partners, government entities, and senior officials from the Ministry of Health who led the Health Accounts process.

Involved Institutions

The Ministry of Finance (MinFin) contributed by providing information on the General State Budget (OGE), overall state accounts, and their executions through the treasury, particularly current expenditures and investments from the OGE 2018-2021. These expenditures were disaggregated to obtain the transfers of financial resources allocated to MINSAP and other healthcare providers.

As for donors and technical and financial partners, collaboration was received from the European Union, WHO, UNDP-FG, CG-PNDS, World Bank, UNFPA, GAVI, OOAS, UNICEF, Sightsavers, Plan International, AGMS, and AGUIBEF. However, due to a lack of awareness about the importance of Health Accounts in private institutions, it was not possible to obtain information from most of them.

3. RESULTS

3.1 Volume of sector financing (i)

2: Summary of Health Expenditures

Expense Aggregates	2018		2019		2020		2021	
	Values	%	Values	%	Values	%	Values	%
THE	60 890 148 763	99,8	60 151 069 923	99,8	76 740 914 506	99	29 139 333 096	98
CHE	99 455 056	0,2	148 865 000	0,2	742 544 970	1	603 557 935	2
HIC	60 989 603 819	100	60 299 934 923	100	77 483 459 476	100	29 742 891 031	100

Source: NHA Survey

Total Health Expenditure (THE) Current Health Expenditure (CHE)
Gross Capital Formation or Health Investment (HIC)

The three fundamental aggregates of health expenditures established by the Health Accounts (HA) are as follows:

- Total Health Expenditure (THE);
- Current Health Expenditure (CHE);
- Gross Capital Formation or Health Investment (HIC)

Gross Capital Formation or Health Investment (HIC) is considered the assets acquired by healthcare providers during the analyzed period (one year) for the production of health goods and services. These assets are used over more than one year. Current Health Expenditure (CHE), as the name suggests, does not include investment expenses (HIC) of healthcare provider structures. However, it includes the consumption of healthcare and medical products. In summary, CHE consists of the sum of all current expenditures supported by financiers, whether private or public, for the health function. Total Health Expenditure (THE) is the sum of the two aforementioned components, CHE and HIC, of healthcare provider structures.

Health Accounts (HA) are used to describe the healthcare system from the perspective of health expenditures. It is important to pay attention to the definition and limits of health expenditures, as expenditures play a crucial role in health accounts. The nomenclature used in the reports aims to ensure the use of harmonized definitions for the purpose of comparing health expenditures.

Analyzing Table 2, it is possible to observe that Current Health Expenditure (CHE) from 2018 to 2021 represents more than 99% of Total Health Expenditure (THE). Compared to Gross Capital Formation or Health Investment (HIC), there was an increase of 0.98% from 2019 to 2020 and 1% between 2020 and 2021.

3.1 Volume of sector financing (ii)

Table 4: Expenditure by Funding Source (in XOF millions)

Year	Total Expenditure	Caregivers			%		
		Government	Rest of the World	Family	Government	Rest of the World	Family
2018	60 989 603 819	4 361 715 022	14 422 476 577	42 105 557 164	7,2%	23,6%	69,0%
2019	60 299 934 923	3 995 711 860	12 823 425 447	43 331 932 615	6,6%	21,3%	71,9%
2020	77 483 459 476	10 506 266 429	21 676 340 010	44 558 308 067	13,6%	28,0%	57,5%
2021	29 742 891 031	10 868 203 736	18 271 129 360	0	36,5%	61,4%	0,0%

Source: NHA Survey

The data presented in Table 4 above highlights a decrease in government expenditure from 7.2% in 2018 to 6.6% in 2019. On the other hand, a significant increase occurred between the years 2020 and 2021, rising from 13.6% to 36.5%, respectively. The same pattern was observed in expenditure from the rest of the world.

Considering the three mentioned funding sources, households remained the primary financer of healthcare services in 2018, 2019, and 2020, accounting for 69%, 71.9%, and 57.5%, respectively. Subsequently, the rest of the world contributed 23.6%, 21.3%, and 28% in the same years. It is important to note that there is a limitation in household data for the year 2021, as mentioned in point 2.2.1.

The increase in healthcare expenditures across all funding sources is notable.

Analysis of Expenditure per Capita

The analysis of total healthcare expenditure per capita is an important socioeconomic indicator for Guinea-Bissau. These data provide a measure of the country's performance and enable the improvement of efficiency in the national health service and healthcare resource management. Evaluating expenditure per capita provides a more detailed understanding of health investment in relation to the population, aiding in the identification of potential gaps and areas requiring greater attention and investment. This indicator is crucial in guiding policies and strategies aimed at enhancing the healthcare system and promoting the well-being of the population.

3.1 Volume of sector financing (iii)

Table 5: Total Health Expenditures per capita

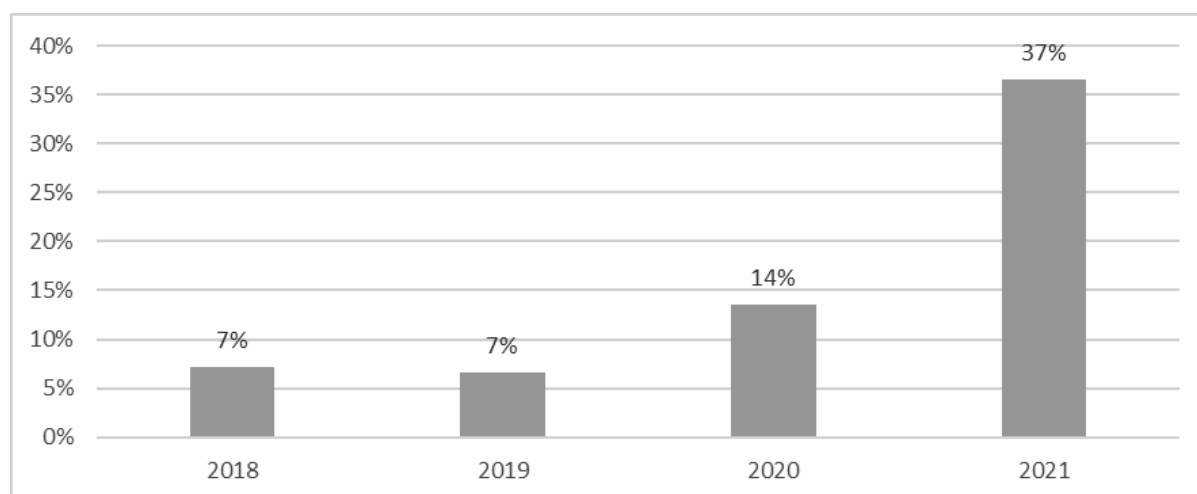
Year	Population	Total Expenditure	Expenditure per population	Variation
2018	60 989 603 819	60 989 603 819	37 616,53	-2,92%
2019	60 299 934 923	60 299 934 923	36 518,39	
2020	77 483 459 476	77 483 459 476	46 062,19	-62,3%
2021	29 742 891 031	29 742 891 031	17 350,96	

Source: NHA Survey

Between the years 2018 and 2019, there was a decrease of 2.92% in total expenditure per capita. However, when comparing the years 2020 and 2021, a significant reduction of 62.3% in expenditure is observed. This drastic reduction is attributed to the non-conducting of the Household Expenditure Survey (IDAF) by the National Institute of Statistics (INE) in 2021, as indicated in Table 4.

Analysis of Health Expenditure as a Percentage of the OGE and GDP

Chart 1: Public health expenditure as % of THE



Source: NHA Survey

In April 2001, the Heads of State of African Union countries committed to allocate at least 15% of their annual budget to improve the health sector. Analyzing Graph 1, we can observe that the government's contribution to total healthcare expenses remained constant between 2018 and 2019, representing only 7% of the total. In 2020, due to the COVID-19 pandemic, there was a significant increase in the government's participation in prevention and control measures. Therefore, the value presented for the year 2021 does not reflect household expenses.

3.2 Total health expenditure as a percentage of GDP

Table 6: Health Expenditures as a % of GDP

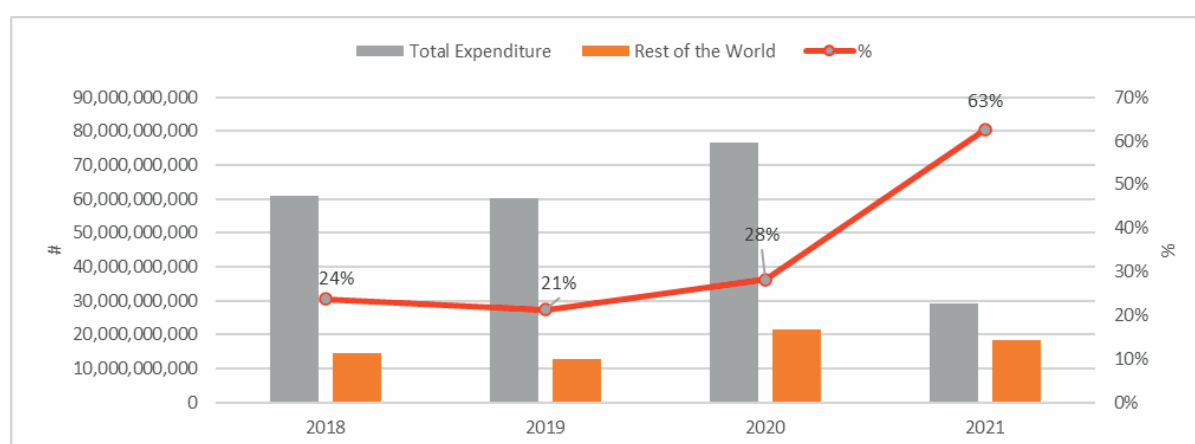
Year	Total Health Expenditure	GDP	% GDP
2018	60 989 603 819	854 480 034 908	7%
2019	60 299 934 923	885 409 385 839	7%
2020	77 483 459 476	915 670 730 550	8%
2021	29 742 891 031	997 023 347 434	3%

Source: NHA Survey

Health expenditures, represented by Total Health Expenditure (THE), remained stable between 2018 and 2019, accounting for 7% of the Gross Domestic Product (GDP). However, significant variations in health expenditures as a percentage of GDP were observed from 2019 to 2021. Between 2019 and 2020, there was a 1% increase in health expenditures allocated as a share of GDP. However, between the years 2020 and 2021, there was a 5% reduction in health expenditures as a percentage of GDP. These variations indicate fluctuations in resource allocation to the healthcare sector and may reflect changes in governmental policies and priorities over these years.

Analysis of Health Expenditure according to Financing from the Rest of the World

Figure 2: Rest of the world's health expenditures as % of total expenditures

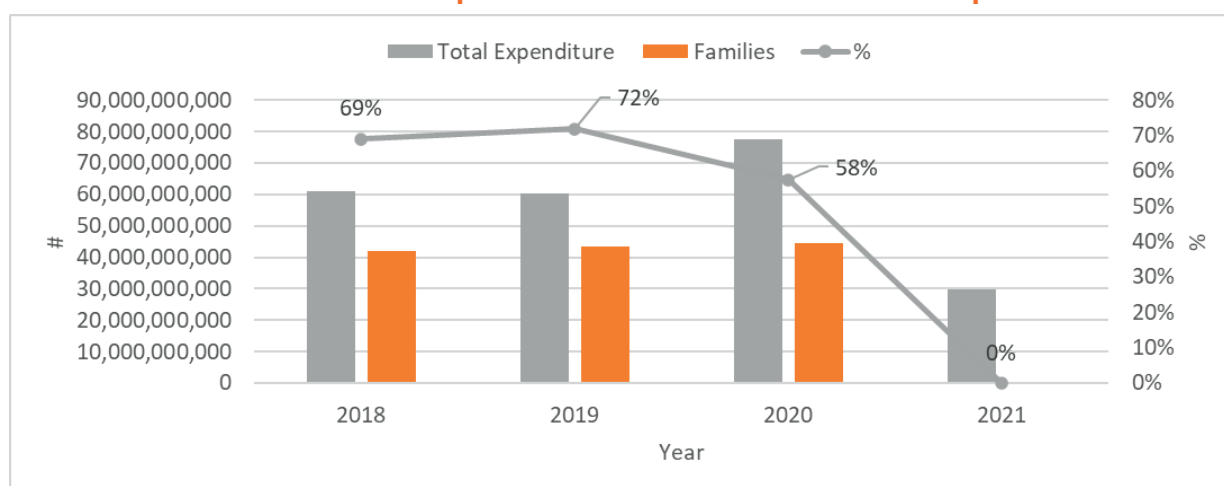


Source: NHA Survey

The analysis of total expenditures from the rest of the world reveals a significant increase, rising from 24% in 2018 to 63% in 2021. However, it is important to highlight that the lack of conducting the Household Expenditure Survey (HES) may influence the accuracy of total expenditure data and the analysis of spending trends over time.

3.3. Household health expenditures as % of THE

Chart 3: Household health expenditure as % of Total Health Expenditure



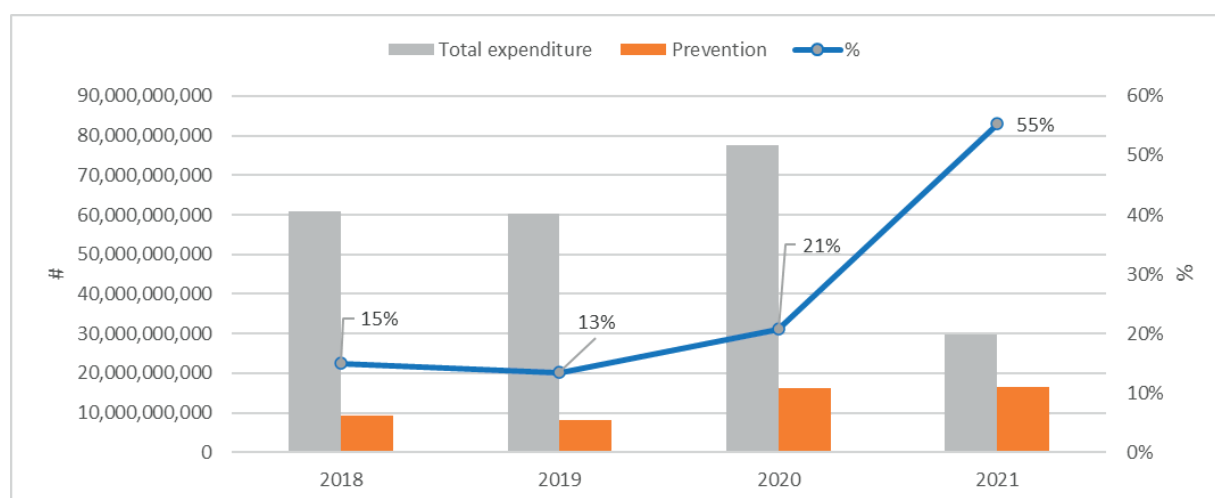
Source: NHA Survey

As presented in Graph 3, direct payments from households (HF.3) amounted to 43 billion Fcfa in 2019, representing 72% of Total Health Expenditure (THE) and registering a 3-percentage-point increase compared to 2018. However, it is important to note that in 2020 there was a reduction to 58% due to mobility restrictions resulting from the COVID-19 pandemic. In 2021, there are no records of direct payments from households due to the aforementioned reasons.

Throughout the analyzed period, households remained the main source of financing for healthcare expenses, with an average percentage contribution of 66%. In 2018 and 2019, this contribution exceeded 65%. The lack of information on household contributions in 2021 may negatively impact the analysis and planning of public health policies, hampering a proper understanding of health financing and informed decision-making. It is essential to obtain updated and complete data to ensure accurate analysis and effective planning.

3.4. Preventive care expenditure as % of total health expenditure

Chart 4: Spending on preventive care as % of total health care expenditure



Source: NHA Survey

In 2019, Total Health Expenditure (THE) allocated to preventive care represented 13%, showing a 2-percentage-point decrease compared to 2018. However, in 2020, this proportion significantly increased to 21%.

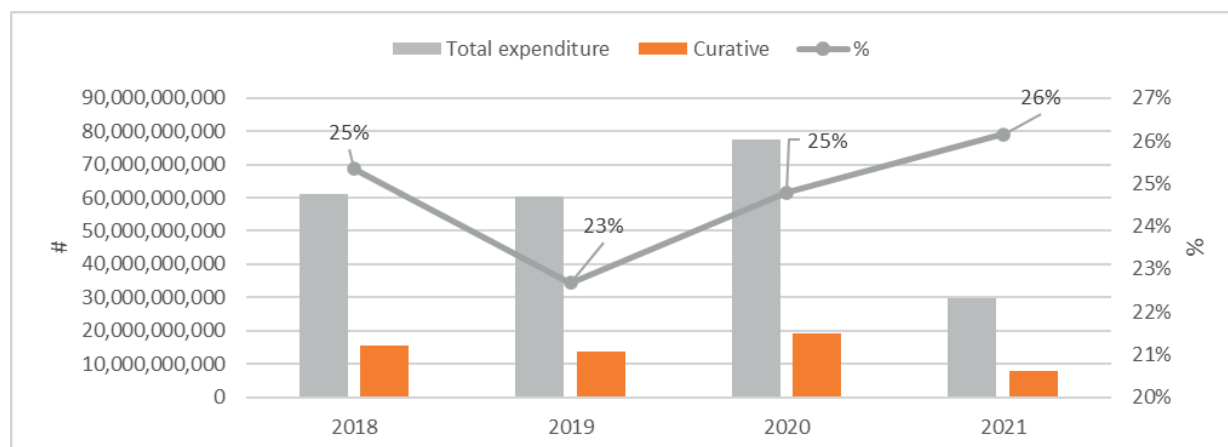
This change can be attributed to the COVID-19 pandemic, which intensified the need for preventive measures and investments in public health.

In the year 2021, the percentage of total health expenses allocated to preventive care reached 55%. However, it is important to note that this analysis was conducted without IDAF data, which may impact the accuracy of the results. Nevertheless, the findings indicate a significant shift in the proportion of total health expenses directed towards preventive care throughout the analyzed period.

These findings reinforce the importance of policies and strategies that prioritize health prevention and investment in preventive measures, especially during times of health crisis such as the COVID-19 pandemic. Promoting preventive health can contribute to reducing the incidence of diseases and controlling future expenses on treatments, while improving the population's quality of life. It is crucial to make efforts to obtain updated and complete data that enable more precise and evidence-based analysis for the development of effective public health policies.

3.5. Curative Care Health Expenditure as % of THE

Chart 5: Expenditures on curative care as a % of total health expenditures



Source: NHA Survey

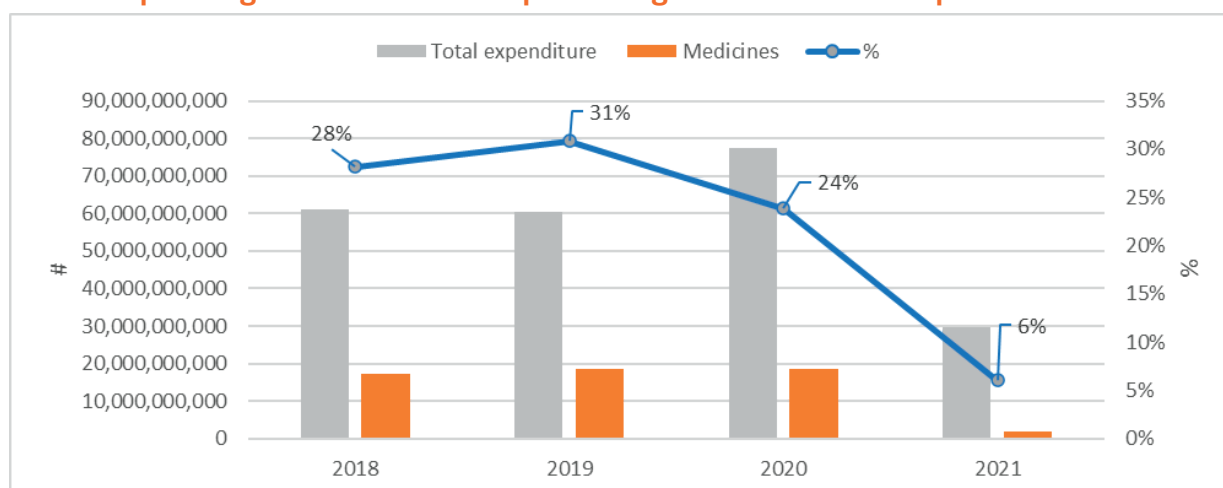
Taking into account the data presented in Graph 5, it is possible to observe that over the years 2018, 2019, 2020, and 2021, curative care accounted for 25%, 23%, 25%, and 26% respectively of Total Health Expenditure (THE). These numbers indicate that a significant portion of healthcare resources is being allocated to curative care, highlighting the importance of policies and strategies that prioritize health prevention and investment in preventive measures.

Investing in preventive measures can help reduce the need for curative treatments and minimize the financial impact associated with such care. Health promotion and disease prevention can lead to a decrease in disease incidence and an overall improvement in population health.

Therefore, it is essential to implement public policies that encourage prevention, self-care, and the adoption of healthy lifestyles. Additionally, it is important to allocate resources towards health education, awareness campaigns, and prevention programs in order to avoid an increase in expenditures on curative care. By adopting a proactive and prevention-focused approach, it is possible to achieve better health outcomes and optimize the allocation of available resources.

3.6 Medication Expenditure as a percentage of THE

Chart 6: Spending on medicines as a percentage of total health expenditure



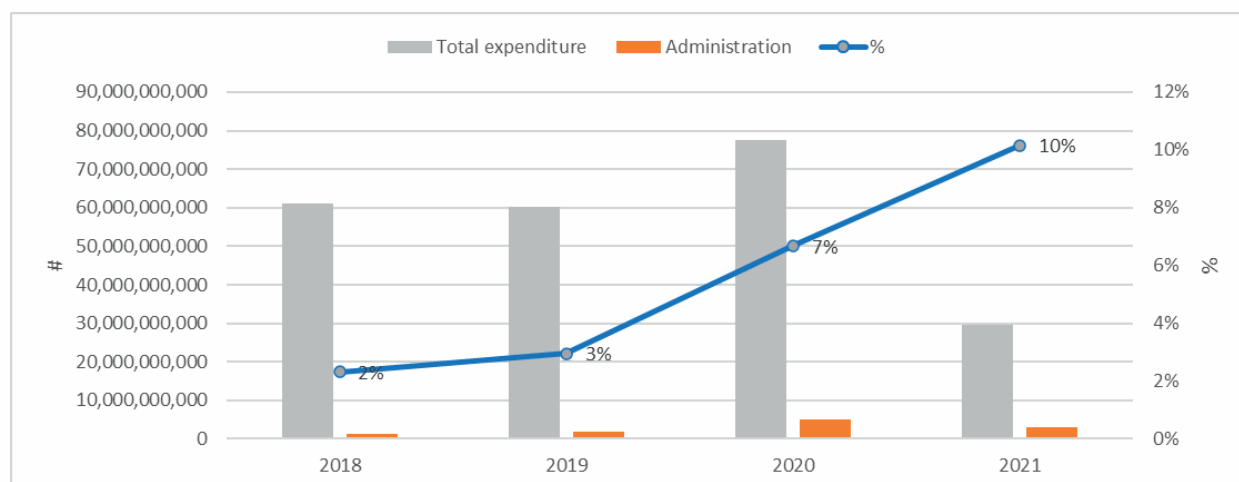
Source: NHA Survey

Based on the collected data, it was observed that expenditures on medications represented a considerable percentage of Total Health Expenditure (THE) in the years 2018, 2019, and 2020, with 28%, 31%, and 24%, respectively. However, in 2021, there was a significant reduction, reaching only 6% of these expenses. This reduction can be mainly attributed to the lack of data on the contribution of households in this aspect.

These results indicate that households have a significant participation in medication expenses relative to THE. The high representativeness of these expenses in previous years may be related to the need for pharmacological treatments as well as the lack of full coverage by healthcare systems.

Analysis of Health Administration Expenditure as a Percentage of THE

Chart 7: Health administration expenditures as a percentage of THE



Source: NHA Survey

The data presented indicates a steady growth in healthcare expenditures over the years, with an average annual growth rate of 5.5%. This increase can be attributed to various factors, including rising costs of medical supplies and services, the expansion of the healthcare network, and the increasing demand for healthcare services, especially during the COVID-19 pandemic.

It is crucial to emphasize that despite this increase in expenditures, it is essential to assess whether there has been a corresponding improvement in the quality and effectiveness of healthcare services provided by the healthcare administration. Simply raising expenditures does not automatically guarantee an improvement in outcomes and healthcare delivery. Therefore, a thorough analysis of the efficiency and effectiveness of allocated resources is essential.

Furthermore, it is necessary to evaluate the effectiveness of public policies and programs implemented by the government to manage these expenditures and ensure access to healthcare services for all citizens. Striking a balance between expenditure growth and the financing capacity of the healthcare system is essential to ensure equity and quality of services.

In this regard, continuous monitoring of healthcare administration expenses and careful planning are crucial to ensure the financial sustainability of the healthcare sector. Regular analysis of expenditures and evaluating their relationship with achieved outcomes are fundamental to inform decision-making and appropriately allocate resources in the healthcare system, aiming to enhance efficiency and effectiveness of services provided.

Table 7: Ratio of capital formation to total health expenditures

Year	Value			%		
	Current Expenditure	Gross Capital Formation	Total Expenditure	Current Expenditure	Gross Capital Formation	Total Expenditure
2018	60 890 148 763	99 455 056	60 989 603 819	99,8%	0,2%	100%
2019	60 151 069 923	148 865 000	60 299 934 923	99,8%	0,2%	100,0%
2020	76 740 914 506	742 544 970	77 483 459 476	99,0%	1,0%	100,0%
2021	29 139 333 096	603 557 935	29 742 891 031	98,0%	2,0%	100,0%

Source: NHA Survey

Table 7 reveals that in the past four years, gross capital formation in Guinea-Bissau has been insufficient to meet the needs of quality healthcare. The results indicate values ranging from zero to two percentage points, suggesting a very low investment by the government and its partners in the country's healthcare.

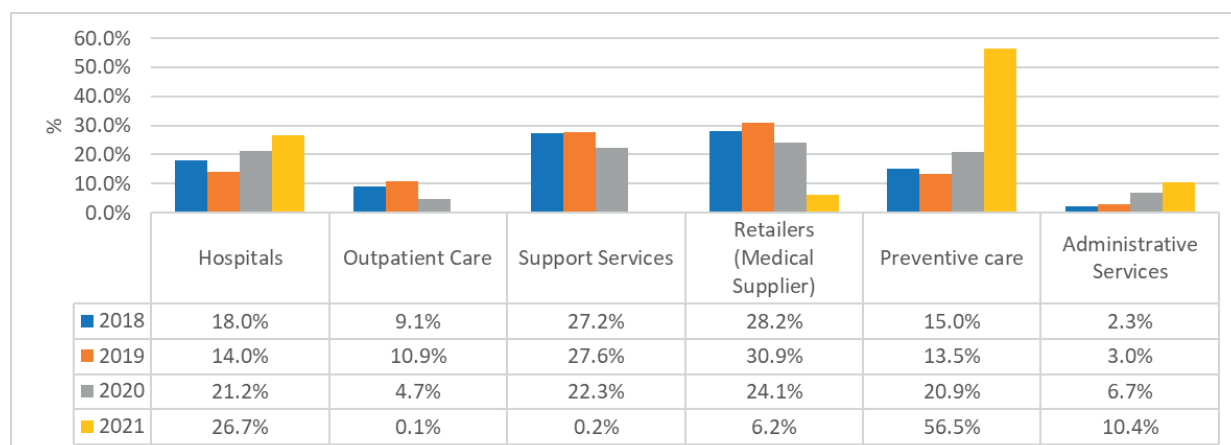
Gross capital formation encompasses investments in infrastructure, medical equipment, and other capital expenditures necessary to provide quality healthcare services. However, the data reveals that investment in this area has been limited.

Ultimately, it is essential to increase investment in healthcare to improve the quality of services and enable the country to reach its full potential. This requires appropriate resource reallocation to enhance healthcare infrastructure, acquire modern equipment, and invest in professional training.

Insufficient investment in gross capital formation in the healthcare sector can compromise the healthcare system's capacity to deliver quality services, which can have negative impacts on the population's health and well-being. Therefore, it is crucial for the government and its partners to prioritize increasing investments in this area to enhance the overall healthcare system. This will contribute to ensuring quality healthcare and enable the country to achieve its full potential.

3.8 Health expenditures by factor of care

Chart 8: Expenditures by factor of care (%)



Source: NHA Survey

The analysis of the data revealed that expenses from retailers and suppliers of medical products have a significant share in total healthcare expenditures in all the analyzed years. However, it is necessary to assess whether this distribution of expenses is appropriate and fair, considering the need for investments in other types of care, such as disease prevention.

An important finding was the observation that preventive care ranks only fourth in terms of healthcare financing. This indicates the need for greater investment in this area, as preventive care is crucial for disease prevention and health promotion.

On the other hand, it is possible that the high cost of treatments for established diseases is affecting the allocation of resources in this area. It is important to strive for an adequate balance between investment in preventive care and treatments for existing diseases.

Table 8: Expenditure per medication cost at hospitalization (%)

Year	Total for medication	Medications		%	
		Prescribed	Free sale	Prescribed	Free sale
2018	17 145 753 088	17 145 753 088		100%	0,0%
2019	18 614 236 453	18 604 296 453	9 940 000	99,9%	0,1%
2020	18 413 179 467	17 718 995 657	694 183 810	96,2%	3,8%
2021	1 778 847 647	1 640 337 587	138 510 060	92,2%	7,8%

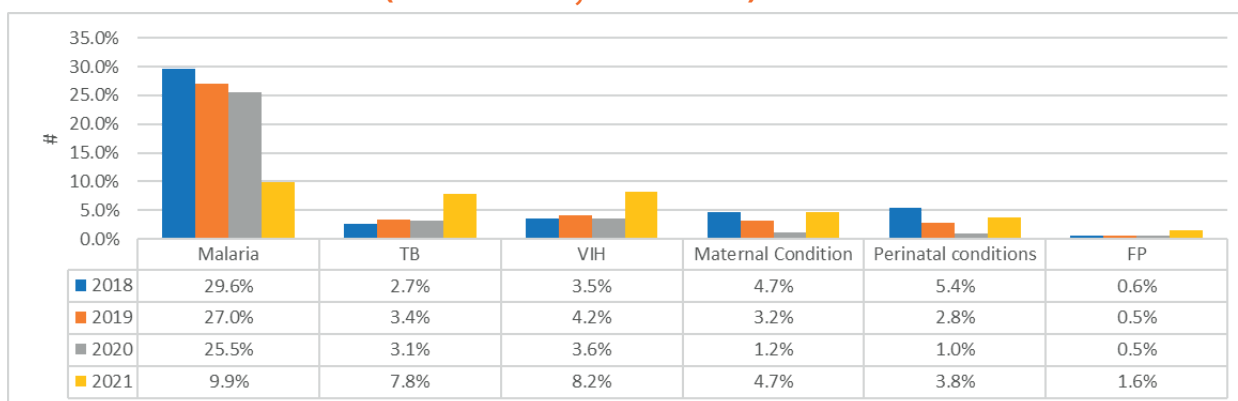
Source: NHA Survey

The data analysis revealed that over 90% of hospital admissions are based on medical prescriptions, indicating the fundamental importance of these prescriptions in the selection of medications during hospitalization to ensure the effectiveness and safety of medication treatment.

However, an increase of 3.7% in 2020 and 4% in 2021 was observed in the use of over-the-counter medications. These values suggest that despite medical prescriptions being the predominant form of medication selection during hospitalization, there has been an increase in the use of medications obtained without a medical prescription. This can result in medication shortages during hospitalization.

It is important to monitor and control the use of over-the-counter medications during hospitalization to ensure the appropriate availability of medications and to avoid health issues. Additionally, it is essential to promote awareness about the importance of medical prescriptions and responsible medication use, aiming to provide effective and safe care to patients.

Chart 9: STD in diseases (Malaria HIV, TB and RS)

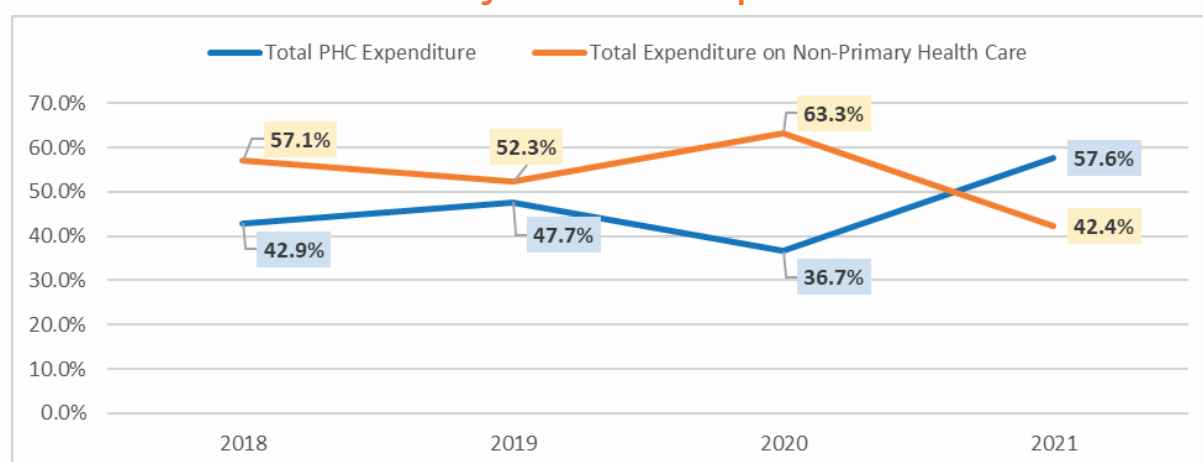


Source: NHA Survey

The data analysis reveals that Malaria is the disease with the highest weight in the Total Health Expenditure (DTS), representing an average of 23% over the analyzed period. This percentage varied from 29.6% in 2018 to 9.9% in 2021. However, it is important to highlight that this reduction in 2021 may be related to the lack of IDAF (Information on Expenditures on Public Health Actions and Services) in that last year, which could have affected the results.

Analysis of health expenditures in Primary and non-primary health care

Chart 10: SPC and Non-Primary Health Care Expenditures

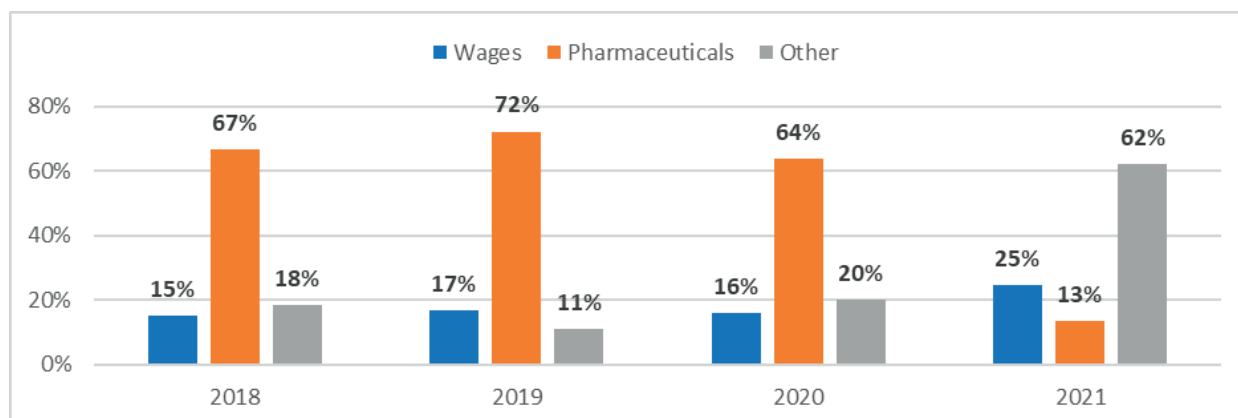


Source: NHA Survey

Graph 10 presents the expenditures on Primary Health Care (PHC) and non-primary care as a percentage of total health expenditure. The data reveals that over 54% of healthcare spending is directed towards non-primary care, while PHC represents an average of only 46% of the total in the analyzed years.

This trend suggests a greater emphasis on non-primary care at the expense of disease prevention and health promotion. This imbalance may have negative long-term impacts on population health.

Chart 11: Primary Health Care Expenditures by Line Item



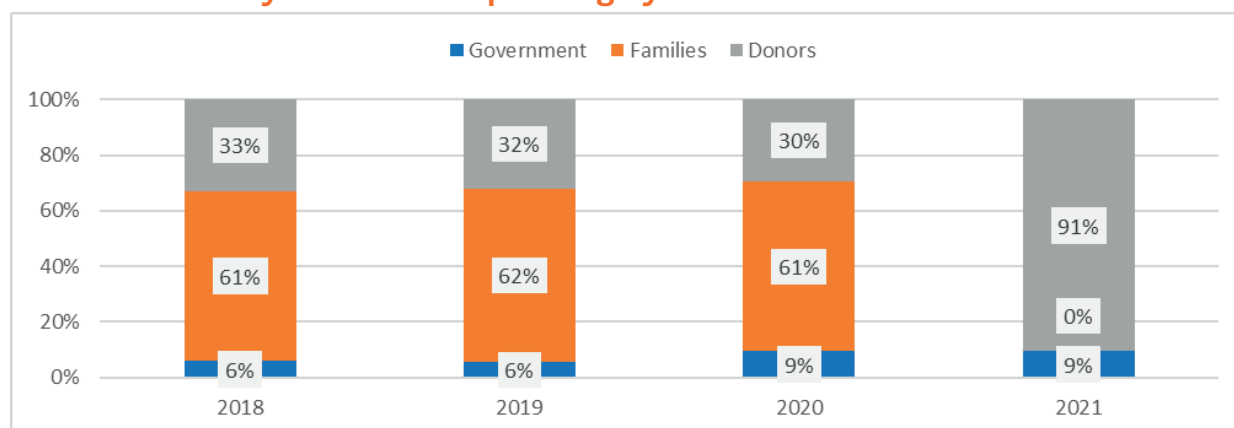
Source: NHA Survey

Primary healthcare expenditures, from 2018 to 2020, were predominantly directed towards the acquisition of pharmaceutical products for the treatment of diseases, i.e., curative care. This is evident in the values that represent over 67% of the expenses allocated to these care services in the analyzed years, with a percentage decrease in 2021 due to the unavailability of IDAF.

However, in 2021, due to the COVID-19 pandemic, there was an increase in expenses allocated to trainings, supervision, and acquisition of non-pharmaceutical products, focusing on the prevention and control of virus transmission. This included investments in personal protective equipment such as masks and gloves, as well as actions to enhance the capacity for disease management and diagnosis.

This shift in healthcare expenditure allocation may have positive impacts on health promotion and disease prevention, while also contributing to the control of the COVID-19 pandemic. However, it is important to assess investments in preventive and curative care, aiming for a more comprehensive and effective approach to population health promotion. Striking a suitable balance between curative and preventive care is necessary to ensure a comprehensive and effective approach to population health.

Chart 12: Primary health care spending by source



Source: NHA Survey

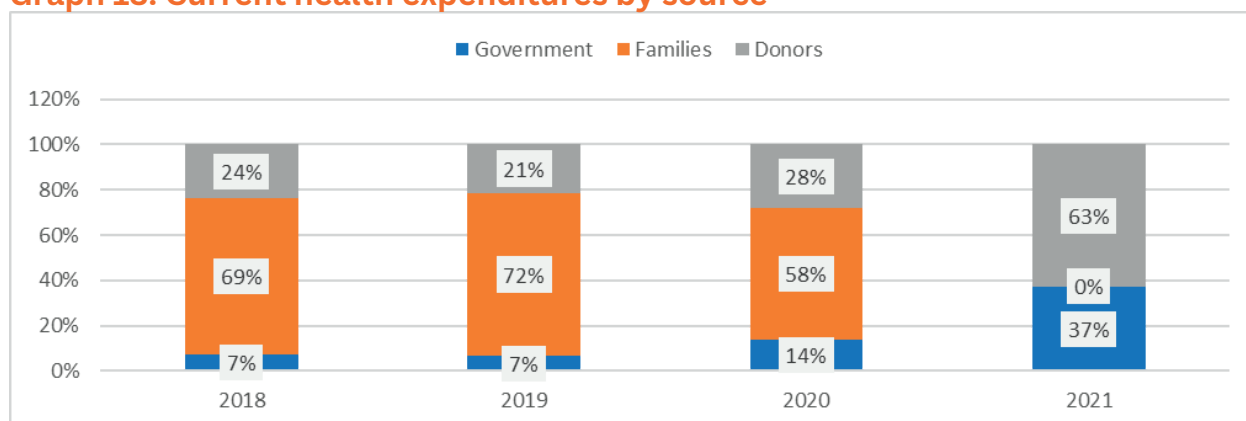
When analyzing primary healthcare expenditures by source, it is observed that families are responsible for the majority of funding, accounting for over 61% of the expenses. This indicates that families do not have adequate coverage for healthcare, which can result in financial difficulties in accessing necessary treatments.

Despite the efforts of partners to improve healthcare, their contribution remains below expectations, representing less than 33% of the expenses. In 2021, due to the lack of IDAF data, partner contributions reach around 90% of the total expenses.

On the other hand, the government's contribution is insignificant for improving population healthcare. It is important to highlight that the government plays a crucial role in ensuring access to healthcare for all citizens, especially those who do not have the financial means to pay for healthcare services. It is necessary for the government to increase its financial commitment to enhance coverage and the quality of healthcare provided to the population.

3.13. Analysis of current health expenditures by disease/condition and source

Graph 13: Current health expenditures by source

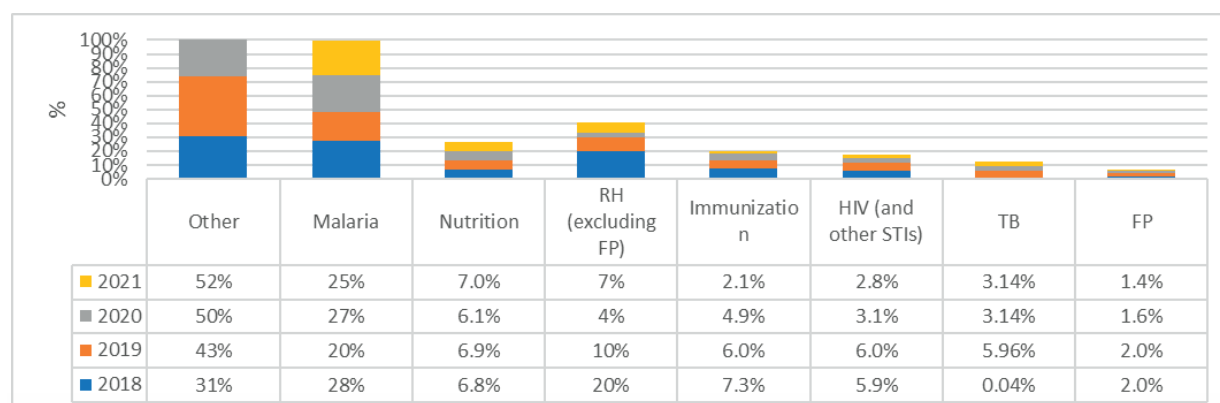


Source: NHA Survey

When analyzing current health expenditures by source, it is observed that families are the largest contributors, averaging over 66% in the years 2018 to 2020. However, in 2020 and 2021, due to the availability and investment of funds for COVID-19 pandemic control, the government and donors increased their expenses. The government's contribution increased to 37% of the expenditures, while donors accounted for 63% of the available funds.

It is important to highlight that during this period, there was an increase in funding for the consumption of healthcare services and medical products, as well as expenses related to COVID-19 prevention. The increased funding for epidemic prevention and control is crucial for ensuring population health. However, care must be taken to ensure that these investments are not made at the expense of other essential health services, such as primary care. It is necessary to find an appropriate balance to ensure access and quality across various healthcare services.

Chart 14: Current Expenses per Sickness/Condition

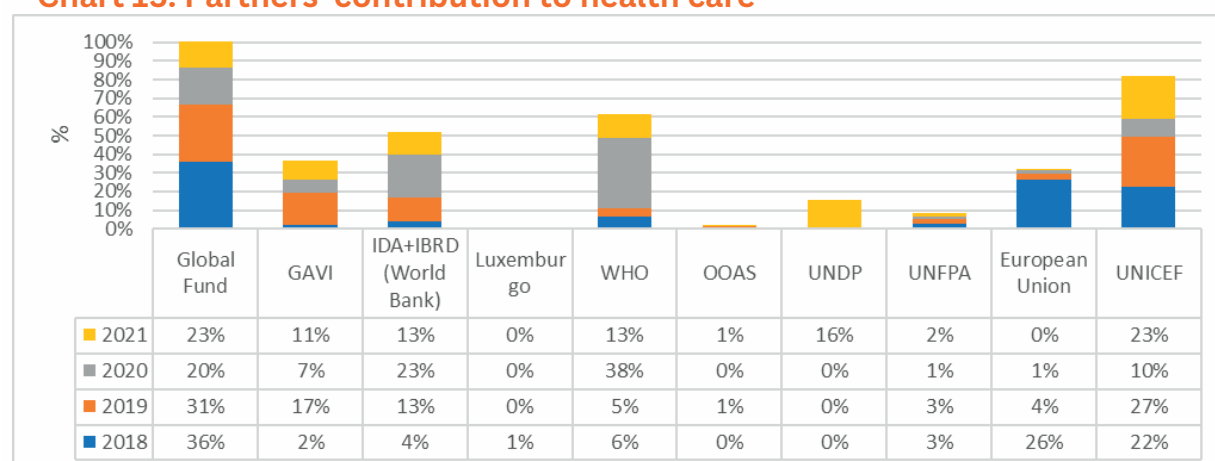


Source: NHA Survey

Current health expenditures reveal that the treatment of communicable and non-communicable diseases, along with tuberculosis, malaria, and HIV/AIDS, account for the largest proportion of current expenditures by disease, ranging from 31% to 52% from 2018 to 2021, respectively. These care services have the greatest impact in terms of expenditure weight for all health conditions, followed by malaria treatment. On the other hand, expenses related to preventive care, such as nutrition, family planning, immunization, and tuberculosis, have the smallest proportion, ranging from 2% to 7% of total expenditures.

3.18. Analysis of the donors' contribution

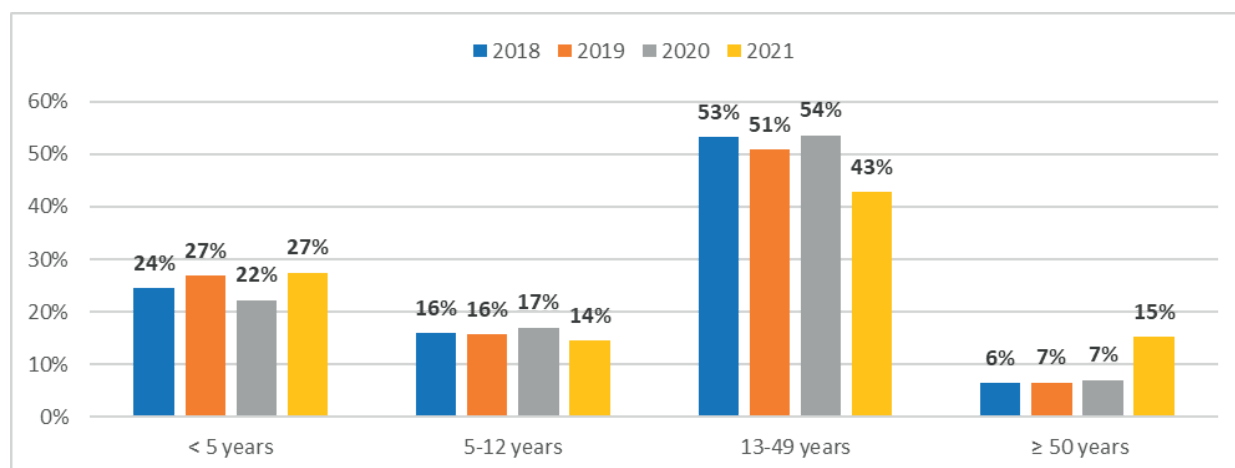
Chart 15: Partners' contribution to health care



It is observed that the Global Fund was the main contributor in the years 2018, 2019, 2020, and 2021, with a share ranging from 36%, 31%, 20%, and 23% respectively. Part of these funds is directed towards combating malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS.

Following that, UNICEF had a contribution ranging from 10% to 27%, focusing on immunization, community health, and child health. Other notable partners include the World Health Organization (WHO), the World Bank, the European Union (EU), and GAVI, who provide funds for technical assistance and immunization strengthening.

Graph 16: Total health expenditures by age group

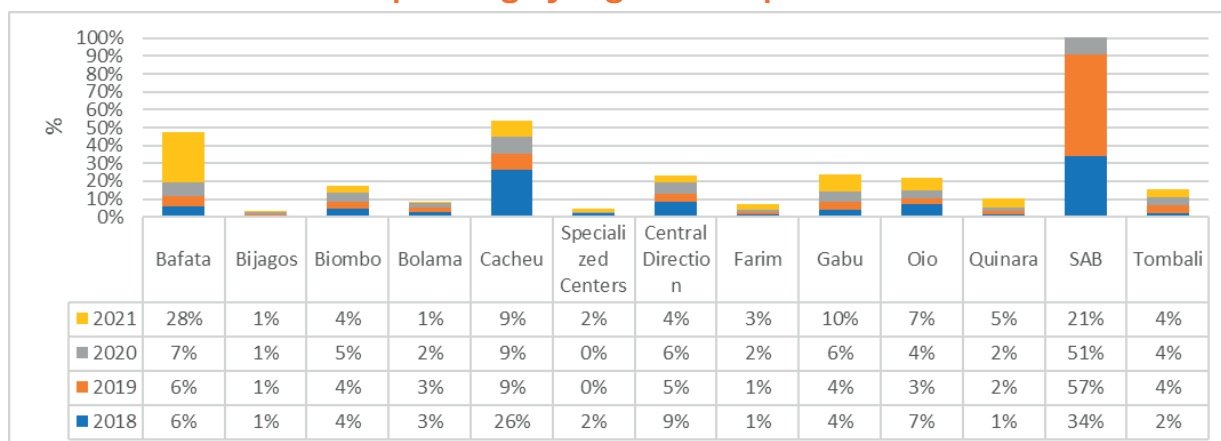


Source: NHA Survey

When analyzing healthcare expenditures by age group, it is evident that the age group between 13 and 49 years represents, on average, 50% of the total health expenditures. In contrast, the age group of 50 years and above accounts for just over 6% of these expenditures. Children under the age of 5 represent approximately 25% of the expenses.

In summary, it is essential to promote investments in preventive measures and health promotion across all age groups, aiming to reduce costs associated with curative treatments and improve the quality of life for the population. Additionally, it is important to emphasize the need for specific care for vulnerable populations, such as the elderly, in order to ensure improved health and well-being throughout all stages of life.

Chart 17: Breakdown of spending by region and specialized centers



Source: NHA Survey

The distribution of healthcare expenditures across regions, specialized centers, and central administration is closely related to population density, which is one of the determining factors in health planning and resource allocation. Regions with high population density tend to receive more resources to meet the healthcare needs of the population.

Furthermore, it is important to highlight the presence of regional and national hospitals that serve as referral centers for the treatment of severe cases or those requiring specific resources and specialties. During the COVID-19 pandemic, treatment centers were established in some regions, which were provided with additional budgets to ensure care for infected patients. These centers played a significant role in relieving the burden on referral hospitals and providing care closer to the population.

In summary, it is essential that healthcare resources are strategically allocated, taking into account population density, population needs, and the existence of reference hospitals and specialized centers. This ensures quality and accessible care for all, regardless of the region they reside in.

During the period from 2018 to 2019, a reduction of 2.92% in total healthcare expenditures per capita was observed. However, this reduction was even more pronounced between 2020 and 2021, with a decrease of 62.3%.

Healthcare expenditures as a percentage of Gross Domestic Product (GDP) showed an increase of 1% between 2019 and 2020, and the government had a positive involvement in pandemic prevention and control actions in 2020. There was a trend of prioritizing curative care over preventive care, with over 54% of healthcare spending directed towards treatment in all the years analyzed.

Families continue to bear the primary responsibility for healthcare expenses, representing an average of 65% of the total. Gross capital formation in Guinea-Bissau has been insufficient to meet the needs of quality healthcare over the past four years.

Malaria receives the highest funding, but it is the families that contribute the largest share of financing.

Based on the information presented, some recommendations can be made to improve the effectiveness of healthcare expenditures in Guinea-Bissau. These recommendations include:

1. **Increase total healthcare expenditures per capita:** Although there has been a reduction in total expenditures per capita, efforts should be made to increase these expenditures and improve the quality of healthcare services in the country.
2. **Invest more in preventive care:** It is necessary to increase investments in preventive care in order to reduce the incidence of diseases and avoid excessive spending on treatment. Although there has been an increase in the proportion of expenditures allocated to preventive care, it is important to continue investing in this area.
3. **Prioritize gross capital formation in healthcare:** Gross capital formation has been insufficient to meet the needs of quality healthcare. It is crucial to increase investments in healthcare infrastructure and equipment to improve the quality of services provided.
4. **Increase government participation in total healthcare expenditures:** It is important for the government to increase its participation in total healthcare expenditures, ensuring access to healthcare services for the entire population. The government's involvement in pandemic prevention and control actions has shown positive results, and this approach should be maintained and expanded.

Implementing these recommendations can contribute to strengthening the healthcare system in Guinea-Bissau, ensuring broader and more equitable access to healthcare services and improving the quality of life for the population.

NR	RECOMMENDATIONS	RESPONSIBLE	PRIORITY
1	Increase total health expenditures per capita	GOVERNMENT	high
2	Increase the government's share of total health care spending to 15% of the budget		high
3	Improve the effectiveness of health expenditures		high
4	Update the census and the household survey		high
5	Investing more in preventive care	MINSAP	high
6	Prioritize gross capital formation in health		high
3.1	Improve the effectiveness of health expenditures		high
3.2	Improve the effectiveness of health expenditures	PARTNERS	high

NR	RECOMENDATIONS	RESPONSIBLE	PRIORITY	DEGREE OF COMPLIANCE
1	Ensure regular and sustainable funding for CS development through the creation, allocation and use of a budget line in the GBS;	GOVERNMENT	high	Accomplished
2	Consider the results of the Health Accounts in following up on commitments and formulating policies and strategies;		high	Não cumprido
3	Develop, through health policy makers, alternative health financing mechanisms to ease the economic burden borne by households;		high	Não cumprido
4	Implement the health financing policy;		high	Não cumprido
5	Increase the budget allocated to health according to the international commitments of 15% of the GBS made in Abuja (2001).		high	Não cumprido
6	Ensure the production of regular, quality health accounts;	MINSAP	average	Accomplished
7	Ensure the official dissemination of the results of the CS to all relevant stakeholders (Government, PTF, etc.);		high	Accomplished
8	Establish effective data collection systems (employers, NGOs, families, etc.);		high	Não cumprido
9	Improving essential drug policy through the Essential Drugs Supply and Distribution Scheme (EADME);		high	em curso
10	Review the policy of allocating public resources according to poverty zones;		high	Não cumprido
11	Develop public-private partnership;		average	Não cumprido
12	Conduct a study on the effectiveness of the different gratuities, particularly the treatment of malaria in children under five and pregnant women;		high	Não cumprido
13	Strengthen the existing insurance mechanism for health financing and develop alternative mechanisms within the framework of universal coverage;		average	Não cumprido
14	Strengthen prevention to decrease the cost of health care (hospitalization);		high	Não cumprido
15	Distribute the questionnaires one week in advance at the central offices of each NGO and make their representations aware of the need to collaborate.		average	Accomplished
16	Continue support in the annual preparation of health accounts;	PARTNERS	high	Accomplished
17	Make available regularly and in a timely manner to the technical team the financial data needed to prepare the accounts.		high	Accomplished

- Mwai G. W. et al. Jornal da Sociedade Internacional sobre o SIDA 2013, 16:18586. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18586>;
- Xu, K., P. Saksena, M. Jowett, C. Indikadahena, J. Kutzin and D. Evans. 2010. Explorar os Limiares das Despesas de Saúde, para Proteger-se contraos Riscos Financeiros. Genebra: OMS.
- Ministério da Saúde pública. Contas de Saúde 2017, Guine-Bissau: Metodologia e Tabelas de Contas de Saúde.
- Perry, H., R. Zulliger, K. Scott, d. Javadi, J. Gergen, K. Shelley et al 2017. Estudos de Casos de Programas Comunitários Alargados de Profissionais de Saúde. Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil da USAID;
- Força-tarefa sobre Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde.2009.
- Limitações ao Dimensionamento e aos Custos: Relatório do Grupo 1 de Trabalho. Genebra: Parceria Internacional para a Saúde.
- Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R., Soucat, A. 2017. Financiamento dos Sistemas Transformadores de Saúde para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Saúde: um modelo para os recurso necessários previstos em 67 países de renda médio e baixa. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)
- Theodore, K., 2017. Pesquisa sobre a Eficácia da Tributação no Álcool, Tabaco e nas Bebidas Adoçadas, em Caribe. Apresentação no Seminário Sub-regional Caribenho sobre a Tributação em Álcool,Tabaco e nas Bebidas Adoçadas. Bridgetown, Barbados.
- OMS. 2017. Banco de Dados das Despesas Globais de Saúde. <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> Accessed 29 December 2017
- OMS. 2011. Declaração de Abuja: Dez Anos Depois..http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1 (Acessado em 29 de Dezembro de 2019)
- Wright, A., K. Smith, and M. Hellowell. 2017. Lições Políticas a partir dos Impostos da Saúde: Uma Revisão Sistemática de Estudos Empíricos. BMC Saúde Pública (2017) 17:583. DOI 10.1186/s12889-017-4497-z

9. Anexo

SUMMARY OF THE MAIN INDICATORS

Indicator	Total Expenditure	2018	2019	2020	2021
		60,890,148,763.4	60,151,069,922.6	76,740,914,505.8	29,139,333,096.4
PIB	Valor	854,480,034.9	885,409,385.8	915,670,730.5	997,023,347.4
	%	7,138	6,794	8,381	2,923
Governo	Valor	4,361,715,022.0	3,995,711,860.0	10,506,266,429.0	10,868,203,736.0
	%	7.2%	6.6%	13.7%	37.3%
Doadores	Valor	14,422,876.58	12,823,425.45	21,676,340.01	18,271,129.36
	%	23.7%	21.3%	28.2%	62.7%
Rest of the World	Valor	14,422,476,577.0	12,823,425,447.0	21,676,340,010.0	18,271,129,360.0
	%	23.7%	21.3%	28.2%	62.7%
Famílias	Valor	42,105,557,164.0	43,331,932,615.0	44,558,308,067.0	0.0
	%	69.2%	72.0%	58.1%	0.0%
Prevention	Valor	9,155,011,356.0	8,125,988,212.0	16,068,196,022.0	16,450,436,565.0
	%	15.0%	13.5%	20.9%	56.5%
Curative Care	Valor	15,455,406,141.0	13,676,687,028.0	19,208,602,467.0	7,776,100,437.0
	%	25.4%	22.7%	25.0%	26.7%
Medicines	Valor	17,162,463,494.0	18,614,236,453.0	18,471,997,172.0	1,793,849,953.0
	%	28.2%	30.9%	24.1%	6.2%
Administration	Valor	1,410,925,595.0	1,786,532,566.0	5,177,530,396.0	3,019,456,061.0
	%	2.3%	3.0%	6.7%	10.4%
Current Expenditure	Valor	60,890,148,763.0	60,151,069,923.0	76,740,914,506.0	29,139,333,096.0
	%	99.8%	99.8%	99.0%	98.0%
Gross capital formation	Valor	99,455,056.0	148,865,000.0	742,544,970.0	603,557,935.0
	%	0.2%	0.2%	1.0%	2.0%
Total Expenditure	Valor	60,989,603,819.0	60,299,934,923.0	77,483,459,476.0	29,742,891,031.0
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total Primary health care	%	42.9%	42.9%	42.9%	42.9%
Total Non-primary health care	%	57.1%	52.3%	63.3%	42.4%
Other	Valor	1,363,290.6	1,749,339.9	5,322,191.4	5,651,577.7
	%	30.9%	43.2%	50.3%	51.9%
Malaria	Valor	1,220,543.1	814,646.2	2,829,756.2	2,681,495.5
	%	27.6%	20.1%	26.8%	24.6%
Nutrition	Valor	300,325.7	278,069.9	645,235.7	767,398.7
	%	6.8%	6.9%	6.1%	7.0%
RH (excluding FP (Family Planning))	Valor	5,298.1	402,801.3	423,986.4	767,068.1
	%	0.1%	9.9%	4.0%	7.0%
Imunization	Valor	321,306.9	243,233.2	522,141.0	223,184.4
	%	7.3%	6.0%	4.9%	2.1%
HIV (and other STIs)	Valor	259,813.6	242,036.2	332,241.0	303,439.7
	%	5.9%	6.0%	3.1%	2.8%
TB	Valor	1,633.6	241,580.4	331,851.7	341,581.9
	%	0.0%	6.0%	3.1%	3.1%
Family Planning	Valor	1,633.6	241,580.4	331,851.7	341,581.9
	%	0.0%	6.0%	3.1%	3.1%
Maternal Condition	Valor	2,893,619,787.0	1,911,185,205.0	934,627,136.0	1,389,267,690.0
	%	4.7%	3.2%	1.2%	4.7%
Perinatal conditions	Valor	3,264,269,752.0	1,718,538,572.0	740,426,949.0	1,136,869,307.0
	%	5.4%	2.8%	1.0%	3.8%

