

RELATÓRIO DAS CONTAS DE SAÚDE 2011

CONTAS GLOBAIS

DESPESAS DE PALUDISMO, VIH/SIDA E SAÚDE REPRODUCTIVA

EXERCÍCIO DE 2011

DEZEMBRO 2016



OMS



GUINE-BISSAU

Editor

Ministério da Saúde Pública

Contas De Saúde

Av. Unidade Africana

C.P. 50-1013

Bissau | Guiné-Bissau

Email: minsapgov@gmail.com

Design e composição;

Contas De Saúde , Instituto Nacional de Estatística

contasdesaude@gmail.com

© Copyright 2016

Contas De Saúde

Índice	
Índice de Tabela	I
Índice de Gráfico	II
Anexos	III
Abreviaturas	IV
Prefácio	V
Resumo	VI
Contexto Socio-Político	VII
Introdução	1
I. GENERALIDADE	2
1.1 Organização de Sistema de saúde	2
1.2 Performance de sistema de saúde	2
II. METODOLOGIA E FONTES DE DADOS	3
2.1 Definição do conceito de contas de saúde SHA 2011	3
2.2 Processos de elaboração de Contas de Saúde (CS).....	3
2.3 Metodologia de Trabalho.....	4
2.4 Tratamento e análise de Dados.....	5
2.5 Dificuldades encontradas.....	5
2.6 Limite de estudo.....	6
III. RESULTADOS E ANÁLISE DAS CONTAS DE SAÚDE (CS) 2011.....	6
3.1 Análise dos resultados das contas de saúde.....	6
3.1.1 Análise da dimensão financiamento de saúde.....	8
3.1.2 Despesas por prestadores de serviços de cuidados de saúde.....	11
3.1.3 Despesas por factor de prestação de cuidados	12
3.1.4 Despesas correntes por função sanitária.....	13
3.1.5 Repartição das despesas de saúde por beneficiário (por sexo e idade)	14
3.2 Análise sectorial das despesas de saúde	17
3.2.1 Evolução do financiamento do orçamento atribuído ao Ministério da Saúde.....	17
3.2.2 Financiamento de saúde pelos agregados familiares	16
3.2.3 Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais.....	18
3.3 Cálculo dos principais indicadores de financiamento de saúde 2011.....	20
IV. despesas do Paludismo.....	22
V. despesas do tuberculoso.....	25
VI despesas do VIH/SIDA.....	27
VII Situação sobre o Saúde reprodutiva.....	32
VIII Despesas sobre a formação bruta do Capital.....	32
IX Recomendações.....	33
Conclusão.....	35
Anexos	37

Índice

Tabela 1	Recapitulativo da despesa total de saúde em 2011.....	6
Tabela 2	Recapitulativo das despesas dos regimes de financiamento em 2011.....	7
Tabela 3:	<i>Recapitulativo dos rendimentos dos regimes de financiamento em 2011.....</i>	8
Tabela 4	Recapitulativo das despesas correntes de saúde por função em 2011.....	12
Tabela 5	Repartição das despesas de saúde por região.....	13
Tabela 6 :	Repartição das despesas de saúde por faixa etária.....	14
Tabela 7	orçamental dos três últimos anos.....	15
Tabela 8,	monstra Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais.....	16
A tabela 9	apresenta a lista dos indicadores retidos.....	17
Tabela.10:	Receita regimes de financiamento da saúde.....	19
Tabela11:	taxa de despiste a Nível Nacional.....	20
Tabela12:	Receita regimes de financiamento da saúde para TB	21
Tabela13:	Repartição das despesas de tuberculose por regimes de financiamento.....	24
Tabela 14:	Despesa por receitas dos regimes de financiamento de saúde para o VIH e o SIDA.....	24
Tabela 15:	Despesas por regime de financiamento de saúde para o VIH e o SIDA.....	25
Tabela 16:	Despesas dos prestadores de cuidados de saúde para o VIH e o SIDA.....	26
Tabela.17 :	<i>Repartição das despesas de saúde reprodutiva por região.....</i>	27
Tabela18 :	Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por unidades Institucionais.....	27
Tabela 19 :	Repartição das despesas de SR por prestador de serviços	27
Tabela.20 :	Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por função.....	28
Tabela 21:	Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por domínio.....	28
Tabela 22 :	Repartição das despesas de formação bruta de capital por rubrica de investimento.....	28
Tabela 23:	Repartição despesas de saúde conforme as doenças.....	28

Índice de Gráfico

Gráfico 1 Despesas totais de 2011saúde em	7
Gráfico 2 : Repartição das despesas por agente de financiamento em 2011.....	9
Gráfico 3: Repartição das despesas correntes de saúde por prestador.....	10
Gráfico 4: Repartição das despesas por factor de prestação.....	11
Gráfico 5: Repartição das despesas por orientação de PNDS.....	14
Gráfico 6: Recursos provenientes das famílias.....	15
Gráfico 8: Comparativo da Evolução dos Casos de Tuberculose em 2011.....	18
Gráfico 9: Despesa por agente de financiamento de saúde para a TB.....	22
Gráfico 10: Despesas por prestadores de cuidados de saúde para TB.....	22
Gráfico 11: Despesa por agentes de financiamento de saúde para o VIH/SIDA.....	24
Gráfico 12: Repartição das despesas do VIH e SIDA por função sanitária.....	25



Anexos

1. Tabela Cruzada FS-RI x HP (Esquema de Financiamento e Provedores de Cuidados de Saúde).....	34
2. Tabela Cruzada HP x HF (provedores de Cuidado de Saúde e Esquema de Financiamento.....	36
3. Tabela cruzada de FS x PLN (Transferência das Receitas e plano Estratégico).....	37
4. Tabela cruzada de FS x DIS (Transferência das Receita e Doenças).....	38
5. Tabela cruzada de SNLx DIS (Regiao e Doenças).....	40

Abreviaturas

CS	Contas de saúde
TOFE	Tabela da Operação Financeira do Estado
DGASS	Direcção Geral de Administração de Sistema De Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
PNDS	Programa Nacional do Desenvolvimento Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
SDO	Seguro de Doença Obrigatório
SHA 2011	System health Account 2011
OGE	Orçamento Geral de Estado
UEMOA	União Económica Monetária Oest Africa
Fcfa	Franco Cfa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
OOAS	Organização Oeste Africa para Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
INASA	Instituto Nacional Saúde
CSRef	Centro Saúde de Referencia
PNLP	Programa Nacional da Luta contra Paludismo
PNLT	Programa nacional da luta contra Tuberculoso
SNLS	Secretariado Nacional da Luta contra Sida
ISFLSAF	As Instituições Sem Fim lucrativo Serviços Agregados Familiares
DCS	Despesa Corrente de Saúde
DTS	Despesa Total de Saúde
HAPT	Health Account product Tool
HAAT	Health Account Analyst Tool
PMA	Pacote Mínimo de Actividade
PTF	Planificação da Tabela Financeira
HNSM	Hospital Nacional Simao Mendes

Prefácio

O financiamento de qualquer Sistema de saúde compreende três funções essenciais e interdependentes, a saber:

- a) Recolha dos fundos (mobilização);
- b) O agrupamento dos recursos (Mutualização);
- c) A prestação dos serviços (Compra).

Na Guiné-Bissau, no Sistema de saúde intervêm, ao nível das fontes de financiamento, o Sector Público, Privado e o Resto do mundo. As receitas das fontes de financiamento públicas dos Serviços de Saúde provêm, geralmente, das alocações orçamentais no âmbito das receitas no Orçamento geral de Estado (OGE), enquanto o financiamento privado compreende o pagamento das famílias, dos Empregadores privados, das Organizações Não Governamentais, etc.

Em 2011, o financiamento da saúde proveniente do OGE e de Programa Nacional do Desenvolvimento de Saúde (PNDS) é 8.5% das Despesas globais de saúde e as famílias contribuíram com 43.7%, enquanto as despesas de saúde das famílias em pagamento directo aos prestadores é de 97% das totais das contribuições das famílias. As empresas contribuem, por sua vez, com 1.1% destas mesmas despesas, enquanto a Cooperação Internacional representa 47.6% destas mesmas.

As Contas de Saúde (CS) descrevem a utilização actual dos recursos no Sistema de Saúde e permitem, quando regularmente elaboradas, seguir as tendências da despesa em saúde (elemento essencial do seguimento e avaliação económica dos Cuidados). Permitem também a possibilidade de comparar as despesas de Sistemas de Saúde de países diferentes com níveis de desenvolvimento similares. A sua elaboração constitui um processo contínuo e permanente ao serviço da planificação, da tomada de decisões e de estudos ligados a eventuais reformas.

Este relatório das Contas de Saúde 2011 permite-nos dispor de uma visão detalhada e fiável, tanto dos meios despendidos no país por todos os componentes do Sistema Nacional de Saúde bem como, das contribuições efectivas dos diferentes intervenientes e a repartição destes meios entre os diversos domínios de intervenção.

Resumo

A despesa Total de Saúde em 2011 atingiu cerca de 28.146 mil Milhões de Franco Cfa, ou seja 19.372,50 Franco Cfa por habitante e representa 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB). Desta despesa, 45,3% destina-se ao consumo médico, o equivalente a 8.775.74 Franco Cfa por habitante.

Em 2011, a despesa global de saúde foi financiada por:

- OGE: 8,2%
- Famílias: 42,6%
- Cooperação internacional: 47,6%
- Outros: 0,2%

Dos recursos mobilizados para o Sistema Nacional de Saúde em 2011, 43,1% são destinados aos produtos farmacêuticos. Os Cuidados curativos representam 31,5% da despesa corrente de Saúde, sendo 22,6% para os Cuidados Ambulatórios e 29,3% para os Cuidados Hospitalares.

As despesas destinadas aos serviços de Cuidados preventivos constituem 24,6% das despesas correntes de saúde em 2011, sendo 2% destinados ao Programa Alargado de Vacinação (PAV). A parte de prevenção é ainda fraca, o que não permite ter em conta todas as preocupações de saúde da população.

Aliás, a repartição das despesas de saúde por doença evidencia as principais informações:

- As despesas com o paludismo elevam-se à 15.049 mil milhões de FCFA, ou seja, 53,5% das despesas correntes de saúde e 62% em relação às despesas das doenças infecciosas e parasitárias;
- As despesas destinadas à luta contra a tuberculose foram avaliadas em 2.086 mil milhões de FCFA, ou seja, 7% das despesas correntes de saúde e 9% em relação às despesas das doenças infecciosas e parasitárias;
- As despesas destinadas à luta contra o VIH/SIDA foram avaliadas em 3.700 mil milhões de FCFA, ou seja, 13% das despesas correntes de saúde e 15% em relação às despesas das doenças infecciosas e parasitárias;
- As despesas ligadas à saúde reprodutiva representam 3.123 mil milhões de FCFA, ou seja, 11% das despesas correntes de saúde; entre estas despesas as doenças maternas estão na primeira posição com 53% seguidas das doenças perinatal com 44% e planeamento familiar com 3% do total.

CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO DA GUINÉ BISSAU

A República da Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano.

Manteve-se sob administração Portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência.

Politicamente, o país tem vivido situações de instabilidade política e institucional e a recorrência da violência, materializada por repetidos golpes de estado e conflitos armados. O poder é legalmente exercido através de um sistema democracia multipartidária, semipresidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um e uma Assembleia Nacional Popular eleita por 4 anos, onde existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. No entanto, desde o conflito político-armado de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato.

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 sectores e um Sector Autónomo (cidade de Bissau), capital política, económica e administrativa do país.

Estas Oito regiões foram divididas em 11 regiões sanitárias e 114 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km, das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde, mais próximas.

Em 2011, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1.452.926 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,05%) dados de INE e caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 48% da população tem menos de 15 anos de idade e 63,3% com menos de 25 anos. As mulheres representam mais 51% da população. A esperança média de vida é de 53,8 anos (Grupo Banco Mundial, 2011). Cerca de 30% de toda a população guineense a viver no país encontra-se no Sector Autónomo de Bissau – a capital (projecção ILAB, 2010).

Introdução

Em todos os países, os Sistemas de Saúde esforçam-se para aumentar as capacidades de melhoria do bem-estar das populações desfavorecidas – o que implica um aumento apreciável das despesas. Por esta razão, é fundamental dispor, a nível nacional, de melhores informações sobre o financiamento dos Sistemas de saúde aquando da formulação das políticas sanitárias.

As Contas de Saúde são instrumentos importantes, que a nível internacional, é utilizado para resumir, descrever e analisar o financiamento dos Sistemas de Saúde – o que é essencial para uma melhor utilização das informações sobre o financiamento da saúde a fim de melhorar a performance do Sistema.

As CS englobam todas as despesas de saúde de um país e permitem a elaboração de um Tabela exaustivo dos meios disponibilizados, por cada interveniente do Sistema de Saúde, para o financiamento de actividades ligadas à saúde. São concebidas de modo a incluir todas as informações ligadas a estes fluxos financeiros e assim colocar em evidência as principais funções de financiamento dos Cuidados de saúde:

- a) Mobilização;
- b) Alocação de recursos;
- c) Reagrupamento de riscos e seguros;
- d) A compra dos Cuidados e repartição dos benefícios.

As CS determinam não apenas, quanto gasta cada uma das fontes de financiamento na saúde mas, permitem também fazer um seguimento detalhado dos fluxos de fundos entre os diversos actores do Sector da Saúde e um controlo sistemático, exaustivo e coerente dos fluxos financeiros no Sistema de Saúde de um país durante um determinado período de tempo. Deste modo, reflectem 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 adoptadas.

Este relatório apresenta os resultados do exercício das CS da Guiné-Bissau, referente ao ano 2011. O primeiro capítulo apresenta o conceito das Contas de Saúde e principalmente, a sua utilidade para a formulação de políticas sanitárias eficientes e o seguimento das mesmas. Em seguida, trata-se do financiamento da saúde na Guiné-Bissau e dos fluxos financeiros entre as instituições, antes de uma análise pormenorizada do financiamento da saúde proveniente das famílias, das despesas do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Segurança Social

bem como os prestadores beneficiários. Finalmente, analisamos os Cuidados e serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde à população e apresentamos os principais Indicadores de Saúde.

I. GENERALIDADE

1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde da Guiné Bissau está representado no esquema Pirâmida e dividido em três Níveis:

Nível central

A nível central estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direcções, os Serviços, Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e os centros de referência. A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direcções de Serviço. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação.

Nível Regional.

É o nível intermediário entre a planificação estratégica do nível central e a implementação técnica das actividades pelo nível local. Tem como função principal, traduzir as políticas nacionais em estratégias e actividades operacionais. Neste nível existe um único órgão de direcção de decisão: a Direcção Regional de Saúde. Tem como órgão de suporte e de apoio técnico a Equipa Regional de Saúde. A este nível as coisas funcionaram mais ou menos de forma regular e tal como programado. As grandes limitações encontradas no funcionamento destes órgãos têm estado ligadas à sua forte dependência financeira do nível central. No PNDS I tinha sido programada uma descentralização gradual de poder de decisão para as Regiões, mas, enquanto a excessiva dependência financeira não for resolvida, a questão da autonomia de programação e de implementação de certas actividades não pode passar a ser uma realidade. Nesta situação, é mesmo possível afirmar que não há poder de decisão a nível regional.

Nível Local

O nível local, comumente denominado de 'área sanitária', é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Actividade (PMA). Geralmente, os centros de saúde asseguram cuidados, tanto curativos como preventivos, no âmbito do PMA da sua respectiva 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.

II. METODOLOGIA E FONTES DE DADOS

CONCEITO DAS CONTAS DE SAÚDE

2.1 Definição

As contas de saúde fazem uma descrição sistemática dos fluxos financeiros relacionados com o consumo de bens e serviços de saúde. Eles são destinados principalmente para descrever o sistema de Cuidados de Saúde a partir da perspectiva dos gastos. Uma das primeiras prioridades é desenvolver dados fiáveis sobre o tempo que são comparáveis entre países e ao longo do tempo. Isto é essencial para monitorar tendências dos gastos com saúde e os factores subjacentes, que por sua vez pode ser usado para a comparação entre países e para projecções futuras sobre como vão desenvolver. As contas de saúde são operadas de duas maneiras: a nível internacional, com ênfase na selecção de dados de despesas comparáveis a nível internacional e nacional, com análises mais detalhadas de gastos com Cuidados de Saúde mais ênfase na comparação ao longo do tempo. As contas de saúde são de grande importância para estes dois usos.

As Despesas de saúde

As despesas de saúde englobam todas as despesas das actividades, tem como objectivo primário, a melhoria e a prevenção da deterioração de estado de saúde das pessoas e reduzindo a consequencia do mau estar de saúde através de aplicação de conhecimento qualificado em saúde.

O pagamento directo das Famílias

O pagamento directo é a soma das despesas pagas em contrapartida da prestação de serviço de saúde numa instituição sanitária. Não são contabilizados no risco da vida (seguro da vida e seguro de saúde).

Formação de capital (HK)

A formação de capital se descreve como sendo a acumulação de capital durante um período contabilístico, refere-se aos acréscimos líquidos de stock de capital tais como equipamentos, edifícios, e outros bens utilizados no processo de produção durante um certo número de anos»

Bens de saúde

Apoiando na terminologia económica, os bens são algo úteis que possui preço, satisfaz as necessidades durante sua utilização.

Em saúde os bens são, medicamentos, os consumíveis e dispositivos médicos, óculos e outros produtos de visão, aparelho de audição, outros aparelho de ortopédico e próteses, todos outros aparelho médicos duráveis incluindo aparelho técnico médicos.

Os Regimes de financiamento da saúde

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

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 transacções particulares através das quais os regimes de financiamento obtêm suas receitas.

Os factores de prestações (FP)

Os factores de prestações de Cuidados são insumos (inputs) utilizados pelo prestador para produzir os bens e serviços de saúde.

O prestador utiliza a mão-de-obra, equipamentos, materiais, paga impostos, utiliza fornecimentos e serviços externos.

O Factor de Prestação representa o valor total de recursos (em espécie ou em numerário) utilizados na produção de bens e serviços de saúde são divididos em:

- **Prestadores primários:** a actividade principal consiste no fornecimento de bens e serviços médicos (clínicas, centros de saúde, farmácias, ...)

- **Prestadores secundários:** fornecem, além de suas actividades principais, serviços de saúde (supermercados com prateleiras de produtos farmacêuticos, serviço de saúde das prisões,...)

Funções de Cuidados de saúde(HC):

tipos de bens, de serviços e de actividades realizados no âmbito das contas de saúde. Ex: Cuidados de hospitalização, Cuidados ambulatoriais, produtos farmacêuticos...

Em termos contabilísticos, a função se relaciona com o tipo de necessidade que uma transacção ou um grupo de transacções visam satisfazer. As transacções, em termos de despesas abordam a questão: para que finalidade?

- No âmbito das CS, trata-se de identificar as transacções e os recursos envolvidos na satisfação das necessidades de saúde.

Transferências estrangeiras

Receita financeira estrangeira directamente atribuída à saúde. Essas receitas são normalmente doações de Agências Internacionais ou Governos estrangeiros, ou transferências voluntárias(presente) da ONGs estrangeiras ou Pessoas físicas que contribuem directamente para o financiamento de regimes de financiamentos da saúde nacionais.

As transferências de rendimentos do Governo(OGE)

Os fundos de rendimento nacional da Administração publicam para o financiamento da saúde. Pais cujo governo é descentralizada pode sentir a necessidade de enfatizar o papel desempenhado pelo governo central e Local, a destinação de lucro para cuidar a esquema de financiamento.

As Fontes Primárias de Dados

São uma colecção da Administração de questionários bem estruturados respeitando um plano de amostragem estabelecida.

As fontes Secundários de dados

Os dados administrativos ou dados secundários são obtidos:

- de relatórios de execução orçamental dos governos;
- de relatórios de actividade das estruturas públicas;
- de documentos contabilísticos dos prestadores de serviços de saúde das estatísticas alfandegárias;
- de relatórios de recenseamentos e inquéritos por amostragem

de bases de dados dos institutos de estatísticas e instituições internacionais;

2.20 PROCESSO DA ELABORAÇÃO DE CONTAS DE SAÚDE

A elaboração de contas de saúde de 2011 da Guiné Bissau teve lugar em 4 etapas.

- a. A formação da Equipa Técnica com o Apoio Técnico e financeiro da OMS

de 27 a 31 de Julho de 2015, durante esta formação foi elaborado um roteiro com os seguintes:

- III. Criar uma equipa de pilotagem, através de um Despacho Ministerial;
 - IV. Produzir um Despacho ministerial a nomear um Ponto Focal e Ponto Focal Adjunto;
 - V. Institucionalizar a Equipa Técnica de Contas de Saúde.
2. A colecta de dados

3. O tratamento de Dados
4. A redacção do Relatório e a sua Publicação;

Na elaboração do relatório participaram os seguintes:

➤ A Equipa Técnica, Ministério da saúde (DGASS), INE (instituto Nacional da Estatística) e os Consultores

2.3 Metodologia de Trabalho

Coleta de dados

2.3.1 Coleta de Dados Primaria

Para a colecta de dados, os questionário para cada entidade foi gerado com base nestes questionários, os Inquiridores foram formados e enviados no Terreno. Esta colecta cobriu todas as regiões Sanitárias da Guiné-Bissau,

Para as ONGs, Parceiros Multilaterais, Empregadores e Seguros, como a ferramenta «Sistema de Contas de saúde» tem os seus questionários, a Equipa Técnica procedeu os seguintes:

- Extrair os questionário em linguagem de ferramenta (Inglesa);
- Traduzir em português;
- Adaptar ao contexto do país;

Para as empresas, a equipe usou o registo de empresas do Instituto Nacional de Estatísticas (INE) para o ano de 2010, a fim de ter uma Lista de empresas que operaram antes de 2011.

3.2.2 Coleta de dados secundário

A colecta de dados secundários consiste a exploração dos relatórios das actividades de saúde.

A coordenação de PNDS apresentou o relatório da execução das actividades dos Programas e Ministério da Economia e Finanças entregou a execução Orçamental de 2011

3. 2.3 Estimação das despesas de saúde da família (agregado família)

As despesas de saúde das famílias foi estimada a partir do inquérito ILAB 2010, o trabalho feito pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Convém salientar de que a Guiné-Bissau fez inquérito ILAB em 2009 e foi publicado em 2010.

Rezão pela qual, a equipa técnica de Contas de saúde tomou a iniciativa de avançar com a elaboração à partir de 2011 afim de utilizar ILAB 2010.

3.4 Tratamento e Analise de dados

- Tratamento

Apos a colecta, os dados foram introduzidos, na ferramenta «Health Accounts Production Tool» (HAPT). Os conceitos e princípios utilizados são os da SHA 2011.

A Elaboração de contas de saúde em HAPT seguiu as seguintes etapas principais:

1. A configuração da ferramenta e a definição nomenclaturas;
2. A importação de fontes de dados por entidades;
3. Importação de dados corrigidos;
4. O mapeamento que consiste a codificação das entidades e links que definem as chaves de distribuição entre entidades abrangidas pelo CS
5. A produção das Tabelas de Contas de saúde (CS)

Analise de dados

A análise dos resultados foi realizada durante as sessões de atelier.

A equipe técnica de Contas Saúde tem sido apoiado durante todo o processo por uma equipa de consultores da OMS, particularmente durante a apresentação da ferramenta, Formação da equipe técnica HAPT também para validação de dados, Codificação e definição de chaves de repartição provisória.

3.5 Dificuldades encontradas e Limite de Estudo

Na recolha de dados, deve-se notar uma certa relutância em fornecer dados de algumas entidades interrogadas . Na verdade, apenas,

Seis(6) ONGs;

Tres(3) Parceiros;

Um (1) Seguros comercial;

Um (1) Instituto Nacional de Segurança Social (INSS);

Apresentaram seus gastos de saúde para a equipa de investigação. São essas dificuldades que resultou o atraso da elaboração de Contas . Estas poucas dificuldades que não são susceptíveis de pôr em risco a qualidade do trabalho é explicado pelo fato de que as contas de saúde, no sistema actual, estão em sua fase de implementação. É importante, portanto, para sensibilizar as partes interessadas que este processo não é uma Auditoria Financeira.

III. RESULTADOS E ANÁLISE DAS CONTAS DE SAÚDE (CS) 2011

3.1 Análise dos resultados das contas de saúde

De acordo com o aplicativo (System Health Account 2011) que significa Sistema de Contas de saúde 2011 e tem com sigla SHA 2011, as Contas de Saúde (CS) permitem determinar dois agregados de despesas de Saúde, que são:

- **A despesa corrente de saúde (DCS):** cobrindo todas as despesas em saúde que dependem da delimitação funcional (salvo a formação de capital).
- **A formação de capital ou as despesas de investimento (HK):** reagrupa todas as despesas de investimento.

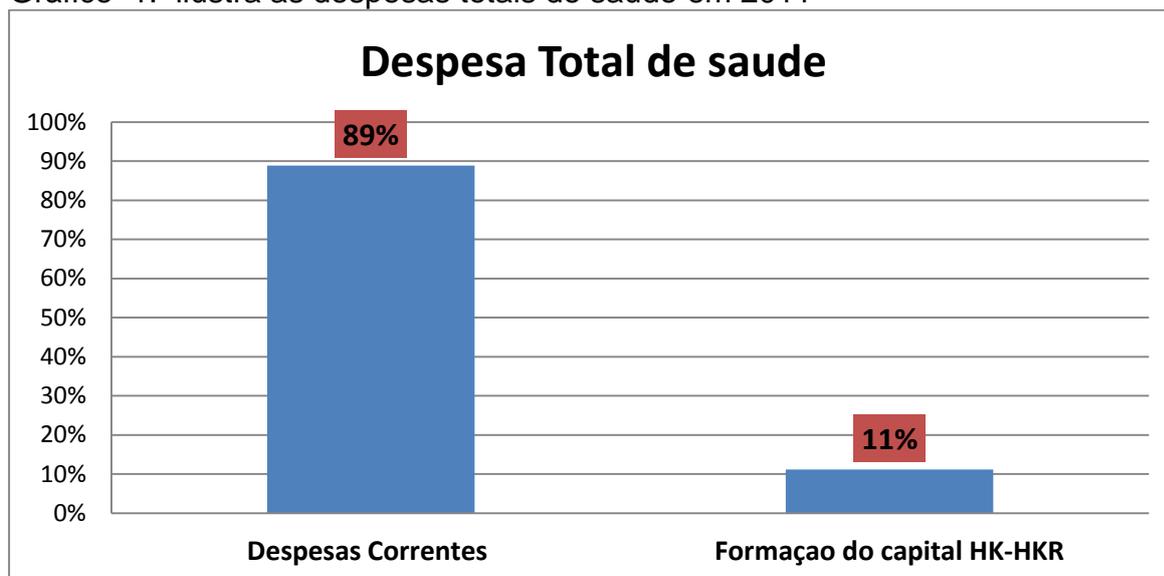
A soma destes dois grandes agregados de despesas de saúde constitui a Despesa Total de Saúde (DTS),

Tabela 1 Recapitulativo da despesa total de saúde em 2011

INDICADORES	MONTANTE	%
A despesa corrente de saúde	28.146.812.289	89
A formação de capital ou Despesas de Investimento em Saúde	3.532.808.606	11
A despesa total de saúde	31.679.620.895	100,00

A despesa total de saúde é a soma das despesas engajadas pelo conjunto de financiadores do Sistema de Saúde (OGE, Colectividades locais, Serviços, Parceiros Técnicos e Financeiros, Segurança Social, Sociedades de seguros, ONG's, etc.). A despesa total de saúde engloba todas as despesas visando as actividades cujo objectivo principal é o de restabelecer, melhorar e conservar a saúde da população e indivíduos durante um período pré -determinado. Em 2011, esta despesa na Guiné-Bissau é estimada em cerca de 31.679 mil milhões de FCFA.

Gráfico 1. ilustra as despesas totais de saúde em 2011



Despesa corrente (DCS)

A despesa corrente de saúde na Guiné-Bissau é estimada, em 28.146 mil milhões de Francos CFA, ou seja, corresponde 89 % das despesas totais de saúde como indicado no Gráfico anterior.

Formação de capital (HK)

As despesas de capital do Sistema de Saúde elevam-se à 19.531 mil milhões de FCFA, ou seja, corresponde 11 % das despesas totais de saúde como indicado no Gráfico anterior.

3.1.1 Análise da dimensão financiamento de saúde

Os Regimes de Financiamento

As despesas dos Regimes de Financiamento de saúde estão recapituladas no tabela 2.

Tabela 2: Recapitulativo das despesas dos regimes de financiamento em 2011

Os regimes de financiamento	Montante	%
Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saúde obrigatórios e contributivos	15.936.913.667	57%
Esquemas do Governo	15.610.732.715	55%
Esquemas de financiamento a cuidados de saúde obrigatórios contributivos	326.180.952	1%
Esquemas do seguro social de saúde	326.180.952	1%
Esquemas de pagamento de cuidados de saúde Voluntários	224.163.427	1%
Esquemas de seguro de saúde Voluntários	1.222.360	0%
Esquemas de seguro de saúde Primários/substitutivos	1.222.360	0%
Seguro do Empregador(alem dos esquemas empresariais)	1.222.360	0%
Esquemas das Instituições não lucrativas servindo as famílias (NPISH) (incluindo agencias de desenvolvimento)	222.941.067	1%
Esquemas de financiamento das Instituições não lucrativas servindo as famílias (NPISH)(excluindo HF.2.2.2)	222.941.067	1%
Pagamentos directos das famílias	11.985.735.194	43%

Esta Tabela, mostra que os pagamentos directos dos serviços são muitos elevados, 43 % do total das Despesas correntes. Esta situação não é o ideal,

visto que, a performance de um Sistema de Saúde deve residir na sua capacidade de prestar os Cuidados acessíveis a todos através dos mecanismos de solidariedade que permitam aliviar mais o fardo económico da saúde para os mais desfavorecidos.

O Regimes voluntário de pagamento privado dos Cuidados de Saúde com 1 % do total é muito baixo. Esta parte é essencialmente imputável aos Sistemas de financiamento das Instituições Sem Fim Lucrativo ao serviço destes agregados familiares (ISFLAF), incluindo as Agências de desenvolvimento e ONG's com 1% do total. Os diferentes regimes de seguro privado ocupam somente 0,34 %.

Os Regimes da Administração Pública e os Regimes contributivos obrigatórios de financiamento não permitem mobilizar senão 57% das despesas de saúde. Para que se possa aspirar a uma cobertura sanitária universal tão esperada e desejada, a situação inversa teria sido a melhor. Os 55% são essencialmente aos Regimes públicos da Administração Central.

A contribuição do Seguro de Doença Obrigatório (SDO) no financiamento de saúde em 2011 é apenas de 1% das Despesas Correntes de Saúde. Com efeito, o SDO beneficia só uma pequena franja da população, à saber, os Funcionários, os Convencionários do Estado, os Salarizados do código de trabalho e os Reformados. Neste momento, a contribuição não cobre na totalidade este alvo e o mecanismo merece sempre mais de promoção.

3.1.1.1 Receitas ou Rendimentos dos Regimes de Financiamento de saúde

Em 2011, os diferentes rendimentos dos regimes de financiamento dos Cuidados de Saúde são recapitulados na Tabela 3.

Tabela 3: Recapitulativo dos rendimentos dos regimes de financiamento em 2011

Indicadores	Montantes	%
Transferência das receitas do Governo para a Saúde	2.382.314.661,00	8,5%
Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa	13.204.367.390,86	46,9%
Contribuições de segurança social	326.180.952,00	1,2%
Pré-pagamento voluntario	1.222.360,00	0,0%
Despesas das Famílias para a Saúde	12.232.726.925,26	43,5%
DCS	28.146.812.289	100,0%

A Tabela 3 mostra que em 2011, rendimentos nacionais mobilizaram 8,5% dos rendimentos dos regimes de financiamento. Assim, os agregados familiares ocupam o essencial dos rendimentos com 43,5%. Os rendimentos provenientes das empresas e dos ISBLSM ocupam somente 1,2%.

O lugar mais importante dos rendimentos dos regimes de financiamento é o das transferências directas estrangeiras com 46,9%, sendo 99,2% para as transferências financeiras directas multilaterais e 0,8% para as transferências financeiras directas bilaterais.

É preciso reter desta repartição que o financiamento da saúde é assegurado na sua maioria através de fundos Estrangeiros , ou seja, 46,9%; os fundos Nacionais atribuídos pela saúde representam 8,5%. É uma situação muito complicada , porque torna muito vulnerável o sistema de saúde em matéria de financiamento.

Mas, uma boa parte dos fundos estrangeiros alocados ao financiamento da saúde escapam ao controlo do Ministério da Saúde. Com efeito, 35% dos fundos estrangeiros são directamente injectados no sistema de saúde contra somente 11,9% que passam pela administração pública. O que afecta a pertinência e a

eficácia das decisões tomadas pelo Ministério da Saúde em matéria de planificação do financiamento da saúde.

Despesas dos regimes de financiamento por agente de financiamento

Gráfico 2 recapitula as despesas correntes de saúde por agente de financiamento em 2011

Gráfico 2 : Repartição das despesas por agente de financiamento em 2011

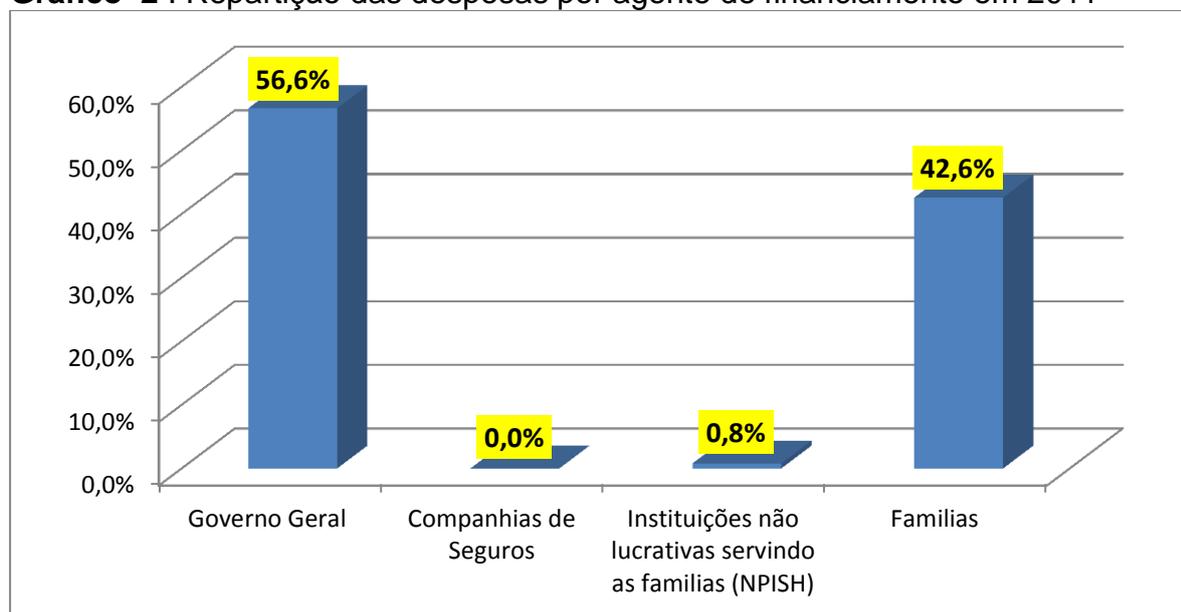


Gráfico 2, mostra que o Governo Central (administração pública) assegura a maioria das despesas correntes de saúde com 56,6%, seguida os agregados família com 42,6%. As Instituições sem fim lucrativo ao serviço de agregados familiares geraram 0,8%.

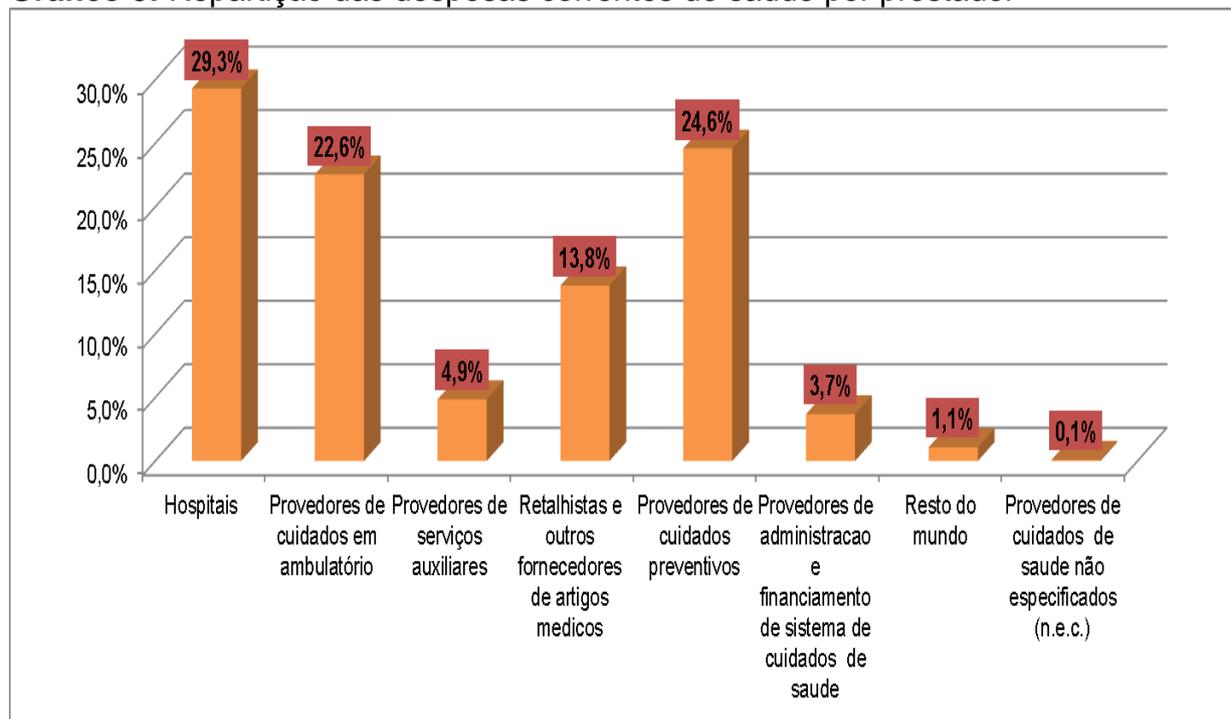
À Administração Pública seguem os agregados familiares em termos de financiamento das despesas de saúde com 56,6% do total. Este agente de financiamento gere as despesas dos regimes da administração pública e regimes contributivos obrigatórios de financiamento da saúde, sendo 0% gerados pelo Seguro de saúde Facultativo.

As Instituições sem fim lucrativo aos serviços dos agregados familiares (ISFLSAF) geraram 0.8% das despesas do total dos regimes de financiamento de saúde.

3.1.2 Despesas por prestadores de serviços de cuidados de saúde

O gráfico 3, recapitula as despesas correntes de saúde por prestador,

Gráfico 3: Repartição das despesas correntes de saúde por prestador

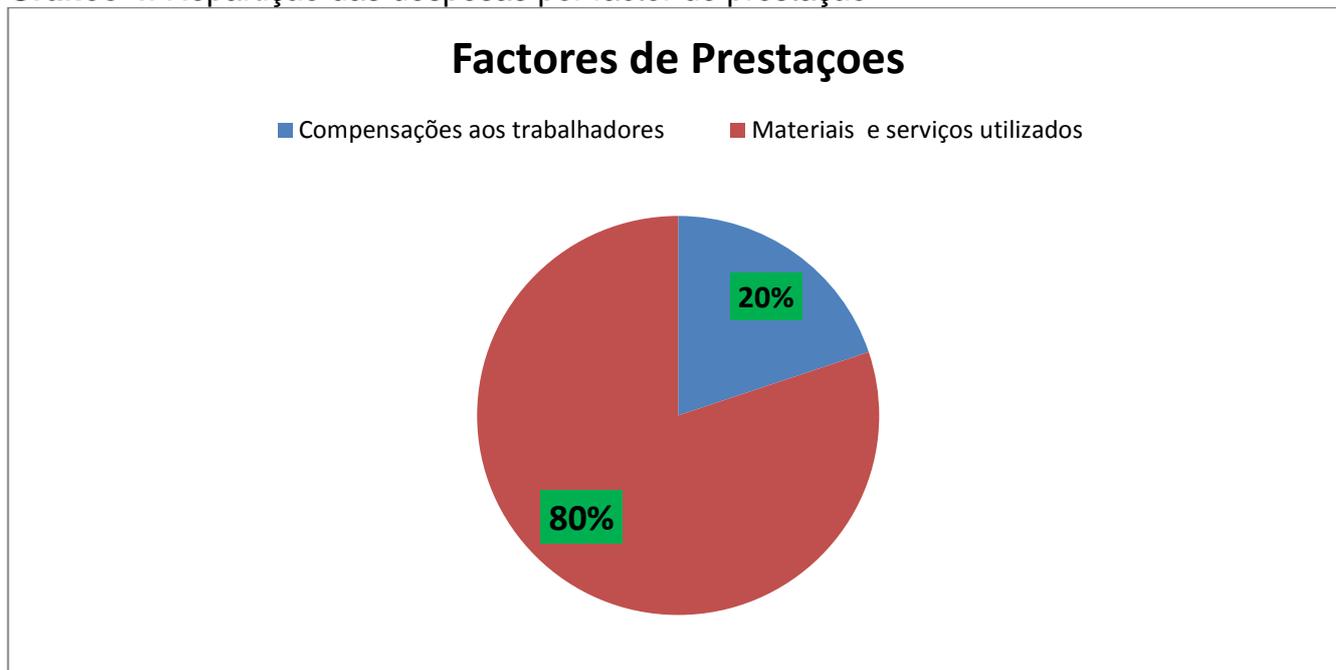


Este gráfico ilustra que as despesas dos prestadores de cuidados hospitalares foram muito elevadas, importantes com 29,3% do total. O segundo lugar importante cabe aos prestadores de cuidados preventivos com 24,6%, seguido dos prestadores de cuidados Ambulatório com 22,6%. Enquanto os provedores de administração e Financiamento de sistema de cuidados de saúde ficou com 3,7%. O Resto do Mundo são os tratamentos feitos no estrangeiros que corresponde 1,1% do total.

3.1.3 Despesas por factor da prestação dos cuidados de saúde

O gráfico 4 recapitula as despesas por factor de prestação.

Gráfico 4: Repartição das despesas por factor de prestação



Relativamente às despesas engajadas nos factores da prestação, constata-se que os equipamentos e serviços utilizados são os que custaram mais de metade (80%) das despesas Correntes de saúde . Este lugar constitui 38% dos produtos farmacêuticos. O que significa que o peso dos medicamentos nas despesas de saúde continua sendo um problema.

Os prestadores administrativos e financiamento do sistema de cuidados de saúde utilizaram todos os factores de prestações em 99,7% para « remunerações dos empregados e 0,3% para « remunerações dos profissionais particulares ». isso significa tem mais efectivos que contratados.

3.1.4 Despesas correntes por função sanitária

Tabela 4 Recapitulativo das despesas correntes de saúde por função em 2011.

Indicadores	Montante	%
	28.146.812.289	
Cuidados Curativos	8.856.398.281	31,5%
Cuidados Curativos no internamento	6.467.642.666	
Cuidados curativos gerais no internamento	6.162.459.269	
Cuidados curativos especializados no internamento	305.183.397	
Cuidados Curativos em ambulatorio	2.388.755.615	
Cuidados curativos gerais em ambulatorio	2.364.704.952	
Cuidados curativos especializados em ambulatorio	24.050.663	
Atenção de longa duração(saúde)	11.328.000	0,04%
Atenção de longa duração não especificado (n.e.c.)	11.328.000	
Serviços Auxiliares (não especificados por função)	1.365.660.151	5%
Serviços de laboratorio	1.354.855.689	
Serviços auxiliares não especificados (n.e.c.)	10.804.462	
Artigo medicos(não especificados por função)	3.888.632.031	14%
Produtos farmaceuticos e outros artigos medicos não duraveis	3.885.032.554	
Medicamentos prescritos	3.885.032.554	
Acessorios terapeuticos e outros artigos medicos	3.599.477	
Oculos e outros produtos para visão	3.599.477	
Cuidados preventivos	12.987.074.822	46%
Programas de informação, educação e aconselhamento	274.620.951	
Outros programas de informação, educação e aconselhamento	274.620.951	
Programas de Vacinação	262.941.179	
Programas de monitoria de condições saudáveis	6.215.552	
Vigilancia epidemiologica e programas de controlo de risco e doenças	12.443.297.140	
Planificação e Gestão	2.975.781.979	
Monitoria e Avaliação (M&A)	140.876.663	
Programas de vigilancia epidemiologica e programas de controlo de risco e doenças não especificadas (n.e.c.)	9.326.638.498	
Governação, e administração e financiamento do sistema de saude	1.037.719.003	4%
Governação e administração do sistema de saude	1.037.719.003	
Planificação e Gestão	1.037.719.003	
		100,0%

Tabela 4: Repartição das despesas por função sanitária

Em 2011, entre as despesas de funções sanitárias produzidas, as dos cuidados preventivos foram as mais importantes com 46% do total das despesas em função sanitária como mostra a Tabela 4. A seguir, aparecem as despesas de cuidados curativos com 31,5%. Depois, a terceira fila das despesas de funções sanitárias é ocupada pelas despesas de bens médicos com 14% do total. Enquanto as despesas dos

serviços auxiliares ocupam 5%. As despesas de função « governação, administração do sistema de saúde e de financiamentos » ocupam a quarta fila com 4%.

As outras funções sanitárias concernentes não ocupam senão menos do que 1% do total das despesas das funções sanitárias, ou seja, 0,56% para os cuidados de longa duração e 0,04% para os serviços auxiliares (não especificados por função).

Se tivermos em atenção à distribuição das despesas dos prestadores de serviços por função, nota-se claramente que os prestadores de cuidados hospitalares consagraram 99,54% das suas despesas na produção de cuidados curativos contra 0,38% para os cuidados preventivos. O que é normal porque a prevenção cabe sobretudo aos prestadores de cuidados ambulatoriais.

A parte das despesas dos prestadores de cuidados hospitalares consagrada à prevenção (0,38 %) vem dos CSRéf. Os prestadores de serviços de cuidados hospitalares compreendem os hospitais nacionais, regionais e os CSRéf. Estes prestadores consagraram somente 0,08 % à prestação de serviços auxiliares.

No que concerne aos prestadores de cuidados ambulatoriais, atribuíram 97,03% das suas despesas aos cuidados curativos contra 0,28% para os cuidados preventivos. Esta parte de prestadores de cuidados ambulatoriais consagrada à prevenção seria fraca, porque os cuidados preventivos devem constituir um grande pacote nas actividades das formações sanitárias de base.

Tratando-se de prestadores de cuidados preventivos, consagraram 69,18% das suas despesas nos cuidados preventivos. Todavia, atribuíram uma parte importante aos cuidados curativos, ou seja, 30% do total das suas despesas. Esta situação é evidente devido ao facto de que dada a crise de segurança pública de 2011, muito dos prestadores de cuidados preventivos, nomeadamente os programas e as ONG's viram-se na necessidade de oferecer cuidados curativos nas zonas duramente afectadas pela crise.

Os prestadores administrativos e de financiamento do sistema de cuidados de saúde consagraram 65,50% à governação, administração do sistema de saúde e dos financiamentos e 34,50% aos cuidados preventivos.

Repartição das despesas de saúde por beneficiário

Dois tipos de beneficiários são concernentes nesta parte, à saber : regiões e faixas etárias.

Tabela 5 Repartição das despesas de saúde por região

Quinara	773.342.850	2,7%
Oio	1.234.641.624	4,4%
Farim	546.318.389	1,9%
Biombo	1.351.202.715	4,8%
Bolama	471.851.263	1,7%
Bijagos	457.594.356	1,6%
Bafata	2.214.468.409	7,9%
Gabu	2.267.946.515	8,1%
Cacheu	2.387.500.068	8,5%
SAB	13.036.532.390	46,3%
Centros Especializados	68.396.481	0,2%
Direção Central	2.198.374.366	7,8%
	28.146.812.289	

De acordo com a Tabela 2, os regimes de financiamento mobilizaram as suas despesas em 46% para o distrito de SAB, tornando-se assim o primeiro beneficiário dos fundos

mobilizados através de receitas dos regimes de financiamento. Isto deve-se à presença de importantes estruturas de saúde a este nível, nomeadamente o hospital referência Nacional *Simão Mendes* e centros de saúde de referência

As regiões de Cacheu e Gabú são segundos beneficiários com 8,5% e 8,1% Respectivamente dos fundos despendidos. O nível central é o terceiro beneficiário com 7,8%. Este nível reagrupa as estruturas de coordenação da saúde.

3.1.5.3 Repartição das despesas por faixa etária

A Tabela 6 recapitula a repartição das despesas de saúde por faixa etária em 2011.

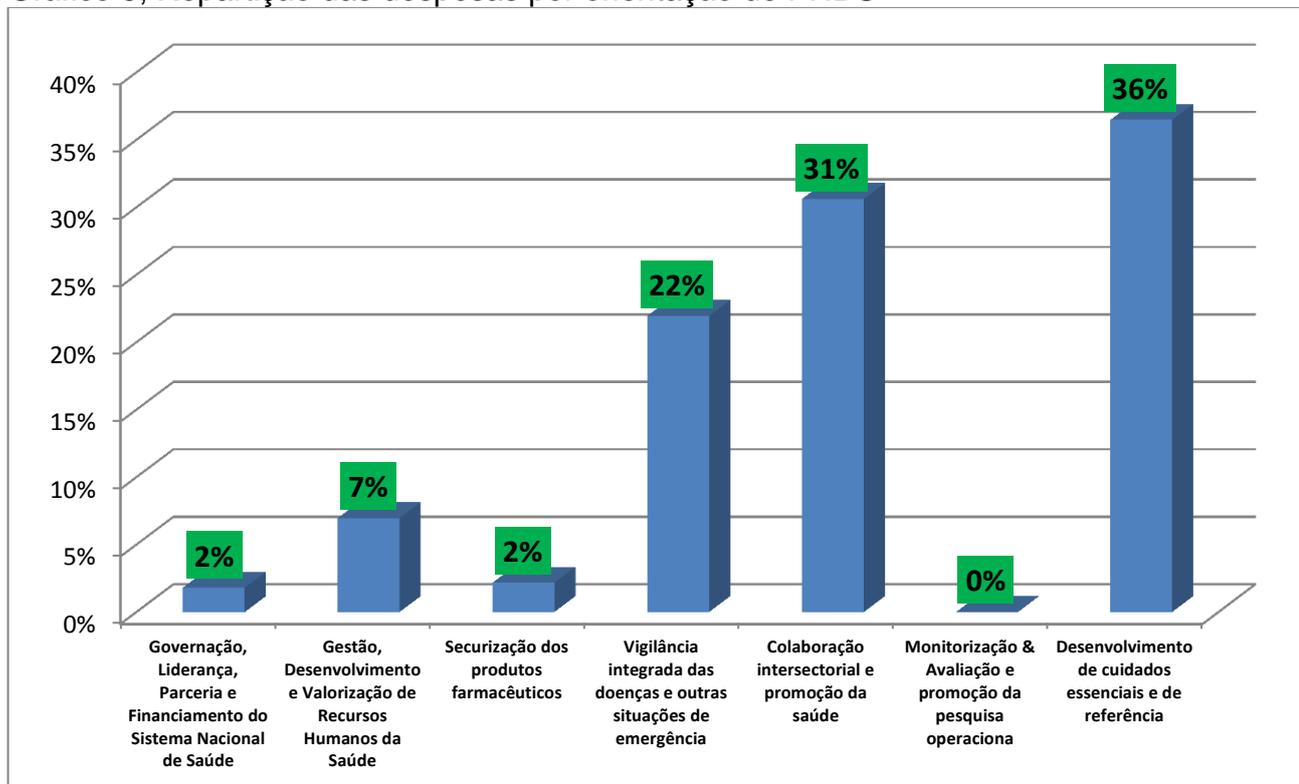
Tabela 6 : Repartição das despesas de saúde por faixa etária

Faixa Etaria	Montante	%
< 5 anos	5.139.947.453	18,3%
≥ 5 anos	5.199.211.290	18,5%
13-49 anos	15.168.459.692	54%
≥ 50 anos	2.639.193.854	9%

De acordo com esta Tabela, as crianças menores de 5 anos beneficiam de cerca de 18,3% das despesas de saúde. Enquanto as crianças maior de 5 anos beneficiam 18,5%. As idades compreendidas entre 13 e 49 anos beneficiam de 54%. Em cada faixa etária figuram mulheres férteis que são consumidoras importantes dos serviços de saúde.

- **Repartição das despesas por orientação de PNDS**

Gráfico 5, Repartição das despesas por orientação de PNDS



3.1 Análise sectorial das despesas de saúde 2011

3.1.1 Evolução do financiamento do orçamento atribuído ao Ministério da Saúde

A evolução do orçamento nos últimos três anos (2009-2011) é caracterizada por uma ligeira melhoria das doações externas, passando de 6,7% do PIB em 2009 para 9,7% do PIB em 2011. Como as despesas se mantiveram estáveis durante 2009-2011, o défice orçamental global aumentou significativamente de 0,2% do PIB em 2010 para 3,3% do

PIB em 2011. Os níveis da dívida externa continuam baixos (14%-15% do PIB em 2011) após o alívio da dívida de 2010.

Durante o período de 2009 -2011, o país experimentou uma curta estabilidade política, mas apesar de todo o financiamento do sector da saúde é suportado pelo fundo externo. Esta fraqueza torna o sector vulnerável, no caso a retirada dos doadores no país.

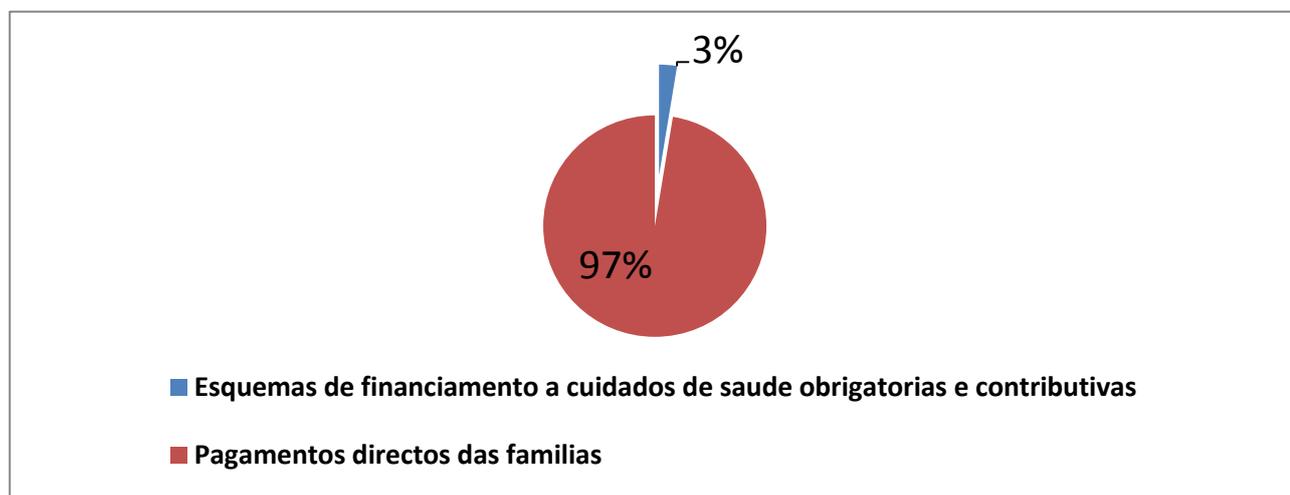
Tabela 7 orçamental dos três últimos anos

ANO	TOFE	Previsão/saúde	Execução	% Em TOFE
2009	903.410.500.000	6.335.373.000,00	2.322.529.000	2
2010	110.418.826.086	7.998.925.000,00	2.539.633.000	2,3
2011	83.493.000.000	4.174.650.000,00	2.382.314.661	2.5

Como indica a tabela este três últimos anos com a pequena estabilidade politica o sector de saúde registou uma evolução significativa

3.2.4 Financiamento de saúde pelos agregados familiares

Gráfico 6: Recursos provenientes das famílias



Em 2011, a participação dos agregados familiares nas despesas de saúde eleva-se à 12.313.mil milhões de Francos CFA, ou seja, 43,7% das despesas correntes de saúde e 39% das Despesas totais de Saúde . Este montante inclui os pagamentos directos e as despesas efectuadas pelos mecanismos de seguros.

O Gráfico 6: Ilustra que os pagamentos directos representam 97% das despesas totais dos agregados familiares e 3% são de esquema de financiamento ao cuidados de saúde obrigatório 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 assim expostas aos riscos de despesas de saúde catastróficas e de pauperização. Paralelamente, a implementação de um sistema de protecção social para os cuidados de saúde nestes países progride lentamente.

Na Guiné-Bissau, as despesas das famílias em saúde são ainda relativamente elevadas. Define-se o pagamento directo das famílias como os pagamentos, formais ou informais, efectuados 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 indirectos incluem as contribuições aos mecanismos de protecção social e outros

mecanismos de partilha de riscos, as despesas em alimentação especial e em transporte de doentes.

Em 2011, cerca de 97,4% das despesas das famílias em saúde são despesas directas, realizadas na ausência total de qualquer sistema de cobertura dos riscos de doença, e neste caso, as famílias são os Agentes de financiamento. Portanto, são a segunda fonte de financiamento (FS) a mais importante e também um dos agentes de financiamento (HF) mais importante, seguindo o Ministério da Saúde, o que confirma a fraca cobertura ainda dos mecanismos generalizados de protecção do risco financeiro ligado à saúde ou de pré-pagamento, colocando as famílias numa situação de vulnerabilidade em caso de doença (despesas catastróficas de saúde).

Entretanto, na Guiné-Bissau não existe nenhum mecanismo voluntário de cobertura de riscos ligados à doença excepto algumas sociedades de seguros comerciais, que se encontram na sua fase embrionária, financiadas exclusivamente pela contribuição dos seus afiliados e, a sua actuação é limitada principalmente ao co-financiamento de medicamentos.

Em 2011, a estrutura anual de financiamento de saúde na Guiné-Bissau não respeita praticamente as recomendações da OMS a respeito dos pagamentos directos, é que estes não ultrapassem os 40% da despesa total de saúde pois, uma taxa superior a este nível tem como consequência, levar pessoas a caírem abaixo do limiar da pobreza, além de limitar o acesso a cuidados de saúde a famílias com condições económicas mais precárias.

Apenas quando os pagamentos directos se encontram abaixo dos 15 ou 20% das despesas totais de saúde que a incidência de catástrofe financeira baixa geralmente as níveis negligenciáveis. A parte das despesas directas das famílias em relação às despesas totais de saúde é importante.

Devem ser estabelecidos sistemas de contribuição alternativos tais como, a adopção de medidas permitindo uma maior cobertura da previdência social à população, a criação de mutuárias de saúde, mecanismos de seguro-doença privados e voluntários, etc.

3.2.5 Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais

Tabela 8, mostra Financiamento de saúde pelas Organizações Não Governamentais.

ISFLSH (ONG)	Doenças infecciosas e parasitoses	Doenças não Transmissíveis	Neoplasmas (cancuro)	Doenças cardiovasculares	doenças Não especificadas,	Total
ISFLSH (ONG)	24.050.663,41	19.678.710,00	2.951.806,50	15.742.968,00	983.935,50	43.729.373,41
	55%	45%	15%	80%	5%	100%

As ONG's contribuíram a nível de 43.729.373,405 Francos CFA nas despesas totais de saúde em 2011 equivalente à 0,2% das despesas correntes de saúde. As despesas das ONG's foram essencialmente orientadas para a luta contra as doenças infecciosas e parasitoses com 24.050.663,41 Franco cfa e as doenças não transmissíveis com 19.678.710,710 Franco Cfa.

3.3 CÁLCULO DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE FINANCIAMENTO DE SAÚDE 2011

A tabela 9 apresenta a lista dos indicadores retidos

Calculos de indicadores de Saúde 2011			
Nº	Calculo em função de:	DCT	DTS
1	Despesas totais de Saúde por habitante Pais-INE-2011	19.372,50	21.804,02
1 ^a	Despesas totais de Saúde por habitante OMS-2011	16.819,04	18.930,06
2	Despesas total de Saúde em percentagem do PIB, em percentagem	5,4%	6%
3	Despesa publica de Saúde em percentagem das despesas totais de Saúde, %	8,5%	8%
4	Despesas privadas de Saúde em percentagem das despesas totais de Saúde, , %	1,1%	1%
5	Despesas do resto do mundo de Saúde em percentagem das despesas totais de Saúde, , %	47,6%	42%
6	Despesas de Saúde das famílias em percentagem das despesas totais de Saúde, , %	43,7%	39%
7	Despesas de Saúde das famílias por pagamento directo em percentagem das despesas de Saúde das famílias, %	97,4%	97,4%
8	Despesas de cuidados preventivos em, % percentagem das despesas total de Saúde	46,1%	41%
9	Despesas de cuidados curativos , % em percentagem de despesas total de Saúde	31,5%	28%
10	Despesas de medicamentos em, % percentagem das despesas total de Saúde	13,85	12%
11	Despesas de Administração geral de Saúde em percentagem da despesa total de Saúde	3,7%	3%
12	Rácio da formação do capital sobre a despesa total de Saúde	12,6%	11%
13	Despesas correntes de Saúde em percentagem das despesas nacionais- OMS	30,1%	30%
14	Despesas correntes de Saúde em percentagem das despesas nacionais- TOF	33,7%	34%

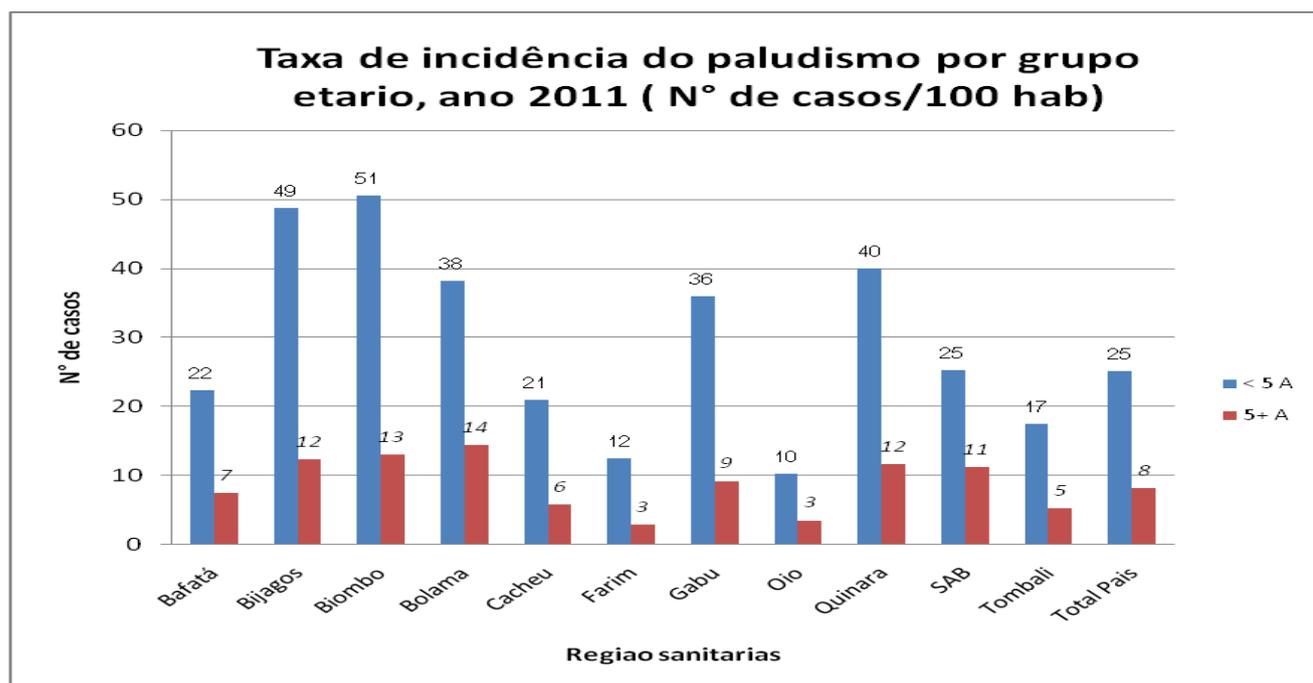
IV. RESUMO DA SITUAÇÃO SOBRE O PALUDISMO

Na Guiné-Bissau apesar do número de casos e de óbitos por paludismo ter vindo a diminuir, continua a ser o maior problema de saúde pública.

A fonte dos dados apresentados é o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), a completção dos relatórios foi de 94,0%. As regiões com maior taxa de completude foram SAB e Cacheu (100% e 99,5%) respectivamente e as regiões com menor taxa foram Oio e Bolama (84,8% e 85,4%) respectivamente.

A taxa de incidência geral do paludismo é de 11/100 hab. (174986/1596816), sendo 22% (68029/271447) nas crianças menores de cinco anos e 8% (106957/1325369) na faixa etária de cinco e mais anos. As regiões de Bijagós (49%), Bolama (32%) e Gabú (27%) tiveram as taxas de incidência mais elevadas nas crianças menores de 5 anos (ver gráfico 7).

Gráfico 7: Taxa de incidência do paludismo por grupo etario



maior prevalência na região de Gabú (12.2%) e, no extremo oposto, Cacheu com uma prevalência de apenas 1.6%. Nas crianças menores de 5 anos, a prevalência foi de 9.4%, tendo sido 16.8% em Gabú, 14.2% em Bafatá e 2.4% em Cacheu. Não existem indicações de declínio em relação a 2008. Cerca de 32% das crianças tiveram febre nas duas últimas semanas e, dentre as que procuraram tratamento, 69% disse ter recebido arthemether-lumefantrine (AL). Nas grávidas, o TPI-2 foi de 35%, tendo-se verificado que 22% dos medicamentos usados para prevenção foi cloro quina. Na autópsia verbal, 36% das causas de óbito nas crianças foi considerado o paludismo, contudo este dado deve ser visto com cautela. Nos estabelecimentos de saúde, a incidência do paludismo em todas as idades diminuiu em 21% e nos casos graves a redução foi ainda maior, em 44%.

- **Volume das despesas na luta contra Paludismo**

Despesas de saúde dedicada à luta contra a tuberculose é estimada em 15.049.427.577FCFA ou seja 53% da despesa corrente de saúde estimado em 28.146 mil milhões de francos CFA.

- **Despesas por receitas dos regimes de financiamento de saúde para Paludismo**

A receita despesa dos regimes de financiamento para o Paludismo estão resumidos na tabela.

Tabela.10: Receita regimes de financiamento da saúde

regime de financiamento	Montante	%
Transferencias das receitas domesticas do Governo (para saude)	775,00	5%
Transferencias distribuidas pelo Governo de origem externa(doador)	5.146,74	34%
Contribuições de segurança social	25,81	0%
Pre-pagamento voluntario	0,73	0%
Outras receitas domesticas n.e.c.	9.101,14	60%
Total DP	15.049,43	100%

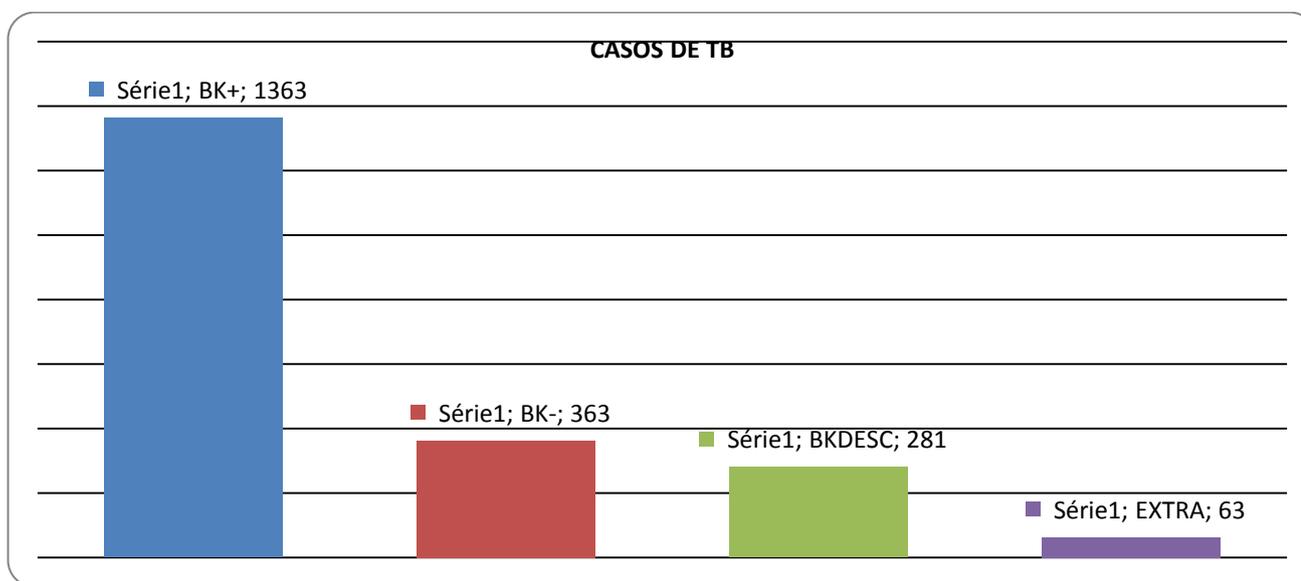
Despesas de saúde relacionados com o Paludismo são suportados pelas Outras receitas domesticas(o pagamento directo da família) com 60%, em seguida vêm as Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa(doação)" (atribuída à saúde) com 34%. As Transferências das receitas domesticas do Governo (para saúde) com 5%.O que torna um fardo pesado pelas famílias.

v. SITUAÇÃO SOBRE A TUBERCULOSE

1-Casos Notificados

Foram notificados 2070 casos de TB no decurso do ano 2011, a taxa de despiste de novos casos de TB com baciloscopia positiva, que é enfoque do programa foi de 62% em 2010 e 59% em 2011, sofreu um decréscimo na ordem de 3%, uma possível explicação é o facto de haver rutura de alguns reagentes e materiais para a Baciloscopia e assim como não implementação do sistema do transporte de amostras que iria facilitar acesso ao serviço do diagnóstico laboratorial, mais rigor no registo e o elevado número de casos BK- e Bk desconhecido.

Gráfico 8 Comparativo da Evolução dos Casos de Tuberculose em 2011



Foram registados 1230 (762 do sexo masculino e 468 do sexo feminino) novos casos de TB com baciloscopia positiva no decorrer do ano 2011 sobre um total 2070 paciente de todas as formas, eis a distribuição da taxa de despiste a nível nacional de novos casos BK+ por regiões sanitárias.

Tabela 11 taxa de despiste a Nível Nacional

REGIÕES	2011(%)
SAB	60
Biombo	47
Gabú	59
Tombali	83
Oio	82
Bafatá	67
Quinara	83
Cachéu	73
Farim	79
Bijagós	87
Bolama	75
Guiné-Bissau	59

A região de Biombo apresenta a mais baixa taxa de despiste a nível nacional 47% muito a custa de elevados números de TB com BK- e BK não realizada, segue a mesma distribuição SAB e Gabu, as regiões de Tombali, Oio, Quinara, Cacheu, Farim, Bijagós e Bolama conseguiram atingir o objetivo delineado pelo PNLT que é a taxa de 70%.

2-Evolução dos Resultados de Tratamento entre os pacientes novos BK+

Em 2011 (coorte 2010) a **taxa de sucesso terapêutico** foi de **73%** contra **67%** de igual período de 2010 (coorte 2009), o que mostra uma evolução positiva na ordem de 6%, atribuído a melhoria da capacitação dos técnicos de saúde em DOTS e assim como envolvimento da sociedade civil na sensibilização dos doentes, a supervisão formativa a melhoria e actualização dos registos e instrumentos de medidas. **A taxa de abandono** foi de **14% em 2011 (coorte 2010)** contra **21%** em 2010 (coorte 2009), a taxa de abandono diminuiu 7%, o que também revela uma melhoria significativa das atividades de busca aos doentes faltosos, apoio nutricional e sensibilização no início e durante o tratamento para promover a adesão ao tratamento. **A taxa de óbitos** foi de **7.3% (coorte 2010)** contra **7.4% (coorte 2009)**, taxa que poderia ser mais elevada porque, algumas Regiões não notificam os óbitos que ocorrem nos hospitais e alguns óbitos ocorridos são registados como abandonos, entre outras razões.

A taxa desfavorável (somatório dos abandonos, falências e transferidos) que avalia o desempenho do programa no global, foi de 34% (coorte 2010) contra 27% (coorte 2009), isto revela a melhoria no desempenho do Programa, mas esta taxa ainda está acima do aceitável pela OMS que é 15%.

Volume das despesas na luta contra tuberculose

Despesas de saúde dedicada à luta contra a tuberculose é estimada em 2.086.791.606 FCFA 7% da despesa corrente de saúde estimado em 28.146 mil milhões de francos CFA.

- **Despesas por receitas dos regimes de financiamento de saúde para TB**

A receita despesa dos regimes de financiamento para a tuberculose estão resumidos na tabela.

Tabela12: Receita regimes de financiamento da saúde para TB

Receitas do regime de Financiamento	Montante	%
Transferencias das receitas domesticas do Governo (para saude)	86,65	4%
Transferencias distribuidas pelo Governo de origem externa(doador)	1.998,84	96%
Contribuições de segurança social	0,03	0%
Pre-pagamento voluntario		0%
Outras receitas domesticas n.e.c.	1,28	0%
Total DT	2.086,79	100%

Despesas de saúde relacionados com a gestão de TB são suportados pelas Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa(doação)" (atribuída à saúde) com 96%. Em seguida, vêm as " Transferências das receitas domesticas do Governo (para saúde) com 4%.O que torna a luta contra o TB muito vulnerável em caso de retirada ou de diminuição do apoio dos parceiros.

Despesas por regime de financiamento de saúde para TB

A receita despesa dos regimes de financiamento para a tuberculose estão resumidos na tabela.

Tabela13: Repartição das despesas de tuberculose por regimes de financiamento

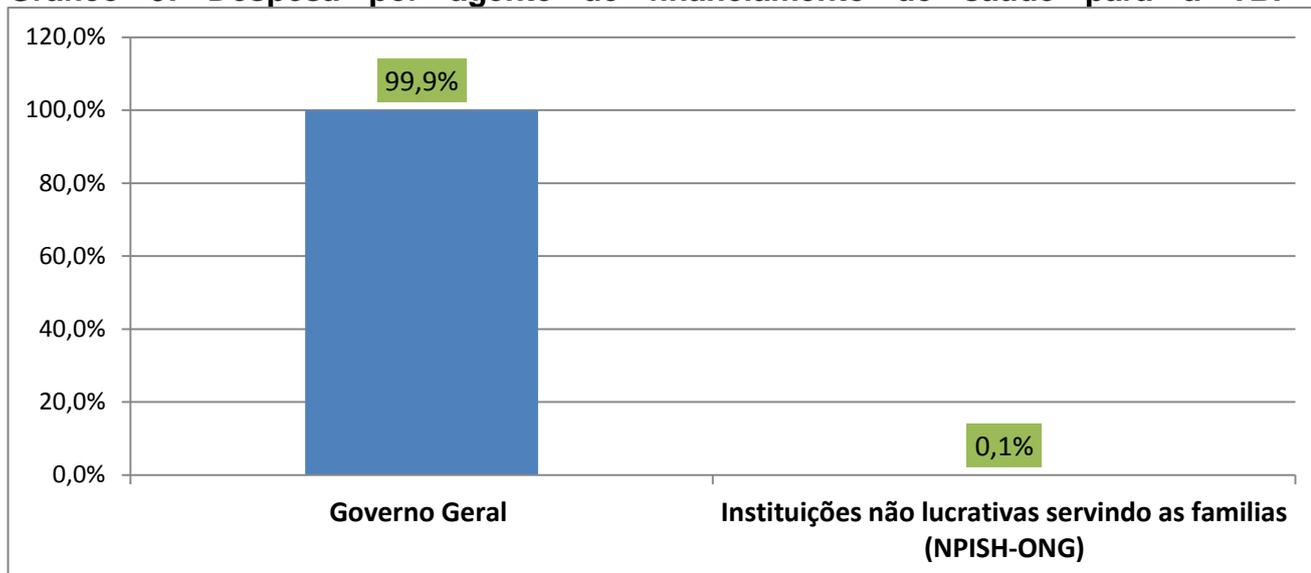
Esquema de Financiamento	Montante	%
Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saude obrigatorias contributivas	2.085,51	99,9%
Esquemas de pagamento de cuidados de saude Voluntarios	1,28	0,1%
Pagamentos directos das familias	0,00	0,0%

A maior parte das despesas na luta contra a tuberculose, ou 99% foram mobilizados a partir dos Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saúde obrigatórias contributivas. A outra 0,1% foram mobilizados através de Esquemas de pagamento de cuidados de saúde Voluntario.

- **Despesa por agente de financiamento de saúde para a TB**

As despesas dos agentes de financiamento para a tuberculose estão resumidos na tabela

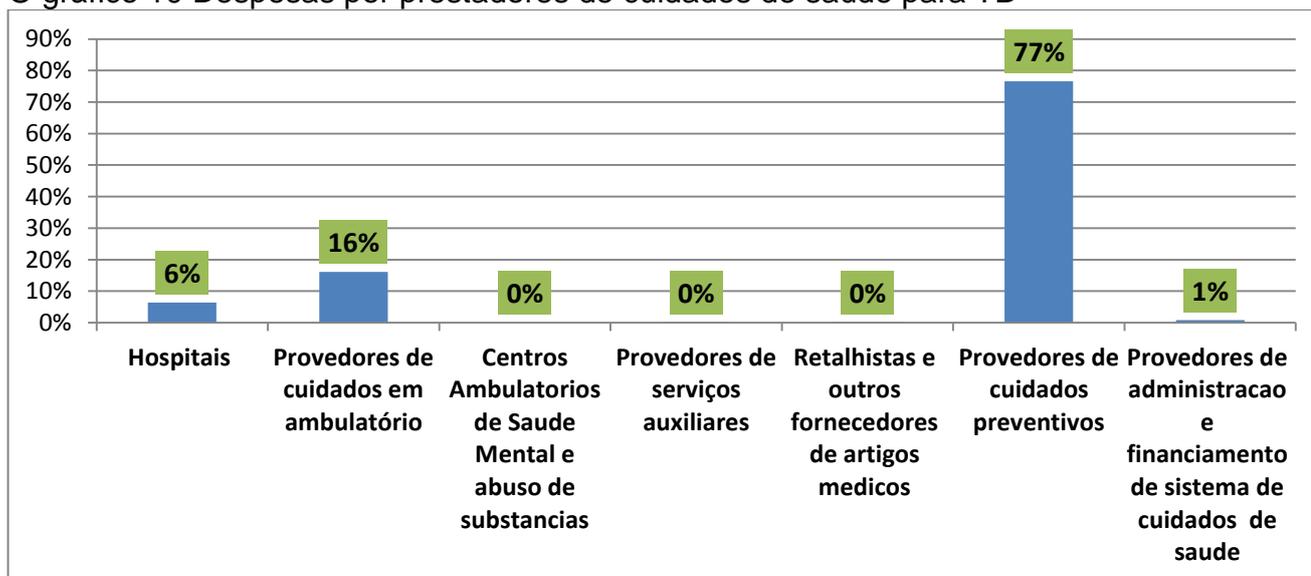
Gráfico 9: Despesa por agente de financiamento de saúde para a TB.



Em 2011 todos os fundos da luta contra TB foram transferidos no painel comum (PNDS) que foram distribuídos entre o PNLT (Programa Nacional da luta contra Tuberculoso) e ONGs sob Gestão de PNDS. É por isso, que o Governo Central geriu 99,9% deste fundo.

Despesas por prestadores de cuidados de saúde para TB

O gráfico 10 Despesas por prestadores de cuidados de saúde para TB



Como mostrado no Gráfico acima, os provedores de cuidados preventivos ocupam o primeiro lugar com 77% de tuberculose das despesas correntes. Os provedores de cuidados em Ambulatório vêm na segunda posição com 16% da despesas correntes de saúde. Esta proporção incumbe em primeiro lugar CSRef na classificação das contas dos prestadores de cuidados preventivos saúde. Prestadores de Serviços Administrativos e de financiamento do sistema de saúde têm utilizado 1% das despesas correntes. Os hospitais também foram envolvidos na luta contra a tuberculose, em menor grau (6%).

VI. SITUAÇÃO SOBRE O VIH/SIDA

O desenvolvimento da epidemia na Guiné-Bissau parece ter conhecido 4 fases:

a) **a primeira** é caracterizada por uma acelerada disseminação do VIH2 através da transmissão sexual e prestação de cuidados de saúde (transfusão sanguínea, intervenções com materiais perfurantes e cortantes, através de campanhas de vacinação e tratamento) durante a guerra de libertação nacional de 1963 a 1974;

b) a **segunda** caracteriza-se pela continuação da sua propagação através da transfusão sanguínea até aos anos 1987;

c) a **terceira** corresponde ao aparecimento do VIH1, em 1989, e a sua rápida disseminação, coincidindo com um declínio gradual do VIH2,

d) a **quarta** é a fase de aparente estabilização do VIH1 e declínio acentuado do VIH2 (da Silva, 2008; Biague, 2010).

Actualmente, a epidemia é considerada generalizada, pois a prevalência nas grávidas é maior que 1% e nos grupos de alto risco é maior que 5%. Este último grupo com altas prevalências é capaz de influenciar negativamente a evolução geral da epidemia. De acordo com as recentes orientações estratégicas globais da OMS para o sector da saúde sobre o VIH/SIDA para 2011/2015, as acções devem basear-se no conhecimento da dinâmica epidemiológica de cada país e, dentro dos países, das especificidades dos diferentes grupos da população e áreas geográficas. Por isso, esta análise procura ser o mais exaustivo, embora possam existir limitações por falta de dados e evidências, ficando-se em suposições.

2.2. Infecção pelo VIH na população geral – Prevalência Como atrás se referiu, a epidemia do VIH na Guiné-Bissau é caracterizada pela circulação concomitante dos dois vírus – VIH-1 e VIH-2. O VIH-2, vírus que afecta o país desde épocas remotas, tem conhecido um declínio acentuado, enquanto o VIH-1 – mais agressivo, detectado pela primeira vez em 1989, registou um aumento rápido nos finais dos anos 90, para depois conhecer uma certa estabilização em certos grupos e tendência de aumento noutros. A prevalência actual do VIH (tanto o VIH1 como o VIH2) na população geral foi recentemente estimada em 3.3% (95% Intervalo de Confiança [IC]: 2.7-4.0%) no primeiro inquérito serológico comunitário a nível nacional em toda a população realizado em 2010 (INASA, 2011). O VIH1 (1.8%) já substituiu o VIH2 (0.9%) pela sua magnitude, tendo-se observado a dupla infecção (VIH1+VIH2) em 0.7%: Prevalência do VIH na população geral em 2010. Fonte: Inquérito INASA, 2011. A prevalência global do VIH nos maiores de 15 anos foi estimada em 5.8% (IC:4.8-7.1%) e nas mulheres com idade entre os 15 e os 49 anos foi de 6.9% (IC: 5.6-8.6%). Considerando o VIH1 e a dupla infecção, a prevalência total do VIH1 foi de 2.4% (IC:1.9-3.0) (INASA, 2011) na população geral.) O seguimento da evolução da infecção tem verificado tendências similares em diferentes grupos da população. Na maternidade do hospital nacional Simão Mendes, sítio sentinela mantido por pesquisadores suecos até 2010, a prevalência do VIH1 nas parturientes aumentou de 0,1% em 1988 para 3.6% em 2000, atingindo 5.7% em 2010. Parece ter havido um aumento durante a guerra em Bissau, para depois conhecer uma certa estabilização durante vários anos. Em 2008 e 2010, registou-se um ligeiro aumento, que ainda deverá ser seguido, pois poderia representar simplesmente oscilações. O VIH2 tem diminuído de 8.3% em 1987 para cerca de 3% em 2000, atingindo 1.3% em 2010. A dupla infecção manteve-se sempre baixa e em 2010 era de 0.3%.

- Volume das despesas para a luta contra o VIH/Sida

Em 2011, as despesas totais do VIH e do SIDA são estimadas em 3.698 mil milhões de FCFA, ou seja, representam 13% das despesas correntes de saúde e 9% das despesas das doenças infecciosas e parasitárias.

- Despesas por receitas dos regimes de financiamento de saúde para o VIH/SIDA

A Tabela recapitula as despesas por receitas dos regimes de financiamento de saúde para o VIH/SIDA.

Tabela 14: Despesa por receitas dos regimes de financiamento de saúde para o VIH /SIDA

Indicadores	Montante mil.milhoes	%
Tranferencias das receitas domesticas do Governo (para saude)	63,92	1,7%
Transferencias distribuidas pelo Governo de origem externa(doador)	3.495,99	94,5%
Contribuições de segurança social	0,05	0,0%
Outras receitas domesticas n.e.c.	138,49	3,7%
Total	3.698,46	100,0%

Esta Tabela mostra que as despesas de luta contra o VIH e o SIDA são essencialmente subvencionadas através de fundos estrangeiros com mais (94,5 %). O que torna a luta contra o VIH/SIDA muito vulnerável em caso de retirada ou de diminuição do apoio dos parceiros.

Os fundos nacionais não suportam senão 1,7 % das despesas correntes de luta contra o VIH/SIDA.

- Despesas por regime de financiamento de saúde para VIH/SIDA

O Tabela recapitula as despesas por regime de financiamento de saúde para o VIH e o SIDA.

Tabela 15: Despesa por regime de financiamento de saúde para o VIH/SIDA

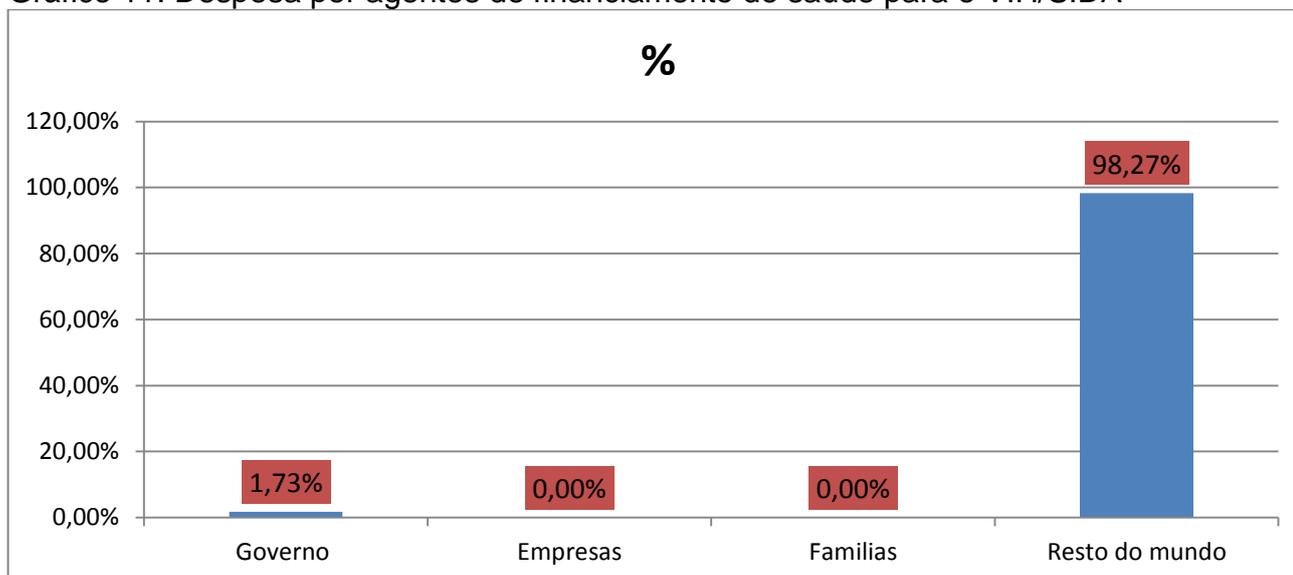
Indicadores	Montante	%
Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saúde obrigatórias e contributivas	3.559,96	96%
Esquemas de pagamento de cuidados de saúde Voluntários	138,49	4%

As despesas do VIH/SIDA foram mobilizadas somente através de dois regimes de financiamento de saúde, regimes da administração pública e regimes contributivos obrigatórios de financiamento de saúde por 96 % e os regimes voluntários de pagamento privado por 4 %.

Despesa por agente de financiamento de saúde para o VIH/SIDA

O Gráfico recapitula as despesas por agentes de financiamento de saúde para o VIH e o SIDA.

Gráfico 11: Despesa por agentes de financiamento de saúde para o VIH/SIDA



As despesas de saúde do VIH /SIDA foram geridas essencialmente por dois agentes de financiamento de saúde, à saber, a administração pública por 82,43% das despesas,

sendo 26,48% são geridos pelo Secretariado Nacional de Luta Contra Sida e Instituições Sem Fim Lucrativo ao Serviço dos Agregados Familiares por 28,19%. O restante, ou seja, 0,13 % foi gerido pelas sociedades (excluídas sociedades de seguro).

Despesas por prestadores de cuidados de saúde para o VIH/SIDA

As despesas por prestadores de cuidados de saúde para o VIH/SIDA são recapituladas no Tabela16.

Tabela 16: Despesas dos prestadores de cuidados de saúde para o VIH/SIDA

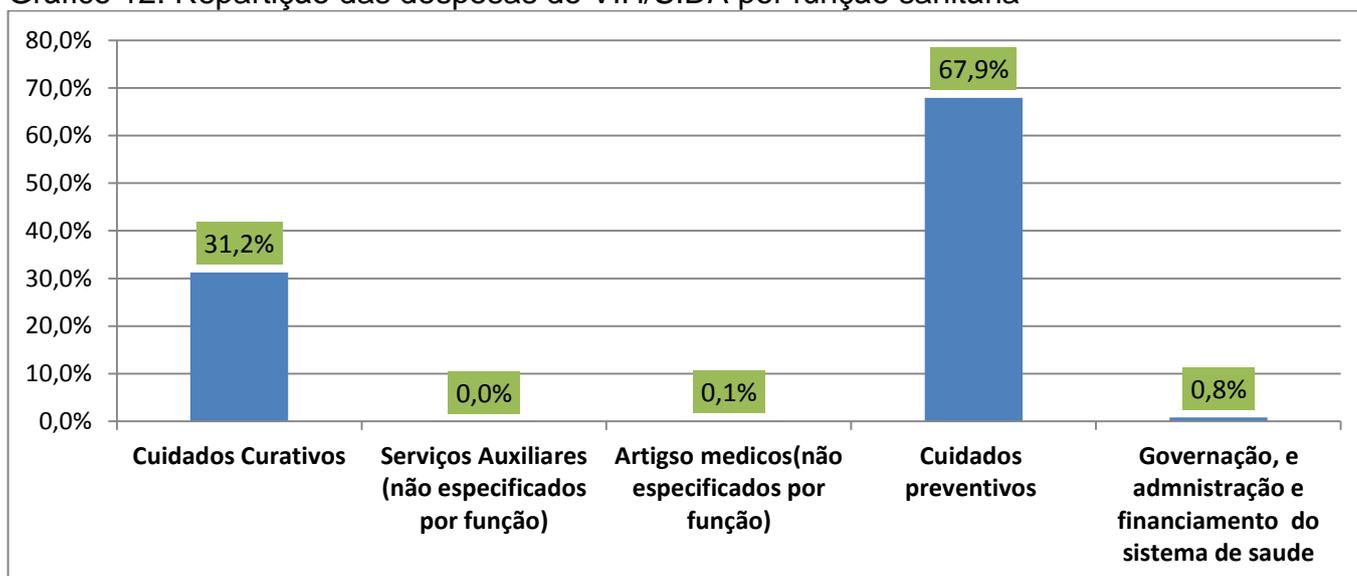
Provedores de Cuidados de saúde	Montante	%
Hospitais	277,84	7,5%
Provedores de cuidados em ambulatório	1.055,00	28,5%
Provedores de serviços auxiliares	0,10	0,0%
Retalhistas e outros fornecedores de artigos medicos	2,20	0,1%
Provedores de cuidados preventivos	2.334,51	63,1%
Provedores de administracao e financiamento de sistema de cuidados de saude	28,81	0,8%

Esta Tabela mostra que os Provedores de cuidados preventivos são os que receberam e utilizaram a parte mais importante das despesas para o VIH/SIDA, ou seja, 63,1%, Esta situação está em fase com a política nacional de luta contra o VIH/SIDA. A segunda parte mais importante das despesas foi efectuada aos provedores de cuidados de saúde ambulatórios receberam 28% do total.

Despesas do VIH/SIDA por função sanitária

A repartição das despesas do VIH é recapitulada por função sanitária.

Gráfico 12: Repartição das despesas do VIH/SIDA por função sanitária



São os cuidados preventivos que ocuparam a maior parte das despesas do VIH/SIDA em 2011 com 67,9 % do total. Isso explica-se pelo facto de que para além dos sítios de tratamento, todos os outros actores implicados na luta contra o VIH e o SIDA fazem essencialmente a prevenção. Em seguida são os cuidados curativos que ocupam o segundo lugar importante de despesas do VIH/SIDA com 31,2 % do total.

VII. Situação de Saúde Reprodutiva

Cuidados prenatais e partos

93% das mulheres com idade entre 15-49 anos que tiveram um filho nascido vivo, durante os dois anos que precederam o inquérito, receberam pelo menos uma vez cuidados pré-natais, por um agente de saúde qualificado e 70% receberam pelo menos

quatro vezes cuidados pré-natais por qualquer agente,. Já nos partos, 44% foram assistidos por agentes de saúde qualificados tais como médico ou enfermeiro ou parteira e 42% foram realizados nas instituições de saúde.

Contracepçãoe fecundidade

A taxa de fecundidade entre as mulheres com idade entre 15-49 anos é de 5,1 filhos por cada mulher, a taxa de fecundidade nas adolescentes com a idade entre 15-19 anos é de 136,6 por 1000 mulheres, enquanto que as gravidez não desejadas ou não planeadas é de 10.7%.

Um dos objectivos do inquérito, é recolher informações actualizadas que permitam a análise dos níveis de conhecimento, do uso actual e das fontes de obtenção dos métodos anticoncepcionais modernos. A contracepção constitui um dos factores essenciais de estimacão da redução da fecundidade. Neste caso é considerado como sendo um dos indicadores pertinentes para a avaliação dos programas da saúde materno-infantil e da SIDA.

Fístula

Entre as mulheres que já tiveram pelo menos uma gravidez, menos de 1% reportaram ter tido um problema/síntoma de fistula. Do total das mulleres que reportaram problema/síntoma de fistula, 57% delas tiveram tratamento cirurgica.

Regimes de financiamento das despesas de SR por região

A Tabela 17 recapitula a repartição das despesas de SR e de mulheres em idade fértil por Região.

Tabela.17 :Repartição das despesas de saúde reprodutiva por região,

Regiao Sanitário	Pop./RS	Saúde Reprodutiva	%
Tombali	111.205	149.513.642,44	5%
Quinara	71.063	137.956.842,78	4%
Oio	190.878	234.196.262,25	7%
Farim	53.533	92.631.470,14	3%
Biombo	88.925	144.548.759,26	5%
Bolama	10.892	24.532.023,70	1%
Bijagos	25.093	34.159.181,65	1%
Bafata	248.607	338.342.998,99	11%
Gabu	234.698	316.029.417,10	10%
Cacheu	215.866	313.952.692,41	10%
SAB	476.952	1.338.130.294,45	43%
Total		3.123.993.585,17	100%

A distribuição das despesas de SR por região demonstra que o Sector Autónomo de Bissau é a zona onde a despesa de saúde de mulher em idade fértil é a mais elevada. Ela é estimada em 1.338.130.294,45FCFA,que representa 43% do total das despesas de saúde Reprodutiva. A região de Gabú e Cacheu aparecem na segunda posição com 10% do total das despesas de saúde Reprodutiva. Repartição das despesas de SR por unidade institucional

A tabela recapitula as despesas de SR por unidades institucionais

Tabela 18 : Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por unidades Institucionais

Unidades institucionais de financiamento	Saúde Reprodutiva	%
Governo	734.681.875,80	23,5%
Empresas	222.138,48	0,0%
Famílias	55.534,62	0,0%
ISFLSH (ONG)	0	0%
Resto do mundo	2.389.034.036,27	76%
tudo FS.RI	3.123.993.585,18	100%

Uma análise dos financiamentos de SR na perspectiva das unidades institucionais mostra que os fundos provêm na sua maioria de fundos externos(Resto Do Mundo) (76%), principalmente UNICEF com 97% e OOAS com 2% do total de fundos externos (Resto Do Mundo). A contribuição de Administração Publica (Governo) corresponde (23%) do total das despesas de Saúde Reprodutiva.

Repartição das despesas de saúde reprodutiva por prestador

A Tabela 19 recapitula as despesas de SR por prestadores de serviços de saúde.

Tabela 19 : Repartição das despesas de SR por prestador de serviços.

Provedores de Cuidados de Saude	Saude Reprodutiva	%
Hospitais	568.198.530,46	18%
Provedores de cuidados em ambulatório	1.907.049.703,91	61%
Provedores de serviços auxiliares	608.370,00	0%
Retalhistas e outros fornecedores de artigos medicos	13.213.800,00	0%
Provedores de cuidados preventivos	80.124.775,50	3%
Provedores de administracao e financiamento de sistema de cuidados de saude	554.798.405,30	18%
Total DSR	3.123.993.585,17	100%

As despesas por prestadores mostram que os recursos são orientados principalmente para os prestadores de serviços de cuidados Ambulatório com 61%, os hospitais 18% e os prestadores de serviços de cuidados Preventivos com 3%.

Repartição das despesas de SR por função

A tabela 20 evidencia as despesas por tipo de cuidados de saúde reprodutiva.

Tabela.20 : Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por função

Indicadores	Montante	%
Cuidados Curativos	131,69	4,2%
Atenção de longa duração(saúde)		0,0%
Serviços Auxiliares (não especificados por função)	0,61	0,0%
Artigo medicos(não especificados por função)	13,21	0,4%
Cuidados preventivos	2.423,68	77,6%
Governança, e admnistração e financiamento do sistema de saude	554,80	17,8%

As despesas de SR são orientadas essencialmente para os cuidados preventivos. Estes cuidados, constituídos do seguimento do estado de saúde da mulher e do tratamento de uma contracepção custaram 77,6% das despesas correntes de SR. Os bens médicos, quer dizer os produtos contraceptivos ocupam uma parte fraca com 0,4%. A Administração e financiamento de sistema de saúde ocupa a segundo lugar com 17,8% das despesas correntes de saúde.

A Tabela 21 recapitula a repartição das despesas de SR por domínio de intervenção.

Tabela 21: Repartição das despesas de Saúde Reprodutiva por domínio.

Condições Materna	1.657.080.541	53%
Condições Perinatais	1.363.436.742	44%
Gestão de contraceptivos (planeamento familiar)	103.476.302	3%

As despesas de saúde reprodutiva na Guiné-Bissau são estimadas em 3.123 mil milhões de FCFA, ou seja, 11% das despesas correntes de saúde. A maior fatia destas despesas é orientada para as doenças maternas com 53% seguidas das doenças perinatal com 44% e o tratamento de uma contracepção com 3%.

VIII. Resultados das despesas na formação bruta de capital

As despesas em investimento de saúde em 2011 elevam-se à 3.503 mil milhões de Francos CFA, ou seja, 11% das despesas totais de saúde. As construções dos Edifícios residenciais e não residenciais corresponde 99,96% do total da infraestrutura que é de 86% do Investimento, os equipamentos médicos constituíram os segundos lugares de despesas com 14% do Investimento.

Tabela 22 : Repartição das despesas de formação bruta de capital por rubrica de investimento

Rubrica de Investimento	Despesas	%	
Formação bruta de Capital fixo	3.503.929.304	100%	
Infra-estruturas	3.026.704.253	86%	86%
Edifícios residenciais e não residenciais	3.025.557.103	99,96%	
Outras estruturas	1.147.150	0,04%	
Maquinaria e equipamento	477.225.051	14%	14%
Equipamento medico	288.007.396	60,35%	
Equipamento de transporte	18.726.749	3,92%	
Equipamento de ICT	96.000	0,02%	
Maquinaria e equipamento	170.394.906	35,71%	

A Tabela 23 a seguir recapitula as despesas correntes de saúde por doenças

Tabela 23: Repartição despesas de saúde conforme as doenças,

Classificação das doenças	Despesas correntes de saúde	(%)
HIV/AIDS	3.698.458.352	13%
Tuberculose	2.086.791.606	7%
Malaria	15.049.427.577	53%
Doenças diarreicas	2.969.384.293	11%
Saúde Reprodutiva	3.123.993.585	11%
Outras doenças	1.218.756.875	4%
DCT	28.146.812.289	100%

As contas 2011 evidenciam as despesas ligadas às principais doenças que são:

- O paludismo representa 53% das despesas correntes de saúde e 62% das despesas das doenças infecciosas e parasitárias.
- O VIH e o SIDA representam 13% das despesas correntes de saúde e 9% das despesas das doenças infecciosas e parasitárias.

- A tuberculose representa 7% das despesas correntes de saúde e 0,048% das despesas das doenças infecciosas e parasitárias.
- A saúde reprodutiva (SR) representa 11% das despesas correntes de saúde.
- Doenças diarreicas representam 11% das despesas correntes de saúde.
- Outras doenças não classificadas representam 4% das despesas correntes de saúde.

IX. Recomendações

Direito do Estado

- O Estado, através dos decisores políticos de saúde, deve desenvolver mecanismos alternativos de financiamento de saúde para aliviar o fardo económico da saúde suportado pelos agregados familiares.
- Implementar a política de financiamento de saúde.
- Aumentar o orçamento atribuído à saúde de acordo com os engajamentos internacionais (15% do orçamento do Estado).

Direito do Ministério da Saúde

- Melhorar a política de medicamentos essenciais (DCI) através do Esquema de Abastecimento e de Distribuição em Medicamentos Essenciais (EADME).
- Convidar os parceiros a privilegiar o financiamento de saúde através do Ministério da
- Rever a política de atribuição de recursos públicos em função das zonas de pobreza.
- Tomar medidas para corrigir a iniquidade na atribuição do financiamento da SR.
- Desenvolver a parceria pública e privada.
- Realizar um estudo sobre a efectividade das diferentes gratuidades particularmente o tratamento do paludismo nas crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas.
- Reforçar os mecanismos de seguro existente de financiamento da saúde e desenvolver outros mecanismos alternativos no Tabela da cobertura universal.
- Reforçar a prevenção.
- Desenvolver mecanismos para facilitar a recolha de dados.
- Diversificar os alvos da restituição (restituir aos parlamentares por exemplo) para diminuir a reserva das estruturas à recolha de dados.

Direito dos PTF

- Prosseguir o apoio na elaboração anual das contas de saúde.
- Disponibilizar regularmente à equipa os dados financeiros necessários para elaboração das contas.
- Automatizar a elaboração de contas de saúde

Conclusão

Como na maioria dos países de baixa rendimento, o financiamento da saúde vem de várias fontes é caracterizada por disparidades em sua distribuição.

O essencial do financiamento do sistema de saúde da Guiné Bissau provém de fundos exteriores, ou seja, 47,6% das despesas correntes de saúde contra 8,5% através de fundos do Governo (fundos Nacionais). O que representa uma situação do sistema de Saúde vulnerável. Todavia, as despesas correntes de saúde em 2011, 42,6% são suportadas pelos agregados familiares, sendo a quase totalidade efectuada através de pagamento directo ou seja 97% do total. Esta situação não é prometedora e coloca as famílias no segundo lugar da fonte de financiamento.

A contribuição do Seguro de Doença Obrigatório (SDO) no financiamento de saúde em 2011 é quase inexistente de 1,1 % das despesas correntes de saúde. Efectivamente, o SDO concerne apenas uma pequena franja da população, à saber, os assalariados do Estado e das colectividades, os assalariados contratuais do público e do privado e os reformados. Neste momento, o SDO não cobre na totalidade este alvo.

O essencial do financiamento da luta contra o paludismo, a tuberculose e VIH/SIDA Esta Situação, mostra a falta de um mecanismo de cuidados de saúde de cobertura universal para a consideração da equidade no sector. Perante esta situação, muitas famílias estão fortemente em dívida para pagar a qualidade da assistência e serviço. De fato, o risco de excluir os pobres e empobrecer a classe média continua muito elevado.

São os cuidados preventivos que ocuparam a maior parte das despesas do VIH/SIDA em 2011 com 67,9 % do total. Isso explica-se pelo facto de que para além dos sítios de tratamento, todos os outros actores implicados na luta contra o VIH/SIDA fazem essencialmente a prevenção. Em seguida são os cuidados curativos que ocupam o segundo lugar importante de despesas do VIH e do SIDA com 31,2 % do total.

Os produtos farmacêuticos ocupam 13,8 % das despesas correntes de saúde. em 2011 foi suportado pelos fundos externo quase na sua totalidade (doação).

O que torna a luta contra paludismo, a tuberculose e VIH/SIDA, muito vulnerável. O Estado deve fazer um esforço não somente para aumentar a parte dos fundos nacionais, mas também para convencer os seus parceiros à rever a sua parte de financiamento que escapa ao seu controlo.

Os fundos provêm na sua maioria de fundos externos (Resto Do Mundo) (76%), principalmente UNICEF com 97% e OOAS com 2% do total de fundos externos (Resto Do Mundo). A contribuição de Administração Pública (Governo) corresponde (23%) do total das despesas de Saúde Reprodutiva.

A distribuição das despesas de SR por região demonstra que o Sector Autónomo de Bissau é a região onde a despesa de saúde de Mulher em idade fértil é a mais elevada. Ela é estimada em 1.338.130.294,45FCFA, que representa 43% do total das despesas de saúde Reprodutiva. A região de Gabú e Cacheu aparecem na Segunda posição com 10% do total das despesas de saúde Reprodutiva.

As Normas da OMS, cada indivíduo deve gastar pelo menos US \$ 44 por ano em saúde o que corresponde a 25.000 francos CFA. O exercício de 2011, mostra que a Guiné-Bissau despende 21.804 Fcfa em média, por indivíduo por ano, de acordo com a projecção INE e 18.930 Fcfa por indivíduo por ano de acordo com a projecção da população OMS.

Em que concerne os 15% do OGE para a saúde conforme a recomendação de UEMOA, em 2011 a Guiné Bissau só gastou 2,9% das despesas total de saúde segundo TOFE.

Anexos

1. Tabela Cruzada FS-RI x HP (Esquema de Financiamento e Provedores de Cuidados de Saúde).

Unidades institucionales que aportan ingresos a los esquemas de financiamento	Provedores de Cuidados de Saude <i>CFA Francs (XOF), Milhões</i>	HP.1	HP.3	HP.3.4	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.9	HP.nec	todo HP
		Hospitais	Provedores de cuidados em ambulatório	Centros de Cuidados de Saude Ambulatorios	Provedores de serviços auxiliares	Retalhistas e outros fornecedores de artigos medicos	Provedores de cuidados preventivos	Provedores de administracao e financiamento de sistema de cuidados de saude	Resto do mundo	Provedores de cuidados de saude não especificados (n.e.c.)	
FS.RI.1.1	Governo	926,57	155,7	155,7	8,78		279,63	1.011,64			2.382,31
FS.RI.1.2	Empresas	1,24	0	0	2,26	30,05			285,5		319,06
FS.RI.1.3	Familias	5.942,45	620,56	620,56	1.352,60	3.790,19	288,29				11.994,08
FS.RI.1.4	ISFLSH (ONG)								19,68	24,05	43,73
FS.RI.1.5	Resto do mundo	1.384,31	5.572,02	5.572,02	2,03	68,39	6.354,81	26,08			13.407,63
FS.RI.1.5.1	Doadores Bilaterais					24,34	80,09				104,43
FS.RI.1.5.2	Doadores multilaterais	1.384,31	5.572,02	5.572,02	2,03	44,05	6.274,34	26,08			13.302,81
FS.RI.1.5.3	Doadores privados						0,39				0,39
todo FS.RI		8.254,57	6.348,27	6.348,27	1.365,66	3.888,63	6.922,73	1.037,72	305,18	24,05	28.146,81

2. Tabela Cruzada HP x HF (provedores de Cuidado de Saúde e Esquema de Financiamento).

Esquemas de financiamento		HF.1	HF.2	HF.3	tudo HF
Provedores de Cuidados de Saude		Esquemas do Governo e Esquemas de financiamento a cuidados de saude obrigatorias y contributivas	Esquemas de pagamento de cuidados de saude Voluntarios	Pagamentos directos das familias	
HP.1	Hospitais	2.311.804.708,33	617.060,00	5.942.145.956,49	8.254.567.724,82
HP.3	Provedores de cuidados em ambulatório	5.727.715.993,60	400,00	620.557.862,09	6.348.274.255,69
HP.4	Provedores de serviços auxiliares	13.629.462,00		1.352.030.689,22	1.365.660.151,22
HP.5	Retalhistas e outros fornecedores de artigos medicos	38.417.188,00	67.499.996,40	3.782.714.847,10	3.888.632.031,50
HP.6	Provedores de cuidados preventivos	6.498.071.961,93	136.367.260,97	288.285.839,59	6.922.725.062,48
HP.7	Provedores de administracao e financiamento de sistema de cuidados de saude	1.037.719.003,00			1.037.719.003,00
HP.9	Resto do mundo	285.504.687,00	19.678.710,00		305.183.397,00
HP.nec	Provedores de cuidados de saude não especificados (n.e.c.)	24.050.663,41			24.050.663,41
tudo HP		15.936.913.667,27	224.163.427,37	11.985.735.194,49	28.146.812.289,12

3. Tabela cruzada de FS x PLN (Transferência das Receitas e plano Estratégico)

Plano estratégico	PLN.1	PLN.2	PLN.4	PLN.5	PLN.6	PLN.7	PLN.8	tudo PLN
Receitas de esquemas de financiamento a cuidados de saúde	Governança, Liderança, Parceria e Financiamento do Sistema Nacional de Saúde	Gestão, Desenvolvimento e Valorização de Recursos Humanos da Saúde	Securização dos produtos farmacêuticos	Vigilância integrada das doenças e outras situações de emergência	Colaboração intersectorial e promoção da saúde	Monitorização & Avaliação e promoção da pesquisa operacional	Desenvolvimento de cuidados essenciais e de referência	
FS.1 Transferências das receitas domésticas do Governo (OGE) (para saúde)	155.496.327,00	1.960.008.009,00			266.810.325,00			2.382.314.661,00
FS.2 Transferências distribuídas pelo Governo de origem externa(doador)	26.075.300,00		27.793.615,00	6.040.633.176,93	7.102.518.808,94	4.621.905,00	2.724.585,00	13.204.367.390,86
FS.3 Contribuições de segurança social	326.180.952,00							326.180.952,00
FS.5 Pre-pagamento voluntário	1.222.360,00							1.222.360,00
FS.6 Outras receitas domésticas n.e.c.			582.720.151,61	136.367.260,97	1.247.342.187,64		10.266.297.325,04	12.232.726.925,26
tudo FS	508.974.939,00	1.960.008.009,00	610.513.766,61	6.177.000.437,90	8.616.671.321,57	4.621.905,00	10.269.021.910,04	28.146.812.289,12

5. Tabela cruzada de SNLx DIS (Região e Doenças)

Nível Sub-Nacional	Classificação de doenças/ condições	DIS.1	DIS.1							DIS.1.7	DIS.1.nec	DIS.2	DIS.3	DIS.4	DIS.5	DIS.6
			DIS.1.1	DIS.1.2	DIS.1.3	DIS.1.4	DIS.1.5	DIS.1.6	DIS.1.6							
	<i>CFA</i> <i>Francs</i> <i>(XOF),</i> <i>Milhões</i>	Doenças infecciosas e parasitoses	HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	Tuberculoses	Malaria	Infeções Respiratórias	Doenças diarreicas	Doenças Tropicais Negligenciadas	Doenças evitáveis por vacinação	Outras doenças, e doenças não especificadas, infecciosas e parasitoses (n.e.c.)	Saúde Reprodutiva	Dificuldades nutricionais	Doenças não Transmissíveis	Trauma	Não relacionado a uma doença específica	
SNL.1	Tombali	970,13	216,39	25,37	659,82	0,06	57,01	1,49	9,75	0,25	149,51	0,77	18,11	0,12		
SNL.2	Quinara	617,61	194,96	23,73	368,34	0,06	19,9	1,39	9,12	0,11	137,96	0,72	16,94	0,11		
SNL.3	Oio	967,53	96,49	40,5	749,82	0,09	62,39	2,41	15,56	0,28	234,2	3,81	28,92	0,19		
SNL.4	Farim	440,38	63,19	15,95	320,21	0,03	33,78	0,94	6,13	0,15	92,63	1,84	11,39	0,07		
SNL.5	Biombo	1.188,27	314,88	24,56	725,14	0,06	112,28	1,44	9,43	0,46	144,55	0,75	17,52	0,11		
SNL.6	Bolama	444,55	82,03	3,68	272,3	0,01	84,56	0,24	1,41	0,32	24,53	0,11	2,63	0,02		
SNL.7	Bijagos	419,15	260,2	5,75	132,68	0,02	17,86	0,34	2,2	0,1	34,16	0,17	4,09	0,03		
SNL.8	Bafata	1.832,62	428,4	58,11	1.171,11	0,14	148,49	3,42	22,32	0,64	338,34	1,77	41,47	0,27		
SNL.9	Gabu	1.908,90	771,44	54,04	985,84	0,14	73,11	3,17	20,75	0,39	316,03	4,21	38,55	0,25		
SNL.10	Cacheu	2.033,41	221,57	53,58	1.532,80	0,11	200,81	3,13	20,59	0,81	313,95	1,63	38,26	0,25		
SNL.11	SAB	12.110,81	1.011,70	802,36	7.862,08	10,81	2.000,79	6,08	39,93	377,06	749,4	32,35	124,02	19,94		
SNL.12	Centros Especializados	48,29		48,29									20,1			
SNL.13	Direção Central	1.475,57	39,6	930,86	269,27	14,26	158,4		63,18		588,73	47,52	49,1	31,68	5,78	