

Quadro II
Estimativa do número de doentes em HD a 31 de Dezembro de 2014

Província	Nº doentes em Set 2014 (A)	Nº doentes em 31Dez 2014 (estimado=A.1,01)
Luanda	1111	1122
Benguela	120	121
Huambo	45	45
Total	1276	1288

- b) Estimativa do número de doentes que iniciarão HD em cada ano (incidência)

Como atrás vimos, a incidência da IRCT (nº de indivíduos que, num ano, atinge o estadió terminal da DRC) não é igual à incidência de DRC a iniciarem TSFR (nº de indivíduos que, num ano, iniciam TSFR). Calcula-se que, no Mundo, 80% dos doentes que atingem o estadió de IRCT não têm acesso a tratamento adequado.

Mas o parâmetro "incidência de novos doentes em TSFR" é muito variável de país para país e, até, de região para região. Entre as razões para esta variabilidade, destacam-se as seguintes:

- (i) A capacidade económica de os Estados para suportarem o TSFR a todos os doentes;
- (ii) A opção política e ética de os Estados em suportar, ou não, aquele tratamento;
- (iii) A cobertura médica do território, em termos quantitativos e qualitativos, designadamente na vertente de cuidados de saúde primários de proximidade – o número de DRC diagnosticados e a sua referenciação para os cuidados diferenciados é dela dependente;
- (iv) A capacidade terapêutica instalada e a sua dispersão territorial.

Para elaboração desta exposição, assumiram-se os pressupostos que se enunciam:

- (i) O Estado da República de Angola delibera tratar todos os IRCT diagnosticados;
- (ii) A cobertura médica do território angolano apresenta fortes assimetrias;
- (iii) As unidades de HD localizam-se, apenas, em algumas cidades (Luanda, Benguela, Lobito e Huambo, uma pequena unidade em Malange e perspectiva-se o início de actividade de uma outra em Cabinda até ao final do ano);
- (iv) Até 2020, não haverá alterações demográficas relevantes;
- (v) A DPC, a existir, tem expressão meramente residual e não apresentará, durante o período em análise, evolução relevante. Com efeito, a implementação desta técnica implicará algumas exigências no domicílio dos doentes (higiênicas, climatização), ensino do paciente e de um parceiro e, por fim, rede de distribuição domiciliária das soluções dialíticas e sua recolha – exigências que pensamos não será possível verificarem-se no intervalo que nos propomos perspectivar;

- (vi) Um programa de TR tem um largo conjunto de complexas e onerosas exigências técnicas (rede de unidades de HD – os grandes fornecedores de doentes candidatos a TR –, rede de colheita de órgãos de cadáver, rede de laboratórios de histocompatibilidade, rede de laboratórios de morfologia renal, rede de unidades de cuidados intensivos, rede de laboratórios da patologia clínica apetrechados para a determinação da concentração sanguínea de imunossuppressores, rede de transporte de órgãos, preparação de pessoal médico, de cirurgiões, de enfermeiros, de técnicos de patologia clínica e de anatomopatologia). Assim, tal como afirmámos em relação à DP, julgamos não ser possível implementar este programa durante o mesmo período, pelo que a expressão da TR será muito pequena e negligenciável para a análise a que nos propomos. Todavia, não queremos deixar de anotar que é urgente iniciar a preparação deste programa que facultará uma promoção da qualidade e da quantidade de vida aos DRC e relevante poupança a longo prazo para o erário público;
- (vii) Se é complexo e demorado instalar programas de DPC e de TR, mais difícil o será para o TMC. São muito poucos os países que dispõem de um eficaz e abrangente programa de TMC (Noruega, Suécia, Dinamarca, Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Austrália e Canadá). Portanto, também esta modalidade não é considerada neste trabalho;

Foi com estes pressupostos que se elaborou o mapa de Angola que se apresenta (Fig. 16). Nele se assinalam as áreas onde: *primeiro*, se prevê uma maior referenciação dos doentes com IRCT e a sua inclusão em TSFR (incidência de 40/10⁶ hab/ano) e que correspondem às províncias que dispõem, ou virão a dispor no início de 2015, de unidades de HD – áreas rotuladas de **Áreas A**; *segunda*, as Províncias ou áreas que, mercê da sua proximidade das cidades onde existem unidades de HD e/ou de disporem de boas vias de comunicação viária, designadamente as áreas urbanas e sub-urbanas mais relevantes, serão fortemente influenciadas no sentido de referenciarem os seus doentes para se integrarem em TSFR (incidência 30/10⁶ hab/ano) – **Áreas B**; *terceiro*, áreas que circundam as anteriores e que ainda são por elas influenciadas (incidência 15/10⁶ hab/ano) – **Áreas C**; *quarto* e último, as restantes províncias e áreas que, embora não beneficiem das condições das anteriores, sempre enviarão alguns doentes para tratamento (incidência 5/10⁶ hab/ano) – **Áreas D**.



Fig. 16 – Mapa de Angola – Incidência de novos doentes em HD

- Legenda:** ○ Cidades com unidades de HD; ○ Capitais de Província sem unidades de HD;
- Área A – Província de Luanda. Incidência de novos doentes em HD de 40/10⁶ hab/ano
 - Área A – Província de Benguela. Incidência de novos doentes em HD de 40/10⁶ hab/ano
 - Área A – Província de Huambo. Incidência de novos doentes em HD de 40/10⁶ hab/ano
 - Áreas B próximas da P. de Luanda. Incidência de novos doentes em HD de 30/10⁶ hab/ano
 - Áreas B próximas da P. de Benguela. Incidência de novos doentes em HD de 30/10⁶ hab/ano
 - Áreas B próximas da P. do Huambo. Incidência de novos doentes em HD de 30/10⁶ hab/ano
 - + Áreas C com relativa influência da P. Luanda. Incidência de novos doentes 15/10⁶ hab/ano
 - + Áreas C com relativa influência da P. Benguela. Incidência de novos doentes 15/10⁶ hab/ano
 - + Áreas C com relativa influência da P. Huambo. Incidência de novos doentes 15/10⁶ hab/ano
 - Área D sem influência de Un. de HD. Incidência de novos doentes de 5/10⁶ hab/ano

De acordo com os princípios enunciados, foi perspectivada a incidência de doentes a iniciarem HD em cada província até ao ano de 2020 (Quadro III).

Quadro III

Previsão da incidência por província de doentes a iniciarem HD – 2015/2020

Província	Classificação de Áreas	Incidência (nº a iniciar HD/10 ⁶ hab/ano)	População	Nº doentes a iniciarem HD por ano
Luanda	A	40	6 733 333	269
Benguela	A	40	1 969 500	79
Huambo	A	40	1 683 333	67
Cabinda	A	40	286 167	11
Bengo	B	30	521 833	16
Quanza Sul	B	30	700 000	21
	C	15	326 833	5
Bié	B	30	1 300 000	39
	C	15	720 000	11
Huila	B	30	800 000	24
	C	15	546 667	8
Namibe	B	30	80 000	1
	C	15	143 083	2
Zaire	B	30	70 000	2
	C	15	14 167	1
Quanza Norte	C	15	707 000	11
Malange	C	15	1 000 000	15
	D	5	178 333	1
Huige	C	15	600 000	9
	D	5	241 667	1
Lunda Norte	D	5	420 833	2
Lunda Sul	D	5	202 000	1
Moxico	D	5	404 000	2
Cunene	D	5	387 167	2
Kuando Kubango	D	5	252 500	1
TOTAL ANGOLA			20 288 416	601

Concluindo, prevê-se que o número de doentes a iniciarem HD em Angola será, de 2015 a 2020, cerca de 601/ano (incidência 29,6/10⁶/ano).

c) Estimativa do número de doentes em HD falecidos durante cada ano

Para estimar o número de doentes falecidos em cada ano, foi utilizada a fórmula # (9) que se encontra justificada no Anexo I a esta exposição:

(9) $F = 0,1818PrA_{-1} + 54,6363$

em que

PrA_{-1} – é o número de doentes em HD a 31 de Dezembro do ano anterior

F – é o número expectável de doentes em HD falecidos no ano perspectivado

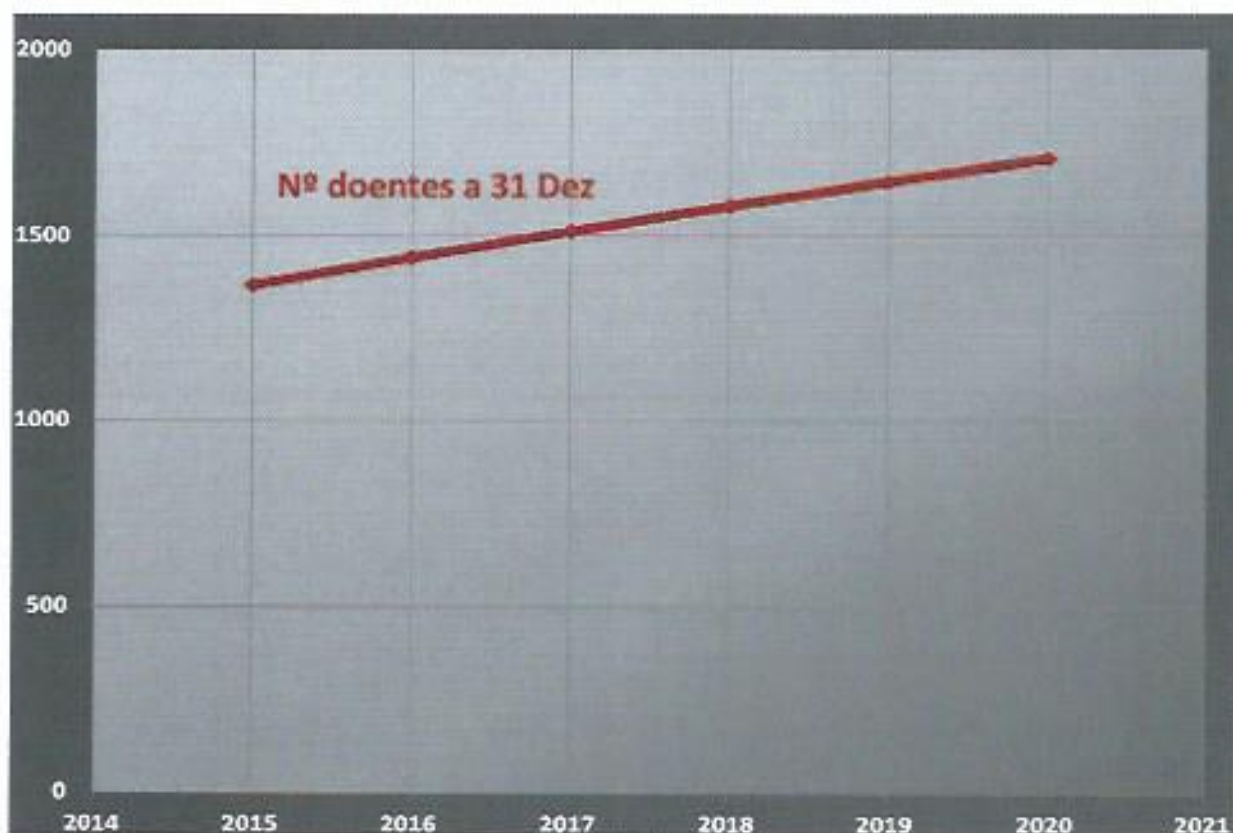
B) Evolução numérica dos doentes em HD em Angola de 2015 a 2020

Uma vez explanados os pressupostos e as formas de cálculo a serem utilizadas, estão reunidas as condições para elaborar o quadro da evolução numérica expectável dos doentes em HD em Angola no período 2014-2020 (Quadro IV e Gráfico I).

Quadro IV
Perspectiva da evolução do nº de doentes em HD em Angola (2015-2020)

Ano	Nº doentes em HD a 31 Dez ano anterior (PrA _{t-1})	Nº novos doentes em HD (In=601)	Nº doentes falecidos no ano (0,1818 PrA _{t-1} + 54,6363)	Nº doentes em HD a 31 Dez do ano (PrA _t +In/2 - F/2)	Nº médio doentes em HD no ano (PrA _{t-1} +PrA _t)/2
2015	1 288	601	289	1 444	1 366
2016	1 366	601	303	1 515	1 440
2017	1 440	601	317	1 582	1 511
2018	1 511	601	329	1 647	1 579
2019	1 579	601	342	1 709	1 644
2020	1 644	601	353	1 767	1 706

Gráfico I
Perspectiva da evolução do nº de doentes em HD em Angola (2015-2020)



5 – Descentralização do tratamento da Insuficiência Renal Crónica

- A) A parceria estabelecida entre o IAR-Instituto Angolano do Rim e o Ministério da Saúde (MINSa) tem como objectivo desenvolver o despiste precoce da DRC e descentralizar o seu tratamento quando atinge o estadio terminal (IRCT).

Pretendemos assim, reduzir custos e o sofrimento dos doentes com as longas deslocações até Luanda. Colaboramos assim estreitamente com o MINSa partilhando riscos e reduzindo os custos de investimento na instalação das Unidades de Hemodiálise.

- B) O projecto escolheu e propôs previamente as províncias a integrar que iniciarão a rede de cuidados nefrológicos.
- C) Para atingir tal objectivo, apresentou o IAR um projecto em que, assumindo os riscos financeiros da sua implementação, a empresa suportaria os encargos com o planeamento, com a construção dos edifícios, com a instalação do equipamento adequado e com a formação do pessoal técnico e de enfermagem, bem como procederia à gestão das Unidades de Hemodiálise.
- D) Cada unidade está inserida num hospital que se diferenciara nos cuidados aos doentes renais, hospital este na capital de Província, e a entidade proponente garantirá o apoio ao doentes agudos recebidos pelo hospital e internados em Unidade de Cuidados Intensivos ou Cuidados especializados
- E) Todos os custos de instalação decorrerão pela entidade proponente, sendo os custos do tratamento dos doentes facturados segundo listagem de preços homologada no Contrato Celebrado com o Governo da Província representado pelo Sr. Secretário/Director da Saúde, pelo Director do Hospital e pela administração do Instituto Angolano do Rim.
- F) Os pormenores do contrato serão analisados no ponto seguinte.

Estes apontamentos apenas se utilizam para salientar que foram acauteladas as responsabilidades dos diversos intervenientes, bem explicitadas e, como iremos ver, bem claras no clausulado do contrato.

6 – Protocolo de entendimento com o MINSA e pressupostos da sua execução

6.1- A parceria referida suporta-se num Contrato celebrado entre o MINSA e o Instituto Angolano do Rim, pelo qual compete ao IAR instalar na área do Hospital Central (Geral) das províncias selecionadas unidades de hemodiálise planeadas para as necessidades da população dependente dessa unidade hospitalar, suportar os seus custos de instalação e equipamento, a formação de pessoal e providenciar a aquisição dos consumíveis necessários a esses tratamentos, bem como promover a gestão de forma adequada, conforme sublinhamos anteriormente.

6.2- Decorridos 15 anos da gestão destas unidades pelo IAR, estas serão entregues em pleno funcionamento ao hospital na área do qual estão instaladas, passando a integrar a rede de cuidados públicos sob gestão do Sistema Nacional de Saúde.

6.3- Como contrapartida:

- a. O MINSA suporta os custos dos tratamentos dos doentes, pelo **preço 29.000 Alz**, equivalente a 290 USD, acrescido dos custos com medicamentos, análises clínicas, acessos vasculares e transfusões;
- b. Deve esta verba na sua totalidade ser paga **90 dias após a data de emissão da factura**;
- c. O **MINSA compromete-se a utilizar prioritariamente as unidades de cuidados do IAR**, até que se encontrem esgotados os recursos terapêuticos destas unidades evitando assim a concorrência desleal.

6.4 - O balanço desta parceria, do ponto de vista do MINSA, resume-se a:

- a. Passar a dispor de Unidades de tratamento instaladas e em funcionamento sem encargos de investimento para o Sistema Nacional de Saúde;
- b. Usufruir do mais baixo preço por tratamento praticado para o Sistema Nacional de Saúde;
- c. Dispor, sem encargos relacionados com a sua formação, de pessoal de pessoal qualificado e especializado;

- d. Assegurar, sem acréscimo de custo, a assistência no hospital a doentes em hemodiálise que necessitem de internamento, ou de recorrer ao Serviço de Urgência ou que careçam de Cuidados Intensivos, o que não é de menor importância.

7 – Consequências das alterações das condições financeiras acordadas – condições de pagamento

- 7.1 Considerando o elevado custo global da operação, apercebemo-nos que é determinante para o seu êxito o Fluxo de caixa, ou seja, o cumprimento dos pagamentos.
- 7.2 Com efeito, a negociação com fornecedores é fundamental para a redução dos custos. O atraso nos pagamentos compromete a agenda dos pagamentos aos fornecedores.
- 7.3 A certeza negocial reduz preços e garante prazos de entregas de fornecedores. Mas, para que sejam cumpridos os compromissos de pagamento a terceiros, é essencial o normal fluxo financeiro da produção, dependente do cumprimento dos prazos de pagamento dos clientes. Por esse motivo, foi definido em contrato que os pagamentos seriam efectuados a 90 dias após emissão de factura. Conferiu-se, desta forma, segurança à operação.
- 7.4 É chegada a altura de uma inevitável análise sintética e global na previsão das consequências que resultam do não cumprimento destas normas e que podemos antecipar:
- a) Capacidade reduzida de respeitar o cumprimento de prazos de pagamento a fornecedores de consumíveis e serviços, bem como todos os restantes compromissos, ficarão progressivamente comprometidos. ***(De salientar que a proposta negociada com o MINSA só é possível ser cumprida se estes prazos e os valores negociados forem respeitados).***
 - b) Número significativo de consumíveis é importado. Os preços foram negociados com prazos de pagamento. ***O seu desrespeito continuado vai agravar estes custos.***
 - c) As compras locais, fornecedores nacionais, salários, serviços locais, os pagamentos diversos ***irão ser proteladas com conseqüente desprestígio da empresa e compromisso da credibilidade perante os trabalhadores e utentes que se apercebem de dificuldades financeiras.***
 - d) Valores mais elevados na negociação dos meios financeiros com os bancos. Como exemplo, ***as taxas negociadas passam de 10% para 14,5%.***
 - e) Por outro lado, o sistema propõe prazos de instalação das várias clínicas a instalar, o que, por motivos políticos, deverão ser anunciadas em datas pré-determinadas. ***Os***

atrasos financeiros geram o atraso de execução do programa, sendo o IAR por ele responsabilizado e penalizado.

8 – De que forma melhorar o relacionamento financeiro?

Que soluções? Características?

8.1 - Regularidade de pagamentos

8.2 - Acordo de Convenção TRIPARTIDO

8.1- Regularidade de pagamentos com meios próprios

É do interesse do MINSA a regularidade de Pagamentos, pela imagem que daí advém e pelas vantagens de negociação que lhe conferem.

A regularidade de pagamentos obtém-se pela disponibilidade financeira e pelo seu planeamento.

Mas a crónica fragilidade financeira e a indisponibilidade de meios não permitem considerar como possível a continuação deste reiterado incumprimento do MINSA dos compromissos assumidos.

8.2-Regularidade de pagamentos obtida por Acordo de Convenção Tripartido

a) O que é o Acordo de Convenção?

O **Acordo de Convenção** é um Contrato aberto, estabelecido entre o MINSA e os prestadores privados de serviços de saúde que gozem de idoneidade reconhecida e que a ele adiram, sendo o seu clausulado idêntico para todos os prestadores de serviços da mesma especialidade.

A adesão ao Acordo de Convenção impõe regras de estrutura orgânica, de arquitectura, de áreas e de condições de higiene e sanidade, assim como de infra-estruturas e de prestação de serviços acessórios, mas obrigatórios. Só após fiscalização e aprovação por comissão fiscalizadora idónea nomeada pelo MINSA, deverá ser licenciado o funcionamento da unidade e considerá-la apta para aderir ao Acordo de Convenção.

Concluídas estas formalidades, as responsabilidades mútuas ficam definidas e são idênticas para todos os prestadores que as aceitam, nomeadamente no que respeita ao pagamento e preço que, será então, igual para todos os prestadores.

Neste ponto da relação comercial entre entidades, já estão definidos aspectos administrativos vários, como por exemplo, entre outros, a entidade que recebe as facturas, a que procede à confirmação pelos serviços prestados e a entrega definitiva à entidade pagadora (a JNS neste caso).

Esta "Convenção" (*acordo entre MINSA e Prestador*) admite ainda a adesão de um terceiro tipo de entidades, as instituições financeiras, legalmente constituídas e reconhecidas pelo Estado angolano e cujo papel se restringe exclusivamente ao financiamento e regularização das facturas confirmadas.

b) Confirmado o documento de dívida (factura) emitida pelo convencionado, resta efectuar, no prazo acordado e pela entidade competente, o devido pagamento. O elemento principal a partir deste momento é o prazo acordado para o pagamento após emissão da factura e expresso no Acordo de Convenção.

O convencionado cede o seu crédito titulado por essa factura a uma instituição financeira da sua escolha e, obviamente, desde que legalmente constituída e reconhecida pelo Estado angolano e que tenha previamente aderido ao sistema, através de procedimento de adesão controlado pelo MINSA.

A instituição financeira adianta ao convencionado o montante total da fatura deduzido dos juros contados desde a data em que o dinheiro fica à disponibilidade até ao termo do prazo de pagamento constante da convenção. Trata-se de uma cessão de créditos com juros certos e antecipados ("desconto por dentro").

Suponhamos que o Prazo de pagamento definido é de 180 dias sobre a data da factura e que a entrega e confirmação da factura ocorre no dia 15 do mês seguinte ao que respeita. O convencionado recebe a totalidade da factura, por hipótese, cinco dias depois da confirmação, isto é, ao dia 20 de cada mês e desconta (paga) o valor correspondente a 160 dias de juros, que é o tempo que decorre desde a data em que o valor é creditado na sua conta até ao termo do prazo para pagamento convencionado. Correspondendo a data da factura ao último dia do mês a que esta respeita e sendo o seu valor creditado ao convencionado 20 dias depois, o cálculo de juros antecipados faz-se diminuindo ao prazo convencionado o número de dias que ocorreram desde a data da factura até ao crédito na conta do convencionado ($180-20=160$).

Deste financiamento/cessão de créditos não decorre qualquer encargo para o MINSA. Todos os encargos (juros e eventuais comissões bancárias) correm por exclusiva conta do prestador convencionado.

c) Chegado o termo do prazo, isto é, os 180 dias após a data da factura, duas situações são possíveis:

- o MINSA efectua o pagamento à instituição financeira, ou
- o MINSA considera que deve prolongar por mais seis meses o pagamento.

Nesta última hipótese, o MINSA avisa o banco da sua decisão, paga o juro previamente acordado após negociação até ao momento de pagamento.

d) Para os vários intervenientes analisemos vantagens e custos:

- i- Para a entidade Bancária escolhida, é um interessante negócio com risco reduzido pela garantia dos serviços facturados e do reconhecimento da dívida pelo MINSA;

ii - Quanto aos prestadores, a irregularidade de pagamentos que agora se verifica reduz-se pela normalização obtida com a intervenção bancária, com custos inferiores para estes aos que se verificariam se efectuassem financiamentos intercalares de apoio a tesouraria;

iii - Na perspectiva do MINSA, reduz a pressão política exercida pelos prestadores consequente aos constantes atrasos de pagamento e, por outro lado, ainda representa uma fonte de financiamento na estratégia de pagamento que as situações financeiras flutuantes induzem na variabilidade dos duodécimos orçamentais, além de determinar uma situação de vantagem face aos prestadores na discussão dos preços dos serviços.

c) Em suma, trata-se, na nossa opinião, de um importante instrumento de regularização dos fluxos financeiros com estes prestadores de serviços que o Governo poderá, numa segunda fase, replicar para os restantes fornecimentos de bens e serviços, o que lhe permitirá uma efectiva gestão de Tesouraria, com importantes ganhos ao nível da eficiência da estrutura organizacional e com maior capacidade negocial no processo de formação de preços. Por fim, proporcionará ao Estado angolano aumentar o seu prestígio junto dos investidores nacionais e internacionais que passarão a estar ainda mais interessados em aplicar em Angola a sua capacidade financeira.

É nossa convicção que este sistema poderá também contribuir para o prestígio e fortalecimento do sistema financeiro da República de Angola.

9 – Relações entre o Instituto Angolano do Rim (IAR) e o MINSA

- O IAR iniciou a construção da clínica de Benguela em Abril de 2012. Iniciou o tratamento do primeiro doente em Novembro de 2012.
- De acordo com o contrato assinado com o MINSA a primeira factura emitida (Dez 2012) deveria estar a pagamento em Mar 2013 e a partir dessa data seria efectuado o pagamento mensal das facturas sequenciais. Mas tal não aconteceu.
- O esforço de construção da clínica do Lobito estava em curso em simultâneo com o início de operação de prestação de serviços de Benguela. O esforço financeiro enorme, foi colmatado com aumento de capital social e um financiamento intercalar.
- O presente mapa esclarece a situação:

Ano	Mês	N.º Dts	N.º HD	Fact HD	FAV	Lab	Drugs	Transfusões	Total	Em Dívida
2012	Nov	2	5	170 000	96 000		12 682		278 682	278 682
2012	Dez	28	156	4 721 200	528 000		231 221	25 800	5 506 221	5 784 903
2013	Jan	36	305	9 071 200	1 180 000		2 089 133	103 200	12 443 533	18 228 436
2013	Fev	35	393	9 935 400	768 000		3 039 869		13 743 269	31 971 705
2013	Mar	39	405	12 046 600	2 180 000		2 925 858		17 152 458	49 124 163
2013	Abr	40	473	14 244 800	412 000	3 635 261	4 173 879		22 465 940	71 590 103
2013	Mai	51	501	15 329 400	1 126 000	2 510 675	3 745 743		22 731 818	94 301 921
2013	Jun	55	501	15 364 200	1 806 000	2 116 580	3 767 734		23 054 514	117 356 435
2013	Jul	65	638	19 632 900	1 456 000	1 555 330	4 623 629		27 267 859	144 624 294
2013	Ago	65	709	21 856 000	2 464 000	4 504 360	5 637 897		34 472 257	179 096 551
2013	Set	69	709	21 955 900	2 222 000	2 581 930	8 006 740		34 766 570	213 863 121
2013	Out	73	828	25 038 600	968 000	3 389 092	7 744 230		37 130 922	251 003 043
2013	Nov	74	840	25 314 100	3 204 000	6 074 282	6 041 080		40 633 462	291 636 505
2013	Dez	88	828	27 225 200	988 000	5 141 645	7 363 021		40 717 868	332 354 373
2014	Jan	89	1 019	31 037 200	3 778 000	2 352 011	6 566 467		43 733 678	376 088 051
2014	Fev	90	937	28 498 300	844 000	3 715 540	8 269 897		41 327 737	417 415 788
2014	Mar	95	1 071	32 646 600	3 056 000	4 651 360	8 813 014		49 166 974	466 582 762
2014	Abr	98	1 126	34 103 200	1 408 000	5 162 436	11 702 927		51 876 557	518 459 319
2014	Mai	112	1 233	37 214 200	2 212 000	5 997 789	9 865 146		55 289 135	573 748 454
2014	Jun	103	1 151	34 590 900	604 000	7 685 510	10 929 871		53 810 283	* 527 558 37
2014	Jul	108	1 274	38 315 500	4 146 000	6 627 720	11 184 522	0	60 273 742	587 832 479
2015	Ago	119	1 355	40 252 100	1 552 000	7 334 880	11 243 326	0	60 382 306	648 214 785
2016	Set	131	1 429	42 472 700	4 384 000	8 260 820	13 104 629	0	68 222 149	716 436 934
2017	Out								0	** 566 435 934
2018	Nov								0	566 435 934
2019	Dez								0	566 435 934
TOTAIS	---		17 956	541 046 200	41 382 000	83 297 215	150 582 519	129 000	816 436 934	566 435 934

* - Pagamento de 100.000.000 AKz

** - Pagamento de 150.000.000 AKz

Como se pode observar no mapa junto, o esforço ao longo de 2013 ultrapassou as piores previsões conduzindo a empresa a situação de grande instabilidade.

Apenas em Junho de 2014 foi efectuado o 1º pagamento e um 2º em Outubro.

Por diversas ocasiões, o MINSA foi confrontado com a ausência de pagamentos e a inviabilização do Projecto que se estava a desenvolver, sem que se obtivesse resposta.

Alegando o MINSA a ausência de meios financeiros suficientes para fazer face à situação, decidiu a empresa expor a situação a entidades com capacidade de resolução, acreditando na justeza da sua posição.

O curioso é que se trata do projecto mais adequado às condições de Angola, sem encargos para o sistema de saúde, pois todos os investimentos são efectuados pela empresa.


Por último, o preço contratado por tratamento é o de mais baixo valor praticado no País e, conhecendo os valores praticados por outros operadores em Luanda, torna-se fácil compreender a importância do acordo celebrado.

A análise do mapa de conta-corrente associado permite, também, compreender porque motivo descrevemos o mecanismo da convenção e da importância que se lhe associa nesta fase ao desenvolvimento e controlo dos mecanismos de cuidados de saúde.

Todos os comentários que produzimos não procuram a crítica, mas a solução.

Este entendimento do Contrato celebrado deve merecer análise e estamos disponíveis para toda a Colaboração como o Impõe o cargo e o Respeito por quem o desempenha

Atentamente


Proj. Dr. João Colarinho
Administrador do IRR

Cc - a Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde

ANEXO I

Justificação da fórmula # (9)

A taxa de mortalidade de uma doença é definida como a relação entre o número de mortes verificadas durante um ano entre os indivíduos que dela padeciam e a prevalência média no ano dos doentes com essa afecção. Matematicamente, é representada pela seguinte equação:

$$\# (2) \quad \boxed{\text{TMrt} = F / \text{PrMd}}$$

em que

TMrt é a taxa de mortalidade

F é o número de doentes em HD falecidos durante o ano

PrMd é o número médio no ano de doentes em HD

Ora, a prevalência média de um ano (A) é, naturalmente, a média das prevalências a 31 de Dezembro do ano anterior (PrA_{-1}) e do ano em análise. Isto é,

$$\# (3) \quad \text{PrMd} = (\text{PrA}_{-1} + \text{PrA}) / 2$$

em que

PrMd é a prevalência média no ano A

PrA_{-1} é a prevalência a 31 de Dezembro do ano anterior

PrA é a prevalência a 31 de Dezembro do ano em avaliação

Por outro lado, o número de doentes existentes no fim de um determinado ano (PrA) é, necessariamente, igual ao número de doentes existente no final do ano anterior (PrA_{-1}) acrescido com o número de doentes entrados ao longo do ano (In) e subtraído do número de doentes que, durante esse ano, deixaram de efectuar tratamento – i.e., os falecidos durante esse período (F) e o dos doentes que saíram (Out) por terem recuperado a função renal ou por terem mudado para outra modalidade terapêutica (DPC, TR ou TMC):

$$\# (4) \quad \text{PrA} = \text{PrA}_{-1} + \text{In} - \text{F} - \text{Out}$$

Substituindo, na equação # (3), PrA pela igualdade expressa em # (4), teremos:

$$\# (5) \quad \text{PrMd} = \text{PrA}_{-1} + [(\text{PrA}_{-1} + \text{In} - \text{F} - \text{Out}) / 2]$$

Continuando a desenvolver a equação,

$$2 \cdot \text{PrMd} = 2\text{PrA}_{-1} + \text{In} - \text{F} - \text{Out}$$

ou

$$\# (6) \quad \text{PrMd} = \text{PrA}_{-1} + \text{In}/2 - \text{F}/2 - \text{Out}/2$$

em que

PrMd – é o número médio expectável (prevalência média) no ano de doentes em HD

PrA₋₁ – é o número de doentes em HD no final do ano anterior

In – é o número expectável de doentes que iniciarão HD no ano

F – é o número expectável de doentes em HD falecidos no ano

Out – é o número de doentes que, durante o ano, são transferidos para outras modalidades terapêuticas (TR, DPC, TMC) ou que abandonam o tratamento

Sendo a taxa de mortalidade (TMrt) definida como a razão entre o número de mortos e a prevalência média, ela expressa-se como:

$$\# (7) \quad \text{TMrt} = \text{F} / (\text{PrA}_{-1} + \text{In}/2 - \text{F}/2 - \text{Out}/2)$$

Como o número de doentes transferidos para outras modalidades terapêuticas (DPC, TR e TMC) é, como vimos no corpo desta Exposição, negligenciável – o mesmo acontecendo com os doentes em HD iterativa que recuperam função renal –

, a equação # (7) é simplificável para

$$\# (8) \quad \text{TMrt} = \text{F} / (\text{PrA}_{-1} + \text{In}/2 - \text{F}/2)$$

À falta de outros elementos fidedignos, recorreremos à taxa de mortalidade verificada durante o ano de 2013 na Província de Benguela (20%) e extrapolamo-la para todo o território nacional.

Inserindo este valor (20% = 0,2) e o número de novos doentes a iniciarem, no ano, tratamento por HD (In) – ver Quadro III –, obteremos a seguinte expressão:

$$0,2 = \text{F} / (\text{PrA}_{-1} + 601/2 - \text{F}/2)$$

Ou, resolvendo-a em função de F:

$$\text{F} = 0,2 \times (\text{PrA}_{-1} + 601/2 - \text{F}/2)$$

$$\text{F} = 0,2 \times \text{PrA}_{-1} + 60,1 - 0,1\text{F}$$

$$1,1\text{F} = 0,2 \times \text{PrA}_{-1} + 60,1$$

$$F = (0,2 \times PrA_1 + 60,1) / 1,1$$

(9) $F = 0,1818PrA_1 + 54,6363$

É esta fórmula # (9) a que será utilizada para estimar o número de doentes em HD falecidos em cada ano em Angola.