

Ficha Técnica

Ministério da Saúde Pública

Relatório de Contas de Saúde 2015-2017

Ministro de saúde

Dr Dionísio Cumba

Diretor Geral de Administração do sistema de saúde

Dr Mamadu Mudjataba Baldé

Coordenação técnica de Contas de Saúde

Sr Bubacar Djaló

Editor

Equipa de Contas de saúde

Av. Unidade Africana C.P. 50-1013 Bissau |Guiné-Bissau

contasdesaude@gmail.com

© Copyright 2022

Contas de Saúde

PREFÁCIO

É com grande satisfação que o Ministério da Saúde Pública apresenta os resultados do exercício das Contas Nacionais de Saúde. O presente relatório apresenta a despesa pública total realizada no sector da saúde e o fluxo dos fundos dentro do sector desagregado por fontes de financiamento, agentes financeiros, provedores de serviços e funções.

As contas de saúde retratam as atividades do setor que contribuem diretamente para a produção de bens e serviços que prestam, visando apoiar a formulação, o seguimento e a avaliação de políticas de saúde. Neste sentido, as Contas de Saúde são ferramentas valiosas aos processos de planeamento, de apoio à decisão e de estudos inerentes às eventuais reformas deste setor, além de permitir a comparação internacional.

O presente relatório apresenta os resultados das Contas de Saúde de **2015, 2016 e 2017** da Guiné-Bissau. Os dados foram recolhidos nas instituições do setor da saúde com uma descrição sistemática dos fluxos financeiros do país em relação aos bens e serviços consumidos. Permite visualizar as tendências em matéria de custos, quer no setor público quer no privado, assim como das contribuições efetivas dos diferentes intervenientes e da repartição destes meios entre os diversos domínios de intervenções.

A produção das Contas de Saúde de **2015, 2016 e 2017** vem na sequência das Contas de Saúde de **2011** e representa uma forte parceria institucional entre o Ministério de Saúde Pública e a Organização Mundial da Saúde (OMS) da Guiné-Bissau.

Com esta publicação, o Ministério da Saúde Pública continua a honrar os compromissos com os seus parceiros técnicos e financeiros, com os seus parceiros da sociedade civil e com a população. A elaboração do presente relatório contou com a colaboração de vários profissionais e instituições nacionais e internacionais.

Manifestamos reconhecimento a todas as instituições que contribuíram para a produção deste documento e para o corpo técnico que trabalhou com dedicação e empenho para a materialização deste documento.

Aproveita-se para encorajar a Direção Geral da Administração do Sistema de Saúde a continuar na produção dos próximos relatórios das Contas de Saúde da Guiné-Bissau e a envolver cada vez mais todas as partes interessadas.

Bissau, 07 de fevereiro de 2022

Dr. Dionísio Cumba

Ministro da Saúde Pública

Resumo

As Despesas Totais de Saúde (DTS) aumentaram entre 2015 e 2016 comparativamente ao ano de 2017, passando de 55.405,48 milhões de Franco cfa, em 2015, para 59.669,63 milhões em 2016. Entre 2016 a 2017 teve um decréscimo de 59.669,63 milhões em 2016 para 57.781,47 milhões em 2017.

As Despesas Correntes de Saúde (DCS) para os anos em estudo representam, em média, 98,33% das Despesas Totais de Saúde, chegando a atingir 99% de 2015 a 2016. A parte da Formação Bruta de Capital (HK) nas Despesas Totais de Saúde representou em média 1,67%.

Das três principais fontes de financiamento, a família foi o maior financiador de saúde em 2017, 2016 e 2015, contribuindo 70,75%, 66,51% e 66,92% das despesas totais, respetivamente. Depois das famílias, o segundo maior contribuinte é o resto do mundo quer dizer apoio externo, com 21%, 26,57% e 26,46% das despesas totais. Em último lugar, o Governo é menor contribuinte ao setor, com 6,61%, 6,91% e 7,63% das despesas totais. Estas contribuições do Estado são menores do que os 15% resultante do compromisso do Governo no Acordo de Abuja de 2001.

Em 2015, 2016 e 2017, as receitas domésticas (públicas) para a saúde corresponderam em média a 7% das DTS, registando crescimentos de 1% entre 2015, 2016 e 2017. As outras receitas internas, provenientes do pagamento direto das famílias, das contribuições das empresas e das ONG, representaram 71%, em 2017, um aumento de 4% em relação a 2016.

Relativamente as transferências de origem externa (bilaterais, multilaterais ou outros tipos de financiamento), distribuídas pelo Governo em 2017, houve um aumento de 5% em relação 2015 e um decréscimo de 2% em relação a 2016.

Observa-se que, ao longo dos três anos, os cuidados curativos representam o maior peso das DTS, com 69% em 2015, 65% em 2016 e 63% em 2017, evidenciando uma pequena diminuição entre 2015-2017 seguidos dos artigos médicos que variam entre 11% e 12% das DTS.

O SAB foi a região com maior peso no que tange às despesas da saúde, com percentagem de 57%, 56% e 60% para os anos de 2015, 2016 e 2017 respetivamente, representando mais de metade das despesas totais em saúde do país. A região de Gabú aparece em segunda posição com a média de 13% das despesas totais.

As transferências de origem externa distribuídas pelo Governo, durante estes três anos 2015, 2016, 2017, foram de 7 842,74 milhões de Fcfa (14%), 12 359,66 milhões de Fcfa (21%) e 10 850,21 milhões de Fcfa (19%) respetivamente.

O paludismo representa o maior peso, no que se refere às doenças infecciosas e parasitárias, com 49% e 54% entre 2015-2017. As doenças diarreicas representam o segundo maior peso das doenças infecciosas e parasitárias, com 24-25% em 2015, 2016 e 2017.

Índice	
PREFÁCIO.....	2
Resumo.....	3
ACRÓNIMOS.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. CONTEXTO GERAL.....	11
CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO	11
CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO	11
A SITUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO PAÍS	12
3. PERFIL DO SISTEMA DE SAÚDE.....	14
INFRAESTRUTURAS POR REGIÃO SANITÁRIA	15
Tabela 1 Infraestruturas por região sanitária	15
RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE	15
4. ORGANIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	17
Financiamento do setor pelo Estado	17
ACESSO E USO DOS SERVIÇOS	17
5. METODOLOGIA.....	18
Ferramenta de HAPT	18
Processo de elaboração de contas 2015-2017	18
RECOLHA DE DADOS	19
6. CONCEITO DAS CONTAS DE SAÚDE.....	20
Finalidade das contas de saúde	20
7. VOLUME DO FINANCIAMENTO DE SAÚDE.....	20
Despesas Correntes de Saúde (DCS)	21
Formação bruta de capital (HK)	21
Despesas Totais de Saúde (DTS)	21
Bens de saúde	22
Regimes de financiamento da saúde	22
8. CATEGORIAS PRINCIPAIS DE ENTIDADES NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	22
Financiamento de cuidados de saúde (HF)	22
Agentes de financiamento (FA)	22
Receitas de esquemas de financiamento de cuidados de saúde (FS)	22
Os fatores de prestações (FP)	23
Funções de cuidados de saúde (HC)	23
Transferências estrangeiras	23
As transferências de rendimentos do governo (OGE)	23
9. RESULTADOS.....	24
DESPESAS CORRENTES DE SAÚDE	24
Dimensão do Financiamento.....	24
Análise das despesas por Regimes de Financiamento (HF)	26
Análise da Dimensão Prestador	27
Despesas da saúde por Prestadores de Cuidados de Saúde (HP).....	27
Análise da dimensão de consumo	29
Funções (HC) por Prestadores de Cuidados de Saúde.....	30
Despesas de saúde por região sanitárias	30
10. DESPESAS EM INVESTIMENTO.....	32
Repartição das despesas por faixa etária	33
Despesas por doenças (DIS)	36
11.....	38
12. DIFICULDADES.....	39
13. DESAFIOS.....	39
14. RECOMENDAÇÕES.....	39
<input type="checkbox"/> Estado:	39
<input type="checkbox"/> Ministério da Saúde Pública:	40
<input type="checkbox"/> Parceiros Técnicos e Financeiros (PTF):	40
15. CONCLUSÃO.....	41
16. Anexos.....	42

Tabelas

Tabela 1 Infraestruturas por região sanitária	16
Tabela 2. Rácio de habitantes por grupos profissionais, parteiras e técnicos de radiologia.....	17
Tabela: 3 Em termos de utilização dos serviços e intervenções de saúde.....	17
Tabela 4: Despesas em Saúde 2015 - 2016 – 2017.....	23
Tabela 5: Despesas por Unidade Institucional 2015 - 2016 – 2017.....	24
Tabela 6 Receitas dos Regimes de Financiamento 2015-2016-2017.....	25
Tabela 7: Esquema de Financiamento.....	26
Tabela 8: Despesas de Saúde por Fatores de Produção de Cuidados (FP).....	27
Tabela 9: Repartição das Despesas por Função de Cuidados nos Hospitais.....	29
Tabela 10: Despesas de Saúde por Região Sanitária.....	30
Tabela 11: Formação Bruta de Capital.....	31
Tabela 12: Conta de Capital por Provedores de Cuidados de Saúde.....	31
Tabela 13: Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa (doações).....	32
Tabela 14: Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais (ONGs).....	32
Tabela 15 despesas das doenças infecciosas e parasitárias.....	33
Tabela16 Financiamento domestico em saúde.....	34
Tabela17 Doenças infecciosas e parasitoses.....	35
Tabela18 Despesas por doenças.....	36
Tabela19 Despesas de doenças por sexo.....	36

ACRÓNIMOS

CECOME	Central de Compras de Medicamentos Essenciais
CS	Contas de Saúde
CNS	Contas nacionais de saúde
DCS	Despesas correntes de saúde
DRS	Direção Regional de Saúde
DTS	Despesas totais de saúde
FA	Agentes de financiamento
FP	Fatores de prestação
FS.RI	Unidades de financiamento de saúde
HAPT	<i>Health Accounts Production Tool</i>
HC	Função de cuidado de saúde
HF	Regime de financiamento
HK	Formação bruta de capital ou investimento em saúde
HP	Prestadoras de cuidados de saúde
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
INASA	Instituto Nacional de Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
KHR	Formação e pesquisas
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PMA	Pacote Mínimo de Atividades
PNDSII	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

1. INTRODUÇÃO

Em todos os países, os governos esforçam-se para aumentar as capacidades de melhoria do bem-estar da população em geral, o que requer um uso apreciável de despesas. Por esta razão, é fundamental dispor, a nível nacional, de relatórios como das Contas Nacionais de Saúde que possam fornecer informações fiáveis e completas sobre o financiamento dos sistemas de saúde aquando da formulação das políticas sanitárias.

Igualmente, as contas de saúde (CS) fornecem informações essenciais a nível internacional, onde estes relatórios são utilizados para resumir, descrever e analisar o financiamento dos sistemas de saúde em comparação com outros países.

Em resumo, a elaboração de contas de saúde é essencial para a avaliação da eficácia de um sistema de saúde e elaboração de políticas públicas sólidas de financiamento da saúde, que é uma função chave do sistema de saúde.

As contas de saúde englobam todas as despesas de saúde de um país e permitem a elaboração de uma tabela exaustiva dos meios disponibilizados por intervenientes no sistema de saúde e por atividade ligada à saúde. As contas de saúde são concebidas de modo a incluir todas as informações ligadas a estes fluxos financeiros (incluindo a mobilização e alocação de recursos, o reagrupamento de riscos e seguros, a compra dos cuidados e repartição dos benefícios) e assim colocar em evidência as principais funções de financiamento dos cuidados de saúde.

As contas de saúde determinam não apenas quanto gasta cada uma das fontes de financiamento da saúde, mas, também permitem fazer um seguimento detalhado dos fluxos de fundos entre os diversos atores do Sector da Saúde; além disso, as CS permitem também um controlo sistemático, exaustivo e coerente dos fluxos financeiros no Sistema de Saúde de um país durante um determinado período de tempo. Deste modo, CS refletem a parte reservada a cada domínio de intervenção e fornecem uma variedade de dados que exprimem o grau de eficácia e de pertinência das políticas de saúde em vigor.

Neste sentido, é necessário que os decisores políticos estejam munidos de informações fiáveis sobre as fontes de recursos e como estes são utilizados. Foi neste âmbito que o Ministério da Saúde Pública, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu realizar o segundo exercício de contas de saúde.

O objetivo geral do presente relatório é o de produzir informações sobre despesas em saúde na Guiné-Bissau no período 2015 a 2017, de acordo com os tipos de despesa. E especificamente:

- Quantificar as despesas da saúde;

- Documentar o fluxo de recursos financeiros no sistema de saúde entre receitas de regimes de financiamento (FS) e agentes de financiamento (FA);
- Descrever a distribuição da despesa total por utilização, ou seja, por estruturas prestadoras de cuidados de saúde (HP) e função de cuidados de saúde (HC);
- Descrever a distribuição da despesa por tipo de gasto. Por exemplo, gastos em cuidados curativos e preventivos;
- Fornecer informações que permitam avaliar a política de financiamento do setor de saúde, com particular atenção aos aspetos de sustentabilidade e de pagamentos diretos das famílias.

Este relatório apresenta os resultados do exercício das contas de saúde da Guiné-Bissau, referente aos anos 2015, 2016 e 2017.

O Relatório das Contas da Saúde 2015, 2016 e 2017 em está estruturado por capítulos, sendo que:

1. O capítulo 2 apresenta o contexto geral do país;
2. O capítulo 3 apresenta o quadro metodológico das Contas da Saúde, o processo de elaboração e as nomenclaturas utilizadas na classificação das despesas;
3. O capítulo 4 apresenta os resultados de exercício de contas de saúde.

2. CONTEXTO GERAL

CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO

O país tem oito regiões administrativas e o Setor Autônomo da capital Bissau. As regiões administrativas estão subdivididas em 38 setores administrativos e 103 seções administrativas. O Sector Autónomo (SA) de Bissau está subdividido em oito sectores.

A região de Bolama / Bijagós é constituída por uma cadeia de cerca de 90 ilhas, das quais apenas 17 são habitadas. A capital regional, Bolama, foi a capital da Guiné Portuguesa até 1942, altura em que a capital foi transferida para Bissau.

CONTEXTO SÓCIO-ECONÓMICO

A Guiné-Bissau é membro da União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA). A principal fonte de divisas do país é a castanha de Cajú. O país possui muitos outros recursos naturais: bauxite, madeira, petróleo, fosfatos. Seu litoral, muito rico em peixes, atrai muitos pescadores estrangeiros, inclusive da União Europeia. O potencial agrícola do país é enorme, mas, a sua floresta, por exemplo, só é explorada informalmente.

Apesar dos seus muitos pontos fortes, a Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2017 do PNUD, ocupa a 178ª posição entre 189 países, com um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,470.

A Guiné-Bissau está em condições de ter um impacto duradouro na sua trajetória de desenvolvimento. É dotado de um considerável capital natural. Beneficia de recursos hídricos significativos (130 km³/ano nas águas superficiais e 45 km³/ano nas águas subterrâneas), um vasto e rico território marítimo (105.000 km² em 270 km de costa), uma biodiversidade excecional que fornece serviços ecos sistémicos a todo o Oeste da África. Quase 10% de seu território é coberto por manguezais, a maior proporção do mundo; 13% (eventualmente 26%) de seu território terrestre e marítimo é um santuário para preservar a biodiversidade; e o arquipélago de Bolama-Bijagós, um sítio natural excecional de 80 ilhas e ilhotas, é reconhecido pela UNESCO MAB (Man & Biosfera) e várias ilhas (bem como locais de terra) são classificadas como RAMSAR (Wetlands of International Importance). Praticamente, a economia da Guiné-Bissau depende inteiramente deste capital natural.

O país tornou-se o quarto maior produtor mundial de castanha de cajú in natura, explorando as características naturais de seu solo. Em média, a produção anual é estimada em 200 mil toneladas.

A análise mostra, no entanto, que ao melhorar a qualidade de sua produção de caju e ao processar localmente parte dela, poderá quadruplicar a receita que obtém deste setor até 2025. Mas acima de tudo, mostra que a Guiné-Bissau tem outros motores reais de crescimento, como a pesca, o agro-negócio, o

turismo e a mineração. O futuro económico da Guiné-Bissau dependerá, portanto, da sua capacidade para assegurar a gestão sustentável dos seus recursos naturais renováveis. (Plano Estratégico da Guiné-Bissau para 2025, Resumo PP. 5-6).

A implementação do RGPH4 irá também ajudar a fortalecer as capacidades humanas, técnicas e logísticas do INE na condução de operações de recolha, processamento, análise de dados demográficos e divulgação de resultados.

A SITUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO PAÍS

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e partilha de Boletim Epidemiológico semanal; • Realização da reunião semanal do balanço das atividades; • Designação de um (1) técnico ponto focal CESC/INASA para seguimento das amostras e dados no laboratório; • Participação e apresentação de dados semanais nas reuniões de COES; • Aderência dos programas ao DHIS2 (Nutrição, Saúde Comunitária); • Encontros de trabalhos com o consultor sobre JEE (Avaliação Externa Conjunta na implementação do RSI 2005); • Designação de três (3) técnicos como pontos focais para S&A nos Serviços de Saúde Comunitária, Nutrição e PAV; • Participação da Área Técnica da Vigilância Epidemiológica no JEE; • Elaboração do plano de contingência para DV Ébola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de viaturas; • Falta da energia elétrica; • Dependência total dos parceiros financeiros; • Insuficiência de combustível para funcionamento do gerador; • Falta de apropriação da BD DHIS2; • Não priorização de RH do INASA para superação de competência; • Não aprovação do PENSIS já elaborado; • Capacidade do internet insuficiente.

Oportunidades

- Apoio da OMS na formação dos profissionais de saúde em VBEC e na supervisão da vigilância de Zika e Outras Doenças Prioritárias e Auditoria de dados de alerta semanais 2019;
- Apoio de Fundo Global e CG-PNDS no fornecimento de Internet;
- Apoio financeiro e técnico de FG/PNUD na realização de reuniões do Comitê de Validação de dados do SIS e do encontro sobre a validação de dados do SIS;
- Apoio do REDISSE II (País) na realização de reuniões de vigilância programática com os DRS e Pontos Focais Regionais da vigilância, na formação no âmbito da saúde única (Saúde humana, animal e ambiental), na realização do JEE, na supervisão no âmbito de projeto REDISSE Regional e na restituição das visitas de supervisão junto ao Presidente do INASA e DGPPS.
- Apoio do projeto GHSA na realização das atividades do VBEC e na supervisão das regiões no âmbito de VIDR.
- Apoio da OMS na elaboração do PANSS;
- Missão da OMS para avaliação rápida do SIS e Vigilância.

Ameaças

- Instabilidade política;
- Choque de competências;
- Falta de política de retenção de pessoal;
- Protagonismos na gestão de informação do Covid-19;
- Existência dos sistemas paralelos/MINSAP-AC.

3. PERFIL DO SISTEMA DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde da Guiné-Bissau está representado num esquema piramidal e dividido em três níveis:

Nível central: estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direções Gerais, os Serviços e Programas Nacionais, o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), a Central de Compras de Medicamentos Essenciais (CECOME), o Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e outros centros nacionais de referência (tais como o centro de saúde mental). A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direções Gerais e de Serviços. O nível central é responsável pela definição das estratégias e políticas nacionais que orientam o nível regional em termos das prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, programação anual e seguimento/avaliação.

Nível regional: é o nível intermediário entre a planificação estratégica do nível central e a implementação técnica das atividades pelo nível local. Tem como função principal, traduzir as políticas nacionais em estratégias e atividades operacionais. Neste nível existe um único órgão de direção de decisão, sendo a Direção Regional de Saúde (DRS). Tem como órgão de suporte e de apoio técnico a Equipa Regional de Saúde (ERS). O nível regional tem forte dependência financeira do nível central. No Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II) a descentralização gradual de poder de decisão para as regiões foi identificada como um objetivo nacional, mas a autonomia de programação e de implementação de atividades não avançou a ser uma realidade.

Nível local: caracterizado pela área sanitária, é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades (PMA) de saúde. Geralmente, os centros de saúde asseguram cuidados, tanto curativos como preventivos, no âmbito do PMA da sua respetiva área sanitária e constituem, por isso, o primeiro nível de atendimento. Por conseguinte, os hospitais regionais servem-lhes de primeira referência. Em termos de gestão do nível local, a generalização da “Iniciativa de Bamako” conduziu à criação de um Comité de Gestão da Área Sanitária que permite a participação da população, através dos seus eleitos, na gestão e definição das prioridades de saúde na sua área de residência.

INFRAESTRUTURAS POR REGIÃO SANITÁRIA

Tabela 1 Infraestruturas por região sanitária

Região	Hospital nacional	Hospital especializado	Hospital regional	Centro de Saúde especializado	Centro de Saúde A	Centro de Saúde B	Centro de Saúde C
Bafatá			1	1	0	2	11
Bijagós	0	0	0	0	1	0	10
Biombo	0	0	1	0	0	1	6
Bolama	0	0	0	0	1	0	4
Cacheu			1	2	1	1	16
Farim	0	0	0	0	0	1	4
Gabu	0	0	1	1	0	1	17
Oio	0	0	1	0	0	1	7
Quinara	0	0	0	0	1	3	9
SAB	1	0	0	3	0	4	5
Tombali	0	0	1	0	0	2	14
TOTAL	1	0	6	7	4	16	103

RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

As evoluções dos rácios de profissionais por 10 000 habitantes têm-se mostrado favoráveis para todos os grupos profissionais exceto para os médicos e técnicos de radiologia (Quadro 2).

Tabela 2. Rácio de habitantes por grupos profissionais, parteiras e técnicos de radiologia

Ano	População	Médico/104h	Enfermeiro/104h	Parteira/104MIF	Tec lab/104h	Tec farm/104h	Tec radiologia/104h	Admin e contabilidade/104h
1997	1 077 100	1,53	3,31	2,83	0,37	0,17	0,52	0,50
2007	1 472 050	1,43	2,30	5,43	0,38	0,16	0,07	0,48
2016	1 743 652	1,22	6,08	2,30	1,00	0,20	0,005	0,75

MIF – mulheres em idade fértil

Utilização dos serviços e intervenções de saúde

Tabela 3: Em termos de utilização dos serviços e intervenções de saúde

Indicadores	Descrição	Valor	Ano da publicação	Fonte
Partos em estruturas de saúde	Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos últimos 2 anos cujo nado-vivo mais recente nasceu numa estrutura de saúde	44	2015	MICS
Percentagem de mulheres de 15-49 anos com um nado-vivo nos últimos 2 anos que foram atendidas por profissional de saúde qualificado durante a última gravidez que resultou em nado-vivo	(a) pelo menos uma vez por profissional da saúde qualificado	92,4	2015	MICS
	(b) pelo menos quatro vezes por qualquer profissional de saúde qualificado	64,9	2015	MICS
Disponibilidade no agregado de mosquiteiros impregnados com insecticida (MIs)	Pelo menos um MI para cada duas pessoas	46,3	2015	MICS
Cobertura da vacinação contra o sarampo (ODM3)	Percentagem de crianças de 12-23 meses que tomaram a vacina contra o sarampo antes do seu primeiro aniversário	81,3	2015	MICS

4. ORGANIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Financiamento do setor pelo Estado

O investimento do Estado na saúde flutua significativamente de ano para ano, nunca ultrapassando os 9% do Orçamento Geral do Estado (OGE), muito aquém do acordo de 15% assumido no âmbito do compromisso de Abuja.

O subfinanciamento do setor da saúde pelo Estado e pelos doadores externos impediu o processo de criação de um Fundo Autónomo destinado ao financiamento da política de gratuidade.

Apesar da limitada dotação orçamental, o MINSAP não consegue executar o seu orçamento integralmente. A execução orçamentária do MINSAP foi de aproximadamente 50% em 2014 e diminuiu para 42% em 2015. A única categoria com altas taxas de execução é geralmente a dos custos de pessoal, o que não reflete necessariamente qualquer priorização do pessoal do setor da saúde. As baixas taxas de execução indicam a capacidade limitada do governo para planear e implementar estrategicamente ações de políticas de saúde a médio e longo prazo.

ACESSO E USO DOS SERVIÇOS

Segundo o PNDS II o acesso aos serviços de saúde está significativamente associado à situação econômica: 75% dos guineenses no quintil mais rico reportam ter recebido algum tipo de assistência médica, vs. 63% no quintil mais pobre. Um padrão semelhante é observado entre as Regiões Sanitárias (RS), nomeadamente, que o nível de pobreza é indicativo da probabilidade de os residentes acederem aos cuidados de saúde. Por exemplo, entre os que vivem na região mais pobre (com base na linha de pobreza moderada), Quinara, somente 60% acederam aos cuidados de saúde quando doente, a menor percentagem no País. Por outro lado, aproximadamente 80% dos que adoeceram em Oio acederam aos serviços de saúde.

Os custos dos cuidados de saúde foram identificados como a principal razão para não os procurar quando necessário. 44% dos inquiridos foram desencorajados a procurar tratamento pelos custos desses cuidados. Em Cacheu (58%), Bissau (51%) e Gabú (51%), a percentagem dos que apresentaram os custos de cuidados de saúde como principal obstáculo à procura de cuidados foi superior à média nacional.

As distâncias dos prestadores dos cuidados ao domicílio dos entrevistados foram apontadas por 10% dos entrevistados como a segunda razão principal para não procurar atendimento quando doente. Quanto a este obstáculo, Quinara (26%), Oio (21%) e Bolama (20%) apresentaram a maior taxa de reclamações.

5. METODOLOGIA

Ferramenta de HAPT

A metodologia das contas de saúde adota os princípios fundamentais do quadro contabilístico do Sistema de Contas de Saúde 2011 (SHA 2011), desenvolvido por uma equipa de especialistas em contas de saúde da OCDE, OMS e Eurostat, chamados de Equipa de Contas Internacionais de Saúde (IHAT)¹.

Esta é uma plataforma harmonizada e integrada para monitoramento e suporte técnico de recolha sistemática de dados sobre as despesas da saúde e que utiliza o aplicativo de produção Health Account Production Tools (HAPT).

O SHA-2011 gera dados consistentes e abrangentes sobre os gastos com a saúde durante um período definido. O manual SHA 2011 introduz uma nova nomenclatura de financiamento na estrutura central da saúde, com componentes estruturais dos sistemas de financiamento de cuidados de saúde, através dos quais os indivíduos acedem aos bens e serviços de saúde, incluindo os pagamentos diretos das famílias, bem como o pagamento por terceiros.

Processo de elaboração de contas 2015-2017

Com o apoio técnico e financeiro da OMS foi criado um comité técnico de dez (10) pessoas envolvendo técnicos do MINSAP, do Instituto Nacional de Estatística e da OMS. Foi realizado um treinamento sobre os conceitos e o uso da ferramenta SHA 2011 com apoio de uma assistência técnica internacional e foi elaborado um plano de trabalho para produzir as contas de saúde. O MINSAP decidiu seleccionar os anos de 2015 a 2017 por considerar que as estruturas do Estado não teriam dados suficientes e fiáveis, pois entre o golpe de estado em 2012 até 2014 houve a retirada maciça dos parceiros técnicos e financeiros do país e uma instabilidade das instituições do Estado.

Uma lista com 72 instituições foi elaborada e dividida entre os membros para visita e coleta dos dados a nível de Bissau. Além disso, quatro (04) equipas de duas (02) pessoas percorreram as oito regiões do país sendo liderados cada um por um técnico do MINSAP.

Em média, cada equipa foi encarregue de duas regiões sanitárias. A recolha de dados foi feita em 14 dias.

RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados foram usados dois tipos de questionários com duas modalidades válidas em ambas questões:

1. Questionário das informações gerais;
2. Questionário das despesas.
 - ✓ Dados foram recolhidos eletronicamente (Excel) e em papel.
 - ✓ Depois da coleta, os dados foram adaptados de acordo com o formato da ferramenta «Health Accounts Production Tool» (HAPT) e posteriormente introduzidos na mesma.

Cada equipa apresentou-se na Direção Regional de Saúde (DRS) e solicitou apoio ao Diretor Regional na confirmação e localização das ONG existentes na região e procedendo depois com a entrega dos questionários.

Na recolha de dados cada equipa trabalhou de acordo com a disponibilidade das entidades (DRS e ONG), realizando visitas a cada instituição nos dias úteis e durante horário normal de trabalhos.

6. CONCEITO DAS CONTAS DE SAÚDE

Finalidade das contas de saúde

As contas de saúde constituem o monitoramento sistemático, abrangente e consistente dos fluxos financeiros no sistema de saúde de um país. Elas são desenhadas para facilitar a implementação bem-sucedida das metas estabelecidas. Os gestores do sistema de saúde são responsáveis para fornecer um pacote ideal de bens e serviços para manter e melhorar a saúde da população, respondendo às suas necessidades e protegendo-os de encargos financeiros injustos.

As contas de saúde rastreiam para um determinado ano todos os recursos que fluem através do sistema de saúde ao longo do tempo e entre os países.

As informações de série temporal das contas de saúde permitem que seja utilizada como uma ferramenta de gestão padronizada para análise de situação, planejamento, monitoramento e avaliação. Isso inclui a avaliação da eficácia de um sistema de saúde, o monitoramento do impacto das reformas de saúde recentemente introduzidas e o relato de mudanças estruturais, bem como desenvolvimentos gerados por novas políticas.

As contas de saúde capturam uma gama de informações contidas nos fluxos de recursos para refletir as principais funções do financiamento da saúde:

- a) mobilização e alocação de recursos;
- b) reagrupamento de riscos e seguros;
- c) compra dos cuidados e distribuição dos benefícios.

Em suma, as contas de saúde medem os fluxos financeiros dos sistemas de saúde nacionais e abordam quatro conjuntos básicos de questões:

- 1) De onde vêm os recursos?
- 2) Para onde vão os recursos?
- 3) Que tipos de serviços e bens compram?
- 4) A quem beneficiam?

7. VOLUME DO FINANCIAMENTO DE SAÚDE

As Contas de Saúde (CS) permitem determinar três principais agregados de despesas da saúde, sendo:

- ✓ Despesas Correntes de Saúde (DCS);
- ✓ Formação Bruta de Capital ou investimento em saúde (HK);
- ✓ Despesas Totais de Saúde (DTS).

As CS medem as despesas da saúde e a sua análise permite uma avaliação rigorosa da forma como os fundos disponibilizados são realmente utilizados.

Por exemplo, os fundos afetados pelo Orçamento Geral do Estado, mesmo sendo direcionados para uma função específica, não são sempre despendidos da forma como inicialmente prevista.

Deve-se ter especial atenção à definição e aos limites das despesas da saúde. Neste relatório são utilizadas definições uniformes de modo a poder comparar as estimações das despesas da saúde e os indicadores resultantes entre países.

Despesas Correntes de Saúde (DCS)

A despesa corrente de saúde é a soma de todas as despesas correntes incorridas pelos financiadores, públicos e privados, para a função de saúde. Esta despesa é dita corrente, pois não inclui as despesas em formação bruta de capital das estruturas prestadoras de cuidados de saúde e dos profissionais liberais. É definida como a despesa de consumo final das unidades residentes com bens e serviços de saúde, incluindo bens e serviços de saúde prestados diretamente a pessoas singulares, bem como serviços de saúde coletivos.

Formação bruta de capital (HK)

São ativos que os prestadores de cuidados de saúde adquirem no decorrer do período de referência e que são utilizados durante mais de um ano para a produção de produtos e serviços de saúde. É definida como a aquisição de ativos produzidos, ou seja, ativos destinados ao uso na produção de outros bens e serviços por um período de um ano ou mais.

É a soma dos valores dos três componentes a seguir:

- ✓ Formação bruta de capital fixo;
- ✓ Mudanças nos estoques; e
- ✓ Aquisições menos alienações de objetos de valor.

Despesas Totais de Saúde (DTS)

As despesas totais incluem as Despesas Correntes de Saúde e a Formação Bruta de Capital das estruturas prestadoras, bem como as despesas ligadas à deficiência e dependência. [1] para o efeito de comparação internacional, utiliza-se frequentemente a relação de Despesas Totais de Saúde e PIB.

A despesa total com saúde era uma abordagem adotada no SHA 1.0 onde somavam-se os dois agregados de “gastas correntes com cuidados de saúde” e “formação bruta de capital” para chegar ao “gasto total com saúde”.

No entanto, o uso do “gasto total em saúde” de forma agregada foi mal interpretado. Com efeito, enquanto as despesas correntes com saúde referem-se ao consumo final, que é a procura de bens e serviços de saúde por parte das famílias, governo e instituições sem fins lucrativos, a formação bruta de capital refere-se à procura de bens de capital pelos prestadores de saúde. Desta forma, os dois agregados não podem ser simplesmente somados, pois se referem a diferentes tempos de consumo, uma vez que a formação de capital permite provisão futura. Por esta razão, para este relatório e seguindo as recomendações do SHA 2011, os dois agregados "gastos correntes com saúde" e "formação bruta de capital em saúde" são analisados separados neste relatório.

Bens de saúde

Apoiando na terminologia económica, os bens são algo úteis que possuem um preço. Em saúde os bens referem-se a consumíveis e dispositivos médicos, como medicamentos, óculos e outros produtos de visão, aparelhos de audição, outros aparelhos ortopédicos como próteses, e todos outros aparelhos médicos duráveis incluindo aparelhos técnico-médicos.

Regimes de financiamento da saúde

Regimes de financiamento de saúde são os principais mecanismos de financiamento pelos quais as populações obtêm os serviços de saúde (público, privado, exterior).

Receita

Uma receita é o aumento dos fundos de um regime de financiamento da saúde, através de mecanismos de contribuição específicos.

As categorias da classificação são tipos de transações particulares através das quais os regimes de financiamento obtêm suas receitas.

8. CATEGORIAS PRINCIPAIS DE ENTIDADES NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Financiamento de cuidados de saúde (HF)

São as unidades-chave para a análise do financiamento do consumo de bens e serviços de saúde, para as quais os dados são coletados de agentes ou provedores de financiamento.

Agentes de financiamento (FA)

São unidades institucionais implementando/ gerenciando esquemas de financiamento e que podem ser unidades do governo, institutos de segurança social, seguradoras privadas, fundos de pensão, instituições não governamentais etc.

Receitas de esquemas de financiamento de cuidados de saúde (FS)

Unidades institucionais da economia que fornecem as receitas dos esquemas de financiamento.

Os fatores de prestações (FP)

Os fatores de prestações de cuidados são os insumos (inputs) utilizados pelo prestador para produzir os bens e serviços de saúde. O fator de prestação representa o valor total de recursos (em espécie ou em numerário) utilizados na produção de bens e serviços de saúde, e são divididos em:

- ✓ Prestadores primários: a atividade principal consiste no fornecimento de bens e serviços médicos (clínicas, centros de saúde, farmácias, etc.);
- ✓ Prestadores secundários: fornecem, além de suas atividades principais, serviços de saúde (supermercados com prateleiras de produtos farmacêuticos, serviço de saúde das prisões, etc.)

Funções de cuidados de saúde (HC)

As funções de cuidados de saúde incluem tipos de bens, de serviços e de atividades realizadas no âmbito das contas de saúde, por exemplo cuidados de hospitalização, cuidados ambulatoriais, produtos farmacêuticos, etc. Em termos contabilísticos, a função se relaciona com o tipo de necessidade que uma transação ou um grupo de transações visam satisfazer. As transações, em termos de despesas, abordam a questão: que tipo de serviço, produto ou atividade?

Transferências estrangeiras

Transferências estrangeiras são receitas financeiras estrangeiras diretamente atribuídas à saúde. Essas receitas são normalmente doações de agências internacionais, Governos estrangeiros, ou transferências voluntárias de ONG estrangeiras ou doações privadas que contribuem diretamente para o financiamento de regimes de financiamentos da saúde nacionais.

As transferências de rendimentos do governo (OGE)

As transferências de rendimento do governo são fundos de rendimento nacional da administração pública para o financiamento da saúde. Um país cujo governo é descentralizado pode sentir a necessidade de enfatizar o papel desempenhado pelo governo central e local, a destinação de lucro para cuidar do esquema de financiamento.

As Fontes Primárias de Dados são uma coleção da Administração de questionários bem estruturados respeitando um plano de amostragem estabelecida.

As Fontes Secundárias de Dados: são dados administrativos, dados secundários são obtidos de:

- ✓ Relatórios de execução orçamental do governo;
- ✓ Relatórios de atividades das estruturas públicas;
- ✓ Documentos contabilísticos dos prestadores de serviços de saúde das estatísticas alfandegárias;
- ✓ Relatórios de recenseamentos e inquéritos por amostragem de bases de dados dos institutos de estatísticas e instituições internacionais.

9. RESULTADOS

Tabela 4: Despesas em Saúde 2015, 2016 e 2017

Total de despesas em saúde 2015, 2016 e 2017						
Designação	2015		2016		2017	
	Valor	%	valor	%	valor	%
Despesas Correntes de Saúde (DCS)	54 676 644 327,32	99%	58 863 456 059	99%	56 103 949 991	97%
Formação Bruta de Capital (HK)	605 233 395,01	1%	612 964 199,9	1%	1 498 135 700	3%
Formação e Pesquisas (KHR)	123 605 980,03	0%	193 206 353	0%	179 379 664,9	0%
Despesas totais de saúde (DTS)	55 405 483 702,36	100%	59 669 626 612	100%	57 781 465 356	100%

Analisando a Tabela 4, pode-se observar que as DCS de 2015, 2016 e 2017, representaram entre 97 e 99% das despesas totais de saúde (DTS). De referir que a Formação Bruta de Capital foi de 3% em 2017, representando um aumento de 2% em relação a 2016.

DESPESAS CORRENTES DE SAÚDE

Dimensão do Financiamento

A dimensão de financiamento permite analisar a mobilização dos recursos para a compra de cuidados e serviços de saúde.

Análise do financiamento por Unidades de Financiamento (FS.RI)

As Unidades de Financiamento da saúde (FS.RI) são instituições geradoras de receitas, disponibilizadas aos Regimes de Financiamentos (HF) que se encarregam da sua gestão. Esta categoria de Unidades de Financiamento permite analisar as transações oriundas destas entidades. São incluídas nesta classificação as seguintes instituições: o estado (o governo), as famílias e o resto do mundo (fundos provenientes de todas as unidades não residentes para o financiamento da saúde em benefício dos residentes).

Tabela 5: Despesas por Unidade Institucional 2015, 2016 e 2017

Despesas por Unidade Institucional 2015 - 2016 - 2017						
Instituições	2015		2016		2017	
	Valor	%	valor	%	Valor	%
Governo	3 664 037 719,67	6,61%	4 125 552 424,71	6,91%	4 410 340 183,73	7,63%
Família	37 078 505 579,56	66,92%	39 688 525 934,55	66,51%	40 879 181 712,58	70,75%
Resto do Mundo	14 662 940 403,13	26,46%	15 855 097 874,52	26,57%	12 490 944 052,52	21,62%

Os dados da Tabela 5 indicam que, das três fontes de financiamento, a família foi o maior financiador de saúde em 2015, 2016 e 2017, contribuindo com 66,92%, 66,51% e 70,75%, das despesas totais, respectivamente. Depois das famílias, o segundo maior contribuinte é o resto do mundo quer dizer apoio externo, com 26,46%, 26,57% e 21,62% das despesas totais. Em último lugar, o Governo é o menor contribuinte ao setor, com 6,61%, 6,91% e 7,63% das despesas totais. Merece comentar que estas contribuições do estado são menores dos 15% que o Governo se engajou a contribuir no Acordo de Abuja de 2001.

Análise das Receitas dos Regimes de Financiamento (FS)

As receitas correspondem a uma acumulação de fundos de um regime de financiamento de cuidados, através de mecanismos de contribuição específicos. As categorias desta nomenclatura correspondem aos diferentes tipos de transações através dos quais os regimes de financiamento mobilizam as suas receitas.

A classificação das receitas dos regimes de financiamento fornece informações exaustivas sobre a mobilização dos fundos no sistema de saúde, permitindo analisar a contribuição dos intervenientes em cada regime de financiamento e refletindo melhor os mecanismos atuais de financiamento do setor de saúde.

Tabela 6 Receitas dos Regimes de Financiamento 2015-2016-2017

Receitas dos regimes de financiamento 2015 - 2016 - 2017 (milhares de Franco Cfa)						
Receitas	2015		2016		2017	
	valor milhoes	%	valor	%	valor	%
Tranferencias das receitas domesticas do Governo (para saude)	3 664,04	7%	3 575,88	6%	4 254,01	7%
Tranferencias distribuidas pelo Governo de origem externa(doador)	7 842,74	14%	12 359,66	21%	10 850,21	19%
Pre-pagamento voluntario		0%	0,45	0%	1,00	0%
Outras receitas domesticas n.e.c.	38 741,44	70%	39 688,53	67%	40 879,18	71%
Tranferencias externas directas	5 157,26	9%	4 045,11	7%	1 797,07	3%
Total	55 405,48		59 669,63		57 781,47	100%

Em 2015, 2016 e 2017, as receitas domésticas públicas para a saúde corresponderam, em média, á 7% das DTS, registando crescimentos de 1% entre 2016 e 2017. As outras receitas internas, provenientes do pagamento direto das famílias, das contribuições das empresas e das ONG, representaram 71%, em 2017, um aumento de 4% em relação a 2016.

Segundo a Tabela 6, as transferências de origem externa (bilaterais, multilaterais ou outros tipos de financiamento) distribuídas pelo Governo oscilou entre 2015 e 2017, tendo aumentado em 2016, mas, diminuído em 2017.

Análise das despesas por Regimes de Financiamento (HF)

Considerado alicerce da estrutura funcional do sistema de financiamento de saúde, o regime de financiamento de saúde define-se como os principais mecanismos ou meios de financiamento através dos quais a população tem acesso aos cuidados de saúde junto dos prestadores, seja de forma individual ou coletiva. Destacam-se os mecanismos de pagamento direto das famílias e pagamentos através de terceiros, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde (gratuidade dos serviços de saúde), a Segurança Social e o Seguro Privado. Esta vertente encontra-se intimamente ligada às outras estruturas organizacionais do sistema de financiamento, permitindo ter informações referentes às seguintes questões:

- ✓ Quem é o financiador do regime? – Todos os que, de uma maneira ou de outra, desempenham a função de provedor de receitas para o Regime de Financiamento, inclusive as famílias.
- ✓ Qual é o tipo de receita do regime de financiamento? - O tipo de receita consiste na discriminação do financiamento a cada regime de financiamento, ao mesmo tempo que se mede o seu valor. Têm-se, como exemplo de tipo de receitas, as contribuições para a Segurança Social e o pagamento direto das famílias.

A classificação dos regimes de financiamento deve ser feita segundo alguns critérios específicos, tais como: o modo de participação ou cobertura (automática, obrigatória ou voluntária), as condições gerais ou regras básicas para aceder aos cuidados de saúde nos diferentes regimes de financiamento (regimes contributivos, não contributivos ou discricionários) e o método de captação das receitas (obrigatório ou voluntário).

Tabela 7: Esquema de Financiamento

Esquema de financiamento 2015 - 2016 - 2017 (milhoes de Franco Cfa)						
Receitas	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saude obrigatorias e	7 416,82	13%	6 817,71	11%	7 004,45	12%
Esquemas de pagamento de cuidados de saude Voluntarios	4 567,39	8%	6 948,16	12%	3 201,75	6%
Pagamentos directos das familias	37 078,51	67%	39 688,53	67%	40 879,18	71%
Esquemas de financiamento do resto do Mundo (não-residentes)	6 342,77	11%	6 215,23	10%	6 696,08	12%

Os pagamentos diretos das famílias constituem o primeiro maior regime de financiamento da saúde, representando 67% das DTS, em 2015 e 2016. Esta despesa teve, em 2017, um aumento de 4%, passando de 39.688,53 milhões de Franco Cfa em 2016, para 40.879,18 milhões de Franco Cfa em 2017, conforme apresentado na Tabela 7.

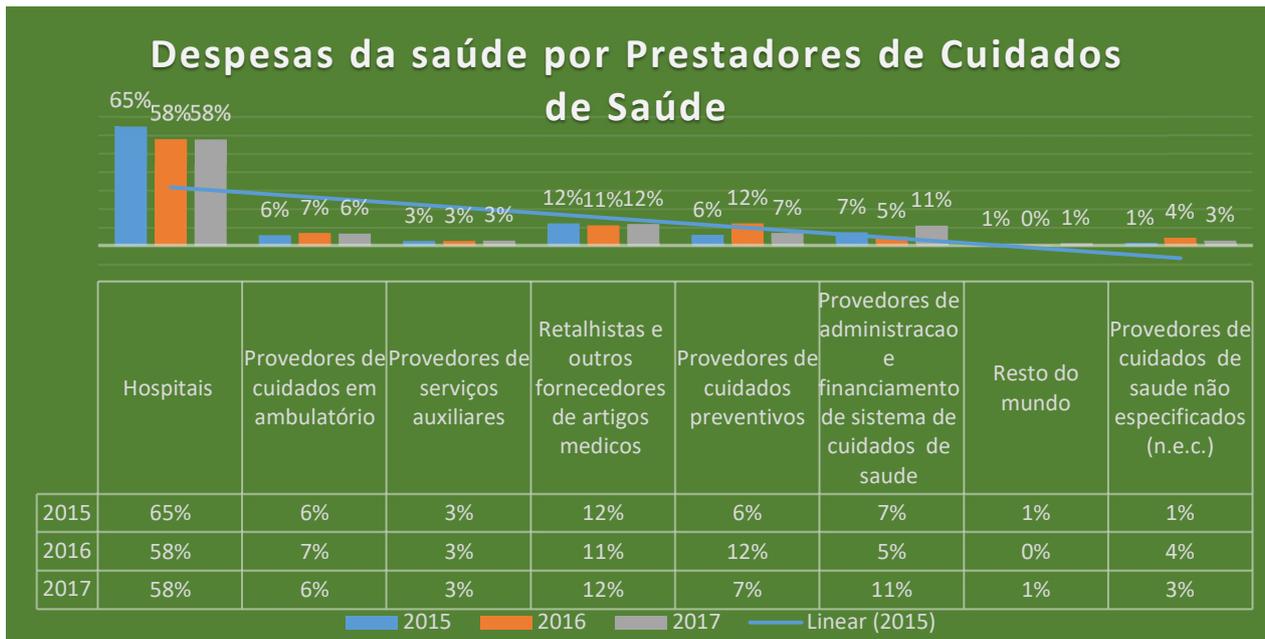
Análise da Dimensão Prestador

Despesas da saúde por Prestadores de Cuidados de Saúde (HP)

Os prestadores de cuidados de saúde incluem todas as estruturas e organizações que fornecem produtos e serviços de saúde à população, inclusive aqueles cujos fornecimentos de produtos de saúde não constituem a sua atividade principal. O SHA 2011 distingue duas categorias de prestadores de cuidados de saúde:

1. **Os prestadores primários:** aqueles cuja atividade principal consiste na oferta de produtos ou serviços de saúde, por exemplo, hospitais, centros de saúde, clínicas, farmácias, etc.
2. **Os prestadores secundários:** os prestadores que, além de suas atividades principais, fornecem também produtos ou serviços de saúde, por exemplo, supermercados que vendem produtos farmacêuticos, serviços de saúde das prisões, etc. É importante realçar que existem estruturas que realizam atividades sanitárias e que, no entanto, não fornecem seus produtos e serviços diretamente aos pacientes; isto trata-se das organizações que fazem promoção em saúde, pesquisa e desenvolvimento sanitário, bem como outras atividades relacionadas. Essas estruturas não são consideradas prestadores primários nem secundários; encontram-se inscritas na classificação como prestadores de serviços não especificados (outras indústrias).

Gráfico 1: Despesas da saúde por Prestadores de Cuidados de Saúde (em milhões franco CFA), 2015, 2016 e 2017



Analisando a repartição das despesas por prestadores de cuidados de saúde (HP), as despesas dos hospitais representam em média 60% das DTS, sendo o maior contribuinte em relação as outras categorias de prestadores, que não ultrapassam 12% das DTS. Seguidos dos hospitais os retalhistas e outros fornecedores de produtos médicos, representam em média 11,67% das DTS. A gestão dos fundos dos parceiros para as instituições aumentou de 7% em 2015 para 11% em 2017.

Tabela 8: Despesas de Saúde por Fatores de Produção de Cuidados (FP)

Despesas da saúde por Fatores de Prestação (em milhões de franc cfa)						
	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
Compensações aos trabalhadores(salario)	8 413,63	15%	8 934,41	15%	8 450,75	15%
Remuneração profissional de trabalhadores por conta propria	39,28	0%	4,95	0%	0,64	0%
Materiais e serviços utilizados	46 946,47	85%	50 708,43	85%	49 316,16	85%
Outros itens de despesa nos insumos	6,10	0%	21,84	0%	13,91	0%
Total	55 405,48	100%	59 669,63	100%	57 781,47	100%

Na tabela das despesas da saúde por fatores de produção de cuidados (Tabela 8), pode observar-se que a rubrica de materiais e serviços utilizados representa 85% das DTS.

Análise da dimensão de consumo

Segundo as Funções de Cuidados de Saúde (HC)

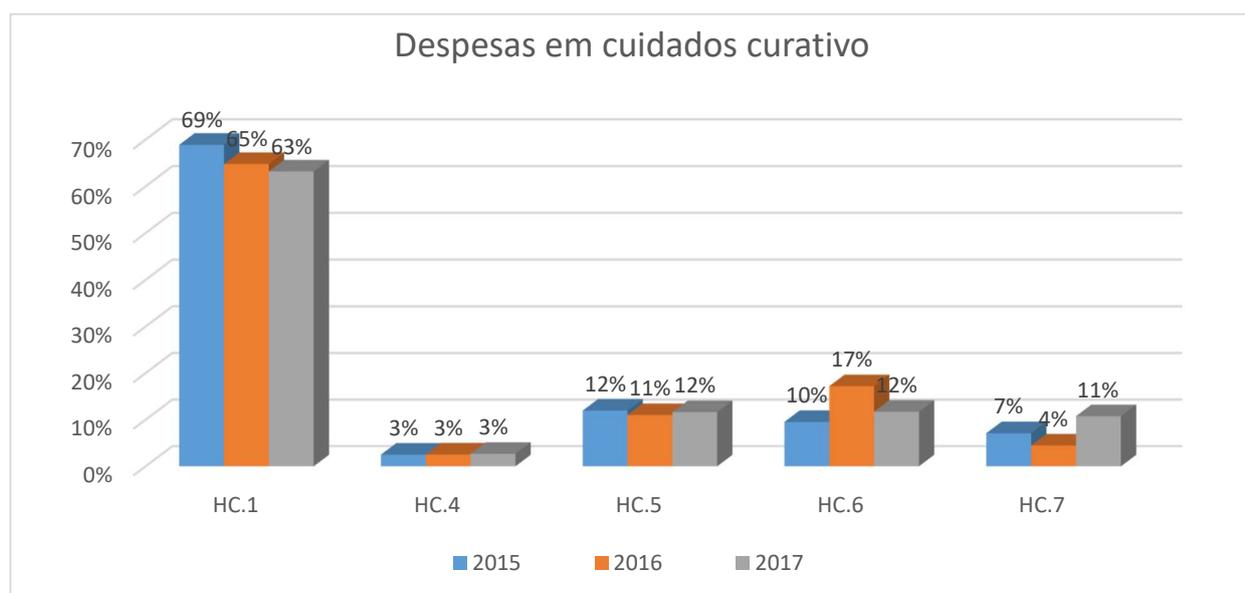
As funções de cuidados de saúde correspondem ao tipo de necessidades que uma transação ou um grupo de transações visam satisfazer. Em outras palavras, discriminam a natureza dos bens e serviços transacionados a fim de medir os respetivos consumos, tendo em vista as suas funções. Esta classificação permite:

O agrupamento de bens e serviços de saúde por finalidade (cuidados curativos, preventivos, administração da saúde, etc.);

O cruzamento destes grupos de bens e serviços com outras classificações relevantes das Contas de Saúde (regimes de financiamento, prestador, etc.);

A construção de indicadores importantes como, por exemplo, as despesas em atividades de prevenção e as despesas em cuidados curativos (de internamento ou ambulatoriais). Pode-se também construir indicadores através do cruzamento da classificação das funções de cuidados de saúde com informações sobre prestação ou financiamento, tais como a repartição das despesas dos prestadores ou despesas público-privadas por tipo de cuidados de saúde

Gráfico 2: Repartição das despesas por função de cuidados de saúde



Tendo em conta os dados representados no Gráfico 2, observa-se que, ao longo dos três anos, os cuidados curativos representam o maior peso nas DTS, com 69% em 2015, 65% em 2016 e 63% em 2017,

evidenciando uma pequena diminuição entre 2015 e 2017, seguidos dos artigos médicos que variam entre os 11% e 12% nas DTS.

Funções (HC) por Prestadores de Cuidados de Saúde

Tabela 9: Repartição das Despesas por Função de Cuidados nos Hospitais

Repartição das Despesas por Função de Cuidados nos Hospitais (em milhões de francos cfa)						
Funções	2015		2016		2017	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Hospitais	36 008,86	85%	34 747,31	76%	33 492,23	81%
Provedores de cuidados em ambulatório (Centro de Saúde)	3 126,02	7%	4 070,32	9%	3 729,09	9%
Provedores de cuidados preventivos	3 211,30	8%	7 143,22	16%	3 943,53	10%
Total	42 346,18	100%	45 960,85	100%	41 164,85	100%

As despesas por funções e por prestadores de cuidados de saúde, verifica-se que, ao longo do período em apreço, tanto os hospitais como os Provedores de Cuidados Ambulatório (centros de saúde) gastaram mais em cuidados curativos e preventivos.

De 2015 a 2017, as despesas em cuidados curativos de internamento e ambulatório representaram, em média, 90% das despesas dos hospitais. Os cuidados preventivos corresponderam, em média 10% das despesas dos cuidados nos hospitais. (Tabela 9).

Por outro lado, nos centros de saúde, nota-se que as despesas em cuidados curativos ambulatoriais representam 7% em 2015 e 9% em 2016 e 2017 respetivamente. As despesas em cuidados preventivos caíram de 16% em 2016 para 10% em 2017.

Despesas de saúde por região sanitárias

Esta classificação agrupa todas as despesas em saúde efetuadas nas regiões sanitárias segundo o PNDS II. Relativamente á despesa total por região, permite atribuir a cada um valor percentual em relação ao consumo total do país. São vários os fatores que condicionam a variação das despesas entre regiões, sendo a densidade populacional o fator que mais potencializa esta diferença.

Gráfico 3: Despesas de Saúde por Região Sanitária

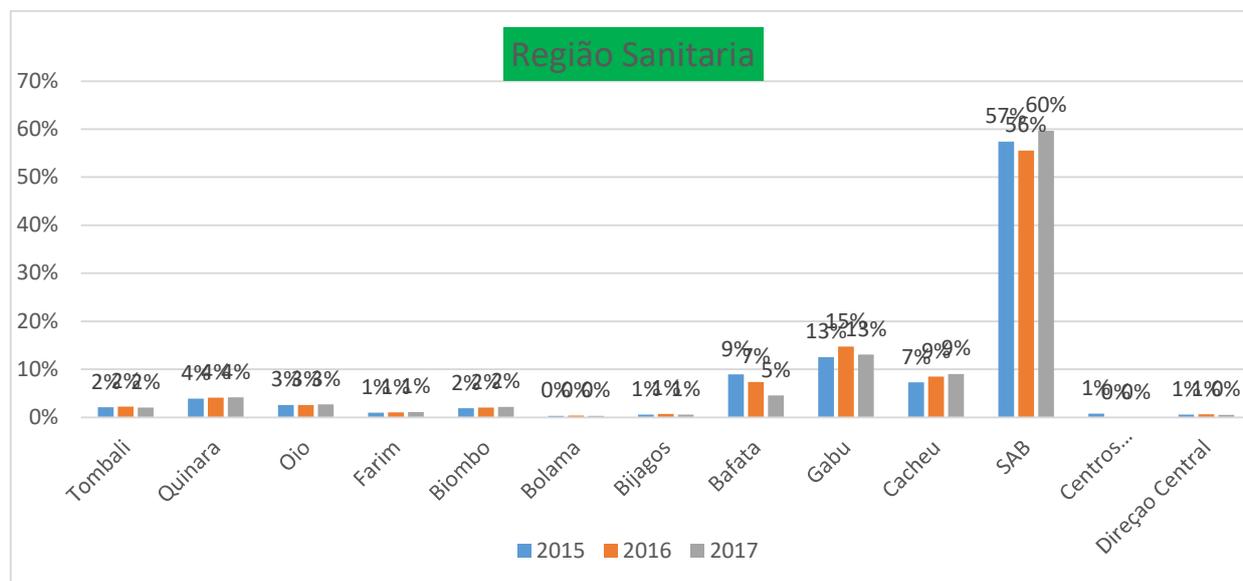


Tabela 10: Despesas de Saúde por Região Sanitária

Despesas da saúde por região sanitariaPNSII (em milhões de Fcfa)						
Região Sanitaria	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
Tombali	1 156,05	2%	1 328,51	2%	1 195,35	2%
Quinara	2 158,87	4%	2 459,51	4%	2 411,51	4%
Oio	1 433,50	3%	1 531,03	3%	1 554,68	3%
Farim	556,02	1%	631,91	1%	632,41	1%
Biombo	1 079,13	2%	1 214,06	2%	1 264,54	2%
Bolama	163,32	0%	236,12	0%	189,86	0%
Bijagos	329,04	1%	427,85	1%	330,28	1%
Bafata	4 967,49	9%	4 400,12	7%	2 654,24	5%
Gabu	6 948,62	13%	8 804,59	15%	7 550,72	13%
Cacheu	4 038,48	7%	5 082,03	9%	5 230,71	9%
SAB	31 794,29	57%	33 154,91	56%	34 480,41	60%
Centros Especializados	441,69	1%				0%
Direção Central	338,99	1%	399,0008	1%	286,76641	0%
Total	55 405,48	100%	59 669,63	100%	57 781,47	100%

Como se pode verificar na tabela 10, SAB foi a região com maior peso no que tange às despesas da saúde, com percentagem de 57%, 56% e 60% nos anos de 2015, 2016 e 2017 respetivamente, representando mais de metade das despesas totais em saúde do país. A região de Gabu aparece em segunda posição com a média de 13% das despesas totais. Em último lugar, com o menor peso, aparece o Bolama com percentagem de 0,05%, 0,02% e 0,004% para os anos de 2015, 2016 e 2017 respetivamente. Esta ordem corresponde mais ou menos à densidade da população de cada região.

10. DESPESAS EM INVESTIMENTO

Na formação bruta de capital, houve um aumento considerável na rubrica de infraestruturas, passando de 57% em 2015 para 95% em 2017, representando o maior peso das despesas.

Tabela 11: Formação Bruta de Capital

Despesas por Formação bruta de capital			2015		2016		2017	
			valor	%	valor	%	valor	%
HK.1			604,23		612,96		1498,14	
HK.1.1	Formação bruta de Capital fixo		604,23	100%	612,96	100%	1498,14	100%
HK.1.1.1	Infraestruturas		341,96	57%	483,25	79%	1427,62	95%
HK.1.1.1.1	Edifícios residenciais e não residenciais		294,12	86%	389,58	81%	254,01	18%
HK.1.1.1.2	Outras estruturas		47,84	14%	93,67	19%	1173,61	82%
HK.1.1.2	Maquinaria e equipamento		262,28	43%	129,71	21%	70,52	5%
HK.1.1.2.1	Equipamento medico		23,47	9%	21,63	17%		0%
HK.1.1.2.2	Equipamento de transporte		156,69	60%		0%	32,9	47%
HK.1.1.2.3	Equipamento de ICT		44,61	17%	30,89	24%		0%
HK.1.1.2.4	Maquinaria e equipamento (n.e.c.)		37,50	14%	77,2	60%	37,62	53%

Ao nível dos investimentos realizados pelos prestadores de cuidados de saúde, em 2017 foram executados 1.173,61 milhões de Fcfa para reabilitação dos Centros de Saúde, que representa mais de 90% das despesas de infraestruturas.

Tabela 12: Conta de Capital por Provedores de Cuidados de Saúde

Provedores de Cuidados de Saude		HP.1	HP.6	HP.7	tudo HP
<i>CFA Francs (XOF), Milhões</i>		Hospitals	Provedores de cuidados preventivos	Provedores de administração e financiamento de sistema de	
Conta de capital					
HK.1	Formação bruta de capital	254,01	1 220,62	23,51	1 498,14
HK.1.1	Formação bruta de Capital fixo	254,01	1 220,62	23,51	1 498,14
HK.1.1.1	Infraestruturas	254,01	1 173,61		1 427,62
HK.1.1.1.1	Edifícios residenciais e não residenciais	254,01			254,01
HK.1.1.1.2	Outras estruturas		1 173,61		1 173,61
HK.1.1.2	Maquinaria e equipamento		47,01	23,51	70,52
HK.1.1.2.2	Equipamento de transporte		32,90		32,90
HK.1.1.2.4	Maquinaria e equipamento (n.e.c.)		14,11	23,51	37,62
tudo HK		254,01	1 220,62	23,51	1 498,14

Repartição das despesas por faixa etária

Tabela 13: Repartição das despesas de saúde por faixa etária

Despesas por Faix Etaria			2015		2016		2017	
			valor	%	valor	%	valor	%
AGE.1	< 5 anos	15201,16	27%	14649,98	25%	14 828,84	26%	
AGE.2	≥ 5 anos	40204,32	73%	45019,65	75%	42 952,62	74%	
	AGE.2.1 5-12 anos	11279,87	28%	11950,38	26,5%	11 882,06	28%	
	AGE.2.2 13-49 anos	20446,27	51%	23668,5	52,6%	21 900,48	51%	
	AGE.2.3 ≥ 50 anos	8478,18	21%	9400,76	20,9%	9 170,08	21%	
Total		55405,5	100%	59669,6	100%	57 781,47	100%	

De acordo com a Tabela 13, as crianças menores de 5 anos beneficiaram de 27%, 25% e 26% das despesas de saúde em 2015, 2016, e 2017 respetivamente, enquanto as crianças maiores de 5 anos beneficiaram em média de 27,33% das despesas em saúde. As idades compreendidas entre 13 e 49 anos beneficiariam em média 51,33% das despesas de 2015-2017.

Tabela 14: Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa (doações)

Receitas dos regimes de financiamento 2015 - 2016 - 2017 (milhares de Franco Cfa)						
Receitas	2015		2016		2017	
	valor milhoes d	%	valor	%	valor	%
Transferencias das receitas domesticas do Governo (para saude)	3 664,04	7%	3 575,88	6%	4 254,01	7%
Transferencias distribuidas pelo Governo de origem externa(doador)	7 842,74	14%	12 359,66	21%	10 850,21	19%
Pre-pagamento voluntario		0%	0,45	0%	1,00	0%
Outras receitas domesticas n.e.c.	38 741,44	70%	39 688,53	67%	40 879,18	71%
Transferencias externas directas	5 157,26	9%	4 045,11	7%	1 797,07	3%
Total	55 405,48		59 669,63		57 781,47	100%

A Tabela 14 ilustra as transferências de origem externa distribuídas pelo Governo, durante os anos 2015, 2016, 2017, que correspondem a 7 842,74 milhões de Fcfa (14%), 12 359,66 milhões de Fcfa (21%) e 10 850,21 milhões de Fcfa (19%) respetivamente.

O apoio externo ultrapassou as transferências das receitas domésticas do Governo em todos os três anos. Constatamos, mais uma vez, que o maior pagador de serviços de saúde são entidades domésticas (famílias), situando-se entre os 67 e 71% das receitas totais no período de 2015 a 2017.

Tabela 15: Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais (ONG)

	Classificação de doenças/condições	DIS.1	DIS.2	DIS.3	DIS.4	DIS.5	Tudo DIS	
Agentes Financeiros	<i>CFA Francos (XOF), Milhões</i>	Doenças infecciosas e parasitoses	Saúde Reprodutiva	Deficiências nutricionais	Doenças não Transmissíveis	Trauma		
FA.1	Governo Geral	3 712,93	833,84	986,21	1 210,43	70,99	6 814,39	11%
FA.2	Companhias de Seguros	0,45					0,45	0%
FA.4	Instituições não lucrativas servindo as famílias (NPISH-ONG)	3 879,29	2 883,51	69,71	72,04	46,48	6 951,03	12%
FA.5	Famílias	39 688,53					39 688,53	67%
FA.6	Resto do Mundo	1 268,33	2 504,71	0,26	1 831,39	610,55	6 215,23	10%
Tudo FA		48 549,53	6 222,06	1 056,18	3 113,85	728,01	59 669,63	1

Tabela 15 ilustra o financiamento de saúde pelas organizações não governamentais (ONG). As ONG contribuíram com **6.951,03 milhões de Francos CFA** nas despesas totais de saúde em 2017, equivalente a 12% das despesas correntes de saúde. As despesas das ONG foram essencialmente orientadas para a luta contra as doenças infecciosas e parasitárias com **3.879,29 milhões de Franco cfa** e a saúde reprodutiva com **2.883,51 milhões de Franco Cfa**.

contribuição das ONGs (em milhões de Fcfa)						
contribuição da ONGs	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
Instituições não lucrativas servindo as famílias (NPISH-ONG)	3 136,13	51%	1 590,13	26%	1 432,90	23%

FINANCIAMENTO DOMÉSTICO DA SAÚDE 2015- 2016-2017

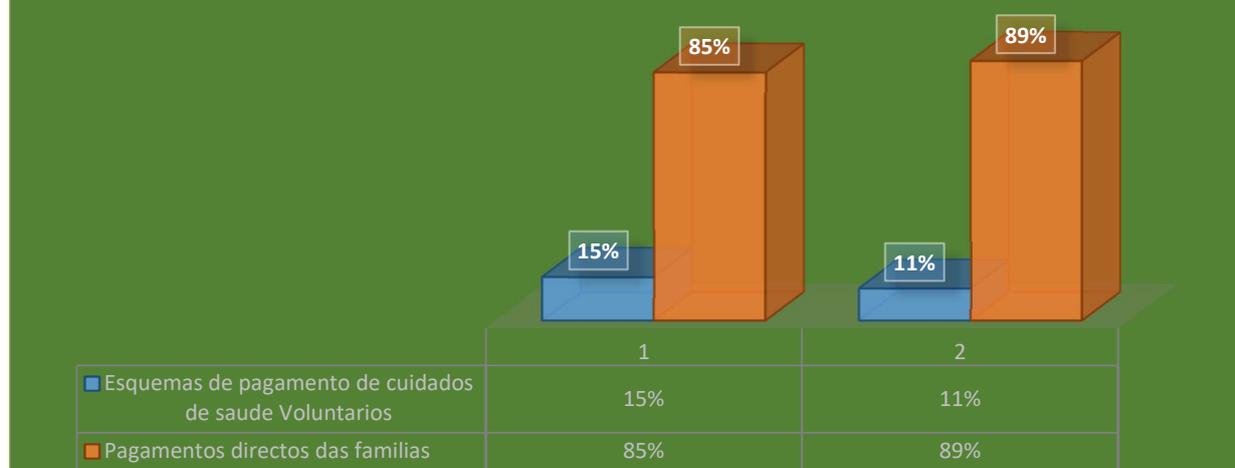


Gráfico 4: Financiamento Doméstico em Saúde

Tabela 16: Financiamento Doméstico em Saúde

Financiamento doméstico da saúde	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
Esquemas de pagamento de cuidados de saúde Voluntários	6 948,16	15%	4 567,39	11%	3 201,75	7%
Pagamentos directos das famílias	39 688,53	85%	37 078,51	89%	40 879,18	93%
Total	46 636,68	100%	41 645,89	100%	44 080,94	100%

Os recursos provenientes das famílias, a participação dos agregados familiares nas despesas de saúde se eleva à 39 688.53 milhões de Francos CFA em 2015, ou seja, 85% das despesas correntes de saúde, e 66% das despesas totais de saúde. Este montante inclui os pagamentos diretos e as despesas efetuadas pelos mecanismos de seguros.

O Gráfico 4 e a tabela 16 ilustram que os pagamentos diretos representam 85% das despesas totais dos agregados familiares e 15% são de esquema de financiamento aos cuidados de saúde obrigatórios e contributivos. A parte das despesas das famílias em saúde é relativamente elevada em alguns países, sobretudo nos países em desenvolvimento e de desenvolvimento médio. Consequentemente, muitas famílias se acham expostas aos riscos de despesas de saúde catastróficas e de pauperização. A implementação de um sistema de proteção social para os cuidados de saúde nestes países progride lentamente. Na Guiné-Bissau, as despesas das famílias em saúde são ainda elevadas. Define-se o pagamento direto das famílias como os pagamentos, formais ou informais, efetuados pelas famílias no momento da prestação dos cuidados de saúde, aos prestadores privados e públicos, que não serão

reembolsados por terceiros como, por exemplo, um organismo de seguro doença que é muito pouco. Os pagamentos indiretos incluem as contribuições aos mecanismos de proteção social e outros.

Despesas por doenças (DIS)

No que concerne à repartição das despesas por doença, se verifica que o paludismo representa o maior peso, no que se refere às doenças infecciosas e parasitárias, entre 49% e 54% nos três anos 2015-2017. As doenças diarreicas representam o segundo maior peso das doenças infecciosas e parasitárias, com 24-25% em 2015, 2016 e 2017 e o VIH/SIDA ocupa o terceiro lugar com 11% em 2016. O VIH é a segunda doença mais financiada pelo Fundo Mundial.

Tabela 17: Doenças infecciosas e parasitoses

Doenças infecciosas e parasitoses /TOTAL		2015		2016		2017	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%
		49 178,30	100%	53 320,53	100%	53 089,07	100%
DIS.1.1	HIV/AIDS e Doenças Sexuais	4 046,37	8%	5 605,39	11%	2 619,71	5%
	HIV/AIDS e doenças oportunistas	692,81		834,39		270,71	
	HIV/AIDS	3 114,85		4 998,61		2 587,93	
	Co-infecção TB (VIH/TB)	453,97		606,77		31,77	
DIS.1.2	Tuberculose	477,55	1%	656,77	1%	3 679,48	7%
	Tuberculose pulmonar	387,37		551,81		3 567,54	
	Tuberculose pulmonar não especificada	387,37		551,81		3 567,54	
	Tuberculose não especificada	90,18		104,95		111,94	
DIS.1.3	Malaria	22 269,28	45%	26 039,69	49%	24 804,96	47%
DIS.1.4	Infecções Respiratórias	775,30	2%	52,94	0%	57,40	0%
DIS.1.5	Doenças diarreicas	11 261,51	23%	11 596,77	22%	11 978,84	23%
DIS.1.6	Doenças Tropicais Negligenciadas	0,00	0%	3,75	0%	0,00	0%
	Lepra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Outras Doenças Tropicais Negligenciadas	1 299,16	0,03	3,75	0,00	0,00	0,00
DIS.1.7	Doenças evitáveis por vacinação	1 014,28	2%	834,80	2%	1 159,46	2%
DIS.1.9	Doença por Virus EBOLA (DM)	1,62	0%	0,33	0%	1,87	0%
DIS.1.nec	Outras doenças, e doenças não especificadas	8 033,23	16%	8 530,09	16%	8 787,35	17%

Tabela18: Despesas por doenças (DIS)

Classificação das Doenças /Condição	2015		2016		2017	
	valor	%	valor	%	valor	%
DIS. 1 Doenças infecciosas e parasitoses	45 824,75	83%	48 549,53	81%	50 740,07	88%
DIS. 2 Saude Reprodutiva	3 273,94	6%	6 222,06	10%	4 275,80	7%
DIS. 4 Deficiências nutricionais	1 071,07	2%	1 056,18	2%	1 033,40	2%
DIS. 5 Doenças não Transmissíveis	4 228,60	8%	3 113,85	5%	1 513,39	3%
DIS. Trauma	1 007,12	2%	728,01	1%	218,81	0%
tudo DIS	55 405,48	100%	59 669,63	100%	57 781,47	100%

Tabela 19: Despesas de doença por sexo

Classificação de doenças/condições	2015						2016						2017					
	Feminino		Masculino		TOTAL		Feminino		Masculino		TOTAL		Feminino		Masculino		TOTAL	
	Valor	%	valor	%	valor	%	Valor	%	valor	%	valor	%	Valor	%	valor	%	valor	%
Doenças infecciosas e parasitoses	22 576,49	80%	23 248,27	86%	45 824,75	83%	23 824,92	77%	24 724,61	86%	48 549,53	81%	25 007,23	84%	25 732,83	92%	50 740,07	88%
Saude Reprodutiva	2 621,00	9%	652,94	0,02	3 273,94	6%	4 663,99	15%	1 558,07	5%	6 222,06	10%	3 300,38	11%	975,41	3%	4 275,80	7%
Dificiencias nutricionais	519,47	2%	551,60		1 071,07	2%	501,30	2%	554,88	2%	1 056,18	2%	501,20	2%	532,20	2%	1 033,40	2%
Doenças não	2 053,77	7%	2 174,83		4 228,60	8%	1 499,03	5%	1 614,82	6%	3 113,85	5%	808,10	3%	705,29	3%	1 513,39	3%
Trauma	488,45	2%	518,66		1 007,12	2%	345,78	1%	382,22	1%	728,01	1%	130,09	0%	88,72		218,81	0%
	28 259,18	51%	27 146,30	49%	55 405,48	100%	30 835,02	52%	28 834,60	48%	59 669,63	100%	29 747,01	51%	28 034,46	49%	57 781,47	100%

11.

12. DIFICULDADES

Durante o processo de elaboração de CS a equipa deparou com dificuldades de várias ordens, nomeadamente:

- Recursos humanos dedicados à produção de CS insuficientes;
- Frequente mobilidade de pessoal;
- Não existência recursos internos (orçamento do estado);
- Ausência de uma estrutura institucional para o relato sistemático de dados financeiros do setor privado (ONG, empresas);
- Persistência de dificuldades de acesso às informações: dados de agregados familiares, empresas privadas e PTF;
- Inexistência de estudos de custo de patologia para refinar as chaves de alocação.
- Falta de anuário estatístico;

13. DESAFIOS

Os principais desafios identificados para a continuidade do exercício de elaboração de CS são:

- ✓ Melhorar o acesso às informações de todos os intervenientes do setor da saúde (setor público, privado e PTF);
- ✓ Obter recursos materiais e financeiros necessários para a continuidade do exercício de elaboração de CS;
- ✓ Disseminar as informações do relatório ao mais alto nível;

14. RECOMENDAÇÕES

As recomendações a seguir foram formuladas por intervenientes no setor da saúde:

Estado:

- ✓ Garantir financiamento regular e sustentável para a elaboração de CS por meio da criação, alocação e uso de uma linha orçamental no OGE;
- ✓ Considerar os resultados das Contas de Saúde no seguimento de compromissos e formulação de políticas e estratégias;
- ✓ Desenvolver, através dos decisores políticos de saúde, mecanismos alternativos de financiamento de saúde para aliviar o fardo económico suportado pelos agregados familiares;
- ✓ Implementar a política de financiamento de saúde;
- ✓ Aumentar o orçamento atribuído à saúde de acordo com os engagements internacionais de 15% do OGE assumidos em Abuja (2001).

Ministério da Saúde Pública:

- Garantir a produção de contas regulares de saúde de qualidade;
- Garantir a divulgação oficial dos resultados das CS para todas as partes interessadas relevantes (Governo, PTF, etc.);
- Estabelecer sistemas eficazes de coleta de dados (empregadores, ONG, famílias, etc.);
- Melhorar a política de medicamentos essenciais através do Esquema de Abastecimento e Distribuição em Medicamentos Essenciais (EADME);
- Rever a política de atribuição de recursos públicos em função das zonas de pobreza;
- Desenvolver a parceria público-privada;
- Realizar um estudo sobre a efetividade das diferentes gratuidades, particularmente o tratamento do paludismo nas crianças menores de cinco anos e grávidas;
- Reforçar o mecanismo de seguro existente de financiamento da saúde e desenvolver outros mecanismos alternativos na Tabela da cobertura universal;
- Reforçar a prevenção para diminuir o custo de cuidados de saúde (internamento);
- distribuir com uma semana de antecipação os questionários nas sedes centrais de cada ONG e sensibilizar para que as suas representações colaborem.

Parceiros Técnicos e Financeiros (PTF):

- Prosseguir com o apoio na elaboração anual das contas de saúde;
- Disponibilizar regularmente e atempadamente para a equipa técnica os dados financeiros necessários para elaboração das contas.

15. CONCLUSÃO

O presente relatório permite fazer uma análise funcional das despesas realizadas em saúde na Guiné-Bissau.

A análise funcional está relacionada com um grupo de bens e serviços de saúde utilizados pelos pacientes, e consiste na repartição das despesas dos prestadores, em função dos cuidados de saúde que visam satisfazer a população. A família suporta o peso do Sistema Nacional de Saúde (SNS) no período em análise, com uma média aproximadamente de 68%, seguido dos parceiros (da categoria “resto do mundo”), com uma média de 24%, e o Governo vem com 8% das despesas totais de saúde, este último sendo menor do que o engajamento de 15% assumido no Acordo de Abuja de 2001.

As transferências de receitas das famílias (FS) corresponderam, em 2015 a 67% das DTS, tendo registado em 2017 um aumento de 67% para 70%.

Analisando a repartição das despesas da saúde por Prestadores de Cuidados de Saúde (HP), nota-se que os hospitais beneficiaram, em média, de 60,33% das DTS, seguidos pelos retalhistas e de outros fornecedores de produtos médicos com 12%. As despesas em cuidados curativos representaram, em média, 66% das DTS para os três anos em estudo. As despesas com os cuidados preventivos representam, aproximadamente, 20% das despesas totais de saúde. De 2015 a 2017, nota-se que, cerca de 84% das despesas totais de saúde ocorreram com as doenças infecciosas e parasitárias (VIH/SIDA, Paludismo e TB), e 8% com a saúde sexual e reprodutiva.

16. Anexos

Tabela 20: Cruzamento de Doenças e Gênero

Classificação de doenças/condições	2015						2016						2017					
	Feminino		Masculino		TOTAL		Feminino		Masculino		TOTAL		Feminino		Masculino		TOTAL	
	Valor	%																
Doenças infecciosas e parasitoses	22 576,49	80%	23 248,27	86%	45 824,75	83%	23 824,92	77%	24 724,61	86%	48 549,53	81%	25 007,23	84%	25 732,83	92%	50 740,07	88%
HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	336,01	1%	356,80	2%	692,81	2%	395,55	2%	438,83	2%	834,39	2%	131,29	1%	139,41	1%	270,71	1%
HIV/AIDS e doenças oportunistas	336,01	1%	356,80	2%	692,81	2%	395,55	2%	438,83	2%	834,39	2%	131,29	1%	139,41	1%	270,71	1%
HIV/AIDS	115,84	1%	123,01	1%	238,85	1%	101,27	0%	126,34	1%	227,61	0%	115,88	0%	123,05	0%	238,93	0%
Co-infecção TB (VIH/TB)	220,17	1%	233,79	1%	453,97	1%	294,29	1%	312,49	1%	606,77	1%	15,41	0%	16,36	0%	31,77	0%
Tuberculose	231,61	1%	245,94	1%	477,55	1%	326,80	1%	329,97	1%	656,77	1%	1 788,46	7%	1 891,03	7%	3 679,48	7%
Tuberculose pulmonar	187,88	1%	199,50	1%	387,37	1%	281,37	1%	270,44	1%	551,81	1%	1 734,17	7%	1 833,38	7%	3 567,54	7%
Tuberculose pulmonar não especificada (n.e.c.)	187,88	1%	199,50	1%	387,37	1%	281,37	1%	270,44	1%	551,81	1%	1 734,17	7%	1 833,38	7%	3 567,54	7%
Tuberculose não especificada (n.e.c.)	43,74	0%	46,44	0%	90,18	0%	45,43	0%	59,53	0%	104,95	0%	54,29	0%	57,65	0%	111,94	0%
Malaria	10 917,76	48%	11 351,52	49%	22 269,28	49%	12 694,85	53%	13 344,85	54%	26 039,69	54%	12 161,87	49%	12 643,09	49%	24 804,96	49%
Infecções Respiratórias	376,02	2%	399,28	2%	775,30	2%	22,39	0%	30,55	0%	52,94	0%	27,84	0%	29,56	0%	57,40	0%
Doenças diarreicas	5 578,99	25%	5 682,52	24%	11 261,51	25%	5 715,58	24%	5 881,20	24%	11 596,77	24%	5 941,20	24%	6 037,64	23%	11 978,84	24%
Doenças Tropicais Negligenciadas	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	1,82	0%	1,93	0%	3,75	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%
Lepra	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,00	0%

Doenças evitáveis por vacinação	630,09	3%	669,07	3%	1 299,16	3%	1,82	0%	1,93	0%	3,75	0%	562,34	2%	597,12	2%	1 159,46	2%
Doença por Vírus EBOLA (DVE)	491,93	2%	522,35	2%	1 014,28	2%	403,05	2%	431,76	2%	834,80	2%	0,91	0%	0,96	0%	1,87	0%
Vírus Zica	0,78	0%	0,83	0%	1,62	0%	0,16	0%	0,17	0%	0,33	0%		0%		0%		0%
Outras doenças, e doenças não especificadas, infecciosas e parasitoses (n.e.c.)	4 013,28	18%	4 019,95	17%	8 033,23	18%	4 264,73	18%	4 265,36	17%	8 530,09	18%	4 393,33	18%	4 394,02	17%	8 787,35	17%
Saúde Reprodutiva	2 621,00	9%	652,94	0,02	3 273,94	6%	4 663,99	15%	1 558,07	5%	6 222,06	10%	3 300,38	11%	975,41	3%	4 275,80	7%
Condições Materna	1 964,60	75%			1 964,60	60%	3 728,40	80%	569,81	37%	4 298,21	69%	2 582,09	78%	270,21	28%	2 852,30	67%
Condições Perinatais	587,37	22%	623,70		1 211,06	37%	877,55	19%	988,26	63%	1 865,81	30%	664,13	20%	705,21	72%	1 369,33	32%
Gestão de contraceptivos (planeamento familiar)	69,04	3%	29,24		98,28	3%	58,04	1%		0%	58,04	1%	54,16	2%		0%	54,16	1%
Dificuldades nutricionais	519,47	2%	551,60		1 071,07	2%	501,30	2%	554,88	2%	1 056,18	2%	501,20	2%	532,20	2%	1 033,40	2%
Doenças não Transmissíveis	2 053,77	7%	2 174,83		4 228,60	8%	1 499,03	5%	1 614,82	6%	3 113,85	5%	808,10	3%	705,29	3%	1 513,39	3%
Neoplasmas (cancro)	207,55	10%	219,49		427,04	10%	146,13	10%	157,40	10%	303,53	10%	27,87	3%	28,91	4%	56,79	4%
Doenças endócrinas e metabólicas	88,16	4%	93,61		181,77	4%	59,21	4%	62,87	4%	122,07	4%		0%		0%		0%
Diabetes	88,16	4%	93,61		181,77	4%	59,21	4%	62,87	4%	122,07	4%	208,57	26%	128,88	18%	337,45	22%
Doenças cardiovasculares	483,62	24%	508,76		992,38	23%	334,07	22%	351,33	22%	685,40	22%	57,68	7%	21,71	3%	79,39	5%
Hipertensão	367,89	18%	390,65		758,54	18%	239,31	16%	254,87	16%	494,18	16%	150,89	19%	107,18	15%	258,06	17%
Outras doenças, y doenças não especificadas, cardiovasculares	115,73	6%	118,11		233,84	6%	94,76	6%	96,46	6%	191,22	6%	143,73	18%	132,85	19%	276,57	18%

Transtornos mentais e de comportamentais, e condições neurológicas	262,94	13%	279,21		542,15	13%	212,89	14%	244,87	15%	457,75	15%	39,11	5%	41,53	6%	80,63	5%
Transtornos mentais (psiquiátricos)	27,06	1%	28,73		55,79	1%	32,28	2%	34,28	2%	66,56	2%		0%		0%		0%
Condições neurológicas	235,88	11%	250,47		486,36	12%	180,60	12%	210,59	13%	391,19	13%	104,62	13%	91,32	13%	195,94	13%
Doenças do aparelho respiratório	141,06	7%	149,78		290,84	7%	96,41	6%	107,30	7%	203,71	7%	24,93	3%	10,65	2%	35,58	2%
Doenças do aparelho digestivo	125,81	6%	133,59		259,40	6%	85,38	6%	91,41	6%	176,79	6%	32,75	4%	11,05	2%	43,81	3%
Doenças do trato urogenital	264,48	13%	280,84		545,32	13%	177,62	12%	188,60	12%	366,22	12%		0%		0%		0%
Doenças orais	1,27	0%	1,35		2,62	0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
Outras Doenças, y doenças não especificadas, Não Transmissíveis	478,88	23%	508,20		987,09	23%	387,34	26%	411,04	25%	798,38	26%	370,26	46%	392,93	56%	763,19	50%
Trauma	488,45	2%	518,66		1 007,12	2%	345,78	1%	382,22	1%	728,01	1%	130,09	0%	88,72		218,81	0%
	28 259,18	51%	27 146,30	49%	55 405,48	100%	30 835,02	52%	28 834,60	48%	59 669,63	100%	29 747,01	51%	28 034,46	49%	57 781,47	100%

Tabela 21: Cruzamento de Doenças por Agente de financeiro (FA)

Classificação de doenças/condições	Agentes Financeiros		FA.1		FA.2		FA.4	FA.5	FA.6	FA.6.1	FA.6.2	tudo FA
	<i>CFA Francs (XOF), Milhões</i>		Governo Geral	Ministerio da Saude	Comp anhia s de Segur os	FA.2.2 Mutualida des e outras organizaç ões segurador as sem fins lucrativos	Instituiçõe s não lucrativas servindo as famílias (NPISH- ONG)	Famílias	Resto do Mundo	Organizaçõe s Internacion ais	Governos estrangeiro s Junta Medica	
DIS.1	Doencas infecciosas e parasitoses		3 712,93	3 712,93	0,45	0,45	3 879,29	39 688,53	1 268,33	1 265,55	2,78	48 549,53
	DIS.1.1	HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	399,83	399,83			139,03		295,53	295,31	0,22	834,39
		HIV/AIDS e doenças oportunistas	399,83	399,83			139,03		295,53	295,31	0,22	834,39
		HIV/AIDS	169,30	169,30			58,09		0,22		0,22	227,61
		Co-infecção TB (VIH/TB)	230,53	230,53			80,94		295,31	295,31		606,77
	DIS.1.2	Tuberculose	621,78	621,78			34,86		0,13		0,13	656,77
		Tuberculose pulmonar	551,81	551,81								551,81
	DIS.1.3	Malaria	1 673,36	1 673,36	0,33	0,33	3 452,12	20 171,61	742,28	740,80	1,48	26 039,69
	DIS.1.4	Infecções Respiratórias	31,94	31,94			20,91		0,08		0,08	52,94
	DIS.1.5	Doenças diarreicas	364,58	364,58	0,12	0,12	232,38	10 998,82	0,87		0,87	11 596,77

	DIS.1.6	Doenças Tropicais Negligenciadas	3,75	3,75							3,75
		Lepra	0,00	0,00							0,00
		Outro Doenças Tropicais Negligenciadas	3,75	3,75							3,75
	DIS.1.7	Doenças evitáveis por vacinação	605,36	605,36				229,44	229,44		834,80
	DIS.1.9	Doença por Virus EBOLA (DVE)	0,33	0,33							0,33
	DIS.1.nec	Outras doenças, e doenças não especificadas, infecciosas e parasitoses (n.e.c.)	11,99	11,99	0,00	0,00	8 518,10				8 530,09
DIS.2		Saude Reprodutiva	833,84	760,27			2 883,51	2 504,71	2 503,84	0,87	6 222,06
	DIS.2.1	Condições Materna	399,49	325,91			1 420,80	2 477,93	2 477,71	0,22	4 298,21
	DIS.2.2	Condições Perinatais	376,31	376,31			1 462,72	26,78	26,13	0,65	1 865,81
	DIS.2.3	Gestão de contraceptivos (planeamento familiar)	58,04	58,04							58,04
DIS.3		Deficiências nutricionais	986,21	986,21			69,71	0,26		0,26	1 056,18
DIS.4		Doenças não transmissíveis	1 210,43	1 210,43			72,04	1 831,39		1 831,39	3 113,85
	DIS.4.1	Neoplasmas (cancro)	50,05	50,05			9,30	244,18		244,18	303,53

		Diabetes							122,07		122,07	122,07
	DIS.4.3	Doenças cardiovasculares	194,77	194,77			2,32		488,31		488,31	685,40
		Hipertensão	3,55	3,55			2,32		488,31		488,31	494,18
		Outras doenças, y doenças não especificadas, cardiovasculares	191,22	191,22								191,22
	DIS.4.4	Transtornos mentais e de comportamentais, e condições neurológicas	155,29	155,29			58,09		244,37		244,37	457,75
	DIS.4.5	Doenças do aparelho respiratório	8,39	8,39					195,32		195,32	203,71
	DIS.4.6	Doenças do aparelho digestivo	3,55	3,55			2,32		170,91		170,91	176,79
	DIS.4.7	Doenças do trato urogenital							366,22		366,22	366,22
	DIS.4.nec	Outras Doenças, y doenças não especificadas, Não Transmissíveis	798,38	798,38								798,38
DIS.5		Trauma	70,99	70,99			46,48		610,55		610,55	728,01
tudo DIS			6 814,39	6 740,82	0,45	0,45	6 951,03	39 688,53	6 215,23	3 769,39	2 445,84	59 669,63

Monnaie: CFA Francs (XOF)

Cruzamentos de Exos de PNDS por Região Sanitária

<i>CFA Francs (XOF), Million</i>		Tombali	Quinara	Oio	Farim	Biombo	Bolama	Bijagos	Bafata	Gabu	Cacheu	SAB	Centros Especializados	Direção Central	
Plan stratégique (PDS)															
PLN.1	Governança, Liderança, Parceria e Financiamento do Sistema Nacional de Saúde	176,03	157,97	266,32	104,58	277,61	50,36	92,97	387,07	321,44	393,88	1 270,06		220,07	3 718,38
PLN.2	Gestão, Desenvolvimento e Valorização de Recursos Humanos da Saúde	20,03	17,25	25,22	8,97	42,58	7,61	13,81	33,05	31,81	43,72	212,64		118,92	575,62
PLN.4	Securização dos produtos farmacêuticos	1,23	1,17	4,93	1,95	3,17	0,21	0,32	649,86	2 655,18	6,56	723,83			4 048,41
PLN.5	Vigilância integrada das doenças e outras situações de emergência	87,39	56,05	79,23	34,04	50,07	14,62	82,58	91,09	100,81	111,67	1 041,10			1 748,66
PLN.6	Colaboração intersectorial e promoção da saúde	751,10	701,92	1 338,68	517,12	875,93	116,03	179,08	2 755,42	1 428,97	2 922,34	4 111,40	441,69		16 139,67
PLN.8	Desenvolvimento de cuidados essenciais e de referência	296,18	1 389,06						1 453,88	2 784,90	931,97	25 155,88			32 011,86
Tous PLN		1 331,96	2 323,42	1 714,38	666,66	1 249,36	188,85	368,76	5 370,36	7 323,11	4 410,14	32 514,92	441,69	338,99	58 242,60