



## SEMESTRE EUROPEU - FICHA TEMÁTICA

# SISTEMAS DE SAÚDE

### 1. INTRODUÇÃO

**Os sistemas de saúde dos Estados-Membros da UE são uma componente essencial dos elevados níveis de proteção e coesão social da Europa.**

Os sistemas de saúde da UE são diversificados e refletem diferentes escolhas societárias. Não obstante as suas diferenças em termos financeiros e de organização, baseiam-se nos valores comuns reconhecidos pelo Conselho de Ministros da Saúde em 2006<sup>1</sup>: universalidade, acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, equidade e solidariedade.

A necessidade de garantir a sustentabilidade orçamental dos sistemas de saúde de modo a preservar estes valores para o futuro é também amplamente reconhecida<sup>2</sup>.

**Ao longo da última década, os sistemas de saúde europeus têm enfrentado desafios comuns semelhantes e cada vez maiores:**

- a população europeia está cada vez mais velha e cada vez mais exposta a múltiplas doenças crónicas, o que suscita maior procura de cuidados de saúde e uma pressão orçamental crescente;
- os custos dos medicamentos e tecnologias inovadoras estão a aumentar e a sobrecarregar as finanças públicas;
- os profissionais da saúde não estão distribuídos de forma homogénea, havendo carências em alguns áreas dos cuidados de saúde; e
- o acesso aos cuidados de saúde não está equitativamente distribuído e gera resultados de saúde desiguais entre os diversos setores da sociedade.

A Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes<sup>3</sup> definiu uma agenda estratégica para os sistemas de saúde na UE.

---

<sup>1</sup> Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia (2006/C 146/01): <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:PT:PDF>.

<sup>2</sup> Conclusões do Conselho sobre os sistemas de saúde e a sustentabilidade orçamental (8.11.2016): <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/pt/pdf>.

---

<sup>3</sup> COM(2014) 215 final: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf).

O relatório conjunto sobre os cuidados de saúde e os cuidados continuados na UE, elaborado pela Comissão Europeia e pelo Comité de Política Económica<sup>4</sup>, deu contributos importantes para esta agenda.

O Pilar Europeu dos Direitos Sociais, adotado em abril de 2017, declara no seu princípio 16 que todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis.

Por acesso em tempo útil entende-se que qualquer pessoa tem a possibilidade de aceder aos cuidados de saúde quando deles necessita, o que exige uma distribuição geográfica equilibrada dos centros de prestação de cuidados e dos profissionais de saúde, bem como políticas que minimizem os longos tempos de espera.

Por cuidados de saúde a preços acessíveis entende-se que as pessoas não devem ser impedidas de recorrer aos cuidados de que necessitam devido ao seu custo.

Por cuidados de saúde de boa qualidade entende-se cuidados pertinentes, adequados, seguros e eficazes.

Os sistemas de saúde da UE estão a interagir cada vez mais entre si. A Diretiva Direitos dos Doentes em matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços<sup>5</sup> constituiu um importante passo em frente na criação de um quadro jurídico e de instrumentos políticos para essa cooperação. A diretiva prevê designadamente o estabelecimento de normas claras e o fornecimento de informações fiáveis aos doentes sobre o acesso e o reembolso de cuidados de saúde recebidos noutro país da UE.

---

<sup>4</sup> European Economy, Institutional Paper 37, outubro de 2016: [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en).

<sup>5</sup> Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços; JO L 88 de 4.4.2011.

## 2. IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS

### 2.1. O setor da saúde é uma importante fonte de emprego

**O setor da «saúde e ação social» foi o que registou maior crescimento do emprego nos últimos anos, contando com mais de 2,6 milhões de postos de trabalho novos** (entre o primeiro trimestre de 2009 e o primeiro trimestre de 2017). No setor da saúde e ação social, o aumento do emprego distribuiu-se da seguinte forma:

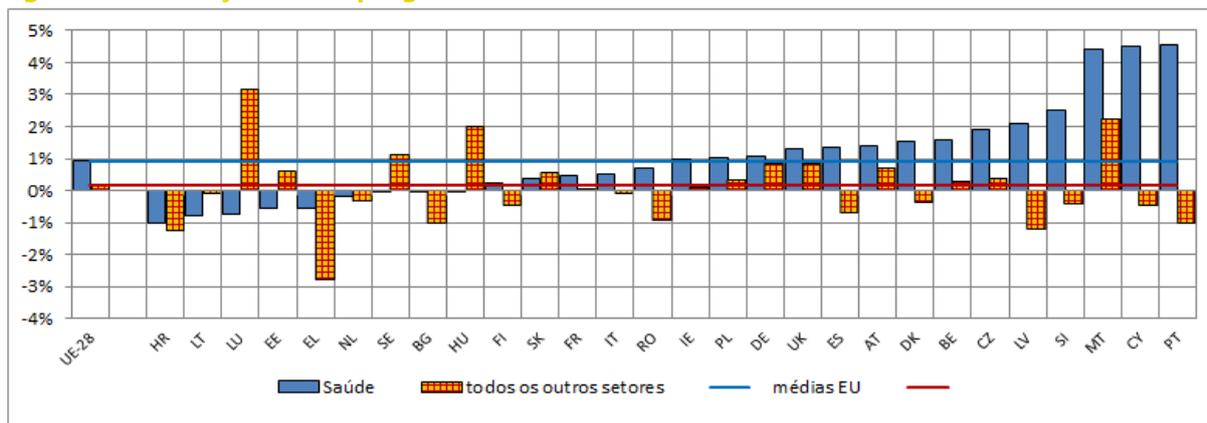
- no subsetor da «saúde humana»: 960 500 novos postos de trabalho, que representam 36 % do emprego criado em todo o setor;
- no subsetor dos «cuidados de saúde com alojamento»: 946 500 novos postos de trabalho, 35 % do total; e
- no «trabalho social não residencial»: 776 700 novos postos de trabalho, 29 % do total.

O «setor da saúde humana e ação social» contava com 24 014 500 trabalhadores no primeiro trimestre de 2017. A maioria — 13 601 700 trabalhadores — trabalhava no subsetor da «saúde humana». O subsetor dos «cuidados de saúde com alojamento», tinha cerca de 5 066 800 trabalhadores, ao passo que 5 346 000 trabalhadores trabalhavam em «atividades de ação social sem alojamento».

Nem todos os postos de trabalho novos correspondem, todavia, à nova procura de cuidados de saúde: a envelhecida população da Europa requer competências e formas de trabalho diferentes, a nível intersectorial e interdisciplinar, para que a prestação de cuidados seja eficaz.

Existem inadequações de competências, tanto quanto à natureza como à distribuição das competências nas diversas profissões da saúde. As novas formas de prestação de cuidados que implicam uma transferência de funções (por exemplo dos médicos para os enfermeiros) e uma melhor integração dessas mesmas funções podem proporcionar cuidados mais seguros e mais eficazes com menores custos.

**Figura 1 – Evolução do emprego no setor da saúde e em todos os outros setores**



*Evolução média anual do emprego entre 2009 (1.º T) e 2017 (1.º T) no setor da saúde humana e em todos os outros setores*  
 Fonte: Eurostat, Inquérito sobre as forças de trabalho.

Os trabalhadores do setor da saúde e ação social possuem um nível de habilitações muito acima da média de todos os setores. Como se mostra no anexo, o número de trabalhadores titulares de um diploma do ensino superior (ou seja, de uma universidade ou outra instituição desse nível de ensino) é sempre mais elevado no setor da saúde e ação social do que na economia em geral.

Em 2016, 33,9 % dos trabalhadores da UE eram titulares de um diploma do ensino superior; no setor da saúde e ação social essa percentagem era de 43,4 %. A percentagem de trabalhadores com habilitações ao nível do ensino secundário ou pós-secundário era de 48 % no conjunto da economia e de 45 % no setor da saúde e ação social. Para completar o quadro, 17,9 % de todos os trabalhadores só tinham concluído o terceiro ciclo do ensino básico, uma percentagem que não ia além de 11,5 % no setor da saúde e ação social<sup>6</sup>.

O setor da saúde e ação social continua a contar com uma grande preponderância da mão-de-obra feminina em relação à masculina: quatro em cada cinco trabalhadores do setor são mulheres e esta percentagem pouco se alterou no período em apreço.

Um setor da saúde eficaz e acessível contribui também, de forma indireta, para o

crescimento e a prosperidade da economia: ajuda as pessoas a assegurarem e manterem um bom estado de saúde e garante assim uma maior participação na atividade económica e uma maior produtividade.

## 2.2. Sustentabilidade orçamental dos sistemas de saúde

O setor público desempenha um papel importante no financiamento dos serviços de saúde: em dois terços dos Estados-Membros, mais de 70 % das despesas em saúde são financiadas pelo setor público. Esta situação poderá pôr em causa a sustentabilidade das finanças públicas, sobretudo num contexto de envelhecimento da população.

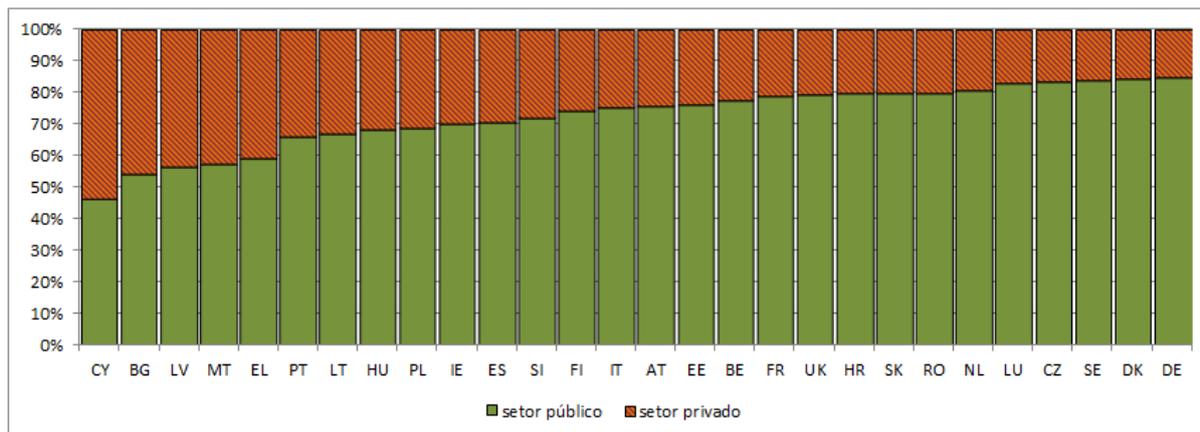
A figura 2 mostra a percentagem de financiamento público e privado dos sistemas de saúde nos diversos países da UE. Os Estados-Membros com uma percentagem relativamente elevada de despesas em saúde privadas são a Bulgária (46 % do total das despesas em saúde), a Grécia (mais de 41 %), Chipre (54 %), a Letónia (44 %) e Malta (43 %)<sup>7</sup>.

Os Estados-Membros com a percentagem mais elevada de despesas em saúde financiadas pelo Estado são a República Checa (83 %), a Dinamarca (84 %), a Alemanha (85 %), o Luxemburgo (83 %), os Países Baixos (81 %) e a Suécia (84 %).

<sup>6</sup> Um diploma do ensino superior corresponde aos níveis CITE 5 e 6. Um diploma do ensino secundário corresponde aos níveis CITE 3 e 4. Os níveis CITE 0, 1 e 2 representam as habilitações iguais ou inferiores ao terceiro ciclo do ensino básico.

<sup>7</sup> A componente privada pode ser impulsionada por uma procura induzida pela oferta e pela influência que esta exerce nas escolhas dos doentes. É, por conseguinte, possível que as necessidades de financiamento efetivas estejam sobrestimadas.

**Figura 2 – Financiamento da saúde**



Despesas em saúde por fonte de financiamento — Fonte: OCDE, Eurostat, OMS — dados de 2016 ou dados mais recentes

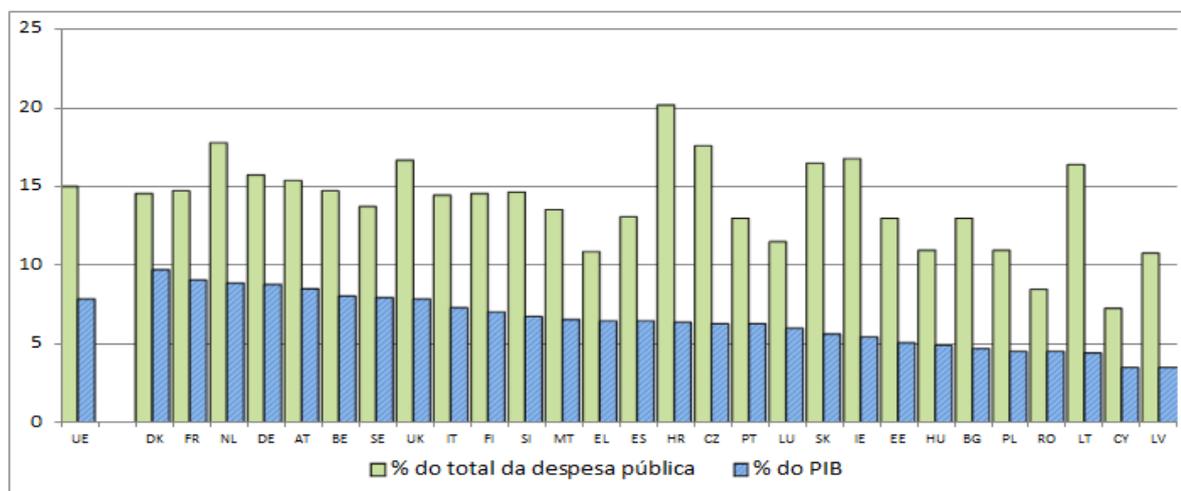
A figura 3 mostra os níveis de despesa pública com a saúde nos Estados-Membros da UE, expressos quer em percentagem do PIB quer em percentagem do total da despesa das administrações públicas.

Em 2015, a despesa pública com a saúde ascendia a 7,8 % do PIB no conjunto da UE. Oito Estados-Membros têm um rácio despesas em saúde/PIB igual ou superior à média ponderada da UE: Bélgica, Dinamarca, Alemanha, França, Países Baixos, Áustria, Suécia e Reino Unido. Os Estados-Membros com a percentagem mais baixa de despesa pública com a saúde eram Chipre e a Letónia (3,5 %),

sendo que a Bulgária, a Estónia, a Lituânia, a Hungria, a Polónia e a Roménia também ficavam aquém dos 5 %.

Em média, a despesa pública com a saúde ascendia a 15 % da despesa pública total na UE, em 2015. Os Estados-Membros com valores superiores ao da UE eram a República Checa, a Alemanha, a Croácia, a Irlanda, a Lituânia, os Países Baixos, a Áustria, a Eslováquia e o Reino Unido. Os Estados-Membros que apresentavam os valores mais baixos eram Chipre (7,2 %) e a Roménia (8,4 %), seguidos pela Grécia, a Letónia, a Hungria, a Polónia (todos abaixo de 11 %) e o Luxemburgo (11,5 %)<sup>8</sup>.

**Figura 3 – Despesa pública com a saúde**

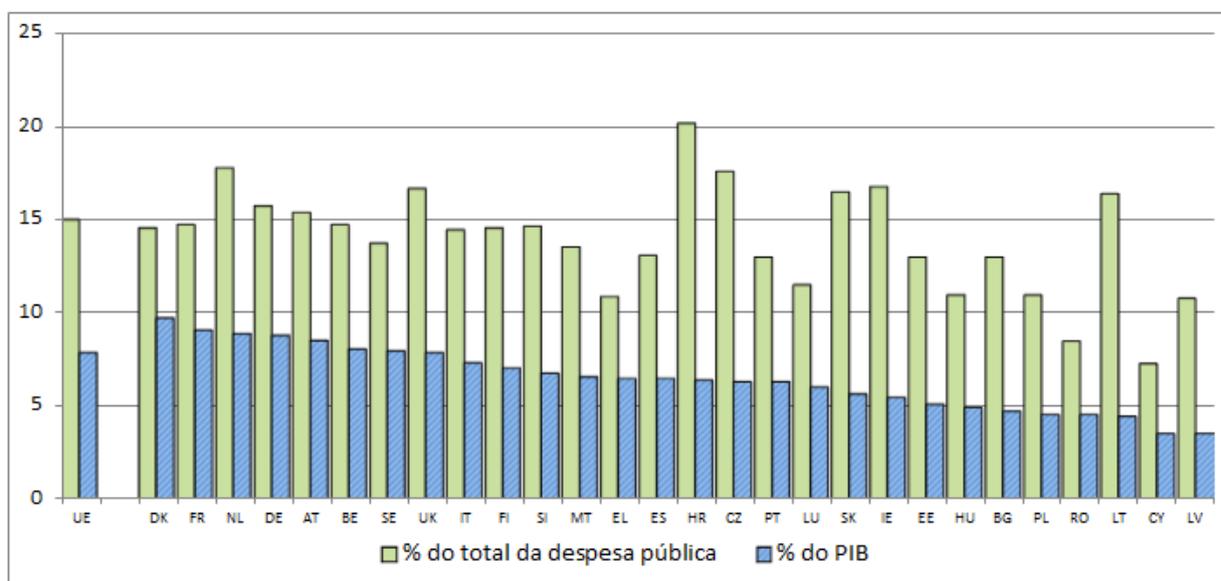


Despesa pública com a saúde em % do total da despesa pública e do PIB

Fonte: Eurostat, Divisão de Estatísticas da Organização das Nações Unidas; dados de 2013 ou dados mais recentes — cálculos dos serviços da Comissão

<sup>8</sup> Contudo, alguns países instituíram mecanismos de recuperação em muitas áreas das despesas em saúde. Isto significa que o nível de despesa pública registado pode subestimar o nível real.

Figura 3 – Despesa pública com a saúde



Despesa pública com a saúde em % do total da despesa pública e do PIB

Fonte: Eurostat, Divisão de Estatísticas da Organização das Nações Unidas; dados de 2013 ou dados mais recentes — cálculos dos serviços da Comissão

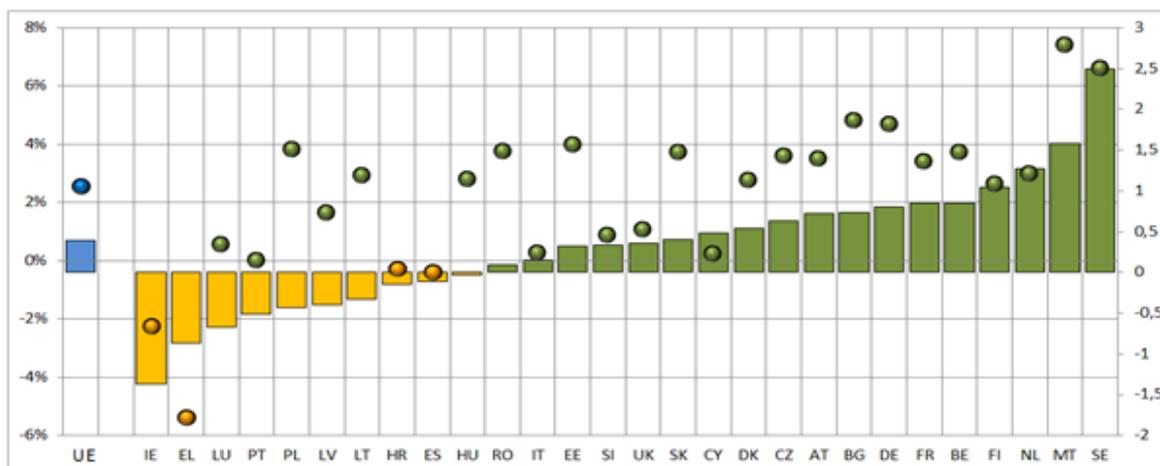
**A despesa pública com a saúde é uma das rubricas da despesa pública mais pesadas e que crescem mais rapidamente.** A figura 4 mostra o aumento da despesa pública com a saúde em percentagem do PIB entre 2008 e 2014 (em pontos percentuais). A mesma figura mostra o aumento médio anual da despesa pública com a saúde efetiva *per capita* no mesmo período, expresso pelos círculos.

A combinação destes dois parâmetros permite compreender melhor a despesa pública com a saúde. As variações dos níveis das despesas com a saúde em percentagem do PIB resultam na realidade da evolução combinada de ambos os parâmetros, despesa pública com a saúde e PIB.

Um aumento relativo das despesas em saúde em percentagem do PIB pode constituir, na realidade, o efeito líquido de uma diminuição de ambos os parâmetros, com o PIB a diminuir mais do que as despesas (e vice-versa). Os valores *per capita* fornecem, por conseguinte, informações suplementares para avaliar as tendências: se as despesas em saúde aumentarem em percentagem do PIB e diminuírem *per capita*, é provável que o PIB do país esteja a diminuir mais rapidamente do que as despesas de saúde.

As trajetórias de crescimento devem ser analisadas em conjunto com o valor inicial. Um ponto de partida inferior ou superior à média pode suscitar uma interpretação diferente dos aumentos e reduções das despesas com a saúde.

**Figura 4 – Crescimento da despesa pública com a saúde em % do PIB e per capita**



Aumento da despesa pública com a saúde em % do PIB (2008-2014, p.p., escala da direita) e aumento médio anual da despesa pública com a saúde efetiva per capita (círculos, 2008-2014, escala da esquerda)  
 Fonte: Base de dados «Saúde para Todos» da OMS — cálculos dos serviços da Comissão.

**A pressão para aumentar a despesa com a saúde vai continuar.** Segundo o relatório sobre o envelhecimento demográfico de 2015, prevê-se que as despesas com a saúde em percentagem do PIB continuem a aumentar até 2060. Os fatores que mais contribuem para este aumento são:

- o aumento dos rendimentos e das expectativas de uma prestação de serviços de saúde de elevada qualidade;
- uma população envelhecida; e
- a evolução tecnológica.

No cenário de referência elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento, prevê-se que, na UE, a despesa pública com a saúde aumente 0,9 p.p. do PIB até 2060 (Figure 5). O cenário de risco do Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento estima que a despesa aumente, em média, 1,6 p.p. do PIB até 2060 (anexo).

Um dos objetivos essenciais da UE é garantir a sustentabilidade das finanças públicas, nomeadamente numa perspetiva de médio a longo prazo. Em muitos países da UE, os riscos para a sustentabilidade das finanças públicas estão em grande medida relacionados com o impacto esperado das despesas públicas com a saúde e os cuidados continuados resultantes do envelhecimento da população.

Para além dos desafios orçamentais, os sistemas de saúde e de cuidados continuados enfrentam, muitas vezes, desafios estruturais comuns decorrentes de uma distribuição e utilização ineficientes dos recursos nos diversos domínios funcionais da despesa. A OCDE estima que um quinto das despesas em saúde pouco ou nada contribuem para melhorar a saúde da população e que, em alguns casos, até levam a piores resultados no domínio da saúde. Os países poderiam gastar significativamente menos com os cuidados de saúde sem piorarem o desempenho dos sistemas nem pôr em causa os seus resultados<sup>9</sup>.

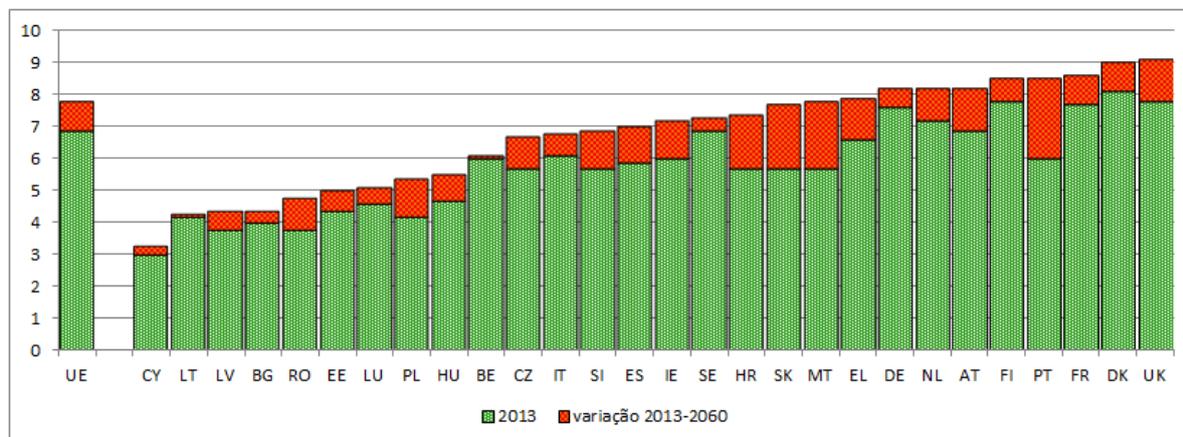
Outros desafios são:

- a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde;
- as frequentes derrapagens orçamentais;
- as pressões orçamentais concorrentes de vários ministérios;
- a alteração das prioridades políticas;
- a fraude e a corrupção; e

a falta de informações sobre a relação custo-benefício do investimento nos sistemas de saúde e de cuidados continuados.

<sup>9</sup> OCDE; *Tackling Wasteful Spending on Health*; Janeiro de 2017 – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.

**Figura 5 – Situação de base e despesas em cuidados de saúde previstas nos países da UE no período de 2013-2060, cenário do Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento Demográfico**



Fonte: Com Base no Relatório sobre o Envelhecimento Demográfico 2015 — serviços da Comissão.

### 2.3. O acesso a sistemas de saúde eficazes contribui para a coesão social

Os obstáculos mais comuns ao acesso aos cuidados de saúde resultaram da incapacidade e/ou indisponibilidade dos doentes para pagar bens e serviços médicos. Em alguns países, os tempos de espera ou as distâncias a percorrer constituíam um problema. Os tempos de espera podem ter várias causas, nomeadamente ligadas a uma afetação insuficiente ou inadequada dos recursos ou a opções de gestão ativa tomadas pelos responsáveis pelos sistemas de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde também pode ser dificultado por não existirem infraestruturas e profissionais de saúde disponíveis em número suficiente.

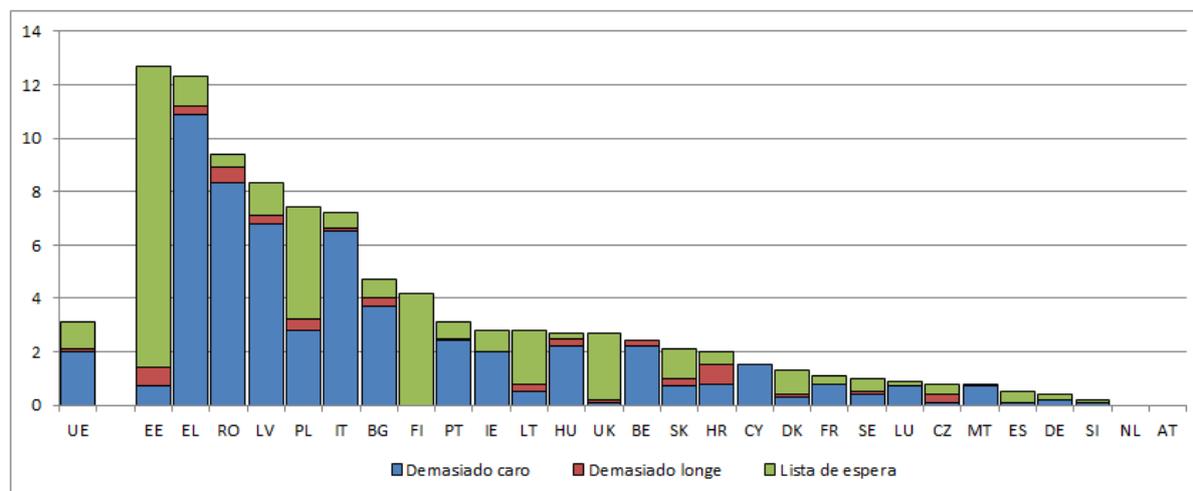
Um indicador frequentemente utilizado para refletir os obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde é o das necessidades não satisfeitas comunicadas pelos próprios doentes<sup>10</sup>. Este indicador é agora atualmente utilizado no Painel de Indicadores Sociais integrado no Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

**Em quatro de cada cinco países europeus, menos de 5% da população comunicou necessidades não satisfeitas de exames médicos.** Em alguns países, contudo, a percentagem da população que comunicou necessidades não satisfeitas foi consideravelmente superior<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> As necessidades de cuidados médicos não satisfeitas comunicadas pelo próprio referem-se à avaliação feita pela própria pessoa da sua necessidade de ser examinada ou receber tratamento no âmbito de um tipo específico de cuidados de saúde, não o tendo feito nem tentado fazer pelas três razões seguintes: «razões financeiras», «lista de espera» e «demasiado longe». Os problemas comunicados pelas pessoas no que respeita à obtenção de cuidados quando estão doentes refletem, com frequência, importantes obstáculos à prestação de cuidados de saúde.

<sup>11</sup> Com referência específica à Grécia, a redução drástica dos salários e o aumento do desemprego num sistema de seguro de saúde fragmentado e com fracos efeitos redistributivos causaram uma diminuição considerável da cobertura e da elegibilidade para receber cuidados de saúde pública. Ainda que existam indícios de consumo excessivo de serviços de saúde antes da crise na Grécia (patente no elevado nível de pagamentos diretos), a crise tornou estes serviços inoportáveis. As subsequentes reformas, em 2014 e em 2016, introduziram a cobertura universal. Os dados disponíveis ainda não permitem aferir o impacto destas reformas nas necessidades não satisfeitas.

**Figura 6 – Necessidades de exames médicos comunicadas pelo próprio e não satisfeitas devido ao custo, ao tempo de espera e à distância a percorrer**



Fonte: EU-SILC (2015)

**Em toda a UE existem disparidades no acesso a cuidados de saúde de boa qualidade comunicadas pelo próprio,** apesar de os Estados-Membros aceitarem o princípio comum da equidade dos sistemas de saúde. Os obstáculos à equidade no acesso aos cuidados de saúde podem ser múltiplos e incluir fatores financeiros, administrativos, geográficos, jurídicos, culturais e organizacionais.

As necessidades médicas não satisfeitas declaradas pelo próprio devem também ser analisadas com base em medidas objetivas da utilização e das despesas com a saúde. O nível das despesas públicas, privadas e dos pagamentos diretos dos cuidados de saúde<sup>12</sup>, por exemplo, também fornece informações quanto à proteção financeira da população contra os riscos de doença e à atual utilização dos serviços de saúde.

### **A disponibilização de acesso universal e sustentável a cuidados de qualidade**

<sup>12</sup> Os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) são pagamentos de bens e serviços diretamente efetuados a partir do rendimento principal ou da poupança das famílias, em que o pagamento é efetuado pelo utente no momento da compra dos bens ou do usufruto do serviço sem qualquer reembolso ou comparticipação dos custos no âmbito de um regime organizado. Este indicador também é potencialmente influenciado pelas escolhas dos doentes. Atualmente, a comparabilidade transnacional dos dados é limitada, devido ao nível de precisão com que o SCS de 2011 foi aplicado nos países da UE.

**elevada requer uma maior eficiência e eficácia nas despesas com a saúde,** num contexto de crescimento da procura e de contenção de recursos. O desafio reside na identificação de formas economicamente eficazes de financiar, organizar e prestar cuidados, a fim de alcançar melhores resultados no domínio da saúde utilizando os recursos disponíveis de modo mais racional.

Os cortes generalizados na despesa, com o objetivo de obter poupanças a curto prazo e sem o cuidado de melhorar a relação custo-eficácia do sistema, podem conduzir a um aumento das despesas a médio ou longo prazo.

Em especial, muitos Estados-Membros consideram que será difícil melhorar o acesso a medicamentos mais baratos. Com efeito, nos próximos anos prevê-se que sejam lançados muitos medicamentos novos, o que fará aumentar as necessidades de financiamento em comparação com a última década.

A natureza dos novos medicamentos está a mudar gradualmente: as inovações baseiam-se em biofármacos complexos e dispendiosos, frequentemente destinados a grupos da população cada vez mais restritos. Os financiadores públicos e privados dos cuidados com a saúde têm cada vez mais dificuldade em custear o número crescente de medicamentos deste tipo.

**Ainda há muita gente a morrer prematuramente na Europa.** Em 2014, morreram na UE 1,69 milhões de pessoas de idade inferior a 75 anos, podendo considerar-se que cerca de 562 034 dessas mortes foram prematuras. Tais mortes poderiam ter sido evitadas à luz dos conhecimentos médicos e das tecnologias da saúde atuais. Em conjunto, os ataques cardíacos e os acidentes vasculares cerebrais foram responsáveis por quase metade do total dessas mortes evitáveis.

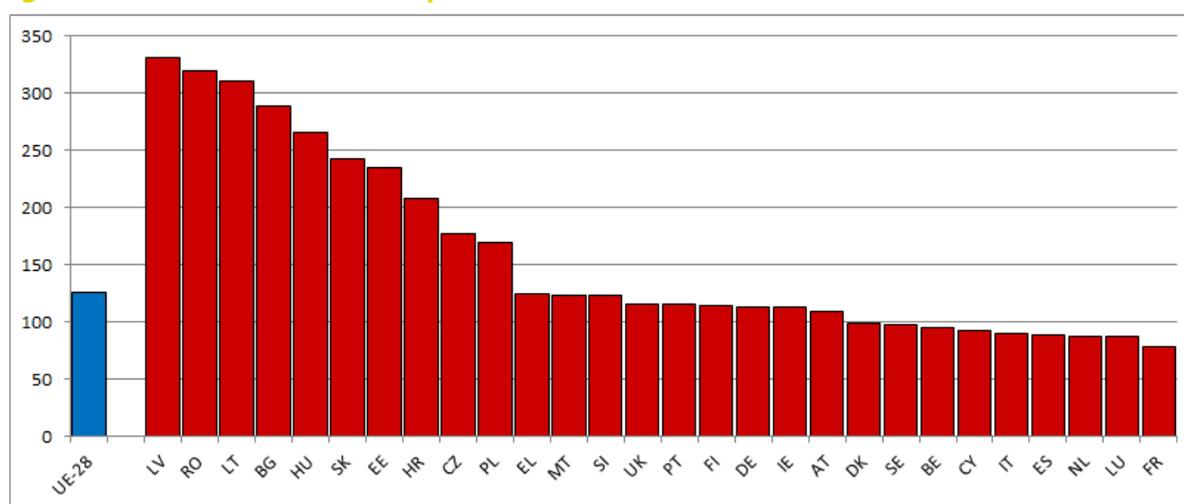
O conceito de mortalidade evitável por via de cuidados médicos baseia-se na ideia de que determinadas mortes (em determinadas faixas etárias e devido a doenças específicas) poderiam ser «evitadas». Por outras palavras, algumas

mortes não teriam ocorrido quando ocorreram se tivessem sido dispensados cuidados de saúde atempados e eficazes.

Este indicador relativo à mortalidade evitável é utilizado num contexto global de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, para obter informações sobre a qualidade e os resultados das políticas de saúde.

As percentagens de mortes que poderiam ter sido evitadas através de cuidados de saúde de excelente qualidade em relação ao total de óbitos de pessoas com idade inferior a 75 anos registados em 2013 variam consideravelmente entre os Estados-Membros da UE.

**Figura 7 – Mortalidade evitável por via de cuidados médicos**



Fonte: Base de dados do Eurostat (2014)

### 3. IDENTIFICAÇÃO DAS ALAVANCAS POLÍTICAS ADEQUADAS PARA ENFRENTAR OS DESAFIOS

A Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes propõe uma agenda da UE com vários mecanismos de cooperação destinados a apoiar as reformas nacionais. O objetivo é melhorar o desempenho dos sistemas de saúde na União. Entre esses mecanismos, contam-se a ATS, a saúde em linha e a saúde digital, a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, o planeamento das necessidades de mão de

obra, as redes europeias de referência, etc<sup>13</sup>.

Esta cooperação visa melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, a fim de garantir a sustentabilidade orçamental e o acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade.

O relatório conjunto da Comissão Europeia e do Comité de Política Económica sobre os cuidados de saúde e os cuidados continuados na UE (2016) identifica vários

<sup>13</sup> [https://ec.europa.eu/health/home\\_pt](https://ec.europa.eu/health/home_pt).

domínios em que a introdução de melhorias poderia aumentar a eficácia económica dos sistemas de saúde no médio a longo prazo, bem como a sua sustentabilidade a longo prazo.

Entre as alavancas políticas adequadas para esse fim figuram:

### **Melhoria da governação dos sistemas.**

1) Reforçar a cooperação entre as autoridades responsáveis pelas políticas orçamental e de saúde e utilizar uma vasta gama de instrumentos de planeamento orçamental para apoiar a eficiência, a transparência e a responsabilização;

2) Estabelecer estratégias informáticas e de gestão de dados para apoiar a monitorização e a governação, bem como para reforçar a luta contra a corrupção, a fraude e a utilização indevida dos recursos públicos;

3) Avaliar as reformas, a nível *ex-ante* e *ex-post* e de forma sistemática e formalizada, com base em dados concretos, e realizar avaliações do desempenho dos sistemas de saúde;

4) Definir claramente os papéis das autoridades públicas em relação aos serviços de cuidados continuados, tendo em vista a integração dos serviços médicos e sociais através de um quadro jurídico e o aumento da eficiência administrativa;

5) Melhorar a adequação e a qualidade dos recursos humanos no setor da saúde através da adaptação do planeamento às necessidades, do ajustamento dos incentivos, do recurso ao recrutamento de médicos além-fronteiras e de um planeamento a longo prazo;

### **Promoção da sustentabilidade e da eficiência do financiamento e da despesa**

6) Assegurar que as prestações reembolsadas pelo Estado se baseiam em critérios de eficácia económica e de equidade e que os regimes de comparticipação dos custos ajudam a

conter a despesa pública, preservando simultaneamente o acesso;

7) Conceber mecanismos salariais e de aquisições que promovam a eficiência e a equidade;

8) Afastar os sistemas de saúde do tradicional modelo centrado nos hospitais, através de um reforço do papel de controlo do acesso e de encaminhamento conferido aos serviços de cuidados primários, e promover a coordenação e a integração dos cuidados;

9) Reforçar a sustentabilidade dos cuidados hospitalares, através da melhoria dos mecanismos de financiamento e da redução dos custos operacionais, e melhorar a comparação e a avaliação comparativa do desempenho dos hospitais;

10) Reforçar a utilização economicamente eficaz e a acessibilidade dos preços dos medicamentos, promovendo a contratação pública e os medicamentos genéricos e biossimilares<sup>14</sup>, políticas adequadas de controlo dos preços e uma utilização racional dos medicamentos.

11) Continuar a explorar os mecanismos de cooperação transnacional para responder às questões de disponibilidade e acessibilidade dos medicamentos nos países da UE. Entre eles devem figurar mecanismos de regulação adequados a nível da UE e acordos de contratação conjunta;

12) Possibilitar a adoção de decisões baseadas na avaliação das tecnologias de saúde (ATS) e de decisões economicamente eficazes quanto à cobertura das tecnologias novas e já existentes, nomeadamente por via da cooperação entre os Estados-Membros;

---

<sup>14</sup> Entende-se por *medicamento genérico* um produto farmacêutico idêntico a um medicamento que já tenha sido autorizado («medicamento de referência»). Contém a(s) mesma(s) substância(s) ativa(s) que o medicamento de referência. Um *medicamento biossimilar* é muito semelhante, em todos os aspetos essenciais, a um medicamento biológico já autorizado.

### **Melhoria do acesso, da qualidade e da eficácia dos cuidados**

13) Reforçar as políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença: promover campanhas sobre os fatores de risco, desenvolver iniciativas multissetoriais e com várias partes interessadas e alinhar o planeamento financeiro com os prazos políticos;

14) Aumentar a acessibilidade dos cuidados de boa qualidade através da redução dos tempos de espera e dos encargos financeiros que as despesas em saúde, designadamente os pagamentos informais, representam para os agregados familiares;

15) Ter em conta as necessidades dos grupos vulneráveis, em especial através de políticas orçamentais e de proteção social pertinentes, da cooperação intersectorial na prestação de serviços de cuidados de saúde e de serviços culturalmente sensíveis;

16) Prestar níveis de assistência adequados às pessoas carenciadas, através da promoção e da avaliação da qualidade e da eficácia;

17) Promover a autonomia de vida e apoiar a prestação de cuidados de saúde e de cuidados continuados em casa e na comunidade, em alternativa aos contextos institucionais, sempre que tal se afigure adequado;

18) Promover o envelhecimento saudável e prevenir a deterioração física e mental das pessoas com doenças crónicas.

### **4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS ESTRATÉGIAS ATUAIS**

Vários Estados-Membros introduziram e aplicaram medidas substanciais para aumentar o acesso aos serviços de saúde, preservando ao mesmo tempo a qualidade e a sustentabilidade do sistema.

A Bulgária, a Estónia, Malta, a Áustria e a Polónia procederam a reformas substanciais para reforçar os cuidados de saúde primários e coordená-los melhor com os cuidados hospitalares e especializados. Além disso, a Suécia

também afetou fundos suplementares à melhoria da acessibilidade dos serviços de saúde.

Chipre iniciou uma remodelação do seu sistema de saúde, para permitir que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde e para reduzir os elevados pagamentos diretos.

Portugal realizou importantes reformas em 2016 e 2017, para assegurar uma cobertura universal dos cuidados de saúde.

A Bulgária tomou medidas para aumentar os cuidados ambulatoriais nos casos em que a insuficiente cobertura pública dos serviços médicos ambulatoriais dificulta o acesso de algumas pessoas aos cuidados de saúde.

A Áustria introduziu um novo sistema de grupos de diagnósticos homogéneos para o pagamento dos cuidados hospitalares ambulatoriais, com o objetivo de aliviar a pressão sobre os cuidados hospitalares e incentivar o recurso aos hospitais de dia e aos serviços ambulatoriais.

A Letónia e a Polónia iniciaram reformas para aumentar a disponibilidade de mão de obra no setor da saúde.

A Hungria e a Roménia tomaram medidas iniciais para aumentar os salários dos profissionais de saúde.

A Letónia, a Polónia, Portugal e a Roménia anunciaram a adoção de medidas para atrair médicos e enfermeiros para as zonas rurais ou periurbanas.

A Letónia e Malta reduziram os tempos de espera, enquanto a Roménia reorganizou algumas partes do sistema de cuidados ambulatoriais.

A Itália, Malta, Portugal e a Eslovénia desenvolveram e implementaram soluções informáticas para reduzir os tempos de espera nos serviços de cuidados de saúde.

A Espanha, a Itália, Portugal e a Eslováquia estão a implementar reformas como a centralização da contratação pública, a adoção de medicamentos

genéricos e o desenvolvimento de organismos de avaliação das tecnologias da saúde. O objetivo último é aumentar o acesso aos medicamentos e assegurar uma utilização economicamente eficaz dos mesmos.

A Letónia e a Roménia adotaram planos para reforçar os mecanismos de responsabilização e transparência do sistema de saúde.

O ciclo Situação da Saúde na UE<sup>15</sup> apresenta dados sobre as políticas de saúde na Europa. Especificamente, os perfis de saúde por país fornecem análises mais pormenorizadas da aplicação destas políticas em cada Estado-Membro.

O relatório de acompanhamento baseia-se nos resultados dos perfis por país, centrando-se em domínios de ação mais gerais.

Data: 26.9.2017

---

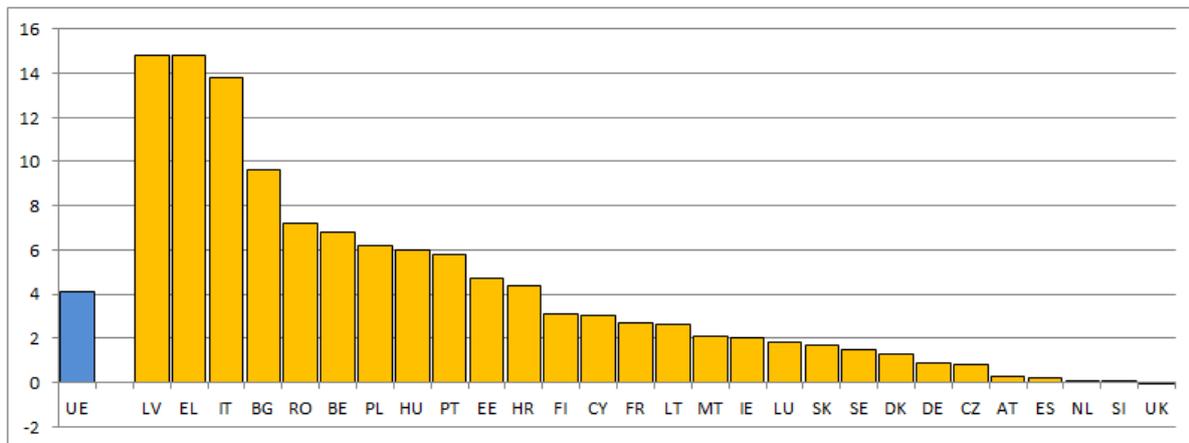
<sup>15</sup> [https://ec.europa.eu/health/state/summary\\_pt](https://ec.europa.eu/health/state/summary_pt).

## 5. FONTES ÚTEIS

- Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes (COM(2014) 215 final)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf)
- Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability — European Economy, Institutional paper 37, outubro de 2016; DG Assuntos Económicos e Financeiros e Comité de Política Económica  
[https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en)
- Situação da saúde na UE: Perfis de saúde por país  
[https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_pt](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_pt)
- Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris  
[https://ec.europa.eu/health/state/glance\\_pt](https://ec.europa.eu/health/state/glance_pt)
- Semestre Europeu - Ficha temática Sustentabilidade das Finanças Públicas
- Base de dados «Saúde para Todos», da OMS
- Base de dados sobre a saúde da OCDE
- Instrumento de dados ECHI da Comissão Europeia  
[https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en)
- Parecer do painel de peritos sobre formas eficazes de investir na saúde intitulado «Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects»  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/013\\_healthpolicyreforms\\_reformeffects\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf)
- Parecer do painel de peritos sobre formas eficazes de investir na saúde intitulado «Access to health services in the European Union»  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf)
- Parecer do painel de peritos sobre formas eficazes de investir na saúde intitulado «Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems»  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/004\\_definitionprimarycare\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf)
- Relatório do grupo de peritos da UE sobre a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde intitulado «So What? Strategies across Europe to assess quality of care»  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/sowhat\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf)
- Relatório do grupo de peritos da UE sobre a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde intitulado «Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe»  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2017\\_blocks\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf)

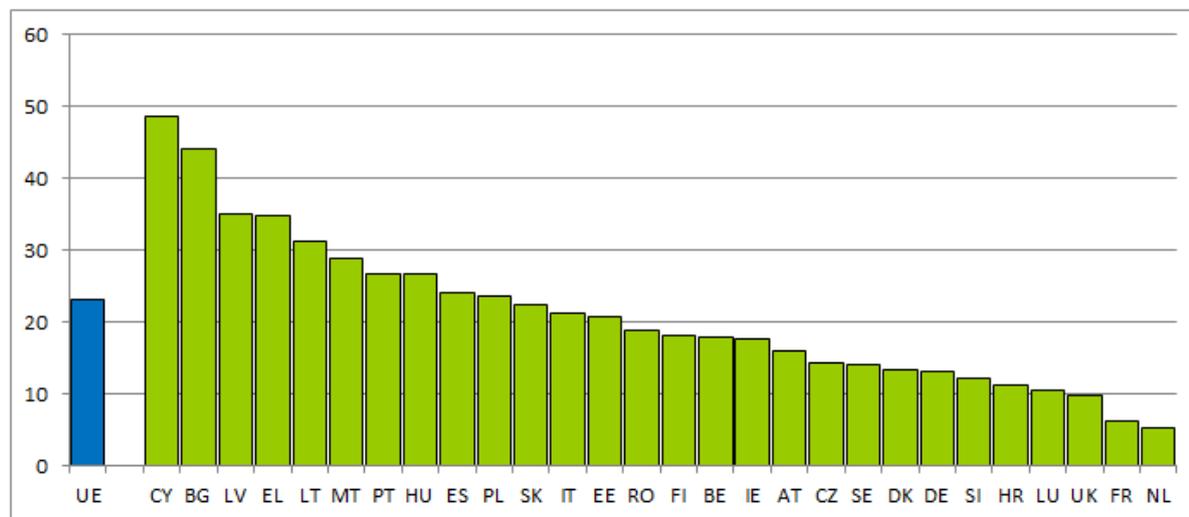
## ANEXO

**Figura A: Diferencial entre quintis de rendimento<sup>16</sup> no que respeita às necessidades de cuidados médicos não satisfeitas comunicadas pelo próprio, 2015**



Fonte: Eurostat, EU-SILC. Notas: Todas as razões; diferencial expresso em pontos percentuais.

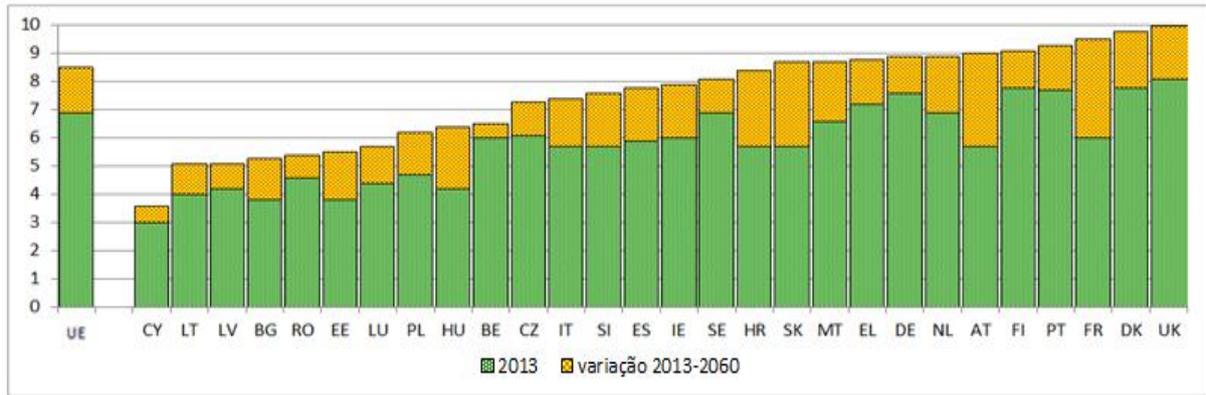
**Figura B: Pagamentos diretos a partir do orçamento familiar em % do total das despesas correntes com a saúde, 2014 ou últimos dados disponíveis**



Fonte: OMS HfA-DB

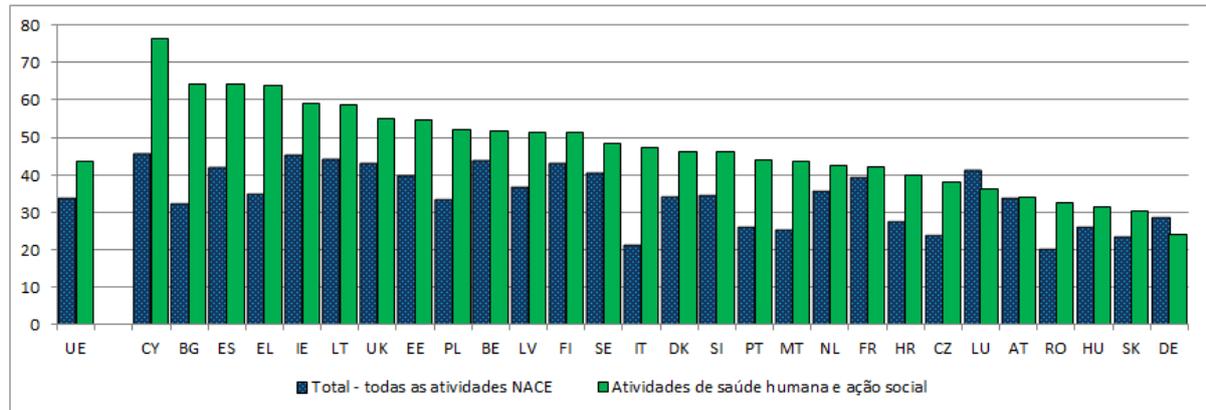
<sup>16</sup> A diferença (diferencial) entre a percentagem da população do quintil de rendimento inferior (q1) e a do quintil superior (q5) em termos de necessidades de exames médicos não satisfeitas comunicadas pelo próprio nos 12 meses anteriores. O grupo do primeiro quintil representa os 20 % da população com os rendimentos mais baixos e o grupo do quinto quintil representa os 20 % da população com os rendimentos mais elevados.

**Figura C: Despesas previstas com os cuidados de saúde nos países da UE no período de 2013-2060, cenário do Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento Demográfico**



Fonte: Com Base no Relatório sobre o Envelhecimento Demográfico 2015 — serviços da Comissão.

**Figura D: Nível de escolaridade da mão-de-obra**



Emprego de trabalhadores titulares de um diploma do ensino superior, em percentagem do número total de postos de trabalho no setor da saúde e ação social e em todos os setores, 2016 — Fonte: Eurostat