



Plano Estratégico de Financiamento Sustentável da Saúde 2025-30

Maio 2025

ÍNDICE

Sumário executivo	5
Introdução.....	6
Parte I. Diagnóstico.....	7
Parte II. Proposta estratégica	23
Referências	45

Índice de gráficos:

Gráfico 1. Composição da receita tributária.

Gráfico 2. Mortalidade por doenças crónicas/doenças não transmissíveis.

Gráfico 3. Relação entre a exposição ao ruído do trânsito e a ocorrência de hipertensão primária.

Gráfico 4. Resumo das conclusões da avaliação funcional dos distritos sanitários.

Gráfico 5. Evolução do indicador 3.8.1 de cobertura efetiva de serviços de saúde.

Gráfico 6. Evolução do indicador 3.8.2 de despesa catastrófica.

Gráfico 7. Composição da despesa dos agregados familiares em saúde (IOF 2017).

Gráfico 8. Relação entre a despesa pública por habitante e a despesa catastrófica.

Gráfico 9. Comparação do uso dos serviços de saúde por grupo socioeconómico.

Gráfico 10. Eficiência na despesa.

Gráfico 11. Composição da despesa executada pelo Serviço Nacional de Saúde por fonte de recurso.

Gráfico 12. Evolução da parte da despesa pública total destinada à saúde.

Gráfico 13. Estrutura da despesa pública em saúde financiada pelo Orçamento Geral do Estado (OGE).

Gráfico 14. Composição da despesa com taxas de utilização (recuperação de custos) – 2022.

Gráfico 15. Composição da despesa externa do SNS por âmbito temático.

Gráfico 16. Evidência de diversos níveis de custos para o controlo da hipertensão arterial.

Gráfico 17. Número de atividades por área-chave/Planos de Ação Distritais.

Gráfico 18. Estimativa de custos do setor.

Gráfico 19. Cenário de financiamento do setor.

Índice de tabelas

Tabela 1. Desempenho na cobertura dos serviços de saúde em São Tomé e Príncipe.

Tabela 2. Estrutura do pacote de serviços por níveis de proteção financeira.

[Tabela 3. Estimativa de custos unitários e totais das transferências médicas entre dos distritos e o Hospital Ayres de Menezes \(HAM\)](#)

[Tabela 4. Estimativa de custos unitários e totais das transferências médicas entre a RAP e o Hospital Ayres de Menezes \(HAM\)](#)

[Tabela 5. Custos das evacuações médicas a Portugal](#)

Tabela 6. Percentagem de despesa destinada a transferências e evacuações

Tabela 7. Análise dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

Tabela 8. Correspondência entre as prioridades de financiamento no ALM (União Africana), o presente plano e as funções de financiamento da OMS.

Tabela 9. Eficácia e eficiência dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 10. Estimativa de custos de co-financiamento de medicamentos

Tabela 11. Necessidades orçamentais consolidadas anuais (Planos de Ação Distritais + nível terciário).

Tabela 12. Estimativa de custos e projeção de despesa pública em saúde.

Tabela 13. Estimativa da arrecadação e alocação possível com consignação de impostos.

Sumário executivo

O presente Plano de Ação apresenta as intervenções selecionadas para fortalecer o financiamento da saúde em São Tomé e Príncipe. Este plano foi elaborado pelo grupo especializado em Financiamento de Saúde (Task Force), criado por despacho ministerial, e inclui a área de Reforço de Sistemas de Saúde (RSS), a Direção de Administração de Finanças (DAF) do Ministério da Saúde, a Direção de Orçamento, a Direção de Impostos do Ministério das Finanças e o Banco Central, com o apoio técnico da Organização Mundial de Saúde.

O financiamento é uma das peças fundamentais dos sistemas de saúde, garantindo os recursos necessários para a provisão de recursos humanos e materiais para a prestação de serviços.

São Tomé e Príncipe apresenta resultados razoáveis em termos de Cobertura Universal de Saúde. O Serviço Nacional de Saúde é de acesso universal e o indicador de cobertura de serviços de saúde (ODS 3.8.1) é de 59% (dados de 2022). O indicador de proteção financeira (ODS 3.8.2) mostra que **2,8% das famílias santomenses dedicam mais de 10% do seu consumo familiar às despesas de saúde,** sobretudo em medicamentos, o que tem um impacto negativo nas economias familiares, especialmente nas zonas rurais e entre os coletivos vulneráveis.

O país registou grandes progressos no controlo das doenças transmissíveis e na redução da mortalidade infantil e materna. No entanto, o país passou a apresentar um perfil epidemiológico baseado em doenças crónicas não transmissíveis, como a hipertensão e a diabetes, que acarretam elevados custos sociais e económicos. Os fatores de risco, como a obesidade, o sedentarismo, o consumo de álcool, a poluição, têm aumentado significativamente.

O principal desafio do setor é a limitada abrangência, prontidão e qualidade dos serviços de saúde, relacionados com os recursos disponíveis insuficientes. Os níveis primário e secundário são forçados a transferir pacientes para o nível terciário, dentro do país ou fora, o que representa um custo muito elevado para as finanças públicas.

O país enfrenta um cenário de retirada progressiva dos parceiros internacionais que financiam áreas fundamentais, como as vacinas, tornando-se imperativo procurar alternativas que substituam esses recursos.

Para abordar esta temática complexa, o presente trabalho analisa a situação atual, com o objetivo de substituir os recursos externos e os pagamentos diretos mais elevados por financiamento público interno, bem como as evacuações por medidas de prevenção e tratamentos no país.

A estratégia visa alcançar "Mais saúde com os recursos disponíveis", demonstrando o compromisso de otimizar a eficiência dos recursos alocados, priorizando as despesas fundamentais e fortalecendo a governação e a gestão das finanças públicas.

Também propõe **"Mais recursos para a saúde",** apelando a um compromisso do Estado para aumentar os recursos do setor. A prioridade de utilização desses recursos seria **o investimento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto pedra angular de um sistema de saúde que privilegie a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença em estágios iniciais,** constituindo a forma mais eficiente de prestação de cuidados de saúde.

Introdução

Contextualização

O financiamento é uma das peças-chave dos sistemas de saúde, na medida em que lhes permite dispor da base material necessária para prestar cuidados de saúde às populações. Para alcançar a Cobertura Universal de Saúde em 2030, os países precisam de sistemas de financiamento robustos que garantam o acesso aos serviços e proteção financeira.

São Tomé e Príncipe enfrenta desafios para financiar o seu sistema de saúde, com uma população cada vez mais idosa e um padrão epidemiológico centrado em doenças crónicas que requerem despesas continuadas, num contexto económico volátil com ajustes fiscais. Este contexto, semelhante ao dos países da região, exige uma análise aprofundada da situação e o desenvolvimento de opções de política para viabilizar o financiamento sustentável do setor nas atuais condições.

O presente plano parte dos dados disponíveis para analisar os principais desafios do setor e propor intervenções efetivas e exequíveis, tendo em conta o contexto económico, social e sanitário do país.

Metodologia e fontes de dados

Para a elaboração do plano foi criado um grupo técnico específico, formado por quadros do Ministério da Saúde (RSS, DAF), do Ministério das Finanças (Direção de Impostos, Direção de Orçamento) e do Banco Central. O trabalho contou com o apoio técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS). Várias sessões de trabalho possibilitaram a redação do documento.

O plano teve como base a metodologia da OMS para a elaboração de estratégias de financiamento do setor da saúde¹, que propõe analisar as funções de financiamento e os respetivos desafios e possíveis reformas em termos de governação, arrecadação, agregação, aquisição, planificação do pacote de serviços e gestão das finanças públicas.

Foram utilizadas todas as fontes relevantes disponíveis no âmbito do financiamento do setor, nomeadamente os Anuários Estatísticos do Ministério da Saúde, as Contas Nacionais de Saúde 2018-21, o Estudo sobre a Despesa Catastrófica em Saúde (com base no Inquérito aos Orçamentos Familiares), a Avaliação Funcional dos Distritos Sanitários na Ilha de São Tomé, a Avaliação Económica do Fundo Nacional de Medicamentos e a Matriz de Progresso em Financiamento da Saúde, bem como dados específicos fornecidos pelo Ministério das Finanças, programas específicos e parceiros de cooperação.

Parte I. Diagnóstico

O diagnóstico identifica as características, dinâmicas e perspetivas do financiamento da saúde em São Tomé e Príncipe, tendo por base o contexto socioeconómico e epidemiológico, o desempenho em termos de Cobertura Universal e o funcionamento do sistema de saúde, bem como os principais desafios identificados no setor.

Para a elaboração deste plano, foi realizado um relatório de análise sobre o financiamento do setor², nomeadamente a Matriz de Progresso em Financiamento de Saúde³, um instrumento qualitativo de avaliação dos mecanismos de financiamento dos setores de saúde, proposto pela OMS.

1.Contexto social e económico

O país tem alcançado avanços significativos em termos de desenvolvimento humano: melhorias nas áreas da educação, saúde e condições de vida contribuíram para um aumento do Índice de Desenvolvimento Humano em São Tomé e Príncipe, que passou de 0,45 em 1990 a 0,63 em 2019.

A incidência da pobreza situa-se atualmente em cerca de 45% da população: o Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF, 2017) mostrou que pelo menos 45% da população vive com menos de 3,65 dólares por dia, o que é considerado a linha de pobreza para países com rendimento médio-baixo, grupo em que se encontra São Tomé e Príncipe. A pobreza é mais prevalente nos agregados familiares com mais crianças e nos chefiados por mulheres.

Ao nível económico, o país enfrenta um período de ajustamento fiscal, no qual deverá limitar as despesas e as novas dívidas, a fim de restabelecer progressivamente o equilíbrio macrofiscal. O início dos projetos de geração de energia renovável será fundamental para reduzir a importação de combustível e as despesas associadas. A inflação está em processo de estabilização, com previsões de uma taxa entre 5-8% para o período 2026-2029⁴.

A taxa de arrecadação sobre o PIB é de 10,8%, na mediana da região⁵ e abaixo da média regional de 15,6%. Esta capacidade limitada para arrecadar impostos pode estar relacionada com a informalidade de uma parte da economia e com a redução da atividade económica causada pela limitação de divisas, entre outros fatores.

A arrecadação é composta, quase em partes iguais, por impostos diretos (IRS, IRC e imposto sobre o património) e indiretos (importação e consumo).

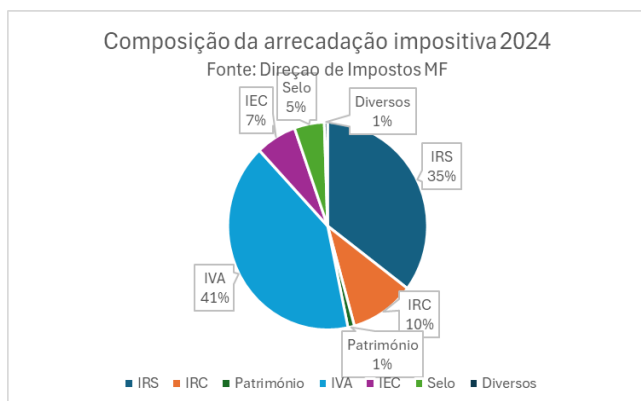


Gráfico 1. Composição da receita tributária.

2. Situação do setor da saúde

A Constituição de São Tomé e Príncipe reconhece a saúde como um bem social e estipula que o Estado tem o dever de garantir o direito à saúde pública a toda a população.

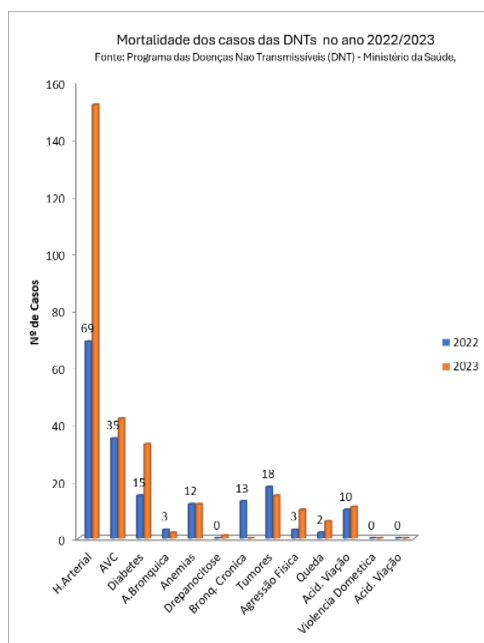
Recentemente, o país elaborou uma nova Política Nacional de Saúde para 2022-2032 e um Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde para os próximos 10 anos (2023-2032). Estes documentos estratégicos forneceram ao país um roteiro para acelerar os progressos no sistema de saúde, comprometendo-se a atingir a Cobertura Universal de Saúde até 2030, através da melhoria da disponibilidade, qualidade, equidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde a todos os níveis.

2.1 Resultados de saúde

A esperança de vida à nascença é de 69,6 anos. As mulheres têm uma esperança de vida mais longa do que os homens: 72,8 anos para as mulheres e 66,4 anos para os homens. Desde a viragem do milénio, a esperança de vida aumentou significativamente, tendo-se registado melhorias na prestação de serviços essenciais de saúde, incluindo ganhos na saúde reprodutiva e materna e na vacinação.

O país registou melhorias significativas na saúde da população. Entre outros indicadores, a mortalidade materna diminuiu de 179 para 146 mortes por 100.000 nascimentos e a mortalidade infantil (menores de 5 anos) reduziu de forma significativa, passando de 82 mortes por cada 1.000 nascimentos para 15 em 2022. A taxa de fertilidade é elevada, com 4,3 nascimentos por mulher, incluindo 95 nascimentos por 1000 habitantes com idades entre os 15 e os 19 anos⁶.

As doenças não transmissíveis (DNT) e os traumas são as principais causas de morbilidade, internamento e mortalidade no país. Trata-se de doenças crónicas que acarretam custos elevados para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente em termos de atendimento, acompanhamento, internamento e medicação. As causas destas doenças têm uma forte componente comportamental (hábitos, dieta, exercício físico) e de exposição a fatores ambientais, sociais, económicos e comerciais que afetam a saúde.



Observa-se um aumento significativo da mortalidade por hipertensão arterial, com uma taxa de letalidade de 68% dos internados no Hospital Ayres de Menezes (HAM), e por diabetes, segundo os dados do Programa das DNT do Ministério da Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2. Mortalidade por DNT 2022-23. Gráfico realizado pelo Programa das DNT – Ministério da Saúde.

Interpretação: Observa-se a duplicação da mortalidade por HTA e diabetes no último ano, bem como aumento no AVC.

O acesso aos medicamentos anti-hipertensivos está severamente limitado pela sua elevada carga económica para os pacientes. O custo estimado do tratamento anti-hipertensivo é de 1.460 DBS (59 euros) por paciente por ano¹.

A prevalência de doenças crónicas está determinada por fatores ambientais, sociais e económicos, tais como a poluição ambiental (sonora, química, atmosférica ou da água), os hábitos de mobilidade e sedentarismo, o estado das estradas e as normas rodoviárias, a dieta com cada vez mais peso dos alimentos ultraprocessados (incluindo refrigerantes), o consumo de tóxicos como o álcool e o tabaco.

Um exemplo é a relação positiva entre a exposição ao ruído do trânsito e a ocorrência de hipertensão arterial primária, conforme evidenciado pela comunidade científica internacional⁷ (Gráfico 3).

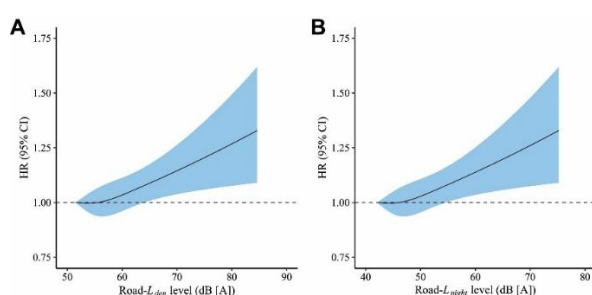


Gráfico 3. Relação entre exposição ao barulho do tráfego e ocorrência de hipertensão primária.

Interpretação: O ruído do trânsito durante todo o dia (A) e durante a noite (B)) está positivamente relacionado com o aumento da incidência de hipertensão e com vínculo causal.

Esta situação torna necessária a implementação de medidas preventivas em coordenação com outros organismos (Câmaras Municipais, Ministério da Educação, Ministério das Finanças), para encontrar soluções conjuntas que vão para além do fornecimento de cuidados de saúde.

2.2 Capacidade e acesso aos serviços de saúde

Os serviços de saúde estão organizados em três níveis. O primeiro nível, de base comunitária, é composto por postos comunitários de saúde e postos de saúde. O segundo nível, que constitui a base dos cuidados de saúde primários, é o nível distrital, composto por seis centros de saúde e pelo Hospital Regional da Ilha do Príncipe (Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça). O terceiro nível é o Hospital Central (Hospital Dr. Ayres de Menezes), que é o hospital nacional de referência, combinando serviços hospitalares secundários e terciários.

Em relação aos recursos humanos para a saúde, os dados mais recentes indicam que existem 0,5 médicos e 1,88 enfermeiros por 1000 habitantes. No entanto, estes valores estão abaixo do limiar de densidade de 4,45 profissionais de saúde por 1000 habitantes, necessário para prestar serviços essenciais de saúde e alcançar a Cobertura Universal de Saúde.

¹ 2 comprimidos diários de captopril a um preço de 2 DBS cada comprimido, por um total de 365 dias/ano.

O relatório da missão exploratória da CUS, realizada em 2021, destacou o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados em todos os níveis do sistema nacional de saúde.

A Avaliação Funcional dos Distritos Sanitários (2024) mostra a situação da prestação de serviços a nível distrital.

No gráfico seguinte (Gráfico 4), podem observar-se as **limitações dos distritos no que se refere à prestação de serviços abrangentes** que promovam a saúde através da disponibilização de informação e aconselhamento, prevenção de doenças, diagnóstico correto, tratamento em estágios iniciais, acompanhamento de pacientes e evitar custosas transferências para o nível terciário.

Em 2023, foram realizadas 432 transferências desde os centros de saúde distritais para o Hospital Ayres de Menezes (HAM), a fim de realizar exames radiológicos. Estas transferências dispendiosas poderiam ser evitadas se os distritos dispusessem dos equipamentos de diagnóstico necessários e de técnicos capacitados para os utilizar e manter.

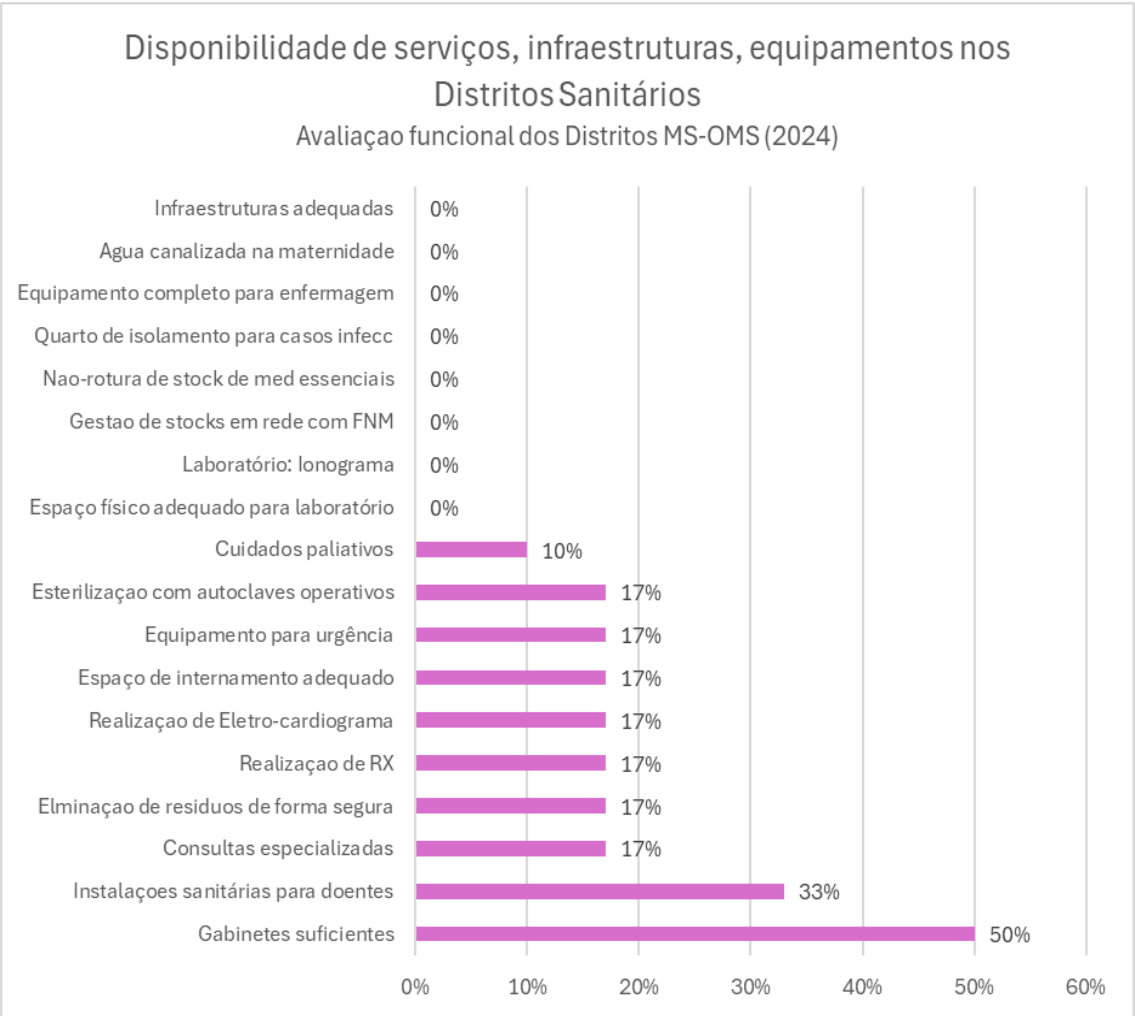


Gráfico 4. Resumo dos resultados da avaliação funcional dos distritos sanitários (2024).

Os dados indicam que nenhuma maternidade tem água canalizada e apenas um de seis distritos consegue realizar radiografias ou eletrocardiogramas.

3. Desempenho nos indicadores da Cobertura Universal de Saúde

São Tomé e Príncipe apresenta resultados razoáveis em termos de Cobertura Universal de Saúde. O Serviço Nacional de Saúde é de acesso universal, sendo um direito de cidadania e de residência. O indicador de cobertura de serviços de saúde (ODS 3.8.1) é de 59% (2022). O país conseguiu ganhos relevantes no controlo de doenças transmissíveis, como a malária (sem óbitos registados desde 2017), o VIH, a tuberculose, bem como na saúde materna, infantil e imunização.

O indicador de proteção financeira (3.8.2) mostra que 2,8% das famílias santomenses dedicam mais de 10% do seu consumo familiar às despesas de saúde. Esta despesa concentra-se sobretudo nos medicamentos, afetando negativamente as economias familiares, especialmente em zonas rurais e coletivos vulneráveis, e especialmente em doentes crónicos e com doenças não transmissíveis (DNT). O difícil acesso aos medicamentos afeta o desempenho do país na gestão das doenças não transmissíveis (DNT), que são a principal causa de morbilidade, internamento e mortalidade.

O setor é relativamente eficiente na produção de resultados de saúde com a despesa per capita alocada (109 USD em 2021), e comparativamente com países da região, insulares e com rendimentos semelhantes. As razões para esta relativa eficiência podem estar relacionadas com a estrutura do sistema, com custos administrativos relativamente baixos e acesso universal a serviços de todos os níveis assistenciais, apesar das limitações de recursos.

Em termos de equidade, o Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF, 2017) mostra um **acesso relativamente equitativo aos serviços** entre os grupos de menor e maior rendimento, com diferenças mais acentuadas quando as pessoas são inquiridas sobre a disponibilidade de serviços (63% para o quintil central e 76% para o quintil mais alto). Os grupos com maior capacidade económica recorrem mais aos serviços.

3.1 Cobertura de serviços (ODS 3.8.1)

O Relatório de Monitorização da Cobertura Universal (OMS, 2023) avalia a evolução dos indicadores medidos no âmbito dos ODS. O índice de cobertura de serviços mede o nível de cobertura de cada um dos serviços considerados e calcula a média.

No que se refere a São Tomé e Príncipe, o ODS 3.8.1 atinge 59 sobre 100 (Tabela 1).

	Área	Cobertura
Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil	Planeamento familiar	60
	Cuidado antenatal	80
	Vacinação DPT3	80
	Procura de serviços IRA	80
Doenças transmissíveis	Tratamento TB	32
	Tratamento HIV	80
	Uso rede mosq. Impreg.	ND
	Saneamento	48
Doenças não transmissíveis	Tratamento Hipertensão	29
	Prevalência de diabetes	80
	Não uso de tabaco	80
Capacidade do sistema e acesso	Densidade de camas hosp	80
	Força de trabalho	26
	Capacidade de RSI (IHR)	35
	Média	59

Tabela 1. Desempenho na cobertura dos serviços de saúde de São Tomé e Príncipe.

O indicador de cobertura evoluiu de forma muito positiva, no entanto, observou-se uma estagnação e uma ligeira queda em 2021, atribuída às tensões provocadas pela pandemia de coronavírus na provisão de serviços de saúde. A evolução do indicador nos países de baixos e médios rendimentos (LMICS, na sigla inglesa) apresenta uma tendência semelhante à de São Tomé e Príncipe.

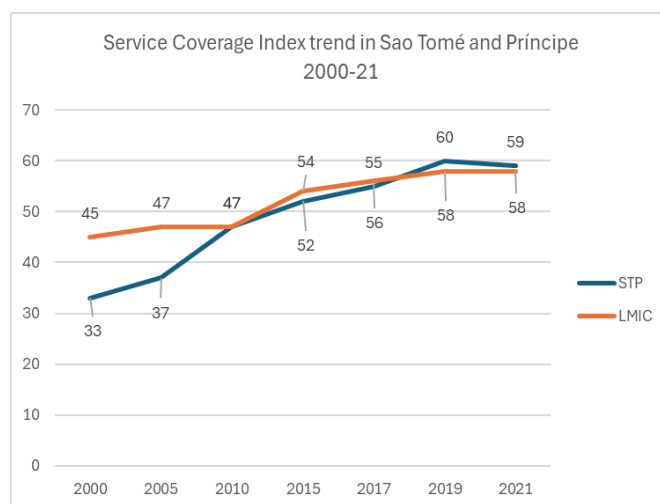


Gráfico 5. Evolução do indicador 3.8.1 de Cobertura Universal de Saúde.

3.2 Proteção financeira

A proteção financeira consiste na *capacidade de utilizar os serviços necessários com qualidade e sem incorrer em despesas catastróficas (superiores a 10%-25% do consumo familiar) ou empobrecedoras (que fazem cair a família na pobreza).*

A medição deste objetivo é feita através do indicador do ODS 3.8.2 (percentagem de agregados familiares que utilizam mais de 10% ou 25% do seu consumo para pagar despesas relacionadas com a saúde).

O Inquérito aos Orçamentos Familiares (IOF) de 2017 mostra que, em São Tomé e Príncipe, **2,8% dos agregados familiares gastam mais de 10% do seu consumo em despesas relacionadas com a saúde. Esta percentagem aumentou significativamente** desde 2010, quando era de 0,86%.

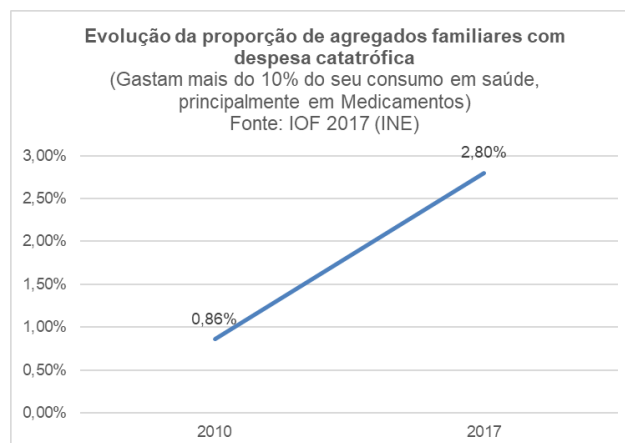


Gráfico 6. Evolução do indicador de despesa catastrófica.

Como segundo indicador de despesa catastrófica, observa-se que 0,8% das famílias destinam mais de 25% do seu consumo total a despesas de saúde.

O Inquérito aos Orçamentos Familiares (2017) mostra que **os grupos sociais com maior capacidade económica recorrem mais aos serviços de saúde**: o terceiro quintil (20% da população com "rendimentos médios") recorreu aos serviços em **76%** dos casos, enquanto o grupo de mais baixo rendimento só o fez em **60%**.

Todos os grupos da população, mais especialmente os que registam um rendimento mais baixo (40%), invocam a **falta de capacidade de pagamento como razão para não recorrer aos serviços de saúde** (33% no grupo mais pobre e 23% no segundo grupo com maior consumo).

Em média, os agregados familiares destinam 1% do seu consumo às despesas de saúde.

Os medicamentos representam 77% dessas despesas, as consultas 15%, e a hospitalização 5%. As outras despesas têm um peso menor (Gráfico 7).

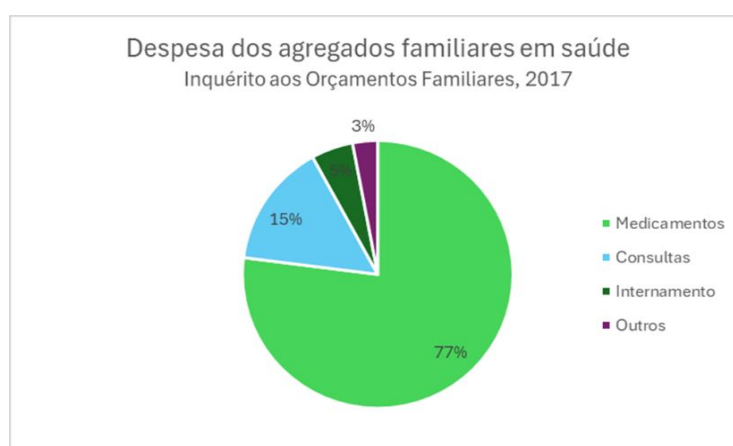


Gráfico 7. Composição da despesa dos agregados familiares em saúde

O relatório sobre Despesa Catastrófica em Saúde (2023) analisa os dados agregados do IOF e conclui que, apesar da média ser de 1% do consumo familiar:

- 2,8% dos agregados familiares gastam mais de 10% do seu consumo em saúde (5,2% para o caso do grupo de menor consumo);
- **0,8% dos agregados familiares gastam mais de 25% do seu consumo em saúde;**
- **0,46% da população cai abaixo da linha da pobreza, com 1,90 dólares por dia, devido a despesas relacionadas com a saúde, especialmente nas zonas rurais;**
- Constituem riscos de despesa catastrófica:
 - A necessidade de medicamentos aumenta o risco de despesa catastrófica em 3,2 vezes (320%) e o risco de empobrecimento em 2,5 vezes (250%);
 - Ter uma pessoa com mais de 60 anos na família aumenta o risco de despesas catastróficas e empobrecedoras em 30%;
 - Ter um familiar hospitalizado aumenta em 10% o risco de despesa catastrófica e em 60% o risco de empobrecimento;
 - Ter uma situação económica vulnerável (20% mais pobre) aumenta em 50% o risco de despesas catastróficas ou empobrecedoras em comparação com o grupo seguinte.

A relevância das despesas diretas também se mede pelo seu peso em relação à despesa corrente em saúde (CHE). As Contas Nacionais de Saúde de São Tomé e Príncipe para o período de 2018-21 mostram que **11,6% da despesa total do setor é realizada através de pagamentos diretos.**

Determinantes dos pagamentos no ponto de uso

Observa-se uma relação negativa documentada entre o financiamento público do setor da saúde (medido como despesa pública interna sobre o PIB) e os pagamentos no ponto de utilização⁸. São Tomé tem um bom desempenho neste sentido, sendo um dos países com menores pagamentos no ponto de utilização, comparativamente ao seu nível de despesa interna em saúde sobre o PIB (Gráfico 8).

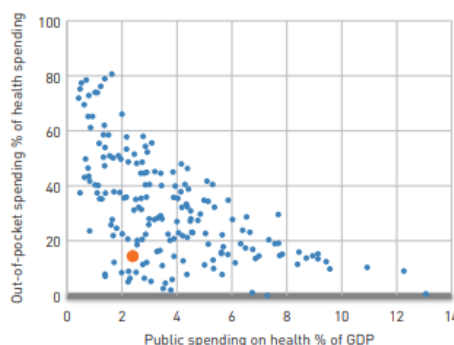


Gráfico 8. Situação de STP (ponto vermelho) na relação entre despesa pública sobre PIB e pagamentos no ponto de uso. Fonte: Health Expenditure Profile. OMS (2016)

Taxas de utilização e relação com a proteção financeira

Os pagamentos efetuados para utilizar o serviço são reconhecidos pelo nome de "recuperação do custo", do inglês "cost recovery", um tipo de políticas difundidas pelo Banco Mundial no final dos anos 1980 e acordadas na Declaração de Bamako (1987).

Atualmente, depois de três décadas de evidência na África Subsaariana, os pagamentos diretos não são recomendados pelo próprio Banco Mundial nem pela OMS⁹, já que geralmente geram barreiras de entrada aos serviços, utilização reduzida, exclusão, despesa catastrófica, deterioração dos resultados de saúde e desigualdade na utilização dos recursos públicos.

Em São Tomé, a política de copagamentos prioriza o financiamento público para o atendimento hospitalar, introduzindo copagamentos no nível primário e para os medicamentos.

- **O internamento e as urgências de nível primário e hospitalar não têm pagamento no momento da utilização, incluindo os medicamentos.** Tal tem um grande efeito de proteção financeira precisamente nos momentos em que existe um maior risco de não utilização e despesa catastrófica (tratamentos de urgência e operações).
- **As consultas de medicina geral têm taxas de utilização baixas, entre 10 e 40 DBS**, consoante o distrito sanitário. As consultas de medicina especializada têm taxas entre 40 e 50 DBS no hospital.
- **Os diagnósticos têm preços mais elevados, entre 100 e 400 DBS** para exames como ecografia ou radiografia, e 40 DBS por cada rubrica das análises de laboratório, o que pode facilmente levar a preços totais entre 200 e 500 DBS.
- **Os medicamentos para tomar fora da unidade sanitária são financiados na totalidade pelos pacientes.** Tal tem como resultado a baixa continuidade dos tratamentos de longa duração e a interrupção dos tratamentos, inclusive no caso de doenças infecciosas.
- **A política das farmácias públicas nos centros de saúde** permite o acesso a fármacos ambulatoriais a um preço inferior ao das farmácias privadas (aproximadamente 50% mais baixo, apesar de incluir o preço de custo e transporte), e em contextos onde não existe farmácia privada.

Incluído	Incluído com co-pagamento	Excluído
Internamento	Consulta	Medicamentos
Emergência	Diagnóstico	(Política de farmácias públicas
Consulta e Diagn 0-5a, +65a		Acessibilidade geográfica e
Consulta grávidas		menor preço)
Vacinas		
Medicamentos HIV, TB, MAL		
Peso na despesa familiar em saúde		
5%	15%	77%

Tabela 2. Estrutura do pacote de serviços por níveis de proteção financeira.

Interpretação

O pacote de serviços é composto por três blocos relativos ao cofinanciamento do utente:

- 1) Serviços inteiramente financiados pelo OGE sem necessidade de copagamentos.
- 2) Serviços que requerem copagamento.

Estas duas categorias beneficiam também de recuperação de custos e de fundos externos, embora de forma limitada.

- 3) Produtos excluídos que são importados e levados à unidade sanitária, mas cujo uso depende do financiamento do utente (medicamentos).

*Quanto menor é o financiamento público (OGE), maior é o peso deste tipo de despesa sobre o consumo familiar em saúde (IOF, 2017).

Aplicação destas taxas:

- **Cada distrito sanitário aplica os seus preços para consultas e procedimentos**, sendo Água Grande a que tem preços mais elevados.
- São aplicadas de forma não padronizada.
- **Os centros de saúde reportam que não existe exclusão sanitária por motivos económicos.** São aplicadas isenções complementares *ad hoc* por vulnerabilidade socioeconómica, que dependem do critério do cobrador, do administrador/a ou do/a delegado/a.
- Não se conhecem as **barreiras de entrada** que estes preços implicam para as populações, bem como os níveis de não utilização do sistema.

3.3 Equidade na distribuição dos recursos

A equidade na distribuição dos recursos é um dos objetivos da Cobertura Universal de Saúde, que estabelece que as despesas devem ser distribuídas de forma igualitária entre grupos sociais e geográficos. Este objetivo é avaliado com base em estatísticas de utilização dos serviços.

A distribuição da despesa em São Tomé e Príncipe é relativamente equitativa entre os diferentes grupos sociais, embora se verifiquem diferenças no que se refere à utilização de serviços entre o quintil mais rico (76% das vezes que foi necessário) e o quintil central (60%).

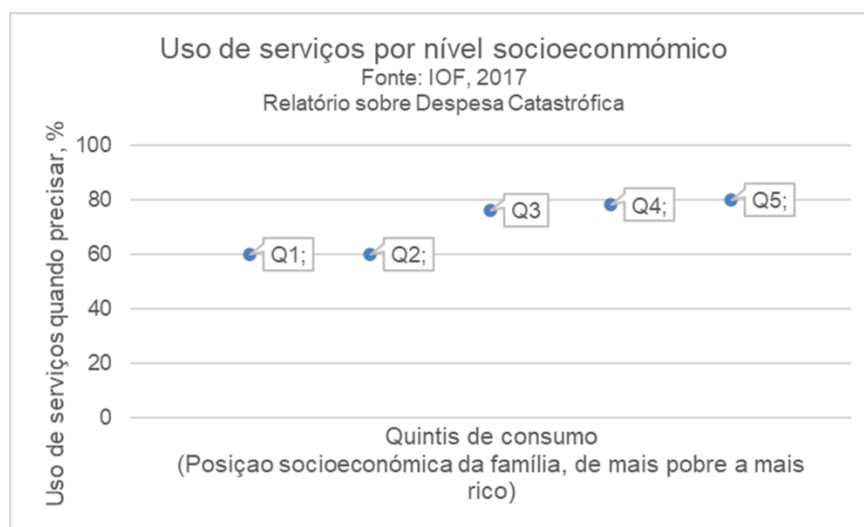


Gráfico 9. Comparação do uso dos serviços de saúde entre os diferentes grupos socioeconómicos.

Eficiência

São Tomé é relativamente eficiente na produção de resultados de saúde com a despesa realizada. A comparação do desempenho no indicador de Cobertura Universal 3.8.1 mostra que os resultados estão em linha com o esperado e acima da média (Gráfico 10).

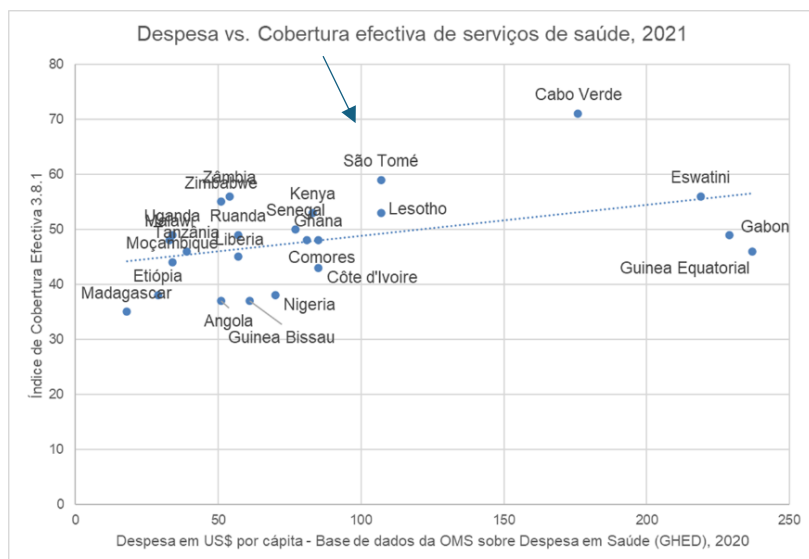


Gráfico 10. Eficiência na produção de resultados de Cobertura Universal em países africanos de rendimento médio e baixo.

No estudo realizado por Jordi et al. (2020) sobre a eficiência dos sistemas de saúde, São Tomé e Príncipe obtém uma pontuação elevada¹⁰. Os determinantes identificados da eficiência incluem a governação, o nível de educação geral da população e o nível de rendimento.

3. Financiamento da saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é financiado maioritariamente pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), complementado de forma relevante por fundos externos. Os fundos externos estão principalmente focados nas doenças transmissíveis, como a malária, o paludismo e o VIH, bem como na imunização (vacinas). O financiamento externo deve ser avaliado com a máxima cautela, já que existe o risco de sobredimensionamento se forem incluídas despesas que não entram no SNS sob a forma de subvenção ou em espécie.

Um terceiro componente do financiamento do SNS são as taxas de utilização (ou "recuperação de custo" – RC), que os utentes pagam pelo uso do serviço. Estes fundos representam 2% da despesa do setor. Apesar de poderem funcionar como barreiras de entrada aos serviços, as taxas de utilização permitem cobrir despesas essenciais de funcionamento quando o Orçamento Geral do Estado (OGE) não é disponibilizado atempadamente ou não é suficiente, tais como alimentação, reparações, combustível, manutenção, salários, etc.

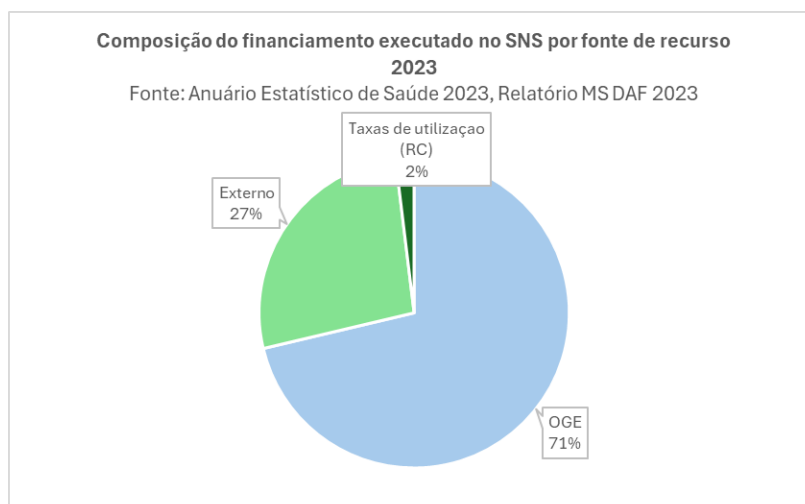


Gráfico 11. Composição do financiamento executado pelo Serviço Nacional de Saúde por fonte de recurso (2023).

O Estado tem feito um esforço relevante na priorização do setor da saúde no Orçamento Geral do Estado (OGE), destinando-lhe **11% do total**. Este valor de despesa pública inclui também a despesa externa, a qual é reportada através das Contas Nacionais de Saúde.

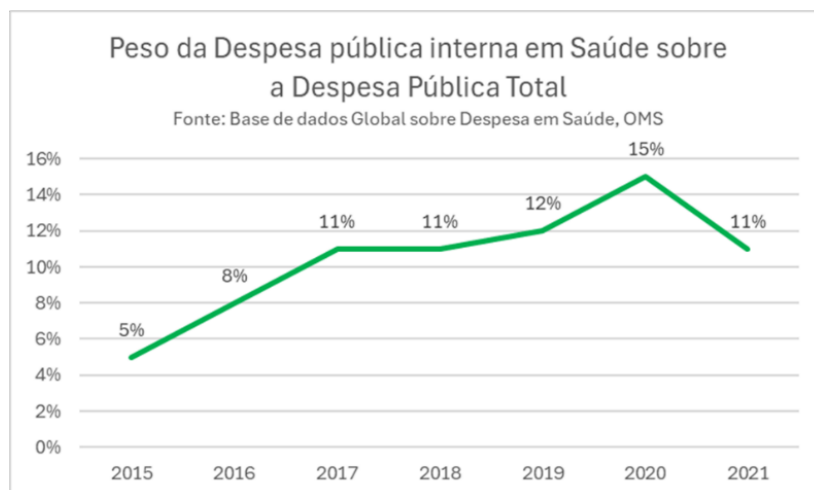


Gráfico 12. Peso da despesa pública interna em saúde sobre despesa pública total (GGHE/GGE).

A despesa do SNS é maioritariamente composta pelos salários, sendo os alimentos para os centros de saúde a segunda partida mais importante, seguida dos medicamentos, combustíveis e manutenção.

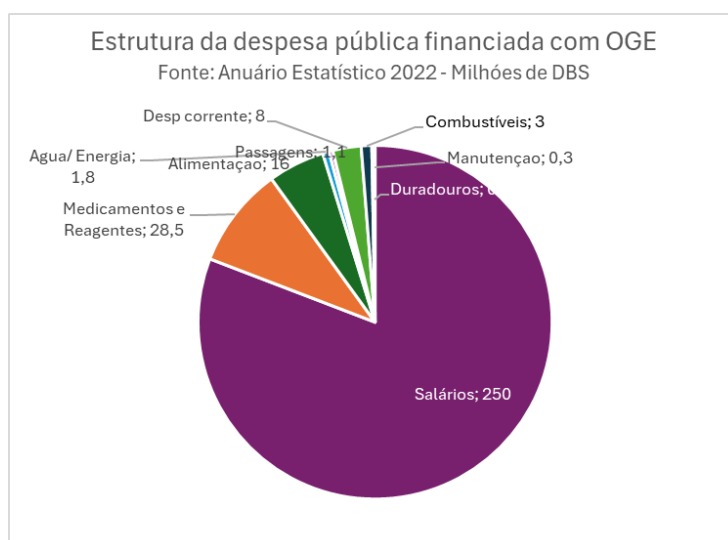


Gráfico 13. Estrutura da despesa pública em saúde financiada pelo Orçamento Geral do Estado (OGE).

Transferências e evacuações médicas

As despesas de transferências e evacuações médicas internas e para o exterior representam uma parte relevante da despesa do MS. Esta despesa está composta por vários tipos de actividades:

- 1) Transferências dentro da Ilha de Sao Tomé (de distrito a HAM: Sabemos que 432 doentes sao transferidos mensalmente dos distritos até o HAM pela ausência de RX (1.551 pacientes anuais). O custo estimado para cada paciente, seria de aproximadamente 955 DBS por paciente ou 5 milhoes de dobras anuais(1,4% despesa total).

1 transferência Distrito-HAM	
	DBS
Combustível	750
Manutenção ambulância	68
Motorista	136
	955
432 transferências*12 meses	4.948.364
	1,39%

Tabela 3. Estimativa de custos unitários e totais das transferências médicas entre dos distritos e o Hospital Ayres de Menezes (HAM)

Se somamos outras causas de transferências por falta de meios de diagnóstico (ecografia, análises), para as quais não temos dados fiáveis, poderíamos chegar aos 7 milhões de DBS anuais ou um 2% da despesa total (valor equivalente às necessidades do país em termos de vacinas).

A este valor somam-se outras causas de transferências por falta de meios de diagnóstico (como ecografias e determinados tipos de análises clínicas), para as quais não temos dados fidedignos, mas que poderiam elevar o número anual de DBS para 7 milhões, ou seja 2% da despesa total (valor equivalente às necessidades do país em termos de vacinas).

2) Evacuações entre as ilhas (da RAP a HAM)

Com dados da RAP, sabemos o número de evacuações (565) e a despesa total em passagens (somando doentes e acompanhantes). Se agregamos os custos uma vez em São Tomé, temos um valor aproximado de 13 M DBS ou um 3,67% da despesa total.

1 evacuação RAP - TMS	
Passagem doentes e acompanhantes	5.230
Ambulância (combustível, manut, motorista)	405
Internamento (7 dias x 2500/dia)	17.500
	23.135
565 evacuações	13.071.001
	3,67%

Tabela 4. Estimativa de custos unitários e totais das transferências médicas entre a RAP e o Hospital Ayres de Menezes (HAM)

3) As despesas com a Junta Médica representam 2,7% da despesa total, incluindo passagens de ida e regresso de doentes e acompanhantes, transporte de doentes (bombeiros), manutenção de doentes em Portugal e despesas de funerárias.

	EUR	EUR
	OGE	Governo Portugal
Passagens a Lisboa doentes	4.490.759	
Passagens a Lisboa acompanhantes	2.379.877	
Passagens regresso a STP	1.594.000	
Bombeiros	19.331	
Funerárias	1.072.610	
Manutenção de doentes em Portugal	1.072.000	
Atendimento de pacientes em Portugal		1.300.000
DBS	9.556.577	1.300.000
Total despesa MS	352.817.000	
Peso das evacuações sobre despesa MS	2,71%	

Tabela 5. Custos das evacuações médicas a Portugal

A soma de estes 3 tipos de transferências e evacuações dá um total estimado mínimo de 8% da despesa annual do MS.

	% despesa
Transferências distritos-HAM	2%
Transferências RAP-HAM	3,67%
Junta Médica	2,70%
Total	8%

Tabela 6. Percentagem de despesa destinada a transferências e evacuações

Os recursos arrecadados através de taxas de utilização são utilizados para financiar despesas correntes, especialmente em períodos em que os recursos do OGE não são recebidos atempadamente. Estas despesas são apresentadas no Anuário Estatístico.

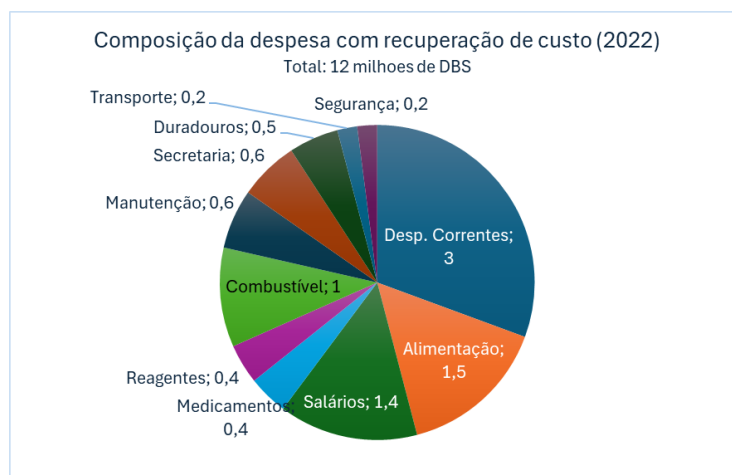


Gráfico 14. Composição da despesa com taxas de utilização (Recuperação de custo) – 2022.

Composição do financiamento externo

O financiamento externo que apoia o SNS na prestação de serviços e nos diversos programas está principalmente composto pelo Fundo Global contra a SIDA, a malária e a tuberculose, e em menor medida pela Aliança de Imunização e Vacinas (GAVI) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Estes apoios destinam-se ao reforço do sistema de saúde (RSS), às doenças transmissíveis, às vacinas e às doenças tropicais negligenciadas.

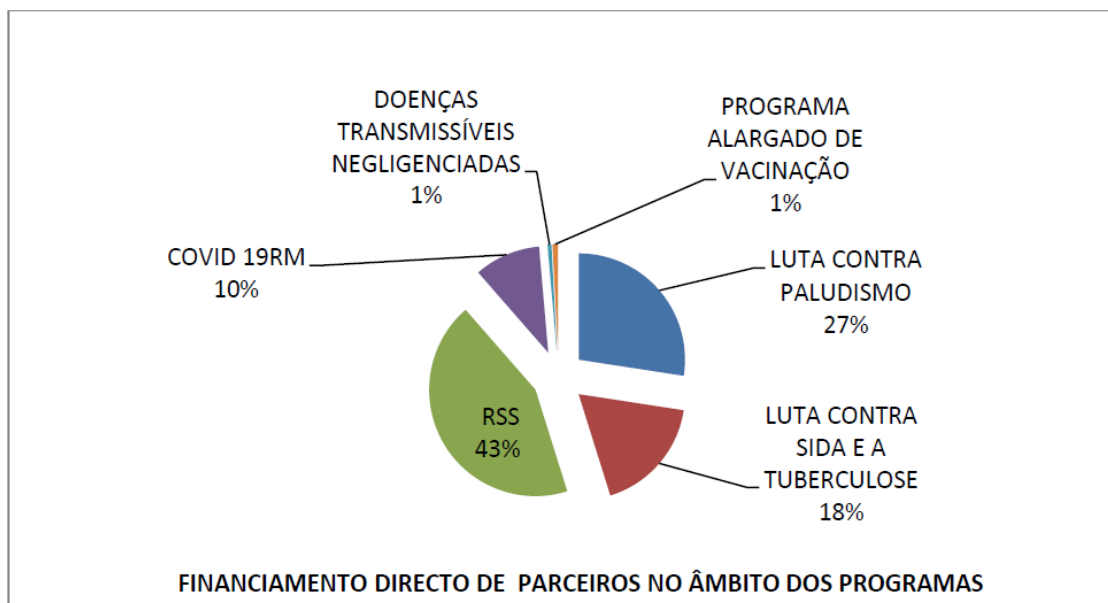


Gráfico 15. Composição da despesa externa do SNS por âmbito temático. Relatório de Execução Orçamental do Ministério da Saúde (2023).

4. Análise de desafios do sector

Análise de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

Pontos fortes - Rede sanitária e pacote de serviços que possibilitam um acesso universal de saúde (CUS). - Profissionais qualificados e motivados.	Pontos fracos - Barreiras económicas no acesso aos serviços de saúde. - Liquidez insuficiente para cumprir os orçamentos em rubricas essenciais, especialmente em medicamentos. - Desafios de qualidade devido à insuficiência de equipamentos, reagentes e medicamentos. - Limitações na gestão de finanças públicas, execução, controlo, monitorização e relato da despesa, prestação de contas, especialmente na área dos Recursos Humanos e dos Medicamentos.
---	--

	- O Fundo Nacional de Medicamentos não fornece medicamentos suficientes para venda.
Oportunidades - Intervenções de promoção e prevenção custo-efetivas podem proporcionar ganhos significativos em termos de resultados e reduzir os custos. - A redução da população pode diminuir a pressão assistencial e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.	Ameaças - Hábitos de vida não saudáveis são determinantes das doenças crônicas/DNTs. - Custos elevados para o sistema derivados do aumento das doenças crônicas/DNTs. - Custos elevados dos medicamentos, dependentes do comércio externo. - Fuga de quadros qualificados em diferentes áreas, a causa da migração. É necessário aumentar os salários para motivar e reter os trabalhadores.

Tabela 7. Análise dos pontos fortes, debilidades, oportunidades e ameaças

Após a análise, os principais desafios do setor são:

Desafios

- 1 **Baixa prontidão, qualidade, resolutividade, abrangência dos serviços de saúde**
- 2 **Dependência externa**
Retirada de parceiros para áreas essenciais
- 3 **Despesa elevada em evacuações evitáveis** - internas e externas
- 4 **Despesa catastrófica de saúde** (medicamentos e análises)

Parte II. Proposta estratégica

Objetivos

Objetivo geral:

Financiar adequadamente o setor da saúde, com uma gestão eficiente e **garantindo proteção financeira**.

Objetivos específicos:

De acordo com as orientações da Declaração “Investindo em Saúde” na Reunião da Liderança Africana da União Africana², o Plano de Ação se estrutura em dois grandes objetivos:

² African Union (2023): *Investing in Health Declaration*. African Leadership Meeting (ALM). Addis Abeba. Recomenda-se aos Estados membros fortalecer os orçamentos públicos de saúde e abordar as ineficiências orçamentais para criar sistemas de saúde mais efetivos e eficientes.

- 1) Mais Saúde com os recursos disponíveis
- 2) Mais recursos para a Saúde

Prioridades estratégicas de financiamento

1) Mais Saúde com os recursos disponíveis

- 1.1 Reorientar os serviços para os Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- 1.2 Fortalecer a Governança.
- 1.3 Alinhar a alocação de recursos com as prioridades nacionais.
- 1.4 Fortalecer a gestão das finanças públicas.

2) Mais recursos para o Serviço Nacional de Saúde

- 2.1 Aumentar os recursos para o setor da saúde

Estas prioridades correspondem às funções de financiamento propostas pela OMS (2020)³:

Prioridades de Financiamento de Saúde no ALM (União Africana)	Prioridades do Plano Estratégico de Financiamento Sustentável da Saúde	Funções de Financiamento OMS 2020
Mais saúde com os recursos disponíveis	Reorientar os serviços para CSP	Pacote de serviços
	Fortalecer a governança	Governança
	Alinhar a alocação de recursos	Aquisição de serviços / Alocação de recursos
	Fortalecer a gestão das finanças públicas	Gestão das Finanças Públicas
Mais recursos para a saúde	Aumentar os recursos para o setor da saúde	Arrecadação

Tabela 8. Correspondência entre as prioridades de Financiamento no ALM (União Africana), o presente plano e as funções de financiamento da OMS.

Eixos estratégicos

1. Mais saúde com os recursos disponíveis

1.1 Reorientar os serviços para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) com proteção financeira

Reforço dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como base do SNS, com capacidade para promover resultados de saúde, prevenir a doença, tratá-la em estágios iniciais, e evitar custos sanitários derivados do transporte e do atendimento em níveis especializados, bem como os custos sociais da incapacidade laboral.

Os CSP têm-se revelado a estratégia mais eficiente e efetiva para melhorar o estado de saúde da população, especialmente no contexto da transição epidemiológica para doenças crónicas.

³ Organização Mundial da Saúde (2020): *Health Financing Progress Matrix* (HFPM). Geneva.

As intervenções de escala populacional a partir dos CSP são as mais efetivas para reduzir a prevalência de doenças não transmissíveis e controlá-las, mais do que os enfoques individualizados¹¹.

Os CSP têm também importantes efeitos distributivos, sendo o mecanismo que mais favorece o atendimento dos grupos mais vulneráveis da população, tal como mostra a evidência para África¹².



Como é que os CSP conseguem ser eficientes na melhoria do estado de saúde da população?



Tabela 9. Eficácia e eficiência dos Cuidados de Saúde Primários

No caso da hipertensão, a evidência empírica mostra que a prevenção e o tratamento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ¹³⁻¹⁴ são mais económicos do que o tratamento de casos de hipertensão grave, com custos muito mais elevados para os episódios cardiovasculares ¹⁵. Estes estudos mostram que é mais custo-efetivo investir na prevenção e nos níveis de menor complexidade e custo para evitar o agravamento dos problemas e dos custos económicos e sociais (Gráfico 16).

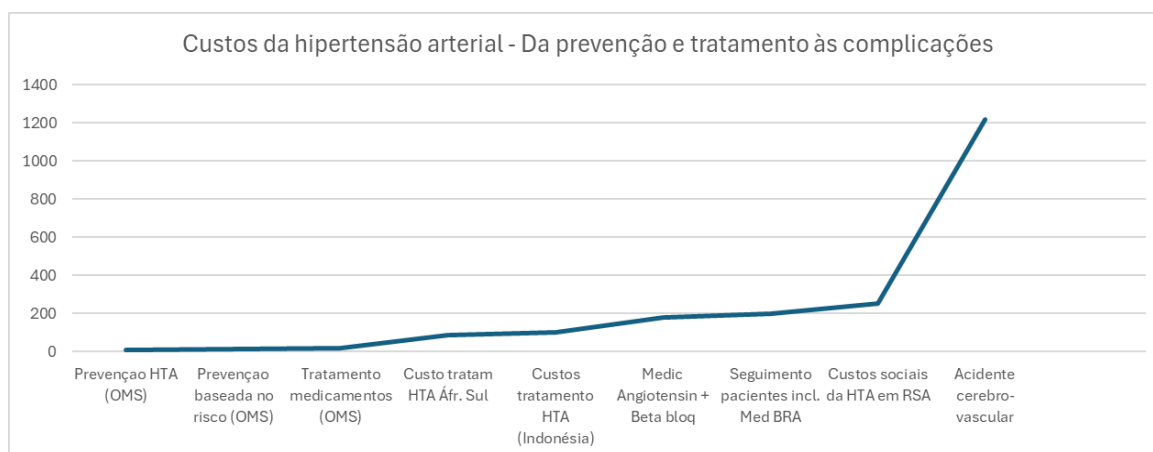


Gráfico 16: Evidência de diversos níveis de custos para o controlo da hipertensão arterial em diferentes níveis de atendimento e para diferentes países com baixo rendimento, incluindo complicações (evento cardiovascular).

Interpretação: À medida que os tratamentos progridem para um nível de maior complexidade, gravidade e para o nível hospitalar, os custos de controlo da hipertensão aumentam. Os custos mais baixos são visíveis no atendimento primário (Ferramenta HEARTS da OMS para o financiamento de intervenções nesta área).

Neste sentido, é prioritário fortalecer a orientação do pacote de serviços para os CSP, com foco na prevenção das doenças não transmissíveis (DNT), que constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade no país:

- Distritos equipados para a prevenção, o diagnóstico e o controlo de DNT.
- Menores barreiras de entrada para serviços-chave, como medição de tensão e os diagnósticos, e para medicamentos.

Uma maior prontidão, qualidade e abrangência dos CSP proporciona um retorno significativo em termos de:

- Melhoria das condições de saúde da população.
- Redução das transferências internas e das evacuações internas e externas.
- Redução da necessidade de importação de medicamentos.
- Redução da despesa catastrófica (composta principalmente pela despesa em medicamentos para DNT).

Foco nos distritos: os Planos de Ação Distritais

Em 2025, o Ministério da Saúde introduziu os Planos de Ação Distritais como uma ferramenta de planificação das atividades dos distritos, orientada para a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a melhoria da prestação de serviços.

As atividades estão distribuídas por oito áreas-chave:

1. Promoção da saúde;
2. Prevenção da doença;
3. Reabilitação;
4. Prestação de cuidados de saúde;
5. Cuidados continuados;
6. Ação multissetorial;
7. Cuidados curativos;
8. Emergências de saúde pública.

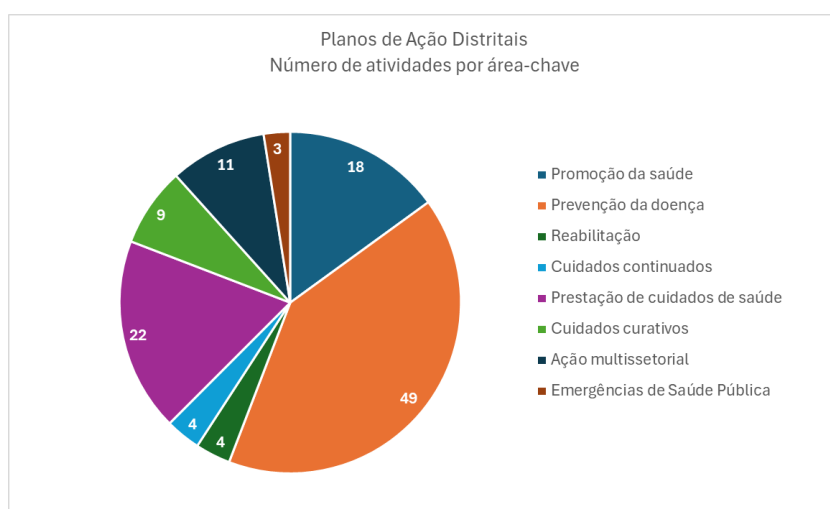


Gráfico 17. Número de atividades por área chave/Planos de Ação Distritais.

Desenho do pacote de serviços priorizando CSP

- ❖ **Pacote de serviços adaptado ao perfil epidemiológico de elevada morbi-mortalidade por Doenças Não Transmissíveis (DNT):**
 - **Seguimento regular de pacientes com hipertensão e diabetes com ficha de acompanhamento.**
 - **Rastreio** intensivo de doenças crónicas e DNT, bem como de fatores de risco.
 - **Comunicação** ampla sobre hábitos de vida saudáveis e identificação de fatores de risco, tanto na comunicação social (televisão, rádio, redes sociais, cartazes, setor educativo, etc.) como a nível distrital (Planos de Ação Distritais).

❖ **Taxas de utilização⁴ baixas que promovem a prevenção e a utilização dos serviços:**

- **Cumprimento rigoroso das isenções** regulamentadas. Nova divulgação das normas aos administradores e cobradores.
 - **Reestruturação das taxas de utilização de forma a incentivar a utilização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de rotina em vez dos serviços de urgência:**
 - As taxas cobradas nos serviços de rotina nos CSP devem ser baixas ou nulas para promover o seu uso, incentivar o primeiro contacto e evitar o recurso às urgências e aos serviços noturnos (que são dispendiosos e não permitem a abordagem das DNT).
 - **Considerar a redução ou eliminação das taxas de utilização de:**
Análises clínicas para diagnóstico;
Medição da tensão arterial;
Glicémia capilar.
 - **Transitar para um preço simplificado** que facilite a compreensão e planificação da visita ao centro de saúde, incluindo análises (a incerteza sobre o valor a ser pago é um dos determinantes do não uso dos serviços).
Comunicar os preços de forma ampla na rádio e televisão, para reduzir a baixa utilização de serviços causada pela incerteza dos preços.
- Manter o nível máximo de proteção financeira nos casos de elevada complexidade assistencial** (nível terciário e emergências). Este nível apresenta o maior risco de despesa catastrófica, pelo que é necessário manter a proteção financeira máxima.
- Desenvolver a rede de referência**, de modo a garantir que os doentes, sejam eles urgências ou referenciados, tenham de passar obrigatoriamente pelo centro de saúde.
- **Análise dos impactos das taxas de utilização** sobre o uso dos serviços (barreiras de entrada e possível utilização insuficiente), sobre os resultados de saúde, bem como a composição da recuperação de custo por nível e tipo de serviço.

Comparticipação na compra de medicamentos

A taxa de utilização que mais afeta a proteção financeira em São Tomé e Príncipe são os pagamentos que os utentes realizam para adquirir medicamentos, seja nas farmácias públicas, a um preço limitado, ou nas farmácias privadas, a um preço superior.

Neste sentido, propõe-se a introdução de co-financiamento por parte do Orçamento de Estado para determinados medicamentos.

⁴ Utilizamos a terminologia de “Taxas de utilização” em vez de “Recuperação de Custo”.

Dado o perfil epidemiológico, seria prioritário poder cobrir parcialmente o custo dos medicamentos anti-hipertensivos e anti-diabéticos, de forma a torna-los más assequíveis e garantir um controle destas doenças.

	Prevalência	Número de pacientes estimado	Custo anual por paciente	Percentagem de	Custo anual	Custo total para MS
			Tratamento completo (DBS)	co-financiamento	por paciente DBS	(DBS)
Hipertensão	45%	96.750	1.460	20%	292	28.251.000
Diabetes	5,60%	12.040	3.285	20%	657	7.910.280
					Custo total para MS	36.161.280

Tabela 10. Estimativa de custos de co-financiar o 50% do custo dos anti-hipertensivos e anti-diabéticos com OGE. Foi escolhido um indicador de prevalência (acumulado) para mostrar a percentagem da população com hipertensão e diabetes. Fontes: OMS¹⁶ 17. O preço dos medicamentos foi calculado segundo o preço de venda facilitado pelo Fundo Nacional de Medicamentos. A percentagem de co-financiamento é escolhida como estimativa para explorar os possíveis custos.

Caso fosse complexo alocar recursos adicionais para estes medicamentos, uma opção inicial e transitória poderia ser a de eliminar a margem de lucro dos centros de saúde na venda destes medicamentos específicos para DNT, o que corresponderia a uma dedução de 20% do preço.

Outra opção inicial poderia ser isentar ou reduzir o preço para os titulares do cartão de proteção social.

Respeito aos pagamentos por medicamentos, outras ações foram identificadas como relevantes:

- **Liderança do Ministério da Saúde** na definição de preços unificados de medicamentos provenientes do FNM e de todas as outras fontes.
- Assegurar o cumprimento do preço tabelado de venda ao público.

1.2 Fortalecer a Governação

- ❖ **Liderança: Fortalecer o papel do Ministério da Saúde (MS)** como reitor do setor e coordenador do Serviço Nacional de Saúde (SNS) num quadro de governação unificada:
 - Orientar a ajuda externa, garantir a programação conjunta dos fundos externos em conformidade com as prioridades nacionais.
 - Garantir a prestação de contas técnicas e financeiras dos fundos externos ao setor.
 - Monitorizar a evolução dos fundos externos desde o Departamento de Cooperação Internacional (DCI).
 - Minimizar ao máximo o número de assistência técnica internacional e promover assistência técnica nacional, em especial a criação de equipas de ação ministerial e/ou interministerial.

❖ **Organização institucional:**

- Fortalecer os mecanismos de **monitorização e supervisão** da atividade do SNS.
- **Recursos Humanos de Saúde:** Desenvolver os termos de referência das posições institucionais-chave, nomeadamente delegado/a e administrador/a, bem como de todas as classes existentes no SNS.

❖ **Qualidade na provisão de serviços:**

- **Analisar a qualidade da provisão dos serviços** (prontidão, seguimento de guiões clínicos, precisão diagnóstica, humanização, entre outros).
- **Implementar e monitorizar medidas de melhoria da qualidade** da prestação de serviços.

❖ **Prestação de contas:**

- **Mostrar uma visão completa do financiamento do setor** no Anuário Estatístico ou relatório de Financiamento, incluindo todas as fontes de financiamento internas e externas, a composição da despesa, a distribuição territorial, por níveis de atendimento, tendências e indicadores de financiamento, incluindo medicamentos e reagentes.
- **Fortalecer os espaços e processos de prestação de contas do SNS**, nomeadamente através da recolha e análise de dados técnicos e financeiros, apresentação de resultados e tomada de decisões estratégicas de planificação e mudança.
- **Promover trimestralmente a prestação de contas dos intervenientes** externos num quadro de governação unificada do setor, liderada pelo Ministério da Saúde.

❖ **Multissetorialidade:** Promover uma ação conjunta com outros setores para melhorar as perspetivas de enfrentar a transição epidemiológica, tal como proposto no PNDS.

- **Promover regulamentações e investimentos** nos âmbitos da habitabilidade, alimentação e circulação, de modo a diminuir a carga da doença.
 - **Melhoria do abastecimento de água e saneamento** para reduzir a incidência de infeções de origem hídrica.
 - **Promoção da segurança rodoviária:**
 - Promover reformas na normativa de segurança para reduzir o número de atendimentos por acidente e trauma, por exemplo, limitando o número de passageiros por motociclo e tornando o uso de capacete obrigatório para todos;
 - Melhoria das infraestruturas rodoviárias.
- **Promoção de entornos urbanos saudáveis**, em coordenação com as câmaras distritais, através da implementação de políticas de:
 - Mobilidade ativa (caminhadas, uso da bicicleta e transporte público);
 - Condicionamento do trânsito em algumas vias nas cidades, dando prioridade à circulação de peões;
 - Aumento da sinalização nas vias públicas;
 - Redução da poluição sonora do trânsito e da música;

- Redução da poluição atmosférica;
 - Aumento de áreas verdes e zonas de lazer e desporto.
- **Aumento do Imposto Especial de Consumo (IEC):**
 - **Promover aumento de do nível do IEC** em álcool, tabaco, refrigerantes, sumos, veículos, motociclos, ultraprocessados alimentares, pelos efeitos negativos que têm sobre a saúde e sobre os custos do setor.
 - **Estudar a introdução de novas rubricas no IEC**, de acordo com as políticas de saúde preventiva e de consumo saudável, especialmente:
 - **Veículos:** Os veículos privados produzem poluição atmosférica, que causa elevados níveis de mortalidade, doenças respiratórias, cardiovasculares (a principal causa de morte no HAM), mentais, cancro e outras, bem como hipertensão e traumatismos, entre outros problemas. A poluição acústica é também uma fonte de problemas de saúde.
 - **Ultraprocessados alimentares**, como bolachas, snacks (batatas fritas, doces e salgados industriais).

1.3 Alinhar a alocação de recursos com as prioridades nacionais

- ❖ **Análise do atual padrão de alocação de recursos** dentro do setor, em relação a:
 - Prioridades epidemiológicas do SNS;
 - Prioridades organizativas (níveis e tipos de despesa);
 - Resultados obtidos.

É necessário colocar um foco especial na análise dos recursos humanos de saúde (composição, qualificação, pertinência e desempenho), bem como nos seus custos, em relação com as necessidades do setor.

- ❖ **Reforço da ligação entre informação sobre a prestação de serviços e a alocação de recursos.** Deverá ser dada prioridade às áreas, níveis e tipos de despesa mais eficientes na geração de resultados de saúde, com foco na prevenção.
- ❖ **Realocação interna de recursos** para reforçar o vínculo entre os resultados obtidos, e a alocação, tendo em conta que isto implica reduzir a alocação em algumas áreas menos produtivas. Reforçar os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

1.4 Fortalecer a Gestão das Finanças Públicas

- ❖ **Orçamentação**
 - **Analisar o padrão atual de despesa:** Analisar a distribuição e composição dos RHS em relação às necessidades do sector.
 - **Fortalecer o processo de planificação com todas as fontes de recursos**, de modo a refletir as reais necessidades e atividades mais custo-eficientes (priorização). Prioridades: RHS e quantificação de medicamentos e reagentes.
 - **Realocação:** Aumentar a relevância de alguns tipos de despesa, nomeadamente os CSP e a prevenção, diminuindo outros tipos de despesa.
- ❖ **Execução da despesa**
 - **Recursos Humanos:** Fortalecer a gestão e intensificar a supervisão.
 - **Distribuição e contratação dos Recursos Humanos**
Baseadas em necessidades reais de força de trabalho;
Através de concurso público;
Critérios e requisitos de competências claros;
Considerando os custos de transporte de pessoal;
 - **Controle do trabalho efetivo presencial** e dos trabalhadores destacados para outras direções;
 - Eliminação dos trabalhadores em situação de abandono;
 - **Atribuição de horas extras** (piquetes) de acordo com a realidade.
 - **Medicamentos:** Fortalecer a gestão e intensificar a supervisão sobre a utilização de medicamentos, de modo a garantir a sua utilização adequado dentro do prazo de validade.

- **Infraestruturas:** Fortalecimento da capacidade de planeamento, supervisão e controlo das obras em curso.
- **Equipamentos e consumíveis:**
 - Aquisição adequada às necessidades e capacidades de utilização, manutenção, reparação, e disponibilidade de consumíveis.
 - Fortalecimento da capacidade de manutenção e reparação, com pessoal permanente dedicado a esta área.
- **Recuperação de custo:** Fortalecer o controlo sobre a arrecadação e utilização dos recursos.

❖ **Monitorização da despesa**

- Introduzir seguimento (verificação) trimestral das despesas, receitas, medicamentos, reagentes e horas de trabalho, tanto a nível central como distrital.
- **Melhorar os Relatórios de Execução Orçamental**, introduzindo informação sobre a despesa distrital, a execução de fundos externos para medicamentos e reagentes (venda, Orçamento de Estado e doação).
- **Fortalecer o reporte da despesa distrital**, incluindo a gestão da recuperação de custos.
- **Reforçar o processo de financiamento externo disponível**, nomeadamente em termos de informação prévia, coordenação, alinhamento, planeamento conjunto e prestação de contas. Análise da informação sobre financiamento externo para os programas e respetiva execução.

❖ **Auditoria da despesa**

- **Auditar a gestão financeira** de forma periódica (anual), incluindo a definição de prioridades de despesa.

2. Mais recursos para o Serviço Nacional da Saúde

2.1 Necessidades estimadas do setor e projeção de despesa

Para quantificar a estimativa das necessidades do setor, toma-se como base:

- O financiamento dos Planos de Ação Distritais;
- Uma estimativa do investimento necessário no nível terciário
- [Uma estimativa de custo de co-financiamento de medicamentos](#)

Estes investimentos poderão vir a **substituir**, no futuro:

- Financiamento externo;
- Transferências internas [de doentes](#);
- Evacuações internas e externas evitáveis.
- [Pagamentos realizados pelas famílias, com risco de se tornarem catastróficos](#)

Cálculo das necessidades adicionais estimadas

Recursos adicionais à despesa atual (356 M DBS anuais, despesa 2024):

	M DBS	Núm distritos	TOTAL anual M DBS
Plano (por distrito)	42	7	294
Investimento nível terciário			50
Medicamentos e vacinas ⁵			43
		TOTAL	387

Tabela 11. Necessidades orçamentais consolidadas anuais (Planos de Ação Distritais e nível terciário).

A despesa atual de 2024 (356 M DBS/ano) é somada às necessidades adicionais estimadas, com um total de 733 M DBS. A projeção de despesas será feita de forma progressiva.

Estimativas de custos e despesa futuras

A despesa futura foi estimada com base na despesa total necessária (atual + necessidades adicionais estimadas), em termos nominais.

⁵ O custo das vacinas seria de aproximadamente 7 M DBS anuais, segundo as projeções do Programa Alargado de Vacinação (PAV).

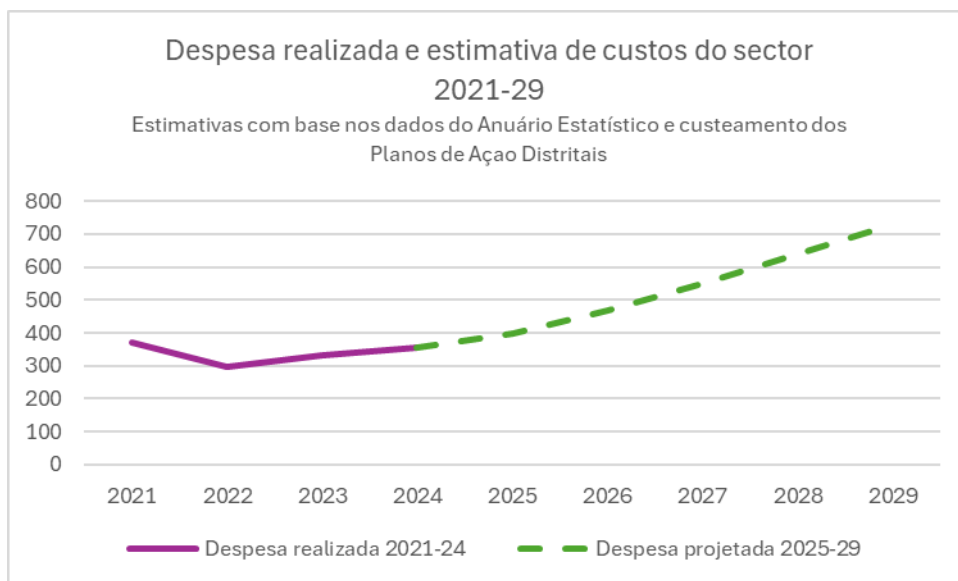


Gráfico 18. Estimativa de custos totais do setor – introdução dos aumentos de forma progressiva.

A projeção da despesa pública teve em conta as principais magnitudes económicas apresentadas no relatório do Fundo Monetário Internacional, no relatório do Banco Central (até 2023) e no Anuário Estatístico.

Foi calculado um aumento progressivo da percentagem de despesa no setor da saúde, de forma a colmatar o hiato de financiamento referido no ponto anterior, de modo a cumprir as necessidades do setor.

Cenário de financiamento público do sector saúde 2023-29							
Fontes: Anuário Estatístico MS e Relatório Fundo Monetário Internacional Dezembro 2024							
	2023	2024	2025 (P)	2026 (P)	2027 (P)	2028 (P)	2029 (P)
Variáveis macroeconómicas e fiscais							
PIB (M DBS)	15.500	17.970	20.348	22.600	24.629	26.613	28.770
Arrecadação	2.177	2.462	3.350	3.866	4.323	4.699	5.081
Arrecadação interna + fundos externos	3.434	4.354	5.077	5.061	5.572	6.011	6.370
Despesa (% PIB)	21,1%	21,4%	21,4%	21,4%	20,3%	20,5%	20,3%
Despesa pública total (M DBS)	3.264	3.849	4.362	4.628	5.001	5.452	5.833
Recursos internos							
Despesa pública com recurso interno	2.344	2.628	3.354	3.534	4.081	4.532	4.913
Despesa pública em saúde rec.interno	333	356	454	479	553	614	666
% Despesa em saúde com recurso interno	14,2%	13,5%	13,5%	13,5%	13,5%	13,5%	13,5%
Recursos totais							
Despesa total em saúde (int + ext)	458	481	554	549	603	644	686
% Saúde (base 2024)	14,0%	12,5%	12,7%	11,9%	12,1%	11,8%	11,8%
Custos e aumento gradual do financiamento							
Custos totais previstos			650	676	703	731	760
% Saúde incremental (com recurso interno)	14,0%	13,5%	14,0%	14,2%	14,3%	14,5%	14,5%
Despesa em saúde (% crescente)	333	356	470	502	584	657	712

Tabela 12. Cenário de financiamento público do sector saúde 2023-2029

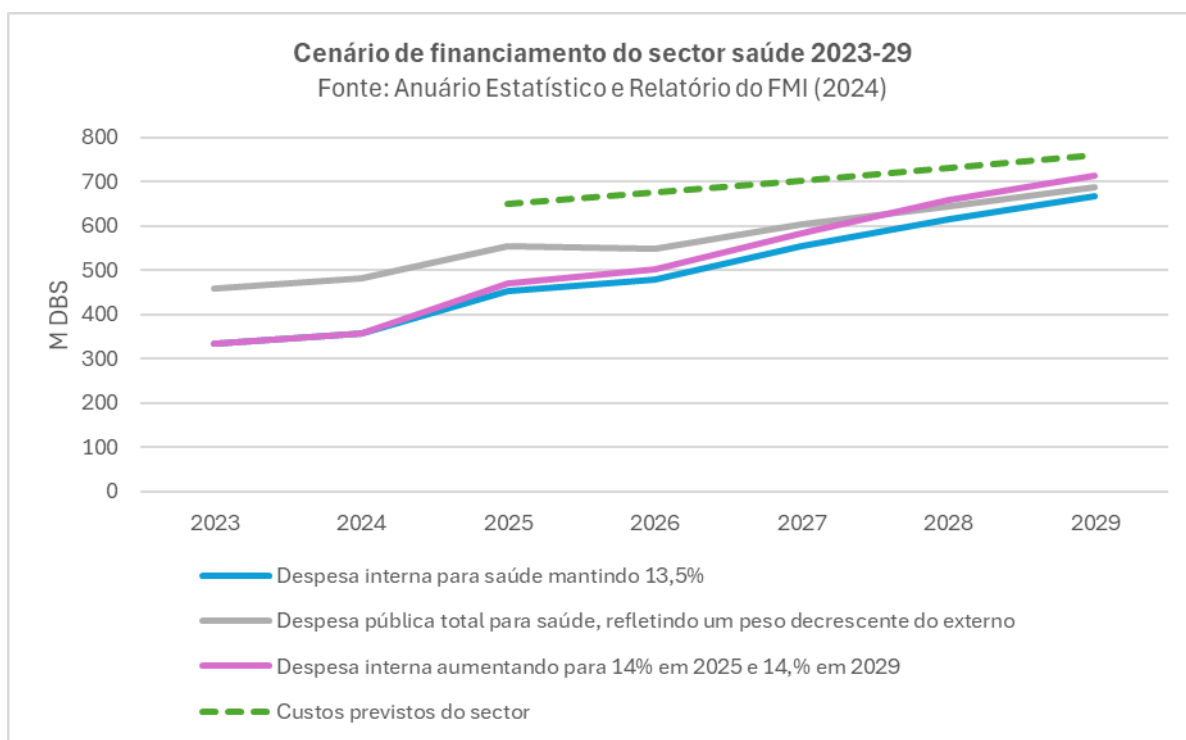


Gráfico 19. Cenário de financiamento do setor da saúde até 2029.

Interpretação: Em azul, é apresentada a tendência de despesa possível, com base na percentagem aplicada e nas condições económicas previstas. Em roxo, a previsão de despesa com um aumento da percentagem.

O efeito da elevada migração no financiamento do setor da saúde¹⁸ foi considerado de duas formas nas estimativas:

- **Pode reduzir o número de utilizadores do sistema de saúde**, é compensada pelo aumento das **necessidades de cuidados de saúde, devido à crescente prevalência de doenças crónicas e ao envelhecimento da população.**
- **A migração reduz a disponibilidade de pessoal qualificado** e pressiona para um aumento de salários, política necessária também para melhorar a motivação e a retenção dos colaboradores.
-

2.2 Fontes e mecanismos propostos de financiamento

O Orçamento Geral do Estado (OGE), financiado com tributação geral diversificada, é o principal instrumento de financiamento do setor da saúde. Neste contexto, nos próximos anos, será necessário:

- ❖ **Aumentar as alocações do OGE ao setor**, priorizando a saúde no orçamento como investimento de futuro, mantendo um **mínimo de 14% do Orçamento Geral do Estado para a Saúde**.
- ❖ **Garantir a previsibilidade e a liquidez** dos recursos públicos alocados.
- ❖ **Fortalecer o diálogo permanente entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças**, sobre a análise de prioridades e perspetivas do setor, desafios, medidas de eficácia e eficiência, bem como sobre a política tributária, os impostos de saúde, e as alocações adicionais ao sector.
- ❖ **Aumentar e consignar impostos para melhorar o financiamento do setor, para além do OGE para a saúde:**
 - **Consignação dos impostos de saúde presentes no IEC ao setor da saúde**, total ou parcialmente (álcool, tabaco, refrigerantes, caldo em pó, motociclos).
 - **Aumentar o nível de imposto do IEC** (álcool, tabaco, refrigerantes, caldo em pó, motociclos e automóveis), refletindo os efeitos negativos destes consumos sobre a saúde, e **consigná-los ao setor da saúde**.

Para determinar o nível adequado de taxação, é necessário ter em conta os **efeitos de substituição** (o risco de substituir o produto taxado por outro ainda mais nocivo, bem como a necessidade de abordar estrategicamente o elevado consumo de bebidas alcoólicas artesanais).

- **Ampliar a gama de produtos abrangidos pelo IEC:**
 - **Automóveis**, devido à sua relação com acidentes rodoviários, poluição acústica e sonora e respetivos efeitos. Aumento escalonado com a cilindrada e o peso do veículo, com um peso superior (mais que proporcional) a partir de determinadas cilindradas e preços.
 - **Ultraprocessados alimentares** com baixo valor nutricional e elevado teor de aditivos sintéticos, sal, açúcar refinado e gordura transformada (bolachas, chips, *snacks* e outros) devem ser **consignados ao setor da saúde**.

Para determinar os produtos exatos, é necessário ter em conta a dificuldade de identificação de cada tipo de produto para as alfândegas e apresentá-los de forma clara na pauta aduaneira.

- **Consignar o Imposto sobre Veículos (ISV)**, já que os veículos são responsáveis pela poluição atmosférica e sonora e pelos acidentes rodoviários, e consigná-lo ao setor da saúde.

- **Consignar os impostos existentes sobre seguros de automóvel, seguros de saúde e seguros de viagem para o setor da saúde.**
- **Aumento das taxas existentes sobre passagens aéreas** com destino a São Tomé e Príncipe, em coordenação com o INAC, e afetação dos respetivos valores ao setor da saúde. Ou considerar a aplicação de uma taxa sobre o turismo à entrada no país.
- **Explorar a introdução de impostos indiretos adicionais a serem consignados ao setor da saúde**, por exemplo sobre determinados equipamentos eletrónicos, produtos de luxo, a taxa de turismo, as transferências bancárias, a poluição das atividades empresariais, e outros.

❖ **Receita não tributária**

Propõe-se legislar para que todas as subvenções que chegam ao país contribuam com 1% do seu montante total para o setor da saúde.

Este processo estaria sob controlo do Ministério dos Negócios Estrangeiros e do Ministério das Finanças. É necessário avaliar esta opção do ponto de vista técnico e político, dado que atualmente as subvenções estão isentas de impostos.

Estimativa das contribuições do OGE e dos mecanismos de arrecadação adicional propostos.

Para o primeiro ano de 2026, uma estimativa global da receita obtida com as medidas propostas poderia ser a seguinte:

	Alocação atual M DBS/ ano ⁶	Arrecadação anual M DBS /ano ⁷	Arrecadação futura estimada em caso de aumento M DBS/ ano ⁸	Consignação à saúde ⁹	Transferência anual para a saúde M DBS/ ano
Medida				%	
Aumento do OGE para Saúde	356				98 ¹⁰
Aumento do IEC		90	100	10%	10
Aumento do ISV		6	8	10%	0,8
1% sobre Subvenções			10 ¹¹		2 ¹²
Taxa de turismo (10 EUR/ pessoa¹³)			10 ¹⁴	20%	0,5 ¹⁵
				TOTAL adicional anual	111,3

Tabela 13. Estimativa da receita e respetiva alocação com consignação de impostos.

O aumento mais significativo ocorre no OGE, que, segundo as previsões orçamentais para 2025, aumenta significativamente a sua contribuição para o setor.

As restantes medidas são complementares e podem ajudar o OGE a arrecadar mais receita, incrementando potencialmente o financiamento do setor.

Estas medidas devem ser avaliadas em pormenor, escolhidas em função da sua viabilidade técnica e política, simplicidade administrativa, e implementadas de forma progressiva.

⁶ Valor executado em 2024. Relatório financeiro do Ministério da Saúde.

⁷ Valor de arrecadação executado em 2024. Direção de Impostos / Ministério das Finanças.

⁸ Estimativas realizadas com base num aumento de 11% para IEC e de 33% para o ISV.

⁹ As percentagens de consignação serão acordadas entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças.

¹⁰ Estimativa de valor adicional executado com fundos do OGE

¹¹ Calculado como arrecadação máxima possível: 1% de 1.000 M DBS, volume de subvenções médio previsto para o país para o período 2026-32 segundo o Relatório do FMI de Dezembro 2024 (pg.27). Foi feita uma estimativa prudente inferior à prevista. Esta medida levaria tempo a ser implementada, pelo que a sua aplicação teria apenas efeitos orientativos.

¹² Para um primeiro ano, estimamos uma arrecadação muito inferior ao seu potencial.

¹³ Proposta orientativa de cobrança à chegada. Outra proposta viável é o aumento das taxas aéreas e aeroportuárias nas passagens. Esta proposta levaria algum tempo a ser implementada, pelo que a sua presença na tabela de 2026 é meramente orientativa.

¹⁴ Estimativa realizada com as seguintes assunções: 40.000 turistas x 10 euros x 25 DBS/euro = 10 M DBS.

¹⁵ Para um primeiro ano, estimamos uma arrecadação muito inferior à que corresponde ao seu potencial.

Estimativa de alocações adicionais, arrecadação e consignação.

❖ Fortalecimento, alinhamento e reorientação do financiamento externo

A Estratégia prevê uma substituição gradual dos fundos externos por fundos internos. No entanto, neste momento, o financiamento externo ainda tem uma relevância notável, que deve ser tida em conta. Nesse sentido, propõe-se o seguinte:

Fortalecimento das capacidades do Ministério da Saúde para a recolha, análise, monitorização e apresentação de dados sobre a composição e evolução do financiamento externo, de forma contínua e complementar às Contas Nacionais de Saúde.

Esta informação, após análise, servirá de base para um diálogo frutífero com parceiros de cooperação.

- **Liderança do MS para promover a reorientação dos apoios externos, priorizando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a prevenção das Doenças Não Transmissíveis (DNT):**
 - Apresentação de dados, prioridades e planos custeados aos parceiros.
 - Negociação de apoios nas áreas selecionadas.
- **Captação de novos recursos externos focados nas prioridades do país, especialmente nas Doenças Não Transmissíveis (DNT), nos determinantes ambientais da saúde, na saúde urbana e nas infraestruturas sanitárias sustentáveis**, iniciando por aqueles que já estão estabelecidos no país, como o Fundo Verde de São Tomé.
- **Reforço da Célula de Gestão de Subvenções (CGS)** como gestora de fundos externos no país, de modo a promover a integração do financiamento de outros parceiros na CGS, para maior alinhamento e redução de custos de transação e administração.

O Reforço do Sistema de Saúde (RSS) pode ser um elemento fundamental para dinamizar a captação de novos recursos.

Nota técnica

Considerações sobre opções contributivas para financiar o setor da saúde em São Tomé e Príncipe

Os mecanismos contributivos são aqueles em que a principal fonte de recursos (ou uma delas) são as **contribuições salariais** dos trabalhadores.

Para escolher as áreas estratégicas, foram estudadas opções contributivas, tendo-se optado por **priorizar as opções não contributivas (financiamento através de impostos gerais)**, por diversos motivos, que serão expostos a seguir:

No que se refere à arrecadação, os mecanismos contributivos:

- **Concentram os ingressos no fator trabalho formal**, portanto, com uma arrecadação limitada e sujeita à volatilidade do mercado de trabalho. Estas contribuições podem promover a informalidade laboral, ao gerar incentivos para não contribuir¹⁹.
- **Eximam o fator capital de contribuir, já que só tributariam duplamente os rendimentos do trabalho, mas não os rendimentos do capital** mobiliário (juros, rendimentos de produtos financeiros) e imobiliário (alugueres), nem o património. Esta opção tributária aprofundaria as já crescentes desigualdades socioeconómicas.
- **As contribuições são geralmente proporcionais e podem ser regressivas** caso exista um limiar máximo para contribuintes com rendimentos elevados. São regressivas quando são aplicadas tarifas fixas de contribuição para a economia informal. Para financiar sistemas de saúde, as recomendações são baseadas em mecanismos que possam ser progressivos ("Equidade no financiamento").
- **Devem ser fortemente cofinanciados pelo Orçamento de Estado**, por exemplo, 75% do "Fundo Nacional de Seguro de Saúde" em Gana provêm do Orçamento de Estado²⁰. Outros países, como Ruanda, têm como prioridade aumentar o OGE para financiar o atendimento da maioria da população que não contribui para a segurança social no que se refere à saúde²¹.

No que se refere à organização do direito de utilização dos serviços de saúde, os mecanismos contributivos:

- **Geram exclusão de forma natural**, nomeadamente para os grupos que não descontam do salário ou para os que perdem o emprego.²².

Finalmente, compete ao Estado gerir esta exclusão, criando mecanismos alternativos de inclusão no sistema de saúde. Por conseguinte, a tão desejada "independência do financiamento da saúde em relação ao resto do Orçamento de Estado" geralmente não acontece.

- **São complexos de gerir**, já que cada alta/baixa do mercado de trabalho implica uma entrada/saída do grupo que tem direito a receber serviços de saúde, com os respetivos custos administrativos e de transação.
- **A introdução de cobranças para a economia informal é altamente complexa** e com baixas perspetivas de arrecadação, inscrição e pagamentos anuais sucessivos²³.

No que se refere à organização dos serviços, os sistemas contributivos:

- **Criam pacotes diferenciados** para os contribuintes via salários, gerando diferentes níveis de qualidade e despesa por capita entre os diferentes grupos da sociedade.

Uma vez esta diferenciação de qualidade e despesa está estabelecida, é muito difícil de mudar.

No que se refere à aquisição de serviços, e dependendo da forma como os incentivos dos provedores são estruturados:

- **Não será sempre exequível que o sistema de saúde esteja orientado para os objetivos de saúde pública.** Haverá prestadores de cuidados de saúde mais interessados em atender pacientes rentáveis, bem como em priorizar diagnósticos, alta tecnologia e abordagens individualizadas.
- Pode haver um aumento dos custos e uma transmissão dos riscos e dos pacientes não rentáveis ao sistema público.

No que se refere a São Tomé e Príncipe, foi considerada a opção de o setor da saúde receber "em bloco" os recursos contribuídos pelos trabalhadores ao Instituto Nacional de Segurança Social (INSS), evitando assim criar uma dualidade de acesso e pacotes diferenciados para os "contribuintes/não contribuintes".

No entanto, esta opção tem difícil materialização, visto o stock de contribuições estar destinado a financiar reformas, licenças de doença e maternidade, entre outros, num contexto de envelhecimento da população.

Matriz de indicadores

1. Mais saúde com os recursos disponíveis	Poupar Promover a saúde, prevenir doenças, reduzir a morbi-mortalidade por Doenças Não Transmissíveis , incluindo reduzir transferências, tratamentos, internamentos, evacuações internas e externas, e custos económicos e sociais associados	1.1 Reorientar os serviços para os Cuidados de Saúde Primários	Reforço do financiamento para os cuidados preventivos, diagnóstico, aconselhamento, mudança de hábitos de vida	Aumento da despesa em cuidados preventivos	% Cuidados Preventivos	37%	50%	Contas Nacionais da Saúde 2024-25
				Aumento da despesa em CSP	% Despesa CSP (ambulatório)	67%	78%	Contas Nacionais da Saúde 2024-25
				Aumento do peso da despesa para DNT	% Despesa total em DNT	22%	45%	Contas Nacionais da Saúde 2024-25
				Diminuição dos pagamentos directos	% Agregados familiares que gastam mais de 10% em saúde	2,8%	2%	Inquérito aos Orçamentos Familiares
				Diminuição das transferências evitáveis dos distritos ao Hospital Ayres de Menezes (HAM)	Diminuição das evacuações mensais evitáveis por diagnóstico com RX	432	100	Anuário Estatístico
				Co-financiamento de medicamentos DNT	% do preço de medicamentos para hipertensão e diabetes pago pelos utentes	100%	80%	Listado revisto PVP FNM
		1.2 Fortalecer a governação	Organização institucional	Desenvolver TdR das posições chave (Del /Adm)	TdR desenvolvidos	0	2	MS
				Desenvolvimento legislativo para abordar a multi-setorialidade da saúde	Normativa para tornar obrigatório o capacete em todos os ocupantes das motorizadas	0	1	MS e outros Ministérios envolvidos
			Promover a multi-setorialidade: "Saúde em todas as políticas": Políticas públicas multisetoriais de promoção da saúde (dieta, álcool, tabaco, qualidade da água, ar, saneamento do meio, educação, saúde urbana, nutrição). Os impostos são ferramentas de saúde pública para reduzir consumos nocivos	Diálogo estruturado com sectores chave para abordar a multi-setorialidade da saúde (água, ambiente, resíduos, cidade saudável)	4 encontros multisetoriais por ano com acordos concretos sobre responsabilidades partilhadas na promoção da saúde e prevenção de doenças e acidentes	0	4	MS e outros Ministérios envolvidos
				Advocacia pública para a saúde	Campanhas na TV e rádio por ano sobre dieta, refrigerantes, álcool, tabaco, segurança rodoviária	0	4	MS e outros Ministérios envolvidos, TVS
				Aumento imposto anual veículo	Aumento imposto ISV além da inflação		aumento de 10% respeito ao nível atual	MF
				Aumento do Imposto Especial de Consumo (IEC)	Aumento do IEC para refrigerantes e sumos, tabaco, álcool e motorizadas. Inclusão dos carros no IEC.		aumento de 20% respeito ao nível atual	MF
		1.3 Fortalecer a Gestão das Finanças Públicas	Monitoria da despesa	Fortalecimento	Implementação de medidas corretoras respeito ao último Relatório de gestão financeira dos distritos			
			Reporte	Qualidade do reporte	Anuário Estatístico / Relatório de Execução Orçamental inclui anualmente a execução financeira de todas as fontes de recursos, para todos os usos, incluindo medicamentos, e para os distritos		Relatórios completos	Anuário Estatístico / Relatório de Execução Orçamental

2. Mais recursos para o Serviço Nacional de Saúde	Alocar mais recursos ao sector saúde	2.1 Aumentar os recursos públicos alocados ao sector da saúde	Aumento de recursos ordinários do Tesouro	Aumento da proporção de recursos para o sector	% Despesa pública interna em saúde sobre despesa pública interna total	13,50%	15%	Relatório Execução Orçamental MF
			Previsibilidade	Previsibilidade da transferência de fundos	% Orçamento não desembolsado	25%	10%	Anuário Estatístico
			Consignação de impostos	Consignação impostos de saúde (IEC, ISV)	Consignação sobre arrecadação	0%	20%	Anuário Estatístico
				Receita não tributária - Consignação de 1% sobre todas as subvenções	Valor arrecadado através da consignação (DBS)	0	3.000.000	Anuário Estatístico
			Alinhamento do financiamento externo	Capacidades instaladas para análise e reitoria	Relatório anual sobre financ. Externo MS	0	1	MS - Gabinete de Cooperação
				Coordenação efetiva do financiamento externo	Reunião anual com parceiros liderada por MS	0	1	MS - Gabinete de Cooperação
				Financiamento externo alinhado às prioridades	% da despesa externa para DNT	(estimar a linha de base)	50%	MS - Gabinete de Cooperação

Referências

- ¹ Kutzin, J. , Witter, S. Jowett, M. Bayarsaikhan, D. (2017): Developing a Health Financing Strategy: A reference guide. Geneva: WHO
- ² Relatório de análise – Financiamento da saúde em São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e OMS.
- ³ Matriz de progresso em Financiamento da Saúde em São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e OMS. 2024.
- ⁴ International Monetary Fund. Staff Report Sao Tomé e Príncipe 25/01, 2024
- ⁵ OECD (2023): *African Revenue Statistics*. Paris.
- ⁶ World Bank Development Indicators, 2024
- ⁷ Huang, J, Yang, T, Gulliver, J. et al. Road Traffic Noise and Incidence of Primary Hypertension: A Prospective Analysis in UK Biobank. *JACC Adv.* 2023 Mar
- ⁸ McIntyre, D, Obse A., Barasa, E. Ataguba, J. (2018): Challenges in financing Universal Health Coverage in Sub-Saharan .Africa Oxford Encyclopedia of Health Economics.
- ⁹ WHO (2010): Health financing: The path to Universal Health Coverage. Geneva.
- ¹⁰ Jordi E, Pley C, Jowett M, Abou Jaoude GJ, Haghparast-Bidgoli H. *Assessing the efficiency of countries in making progress towards universal health coverage: a data envelopment analysis of 172 countries*. *BMJ Glob Health*. 2020 Oct;5(10):e002992
- ¹¹ Nugent, R. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, Volume 391, Issue 10134, 2029 - 2035
- ¹² Castro-Leal, J. Dayton, L. Demery and K. Mehra (2000): *Public spending on health care in Africa: Do the poor benefit?* Bulletin of the World Health Organization 78(1)
- ¹³ Beshah SA, Husain MJ, Dessie GA, Worku A, Negeri MG, Banigbe B, Moran AE, Basu S, Kostova D. Cost analysis of the WHO-HEARTS program for hypertension control and CVD prevention in primary health facilities in Ethiopia. *Public Health Pract (Oxf)*. 2023 Aug 25;6
- ¹⁴ Gnugesser E, Chwila C, Brenner S, Deckert A, Dambach P, Steinert JI, Bärnighausen T, Horstick O, Antia K, Louis VR. The economic burden of treating uncomplicated hypertension in Sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2022 Aug 8;22(1):1507
- ¹⁵ Wierzejska E, Giernas B, Lipiak A, Karasiewicz M, Cofta M, Staszewski R. *A global perspective on the costs of hypertension: a systematic review*. *Arch Med Sci*. 2020;16(5)
- ¹⁶ WHO (2023). Hypertension profile. Sao Tomé and Príncipe.
- ¹⁷ WHO: Sao Tomé and Príncipe Country profile - Diabetes.
- ¹⁸ World Bank (2024): Unpacking migration dynamics in Sao Tomé and Príncipe. Policy paper 2501.
- ¹⁹ Wagstaff, A (2009): *Social health insurance vs Tax-financed health systems – Evidence from the OECD*. World Bank Policy Research Paper 4821

²⁰ Garshong, B. Witter, S. (2007): *Social health insurance in Ghana. Something old or something new?* BMC International Health and Human Rights 9,20.

²¹ Rwanda Health Financing Strategy. Ministry of Health of Rwanda.

²² Yazbeck, A. Soucat, A. et al (2019): *The case against labor-tax financed financing.* Health Affairs.

²³ World Health Organization (2018): *Do's and dont's in health financing policy.*