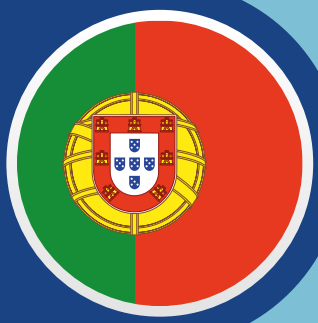
Comissão Europeia









State of Health in the EU

Portugal

Perfil de Saúde do País 2017

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

A série de perfis por país

Os perfis por país apresentam uma panorâmica concisa e politicamente relevante da saúde e dos sistemas de saúde dos Estados-Membros da UE, realçando as características e desafios específicos de cada país. São concebidos para apoiar os esforços dos Estados-Membros na elaboração de políticas com base em dados concretos.

Os perfis são fruto do trabalho conjunto da OCDE e do *European Observatory on Health Systems and Policies*, em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece as valiosas observações e sugestões apresentadas pelos Estados-Membros e pela Rede de Monitorização dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Índice

1 • ASPETOS PRINCIPAIS 1

2 • A SAÚDE EM PORTUGAL 2

3 • FATORES DE RISCO 4

4 • O SISTEMA DE SAÚDE 6

5 • DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE 8

5.1 Efectividade 8

5.2 Acessibilidade 10

5.3 Resiliência 13

6 • PRINCIPAIS CONCLUSÕES 16

Fontes de dados e de informação

Os dados e as informações constantes nestes perfis por país baseiam-se sobretudo nas estatísticas oficiais nacionais fornecidas ao Eurostat e à OCDE, que foram validadas em junho de 2017 para garantir os mais elevados níveis de comparabilidade dos dados. As fontes e os métodos subjacentes a estes dados estão disponíveis na base de dados do Eurostat e na base de dados sobre saúde da OCDE. Certos dados adicionais provêm também do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), dos inquéritos sobre o comportamento em saúde das crianças em idade escolar (*Health Behaviour in School-Aged Children*, HBSC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como de outras fontes nacionais.

Salvo indicação em contrário, as médias calculadas da UE são médias ponderadas dos 28 Estados-Membros.

Para descarregar a folha de cálculo do Excel correspondente a todos os quadros e gráficos do presente perfil, digite os StatLinks seguintes no seu navegador de Internet:
http://dx.doi.org/10.1787/888933623362

Contexto demográfico e socioeconómico em Portugal, 2015

		Portugal	UE
Fatores demográficos	População (milhares)	10 358	509 277
	Percentagem da população com mais de 65 anos (%)	20,3	18,9
	Taxa de fertilidade[1]	1,3	1,6
Fatores socioeconómicos	PIB per capita (EUR/PPC[2])	22 200	28 900
	Taxa de pobreza relativa[3] (%)	13,8	10,8
	Taxa de desemprego (%)	12,6	9,4

1. Número de filhos por mulher com idade entre os 15 e os 49 anos.
2. Entende-se por paridade de poder de compra (PPC) a taxa de conversão que equipara o poder de compra de diferentes moedas eliminando as diferenças nos níveis de preços entre os países.
3. Percentagem de pessoas que vivem com menos de 50 % da mediana do rendimento disponível equivalente.

Fonte: Base de dados do Eurostat; OCDE.

Declaração de exoneração de responsabilidade: *As opiniões expressas e os argumentos desenvolvidos no presente documento são da exclusiva responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição oficial da OCDE ou dos seus países membros, nem do* European Observatory on Health Systems and Policies *ou de qualquer um dos seus parceiros. As opiniões aqui expressas não podem de modo algum ser tomadas como refletindo a posição oficial da União Europeia.*

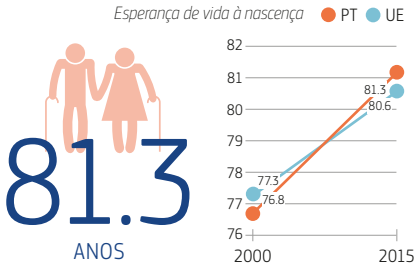
O presente documento e todos os dados e mapas dele constantes não afetam o estatuto ou a soberania sobre qualquer território, a delimitação de fronteiras e limites internacionais e a designação de qualquer território, cidade ou região.
Mais declarações de exoneração de responsabilidade no que se refere à OMS disponíveis em http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

1 Aspetos principais

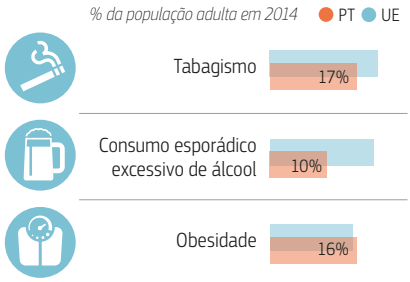
O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década. As pessoas vivem mais tempo mas a qualidade de vida relacionada com a saúde nem sempre conheceu melhorias, em especial após os 65 anos, e existem diferenças significativas entre homens e mulheres. As mais recentes reformas do sistema de saúde português visam a melhoria da sustentabilidade financeira, centrando-se principalmente na eficiência e na transparência.

Estado de saúde



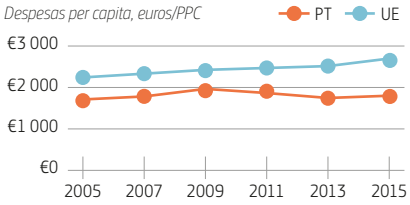
O aumento da esperança de vida em Portugal superou a média da UE. Em 2015, a esperança de vida chegou aos 81,3 anos, contra 76,8 anos em 2000. Contudo, o ritmo destas melhorias não foi acompanhado por outras dimensões importantes da saúde. Menos de metade dos portugueses considera-se de boa saúde, verificando-se disparidades substanciais por escalão de rendimentos.

Fatores de risco



Em 2014, 17 % dos adultos em Portugal fumavam diariamente, valor inferior à média da UE, contra 18,6 % em 2008. Globalmente, o consumo de álcool por adulto também diminuiu e o consumo excessivo esporádico corresponde a metade da média da UE. No entanto, as taxas de obesidade nos adultos têm vindo a aumentar, situando-se nos 16 %, ligeiramente acima da média da UE, enquanto as taxas de obesidade infantil registaram também um aumento significativo.

Despesas em saúde

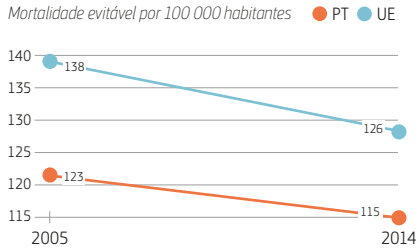


As despesas em saúde estão abaixo das registadas em muitos outros países da UE, tendo Portugal gasto 1 989 euros *per capita* em cuidados de saúde em 2015, cerca de 30 % abaixo da média da UE (2 797 euros). Estas despesas equivalem a 9 % do PIB, sendo a média da UE de 9,9 %. Dois terços das despesas em saúde são cobertas por financiamento público, mas a proporção dos pagamentos diretos aumentou. Porém, as várias isenções de copagamentos asseguram a proteção financeira e a acessibilidade aos serviços para os grupos vulneráveis.

Desempenho do sistema de saúde

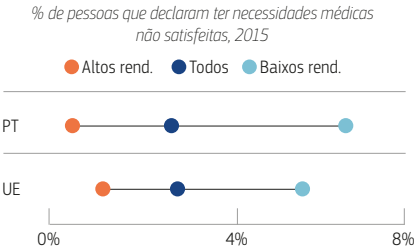
Efectividade

As taxas de mortalidade sensível aos cuidados de saúde estão em sintonia com as médias da UE, embora com grandes diferenças por sexo. Portugal tem uma das mais baixas taxas de hospitalização evitável na UE.



Acesso

As necessidades de cuidados médicos não satisfeitas assemelham-se à média da UE, mas as disparidades geográficas na disponibilização dos serviços são o principal obstáculo ao acesso em Portugal.



Resiliência



Devido ao envelhecimento da população e às dificuldades na retenção de pessoal, o sistema de saúde poderá enfrentar problemas a nível da sustentabilidade financeira e dos recursos humanos. As recentes reformas destinam-se a reforçar a eficiência e a transparência do sistema de saúde, mas domínios como a gestão hospitalar carecem ainda de grande atenção.

2 A saúde em Portugal

O aumento da esperança de vida à nascença ultrapassou a média da UE

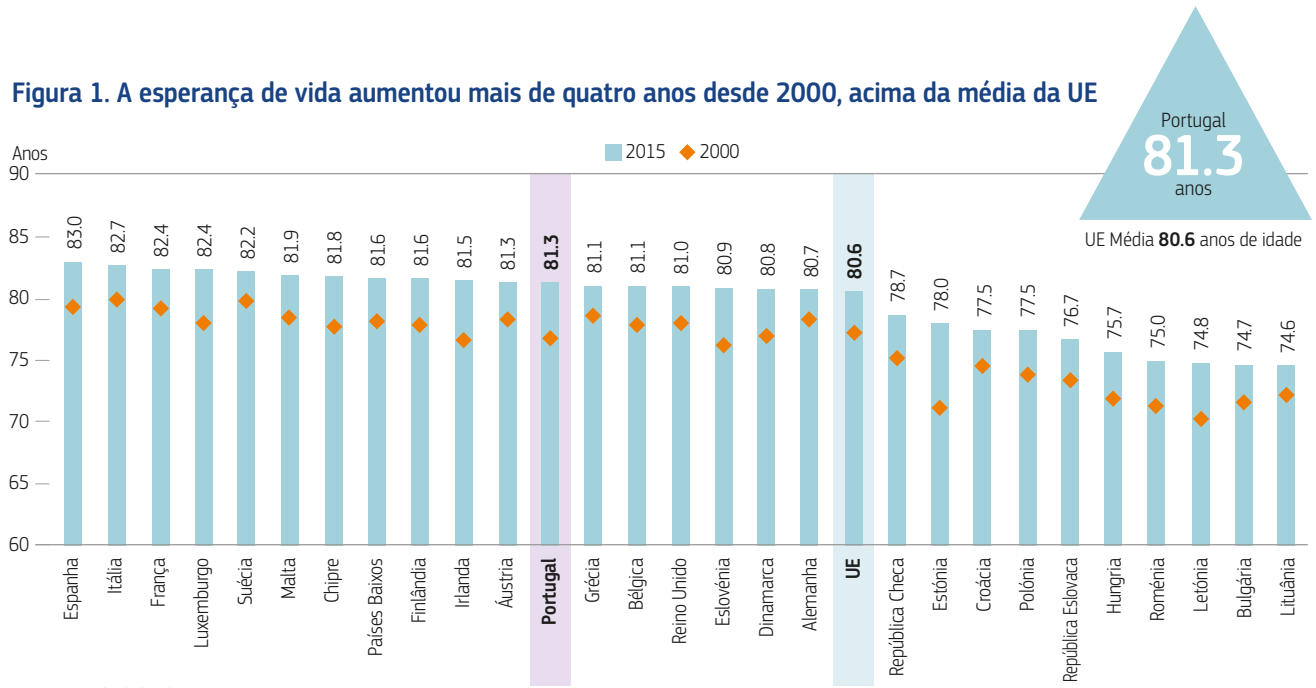
Em Portugal, a esperança de vida à nascença aumentou mais de quatro anos entre 2000 e 2015, para 81,3 anos (figura 1). É quase meio ano superior à média da UE, mas continua a ser dois anos inferior à de Espanha ou Itália. Tal como sucede noutros países da UE, subsiste uma grande disparidade na esperança de vida entre homens e mulheres, com os homens (78,1 anos) a viverem, em média, menos seis anos do que as mulheres (84,3 anos). De igual modo, persiste um hiato considerável entre grupos socioeconómicos (Stringhini *et al.*, 2017) e por nível de escolaridade[1], em especial no que toca aos homens: os homens portugueses com formação universitária vivem em média mais cinco anos do que os que concluíram níveis de ensino inferiores. Nas mulheres, a diferença é de três anos.

De 2000 em diante, grande parte do aumento na esperança de vida ocorreu nas pessoas com mais de 65 anos de idade: nas mulheres portuguesas, a esperança de vida aos 65 anos atingiu os 21,7 anos em 2015 (contra 19,1 anos em 2000) e a dos homens era de 18 anos (contra 15,4 anos em 2000). Apesar destes aumentos, aos 65 anos de idade, as mulheres portuguesas podem esperar viver apenas um quarto dos anos que lhes restam sem incapacidades, enquanto os homens podem esperar viver quase dois quintos (38 %) desses anos de boa saúde.[2]

1. Os níveis de instrução mais baixos correspondem às pessoas com níveis educacionais inferiores ao ensino primário, com o ensino primário ou com o ensino básico (níveis 0–2 da CITE), enquanto os níveis de instrução mais altos respeitam às pessoas que concluíram o ensino superior (níveis 5–8 da CITE).

2. Estes valores baseiam-se no indicador da «esperança de vida saudável», que mede o número de anos que as pessoas podem esperar viver sem incapacidades em todas as idades.

Figura 1. A esperança de vida aumentou mais de quatro anos desde 2000, acima da média da UE



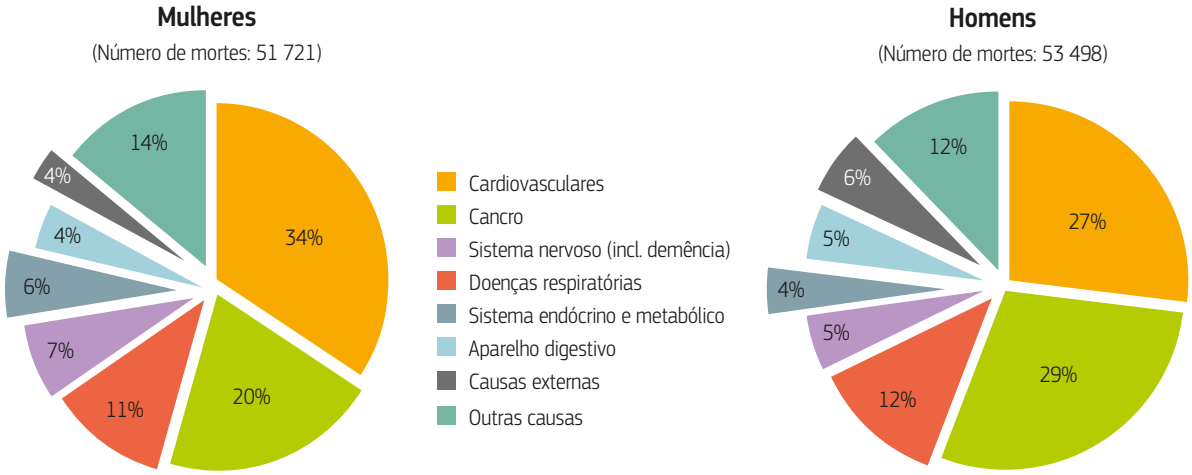
Fonte: Base de dados do Eurostat.

As doenças cardiovasculares e o cancro são os fatores que mais contribuem para a mortalidade

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre as mulheres, mas estão atrás do cancro no caso dos homens (figura 2). Em 2014, as doenças cardiovasculares estiveram na origem de um terço do total de mortes entre as mulheres e de pouco mais de um quarto do total de mortes nos homens, enquanto o cancro foi responsável por 20 % do total de mortes nas mulheres e por 29 % do total de mortes nos homens. A morte causada pelas doenças respiratórias atinge também taxas elevadas em Portugal (cerca de uma em cada nove mortes de homens e mulheres).

Especificando um pouco mais as causas, depois dos acidentes vasculares cerebrais e das doenças cardíacas, a pneumonia foi a quarta principal causa de morte em Portugal em 2014 (figura 3). O aumento do número de mortes causadas por pneumonia e outras doenças pulmonares prende-se com o envelhecimento da população, sendo igualmente o resultado de taxas de tabagismo mais elevadas. Cresceu também o número de mortes causadas pela diabetes, devido à crescente prevalência da diabetes de tipo II, com uma taxa de mortalidade entre as mais elevadas da UE. O número de pessoas que morreram com doença de Alzheimer e outras formas de demência mais do que triplicou desde 2000, facto que reflete igualmente o envelhecimento da população, a melhoria do diagnóstico e a falta de tratamentos eficazes, bem como uma codificação mais precisa.

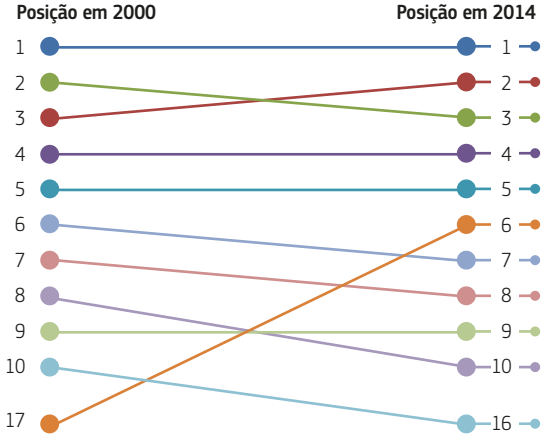
Figura 2. As mortes por cancro são mais frequentes nos homens e as mortes por doenças cardiovasculares são mais frequentes nas mulheres



Nota: Os dados são apresentados por grande capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID). A demência foi acrescentada ao capítulo das doenças do sistema nervoso para incluir a doença de Alzheimer (a principal forma de demência).

Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2014).

Figura 3. Houve um aumento notável das mortes causadas pela doença de Alzheimer e por outras formas de demência



	Posição em 2000	Posição em 2014	% do total de mortes em 2014
Acidente vascular cerebral	1	1	11%
Outras doenças cardíacas	2	2	7%
Doenças cardíacas isquémicas	3	3	7%
Pneumonia	4	4	5%
Diabetes	5	5	4%
Alzheimer e outras formas de demência	17	6	4%
Cancro do pulmão	6	7	4%
Cancro colorretal	7	8	4%
Doenças do trato respiratório inferior	9	9	2%
Cancro do estômago	10	10	1%
Doenças do fígado	16	16	1%

Fonte: Base de dados do Eurostat.

As doenças crónicas estão entre os principais determinantes da saúde precária

A seguir ao peso das doenças mortais, os problemas musculoesqueléticos (incluindo as lombalgias e as cervicalgias) e a depressão crónica estão a aumentar como determinantes dos anos de vida ajustados pela incapacidade[3] (AVAI) em Portugal (IHME, 2016). Embora não sejam fatais, estes importantes problemas de saúde têm graves consequências em termos de limitação da esperança de vida. Com base nos dados da autoavaliação do estado de saúde provenientes do Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (EHIS), em Portugal, mais de uma em cada quatro pessoas vive com hipertensão, uma em cada oito vive com depressão crónica e uma em cada vinte vive com asma. Existem grandes disparidades na prevalência destas doenças crónicas por nível de escolaridade, sendo que uma em cada três pessoas com o nível de escolaridade mais baixo vive com hipertensão, contra apenas cerca de uma em cada dez com o nível de escolaridade mais elevado[4].

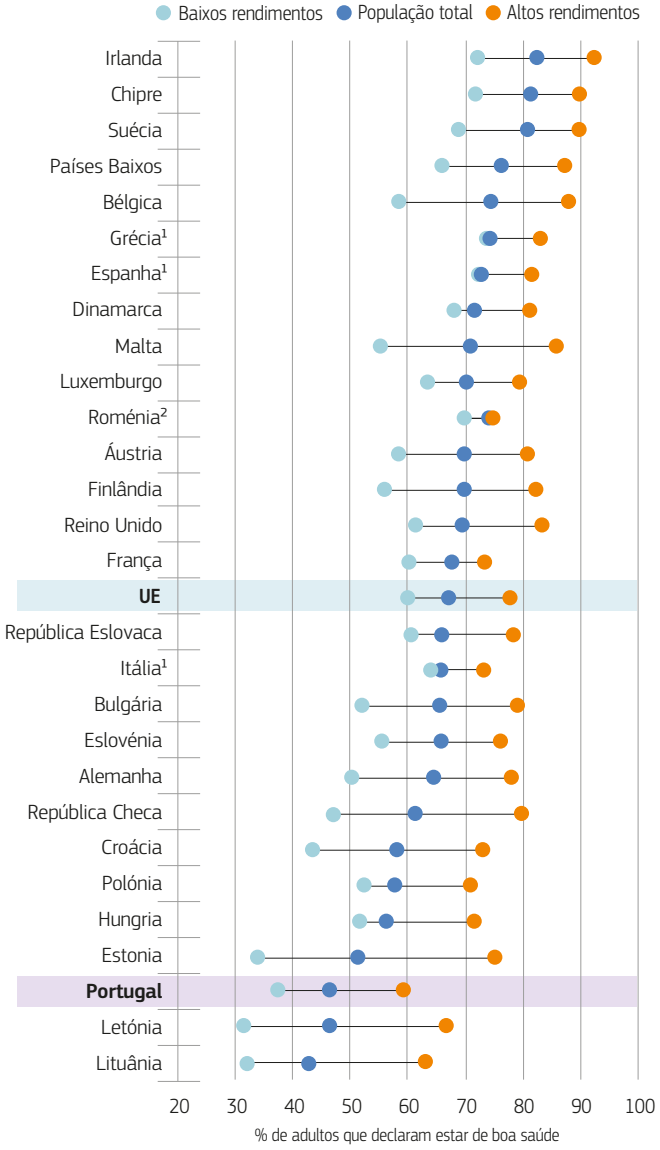
3. O AVAI é um indicador utilizado para estimar o número total de anos perdidos devido a doenças e fatores de risco específicos. Um AVAI equivale a um ano de vida saudável perdido (IHME).

4. As desigualdades determinadas pelo nível de instrução são em parte atribuíveis à maior percentagem de idosos com níveis de instrução mais baixos; no entanto, este fator por si só não explica todas as disparidades socioeconómicas.

Os portugueses mostram-se mais pessimistas ao avaliar a sua saúde em comparação com outros países

Como se pode observar na figura 4, em Portugal, a percentagem de pessoas que declaram estar de muito boa ou boa saúde (46,4 %) fica abaixo da média da UE (66,9 %). Tal como noutros países da UE, existe uma grande disparidade na autoavaliação do estado de saúde por estatuto socioeconómico, com 59,4 % do quintil de rendimentos mais elevados a afirmar estar de muito boa ou boa saúde, contra apenas 37,4 % no quintil de rendimentos mais baixos.

Figura 4. Existem grandes disparidades na autoavaliação do estado de saúde entre os escalões de rendimentos



1. As percentagens relativas à população total e à população com baixos rendimentos são praticamente iguais.
2. As percentagens relativas à população total e à população com rendimentos elevados são praticamente iguais.

Nota: Os dados da autoavaliação do estado de saúde carecem sempre de uma interpretação prudente, em especial nas comparações internacionais, visto que se trata de uma avaliação subjetiva influenciada por expectativas individuais e culturais.

Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC (dados relativos a 2015).

3 Fatores de risco

Em Portugal, um quarto do peso da doença deve-se a fatores de risco comportamentais

O estado de saúde da população portuguesa e as desigualdades no domínio da saúde estão associados a uma série de determinantes da saúde, nomeadamente as condições de vida e de trabalho das pessoas, o meio físico e uma série de fatores de risco comportamentais. Com base nas estimativas do *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), em 2015, mais de 26 % do carga global da doença em Portugal (medido em termos de AVAI) era atribuível a fatores de risco como o tabagismo, o consumo de álcool, os hábitos alimentares e a inatividade física, em que se destacam o tabagismo e os hábitos alimentares (IHME, 2016).

As taxas de tabagismo e de consumo esporádico excessivo de álcool estão muito abaixo da média da UE

A percentagem de adultos que fumam em Portugal tem vindo a diminuir desde 2000 (de um em cada cinco para um em cada seis) e, atualmente, é a quarta mais baixa de todos os países da UE (ver também a figura 5).



Contrariando a tendência normal para as grandes desigualdades neste domínio, a prevalência de consumo diário de tabaco em Portugal é sensivelmente a mesma entre os níveis de escolaridade mais altos e os mais baixos. Além disso, observou-se uma diminuição acentuada do hábito de fumar nas raparigas (de 26 % em 2001–2002 para 10 % em 2013–2014) e nos rapazes (de quase 18 % em 2001–2002 para 12 % em 2013–2014) de 15 anos. Estes resultados positivos estão a ser reforçados por meio de ações de saúde pública orientadas para o controlo do tabaco (secção 5.1).

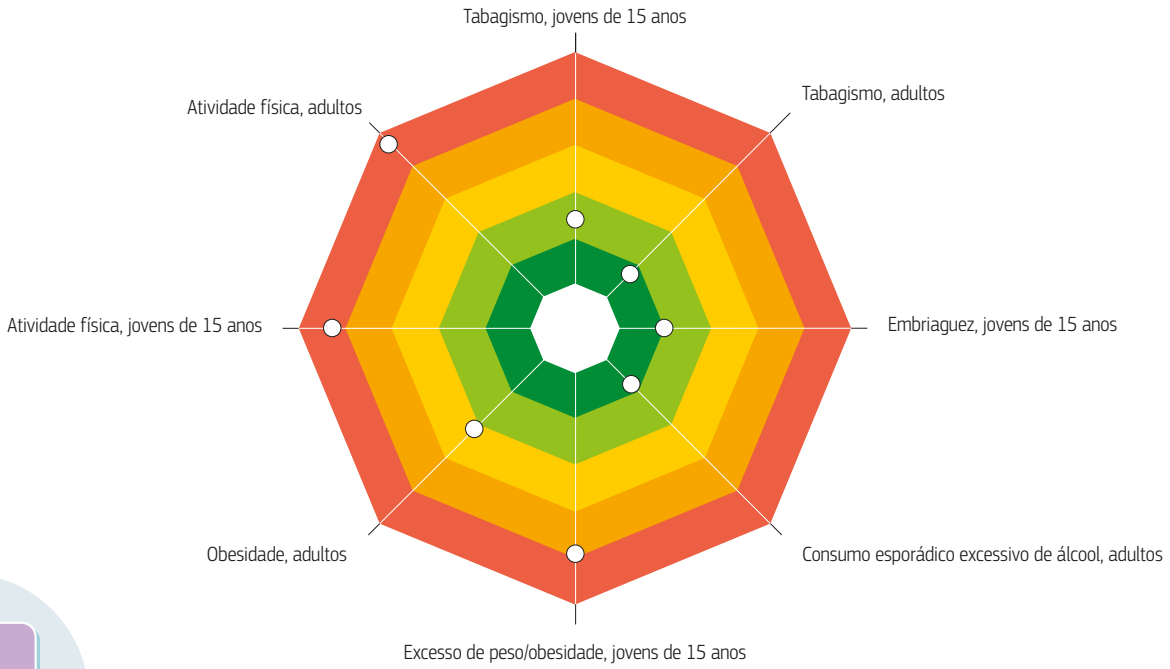
Registaram-se igualmente progressos na redução do consumo de álcool, com os adultos a consumirem 10 litros *per capita* em 2014 (valor igual à média da UE), uma descida face aos 12 litros de 2000. Além disso, o consumo esporádico excessivo de álcool[5] nos adultos (10 % em 2014) é metade da média da UE (20 %), denotando apenas uma ligeira diferença por nível de escolaridade. Em 2013–2014, 15 % das raparigas e 18 % dos rapazes com 15 anos declararam ter já atingido estados de embriaguez pelo menos duas vezes na vida, valores que, não obstante, estão perto do quintil inferior entre os países da UE. Estes dados representam uma grande melhoria entre os rapazes, dos quais 26 % tinham dado conta de episódios repetidos de embriaguez em 2001–2002.

O aumento das taxas de obesidade e de inatividade física constitui um desafio crescente

No entanto, os maus hábitos alimentares e a falta de atividade física podem causar hipertensão arterial, um índice de massa corporal elevado, colesterol elevado, e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, à diabetes e a vários tipos de cancro. Com base nos dados da autoavaliação do estado de saúde de 2014 (que tendem a subestimar a prevalência real da obesidade), cerca de um em cada seis (16,1 %) adultos em Portugal é obeso, quase um ponto percentual acima da média da UE. Em sintonia com o padrão verificado noutros países da UE, o nível de obesidade das pessoas com escolaridade mais baixa mais do que duplica o registado entre as pessoas com o nível de escolaridade mais elevado.

Apesar de estar próxima da média da UE, a prevalência de excesso de peso e de obesidade entre os jovens de 15 anos cresceu quase 60 % (de um em cada oito para um em cada cinco adolescentes) entre 2001–2002 e 2013–2014. As taxas de inatividade física dos adultos e dos jovens de 15 anos estão entre as mais elevadas dos países da UE. Para dar resposta a estes desafios, Portugal implementou estratégias nacionais em matéria de nutrição, prevenção e tratamento da obesidade, e promoção da atividade física (ver a secção 5.1).

Figura 5. Os níveis de inatividade física e obesidade elevados são importantes problemas de saúde pública



Nota: Quanto mais próxima a bola estiver do centro, melhor é o desempenho do país comparativamente a outros países da UE. Nenhum país está na «zona branca», porquanto existe margem para progressos em todos os países, em todos os domínios.

Fonte: Cálculos da OCDE a partir da base de dados do Eurostat (EHIS em ou por volta de 2014), estatísticas da saúde da OCDE e inquérito HBSC em 2013–2014. (Conceção do gráfico: Laboratório MeS).

5. Entende-se por consumo excessivo de álcool esporádico o consumo de seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião e pelo menos uma vez por mês durante o ano anterior.

4 O sistema de saúde

O Serviço Nacional de Saúde coexiste com outros subsistemas de saúde

O sistema de saúde português caracteriza-se pela existência de três sistemas que se sobrepõem. O SNS é universal, geral e tendencialmente gratuito, sendo financiado sobretudo através dos impostos. Cobre todos os residentes, independentemente do seu estatuto socioeconómico, profissional ou legal. Para além disso, certas profissões ou setores são abrangidos por sistemas especiais de seguro de saúde. São os denominados «subsistemas de saúde», que tanto podem ser públicos (por exemplo, para os funcionários públicos) como privados (por exemplo, para o setor bancário). O seguro voluntário de saúde (SVS) privado tem uma natureza complementar e acelera o acesso a tratamento hospitalar programado e a consultas de ambulatório, aumentando ainda as opções de escolha do prestador de cuidados de saúde. A nível central, o Ministério da Saúde tutela o planeamento e a regulamentação, apesar de a gestão do SNS ser efetuada a nível regional, através de cinco administrações regionais de saúde (ARS), cuja autonomia ao nível da definição do orçamento e das despesas se cinge aos cuidados de saúde primários.

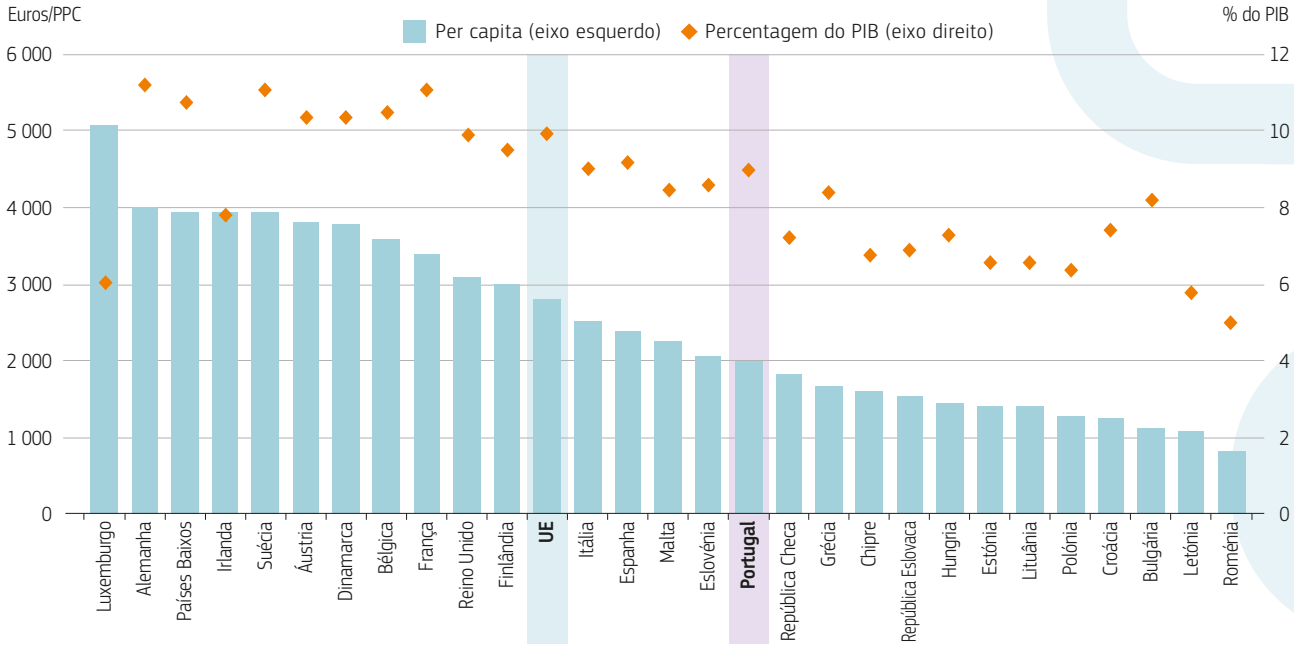
Algumas das reformas mais recentes operadas no setor da saúde estiveram associadas ao Programa de Ajustamento Económico e Financeiro (PAEF) de Portugal e ao acordo de empréstimo internacional de 78 mil milhões de euros, em vigor entre 2011 e 2014. As medidas do PAE incluíram reduções nas despesas com medicamentos e um recurso acrescido aos copagamentos. Implicaram igualmente a redução de remunerações dos profissionais de saúde e promoveram o recurso aos médicos de família.

As despesas com a saúde diminuíram em resposta à crise económica

Em 2015, Portugal gastou 1 989 euros *per capita* em cuidados de saúde (ajustados para as diferenças de poder de compra), cerca de 30 % abaixo da média da UE de 2 797 euros (figura 6). O aumento contínuo das despesas em saúde desde 1995 sofreu uma inversão a partir de 2010, altura em que a recessão económica e as medidas de consolidação orçamental reduziram a despesa em quase um ponto percentual, de 9,8 % para 9 % do PIB em 2015, contra uma média da UE de 9,9 %.

A necessidade de racionalizar as despesas do setor público teve efeitos profundos no setor da saúde. A despesa pública com a saúde diminuiu mais do que a de outros setores da Administração Pública, com a parcela das despesas com a saúde nas despesas da Administração Pública a descer de 13,8 % em 2009 para 12,3 % em 2015. A parcela pública

Figura 6. Portugal gasta *per capita* cerca de 70 % da média da UE em despesas em saúde



Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE; base de dados do Eurostat; base de dados mundial sobre as despesas em saúde da OMS (dados relativos a 2015).

das despesas com a saúde diminuiu a ritmo superior a partir de 2011 e equivale atualmente a 66 % do financiamento total da saúde, abaixo da média da UE de 79 % (ver também a figura 10 na secção 5.2). Os pagamentos diretos a segunda maior fonte de receitas para cobrir as despesas com cuidados de saúde (28 %), bem acima da média da UE (15 %). Os SVD privados têm vindo a aumentar ao longo dos anos, mas ainda só representam 5 % do financiamento da saúde, valor que converge com a média da UE.

O rácio enfermeiros/médicos é baixo

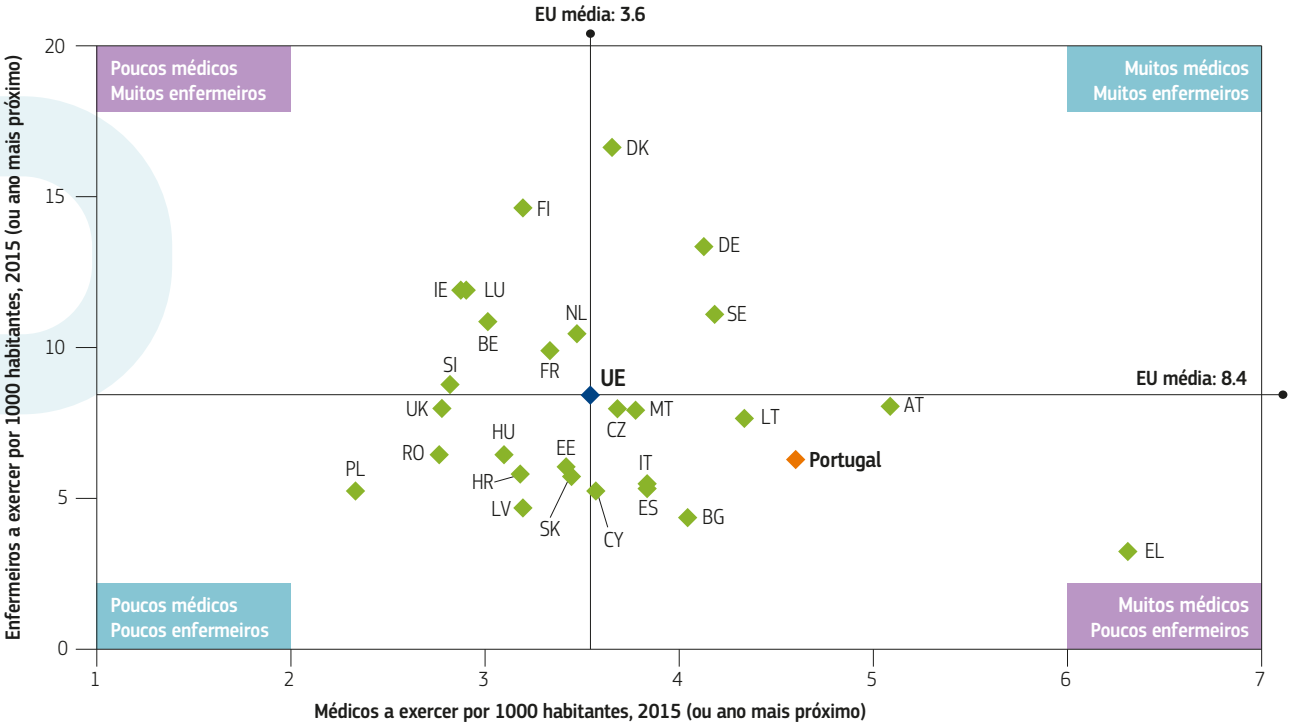
Embora o número de médicos por cada 1000 habitantes (4,6) em Portugal seja significativamente superior à média da UE (3,5), o número de enfermeiros (6,3 por 1000) é inferior (8,4), apesar do crescimento verificado durante a última década (ver a figura 7).

Em comparação com outros países europeus, Portugal tem uma oferta relativamente baixa de camas para tratamento médico por cada 100 000 habitantes (325,2), embora esta seja superior à de países vizinhos, como Espanha (237,4). Nos últimos anos, realizaram-se melhorias graduais em infraestruturas mais antigas e abriram-se novos hospitais para substituir unidades já obsoletas. O número total de camas para internamento diminuiu (2006–2016), em parte devido ao aumento das cirurgias ambulatórias e ao reforço da rede de cuidados continuados. Verificou-se também uma diminuição do número de camas para doentes psiquiátricos, graças à promoção da integração destes doentes nas respetivas comunidades.

Os serviços de saúde são assegurados por um misto de prestadores públicos e privados

Em Portugal, os cuidados primários são prestados por um misto de prestadores públicos e privados, incluindo unidades de cuidados primários integradas no SNS, clínicas do setor privado (com e sem fins lucrativos) e grupos de profissionais a exercer em consultórios particulares. Os cuidados secundários e terciários são prestados sobretudo nos hospitais, embora algumas unidades de cuidados primários disponham de especialistas prestadores de serviços de ambulatório de especialidade. Os medicos de família do SNS são o primeiro ponto de contacto com o sistema e encaminham os doentes para os cuidados de especialidade, enquanto os prestadores de cuidados primários privados desempenham um papel menos controlador. As consultas de medicina dentária, os serviços de diagnóstico, a hemodiálise e a reabilitação são maioritariamente assegurados pelo setor privado.

Figura 7. Apesar do número crescente, o efetivo de enfermeiros em Portugal continua aquém da média da UE



Nota: Em Portugal e na Grécia, os dados referem-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação do número de médicos a exercer (por exemplo, de cerca de 30 % em Portugal). Na Áustria e na Grécia, o número de enfermeiros está subestimado, uma vez que inclui apenas os que trabalham em meio hospitalar.

Fonte: Base de dados do Eurostat.

5 Desempenho do sistema de saúde

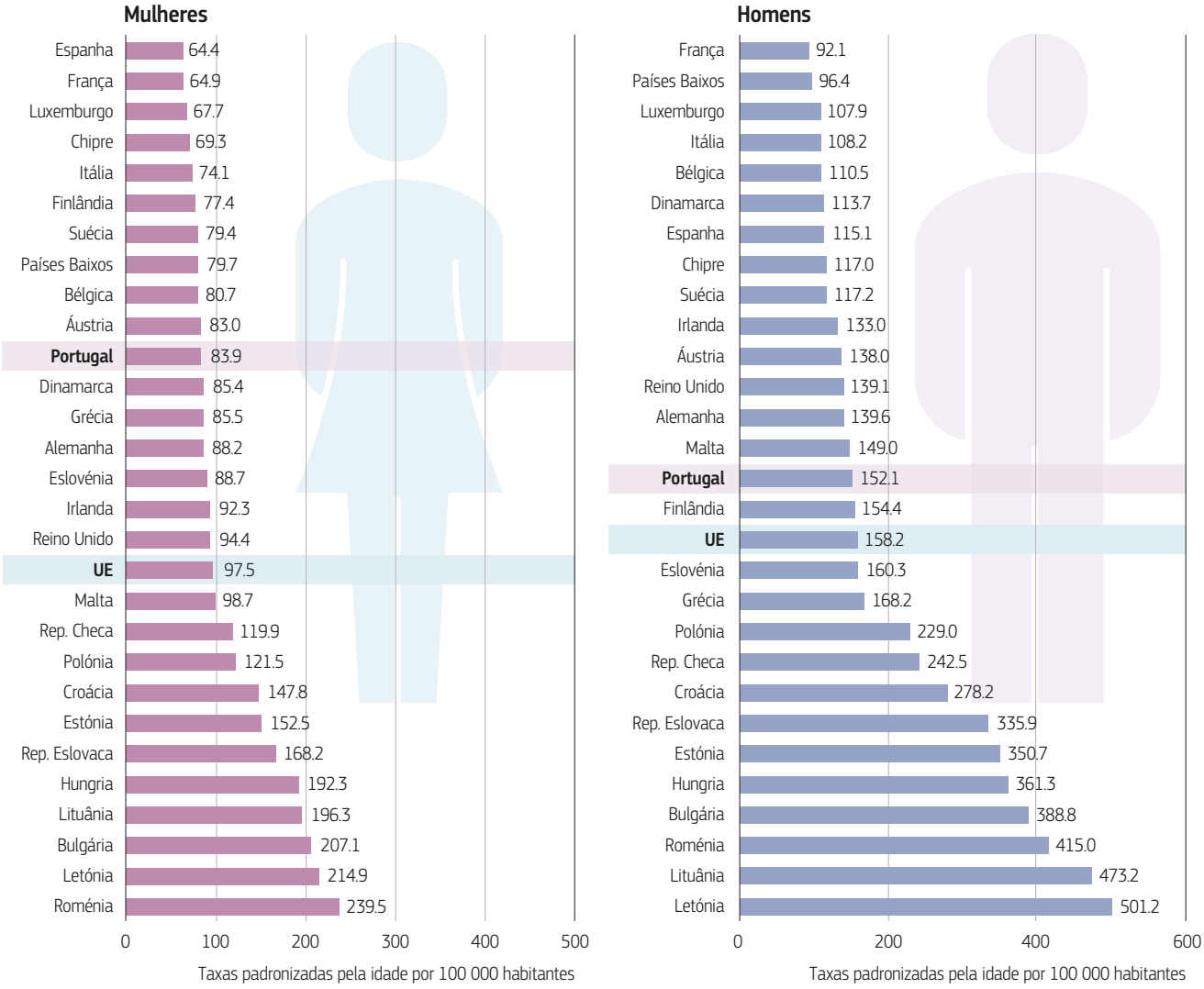
5.1 EFECTIVIDADE

Existem grandes diferenças por sexo no que respeita à mortalidade evitável

A mortalidade evitável[6] lança alguma luz sobre a efectividade do sistema de saúde. Em Portugal, a mortalidade sensível aos cuidados de saúde caiu 40 % entre 2000 e 2014, estando agora abaixo da média da UE. Contudo, a taxa é mais elevada em Portugal do que em países vizinhos como França e Espanha. De igual modo, as taxas são muito maiores nos homens do que nas mulheres (figura 8). Ao todo, em 2014, cerca de 10 847 mortes podiam ter sido evitadas pela prestação de cuidados de saúde de melhor qualidade e mais atempados. No mesmo ano, as doenças cardíacas isquémicas corresponderam a 23 % das mortes evitáveis. Outras causas importantes de mortalidade evitável foram as doenças cerebrovasculares (20 % do total) e o cancro colorretal (15 % do total).

As taxas de sobrevivência de algumas neoplasias tratáveis são relativamente elevadas. Por exemplo, os dados do programa CONCORD revelam que, no período de 2010–2014, a taxa de sobrevivência ao quinto ano do cancro da mama atingiu um valor de 87,6 %, ao passo que, no caso do cancro do colo do útero, aumentou nos últimos anos para os 66,2 %. Um tratamento atempado assenta grandemente num rastreio eficaz: no caso do cancro da mama, a taxa de rastreio das mulheres

Figura 8. As taxas de mortalidade evitável são melhores do que a média da UE



Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2014).

6. Entende-se por mortalidade evitável o número de mortes prematuras suscetíveis de serem evitadas através de cuidados de saúde atempados e eficazes.

portuguesas com 50-69 anos é superior a 80 %. Os avanços ao nível do diagnóstico e do tratamento do cancro colorretal, incluindo melhores técnicas cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia combinada, bem como um maior acesso, contribuíram para o aumento da taxa de sobrevivência, que rondava os 61 % em 2010–2014 (contra 57 % em 2000–2004).

Há margem para melhorias a nível da mortalidade evitável

Portugal regista insuficiências em termos de ações de promoção da saúde e de prevenção da doença que apontem para estilos de vida saudáveis e o rastreio de doenças. Não existem estruturas ou organismos intersetoriais permanentes e as decisões em domínios como o urbanismo ou os transportes não são tomadas em parceria com o setor da saúde. As avaliações de impacto no domínio da saúde não foram institucionalizadas em Portugal, nem existem orientações específicas. Em 2008, foram introduzidas medidas de controlo do tabagismo, nomeadamente a proibição de fumar em locais públicos e a proibição da venda de tabaco a menores de 18 anos. Apesar de Portugal não efetuar uma boa monitorização do consumo de tabaco para acompanhar os efeitos destas reformas, vários dados sugerem que as políticas de prevenção produziram efeito. A taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias diminuiu de 137 por 100 000 habitantes em 2000 para 117 em 2014 (ver a secção 3).

Além disso, a recente extensão do Plano Nacional de Saúde (2012–2020) apresenta as principais estratégias de ação no domínio da saúde pública a executar nos próximos anos. Contempla a redução dos fatores de risco das doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e a exposição ao tabaco e a redução do excesso de peso e da obesidade na população em idade escolar. Esta última vertente vem responder ao aumento significativo da obesidade na população portuguesa (ver a secção 3). Foi igualmente lançado o novo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, que visa promover estilos de vida saudáveis e combater sendentarismo.

Taxa de vacinação elevada

Embora a vacinação não seja obrigatória em Portugal, os níveis de imunização são elevados, possivelmente devido ao facto de as pessoas poderem ser vacinadas nas unidades de cuidados primários e de as vacinas incluídas no programa nacional serem gratuitas para todos os utentes do SNS. A vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) foi introduzida no Programa Nacional de Vacinação em 2008 e dados recentes revelam que foram alcançadas elevadas taxas de imunização, entre 85 % e 93 %, nas raparigas nascidas entre 1992 e 2000. Além disso, a percentagem de vacinação contra a gripe nos idosos tem vindo a aumentar ao longo do tempo, muito provavelmente por ter passado a ser gratuita (e dispensar receita médica) para os doentes de risco e para todas as pessoas a partir dos 65 anos de idade, em particular os idosos beneficiários de cuidados continuados em lares da terceira idade e os idosos beneficiários de prestações sociais (a partir de 2012).

CAIXA 1. A LUTA CONTRA A RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS É UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL

A resistência aos antimicrobianos (RAM) constitui um grave problema de saúde pública em Portugal. Embora tenha diminuido de 53,8 % (2012) para 46,8 % (2015), a percentagem de infeções da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (SARM) continua a ser a terceira mais elevada na UE/EEE, estando claramente acima da média da UE/EEE de 16,8 % (ECDC, 2017). Além disso, a percentagem de infeções da corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos, uma importante classe de antibióticos de última linha para tratamento de infeções bacterianas, era de 3,4 %, ou seja, muito mais elevada do que a média da UE/EEE (0,5 %) e a sexta mais elevada da UE/EEE (ECDC, 2017).

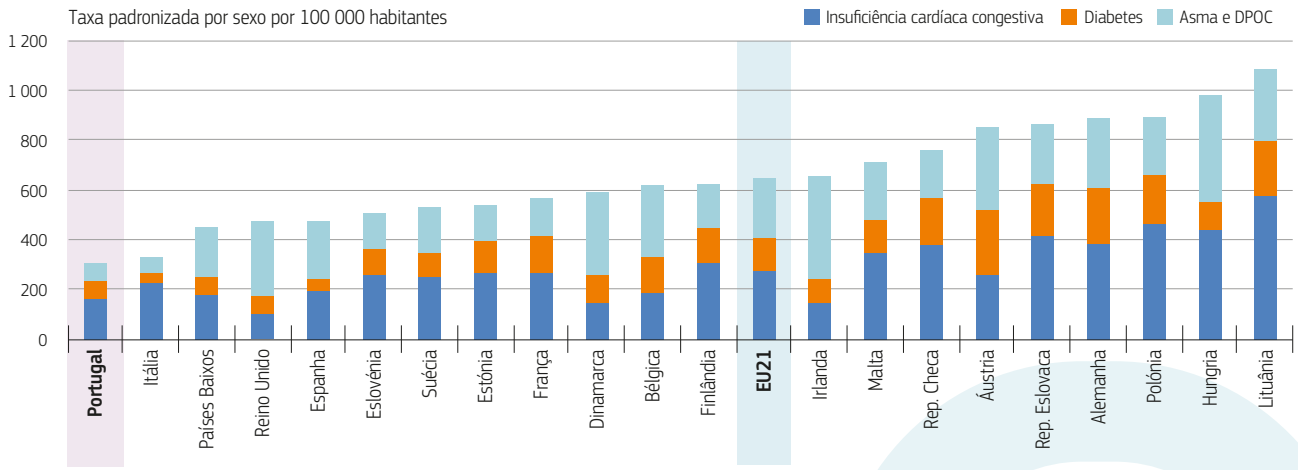
Portugal publicou em 2013 o seu mais recente programa de prevenção e controlo da RAM, o qual adota uma abordagem holística englobando diferentes domínios (informação/educação, vigilância epidemiológica, normalização das estruturas, procedimentos e práticas clínicas, e incentivos financeiros por via do financiamento dos hospitais) e a diferentes níveis de decisão (local, regional e nacional). Em 2013, foi também lançado um plano de ação para reduzir a utilização de antibióticos em animais (DGAV, 2013; DGS, 2016).

As estratégias nacionais visam a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde

Os indicadores de qualidade dos cuidados de saúde revelam um quadro contrastado em relação aos resultados e à prestação de cuidados de saúde. A taxa padronizada de mortalidade hospitalar por enfarte agudo do miocárdio (EAM) por 100 doentes em Portugal (7,9 em 2015) diminuiu para metade desde 2000, sendo semelhante à de Espanha, mas superior à de outros países, como Itália e França. Constata-se um cenário semelhante no que toca à mortalidade 30 dias após internamento hospitalar por acidente vascular cerebral isquémico e hemorrágico. No que diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde primários no acompanhamento de doenças crónicas, Portugal regista uma das mais baixas taxas padronizadas por idade e por sexo por 100 000 habitantes de internamentos evitáveis devido a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca congestiva (figura 9), o que deixa perceber que estas doenças estão a ser geridas com eficácia ao nível dos cuidados de saúde primários e que estes são de boa qualidade.

A nível nacional, a garantia da qualidade e da segurança regem-se por dois documentos fundamentais: a *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020*, que visa também reforçar a equidade como a dimensão principal do SNS num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, e o *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020*.

Figura 9. Portugal regista uma das mais baixas taxas de internamentos evitáveis



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE (dados relativos a 2015 ou ao ano mais recente).

Estratégias progressivas promoveram uma maior integração estrutural

Foram empreendidas várias iniciativas para melhorar a integração vertical dos cuidados primários, começando pela criação das Unidades Locais de Saúde do SNS (em 1999), a fim de integrar os hospitais e as unidades de cuidados de saúde primários na mesma organização. Estas medidas foram acompanhadas da criação de Unidades de Saúde Familiares (a partir de 2007) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (a partir de 2008), que estão incumbidos de prestar cuidados de saúde primários de forma integrada à respetiva população. A integração horizontal entre cuidados de saúde e o setor social é facilitada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), instituída em 2006. Um exemplo mais recente da promoção de melhores cuidados integrados no SNS é a gestão dos doentes com diabetes. Nos hospitais, estes doentes podem ser tratados por especialistas nas Unidades Integradas de Diabetes, que se dedicam a acompanhar as complexidades da doença.

5.2 **ACESSIBILIDADE**

Apesar da cobertura universal, as disparidades geográficas na prestação dos serviços dificultam o acesso

Embora todos os residentes em Portugal, independentemente do seu estatuto jurídico, estejam abrangidos pelo SNS, a complexidade dos procedimentos administrativos e a possibilidade de ter de pagar pelos serviços limitam o acesso de muitos migrantes em situação irregular (OMS, 2014).

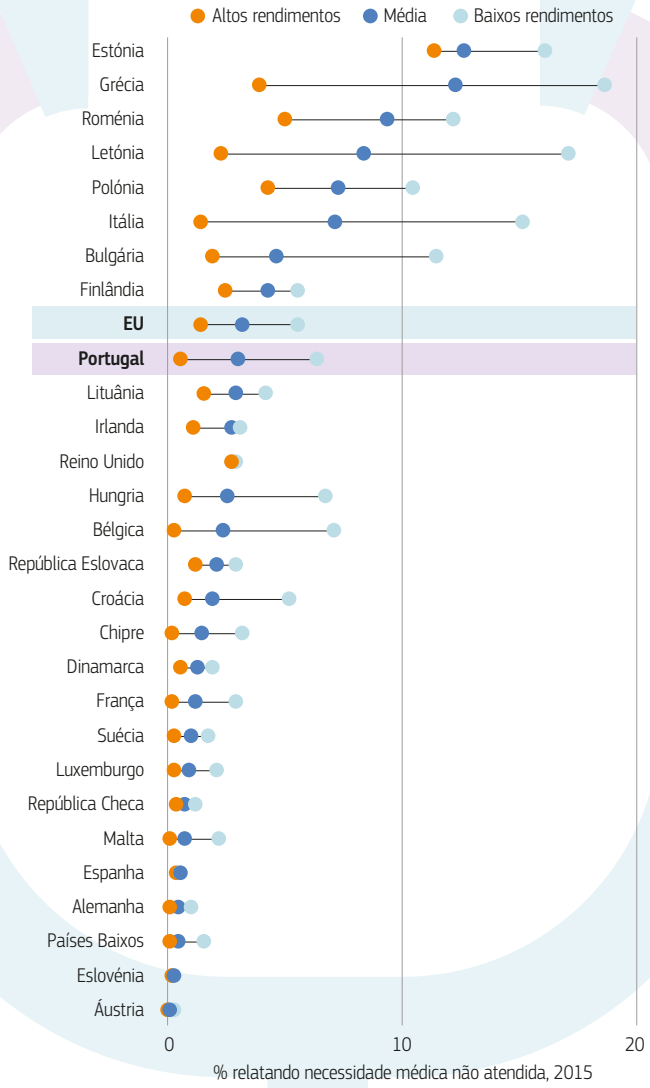
Existem lacunas na prestação de serviços decorrentes de desequilíbrios geográficos, visto que os hospitais situados fora das grandes áreas metropolitanas, como Lisboa, Porto e Coimbra, não disponibilizam todas as especialidades médicas. Porém, nos últimos anos, os níveis elevados de investimento em instalações fora de Lisboa e Porto procuraram colmatar estas disparidades geográficas.

Cerca de 3 % da população portuguesa declarou não ter as suas necessidades de cuidados médicos satisfeitas devido ao custo, à distância ou ao tempo de espera (2015), taxa que é igual à média da UE (figura 10) e reflete bem estes esforços. No entanto, no caso de Portugal, os dados relativos às necessidades não satisfeitas denotam grandes flutuações, pelo que se torna difícil definir uma tendência ao longo dos últimos dez anos. Acresce ainda que, uma vez desagregada, a taxa registada em 2015 era dez vezes mais elevada nos escalões de rendimentos mais baixos (6,4) do que no escalão de rendimentos mais elevados (0,6).

O âmbito de cobertura do SNS é abrangente, com exceção dos cuidados dentários

Em teoria, a cobertura do SNS não exclui explicitamente quaisquer serviços. No entanto, em termos gerais, o SNS não cobre os cuidados dentários, que são maioritariamente prestados pelo setor privado através do pagamento direto ou de seguros voluntários de saúde (SVS). Este cenário conheceu uma ligeira melhoria com a criação (em 2008) do cheque-dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que permite que as crianças em idade escolar, as mulheres grávidas e os idosos beneficiários de prestações sociais tenham acesso gratuito a cuidados de medicina dentária. Posteriormente, o programa foi alargado às pessoas infetadas com o VIH/SIDA (em 2010) e às pessoas necessitadas de intervenção precoce no cancro oral (em 2014). Os anúncios recentes das autoridades públicas assinalam a intenção de disponibilizar cuidados de medicina dentária noutros contextos de prestação de cuidados primários.

Figura 10. As autoavaliações das necessidades de cuidados médicos não satisfeitas diferem significativamente consoante o escalão de rendimentos



Nota: Os dados referem-se a necessidades de exames médicos ou tratamentos não satisfeitas devido ao custo, à distância a percorrer ou aos tempos de espera. Há que usar de prudência na comparação dos dados entre países, visto existirem algumas variações no instrumento de inquérito utilizado.

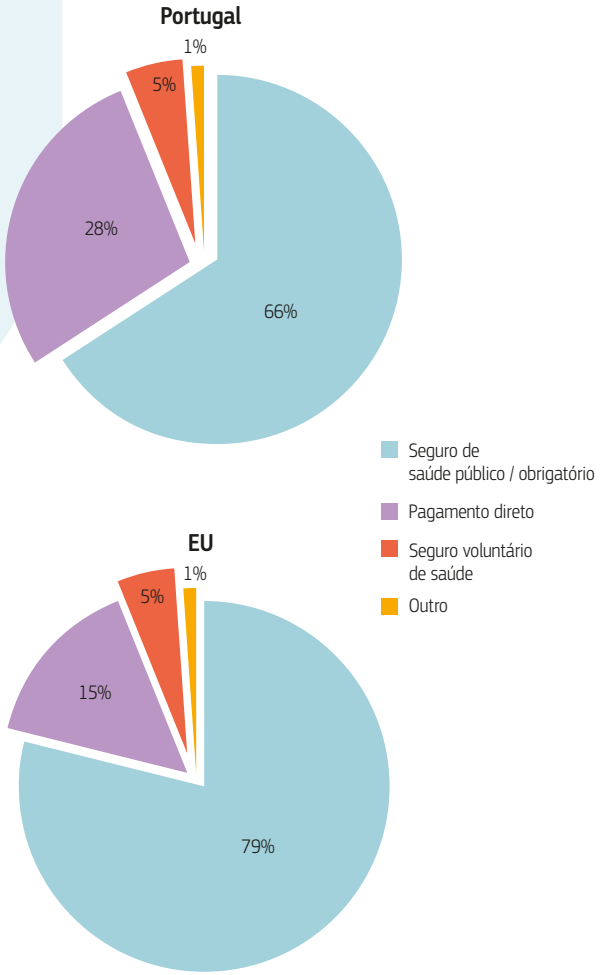
Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC (dados relativos a 2015).

Há uma variedade de serviços do SNS que exigem o copagamento, mas existem isenções

Em Portugal, os pagamentos diretos representam 28 % do total das despesas em saúde (figura 11), um valor bastante superior à média da UE de 15 % e ao registado em países vizinhos, como Espanha (24 %), sendo visível uma tendência para o seu aumento ao longo do tempo (figura 12). Mais ainda, os pagamentos diretos equivalem a 3,8 % do consumo final das famílias, contra uma média da UE de 2,3 %, sendo por isso os sétimos mais elevados entre os Estados-Membros. Os pagamentos diretos incluem o copagamento de um amplo rol de serviços de saúde, tais como consultas no âmbito dos cuidados primários, consultas de médicos especialistas de ambulatório, consultas em situações de urgência, exames de diagnóstico e consultas domiciliárias, embora existam isenções baseadas no rendimento para certos grupos da população (ver *infra*) e certas situações clínicas. Na prática, mais de 55 % da população está isenta de qualquer comparticipação nos custos quando recorre aos serviços de saúde públicos.

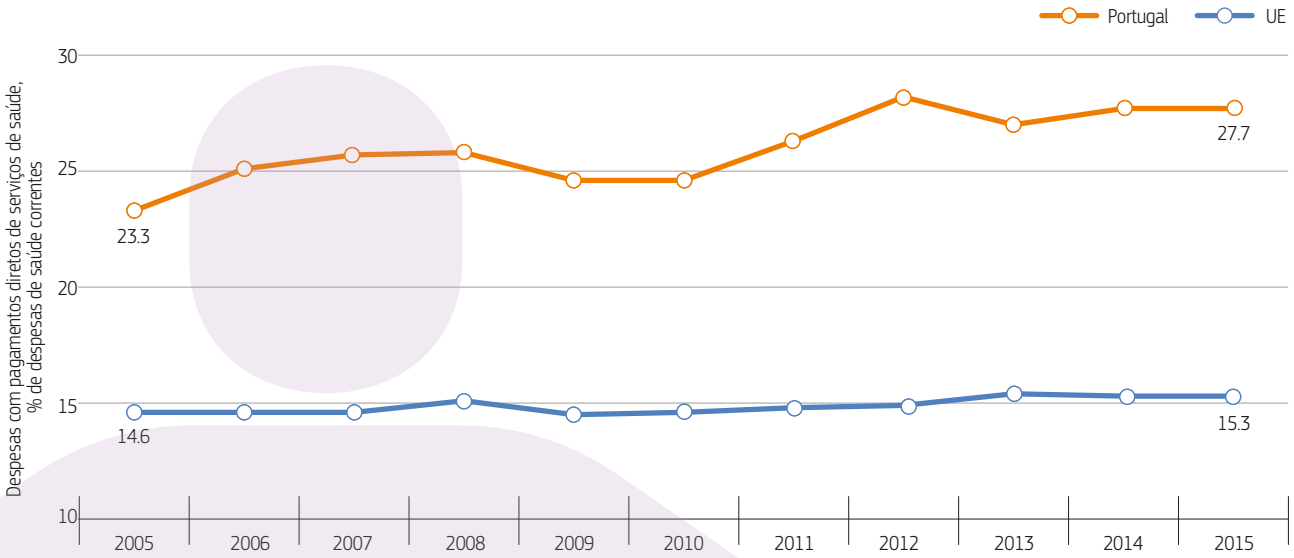
Normalmente, os valores fixados para os copagamentos são reduzidos quando comparados com o custo do serviço. Não obstante, o nível de comparticipação nos custos é particularmente elevado no caso dos medicamentos, aos quais são aplicados diferentes níveis de comparticipação, em função do seu valor terapêutico. Os pagamentos diretos ocorrem nos serviços não abrangidos pelo conjunto de prestações garantidas, nomeadamente os cuidados dentários e as consultas de especialidade em tratamento ambulatório privado.

Figura 11. Os pagamentos diretos adquirem maior relevância em Portugal do que noutros países da UE



Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE; base de dados do Eurostat (dados relativos a 2015).

Figura 12. Os pagamentos diretos têm aumentado ao longo do tempo



Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE; base de dados do Eurostat; base de dados mundial sobre as despesas em saúde da OMS.

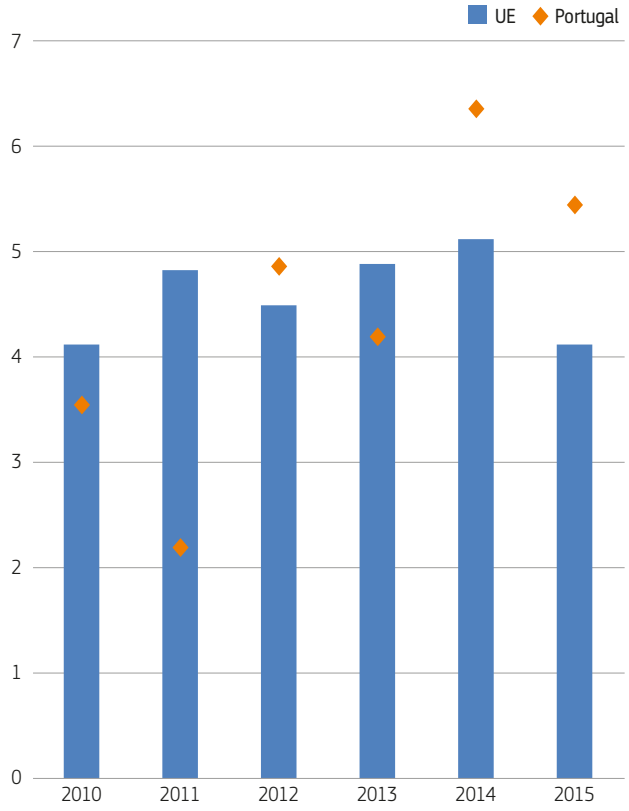
Os mecanismos de proteção financeira visam manter a acessibilidade dos preços dos serviços para os mais pobres

Como na maioria dos países da UE, os mais pobres que mais frequentemente referem necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas. Em Portugal, 5,4 % das pessoas de agregados familiares de baixos rendimentos declararam não ter efetuado um exame médico necessário por razões financeiras em 2015 (acima da média da UE de 4,1 %) (figura 13), valor significativamente mais elevado do que o relativo ao escalão de rendimentos mais elevados (0,4 %). Ainda assim, as estimativas da OMS indicam níveis modestos de despesas em saúde avultadas de particulares em Portugal (Barros & Borges, 2017, a publicar em breve). O acesso equitativo aos cuidados de saúde é conseguido através de isenções do pagamento de taxas moderadoras. As pessoas afetadas por problemas financeiros e/ou pertencentes a determinados grupos de doentes estão isentas do pagamento de taxas moderadoras e do preço total dos medicamentos. A última revisão das taxas moderadoras, em 2016, reduziu o seu valor (pela primeira vez) e alargou os grupos com direito a isenções, para incluir os desempregados, as mulheres grávidas, os menores de 18 anos, os dadores de sangue e as pessoas afetadas por determinadas patologias.

Os recursos dos cuidados de saúde estão distribuídos de forma desigual pelo país

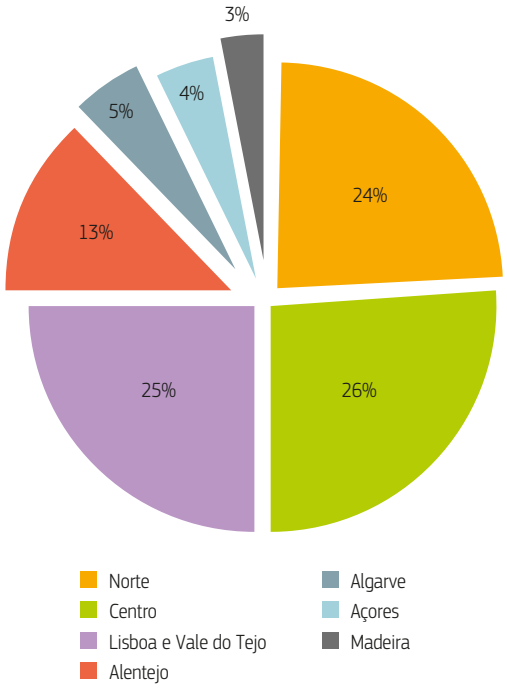
Os maiores obstáculos no acesso aos cuidados de saúde em Portugal são os tempos de espera e a distribuição geográfica desigual das instalações. Mesmo assim, em 2015, apenas 0,1 % dos elementos mais pobres da população declararam ter necessidades não satisfeitas de exames médicos devido à distância (menos do que a média da UE de 0,2 %), sendo que 0,9 % deste quintil de rendimentos afirmaram também ter necessidades não satisfeitas devido às listas ou tempos de espera, valor que está próximo da média da UE (1,1 %).

Figura 13. As necessidades de cuidados médicos não satisfeitas por razões financeiras ultrapassaram recentemente a média da UE



Fonte: Dados da OCDE, 2017.

Figura 14. As instalações de cuidados primários estão concentradas nos distritos de Lisboa e Porto (Norte)



Fonte: Com base nos dados disponíveis em www.sns.gov.pt.

A distribuição dos recursos em saúde em Portugal não é a mesma nas diferentes regiões e, nestas, entre municípios. Existem igualmente diferenças significativas nos indicadores de riqueza e de saúde entre as grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e as regiões do interior. Muitas das pessoas que vivem nas zonas rurais estão em risco de pobreza e defrontam-se com obstáculos (em especial a distância) que dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade. Além disso, os profissionais de saúde concentram-se nas zonas costeiras, na Grande Lisboa e no Grande Porto. Os dados apontam também para a existência de grandes disparidades geográficas na distribuição dos profissionais de saúde do SNS por profissão, assim como na distribuição das instalações públicas de cuidados de saúde primários (ver a figura 14).

A falta de disponibilidade de serviços está patente no número de utentes do SNS sem médico de família atribuído (em 2015, havia ainda cerca de 1,2 milhões de utentes do SNS sem médico de família), embora convenha ressalvar que os doentes sem medico de família podem aceder a consultas de recursos (pese embora, ter um médico de família melhore a qualidade do acompanhamento dos doentes). Em parte como resposta a esta situação, o Governo tentou simplificar o processo de recrutamento de novos médicos de família para abreviar o tempo de colocação efetiva. No final de 2016, a percentagem de utentes do SNS com médico de família era de 92,1 % da população.

5.3 RESILIÊNCIA[7]

Continua a colocar-se o desafio da sustentabilidade orçamental a longo prazo

A crise económica internacional teve um grande impacto em Portugal, tendo levado o país a adotar um PAE. Um dos principais desafios das medidas de execução do PAE prendia-se com a garantia da sustentabilidade financeira do SNS, acompanhada da melhoria das áreas de prestação deficitárias, como os cuidados de medicina dentária, a saúde mental e os cuidados paliativos. São também fonte de preocupação o aumento previsto da despesa pública com a saúde em percentagem do PIB, que deverá passar de 6 % em 2013 para 8,5 % em 2060, acima da média prevista para a UE (7,8 %) (Comissão Europeia e Comité de Política Económica, 2015). Grande parte das despesas do sistema de saúde está relacionada com a prestação de cuidados a pessoas afetadas por doenças crónicas, o que faz com que a sustentabilidade orçamental a longo prazo seja dificultada pela ausência de uma estratégia global para enfrentar os custos dos cuidados de saúde decorrentes do envelhecimento, em especial das doenças crónicas.

A curto prazo, os riscos para a sustentabilidade financeira do SNS parecem advir do défice de qualidade da gestão financeira (planeamento e execução orçamental) nos hospitais, que está na origem de atrasos crescentes nos pagamentos a fornecedores. As medidas governamentais não parecem ser suficientes para garantir a liquidação dos pagamentos em atraso ou impor um controlo firme das despesas.

7. A resiliência consiste na capacidade dos sistemas de saúde para se adaptarem de forma eficaz a contextos em mutação, a choques súbitos ou a crises.

As pressões sobre os profissionais de saúde irão agravar a escassez futura de recursos humanos no SNS

Outro desafio diz respeito aos salários dos profissionais de saúde no setor público. Embora, na sua maior parte, os cortes salariais aplicados em 2012, no âmbito do PAE, estejam atualmente a ser invertidos, as remunerações do pessoal de saúde do SNS, nomeadamente dos médicos, são inferiores às do setor privado. Os salários mais elevados praticados no setor privado incentivam médicos e enfermeiros a sair do SNS, ou mesmo a emigrar para outros países.

Efetivamente, tem-se assistido nos últimos anos a uma vaga emigratória de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros. Futuramente, o SNS tem como desafio conseguir manter a motivação dos seus profissionais, bem como conter e inverter a sua saída. Contudo, o número de enfermeiros não deverá continuar a diminuir no futuro próximo: embora o número de licenciados em medicina tenha crescido de forma sustentada ao longo do tempo, o número de licenciados em enfermagem está em queda desde 2009.

O sistema de saúde está a fazer mais com menos

A evolução recente do sistema de saúde português sugere que foram introduzidas melhorias em termos da relação despesas/resultados. Mais exatamente, os benefícios em termos de saúde e o reforço da atividade do SNS foram obtidos sem recursos adicionais, o que indica uma melhoria da relação despesas/resultados, bem como a existência de grandes ineficiências no sistema. Na sequência do PAE, o sistema de saúde tornou-se menos dispendioso (devido às reduções nas despesas) e mais produtivo (devido ao aumento do número de horas de trabalho e à celebração de contratos com instituições). No entanto, é de prever que os ganhos de produtividade futuros não levem a uma diminuição significativa das despesas, dada a tendência para a diminuição das possibilidades de redução de desperdícios.

Os mecanismos de pagamento aos prestadores estão a ser utilizados no sentido de fomentar a eficiência

Embora se caracterize pela baixa despesa em saúde, Portugal apresenta um bom desempenho em termos de mortalidade evitável (figura 15), o que significa que, de um modo geral, a utilização dos recursos apresenta uma boa relação custo/efetividade (se bem que esta métrica não permita discernir a influência dos comportamentos de saúde e de outros fatores do sistema de saúde). As alterações nos mecanismos de pagamento aos prestadores constituem uma forma de influir na eficiência do sistema de saúde em Portugal. A remuneração em função do desempenho é atualmente aplicada nos cuidados primários, e estão a ser utilizados orçamentos previsionais no contexto dos cuidados hospitalares. Em ambos os casos, o modo como os fornecedores são pagos promoverá a eficiência, recompensando atividades específicas. Por exemplo, existem incentivos para os prestadores de cuidados de saúde primários monitorizarem determinados grupos da população (por exemplo, mulheres em idade fértil, grávidas e diabéticos, entre outros), coordenarem os cuidados prestados e levarem a cabo outras atividades, tais como programas de desabituação do tabagismo.

As reformas visam também o setor farmacêutico, no sentido de melhorar a relação custo/benefício

As várias alterações das políticas no setor farmacêutico derivam de estratégias baseadas em dados concretos destinadas a conter as despesas e manter a qualidade. Entre elas estão as alterações do regime de preços de referência e as várias vagas de redução de preços por via administrativa (em 2005, 2007 e 2010). Além disso, foram introduzidas alterações nas regras e níveis de comparticipação dos medicamentos (2016). Por último, registou-se um maior recurso à avaliação económica antes da introdução de novos produtos, tanto nos cuidados ambulatórios como nos hospitalares (2015).

Em 2013, foi criada a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica para elaborar um formulário nacional de medicamentos e orientações em matéria de prescrição de medicamentos. Estas orientações estão já a ser elaboradas e atualizadas regularmente. Portugal está também a desenvolver a avaliação das tecnologias da saúde (ATS) e a sua aplicação para além dos medicamentos. O Ministério da Saúde lançou, em 2015, um novo Sistema Nacional de Tecnologias da Saúde (SiNATS), que está incumbido de realizar a ATS em todas as instituições públicas e privadas que produzam, comercializem ou utilizem novas tecnologias.

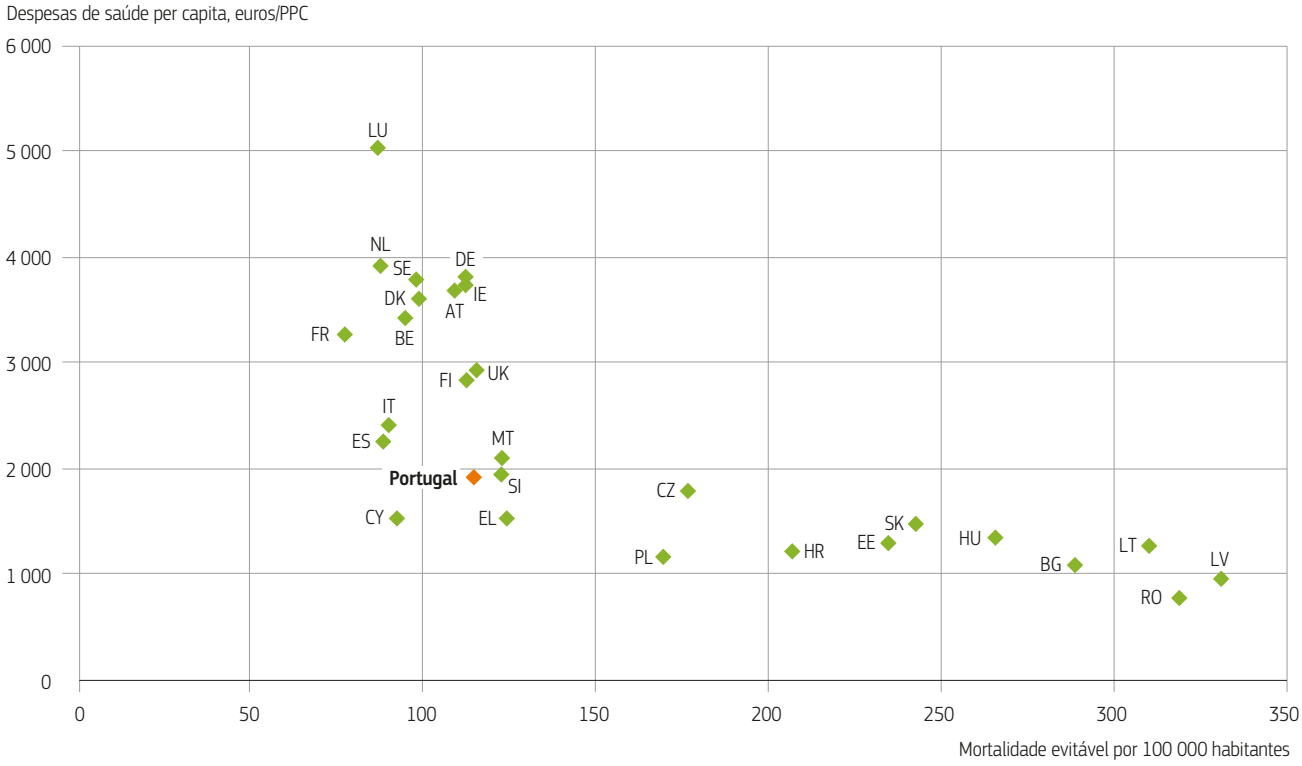
A afetação de recursos está a mudar para um modelo baseado nas necessidades

A forma de distribuição dos recursos de saúde em Portugal está a passar da afetação de fundos numa base histórica para uma abordagem mais próxima da afetação baseada nas necessidades. As entidades adjudicantes a nível regional das ARS identificam as necessidades de saúde de populações geograficamente definidas e negoceiam a título previsional os programas e orçamentos de atividades com as instituições prestadoras. Este procedimento é seguido no contexto dos cuidados primários, em especial desde 2012. Os cuidados hospitalares estão a evoluir para uma abordagem contratual que define metas de «produção» explícitas e especifica o pagamento correspondente.

Foram implementadas novas medidas para aumentar a transparência

Desde há décadas que Portugal está formalmente comprometido com a participação dos utentes do SNS e a capacitação dos doentes, mas com poucos efeitos práticos. Duas decisões recentes do Governo parecem sugerir um novo empenho no atingimento destes objetivos: a «ativação» do Conselho Nacional de Saúde (juridicamente instituído há mais de 25 anos, mas que nunca funcionou) e o lançamento do portal do SNS (www.sns.gov.pt).

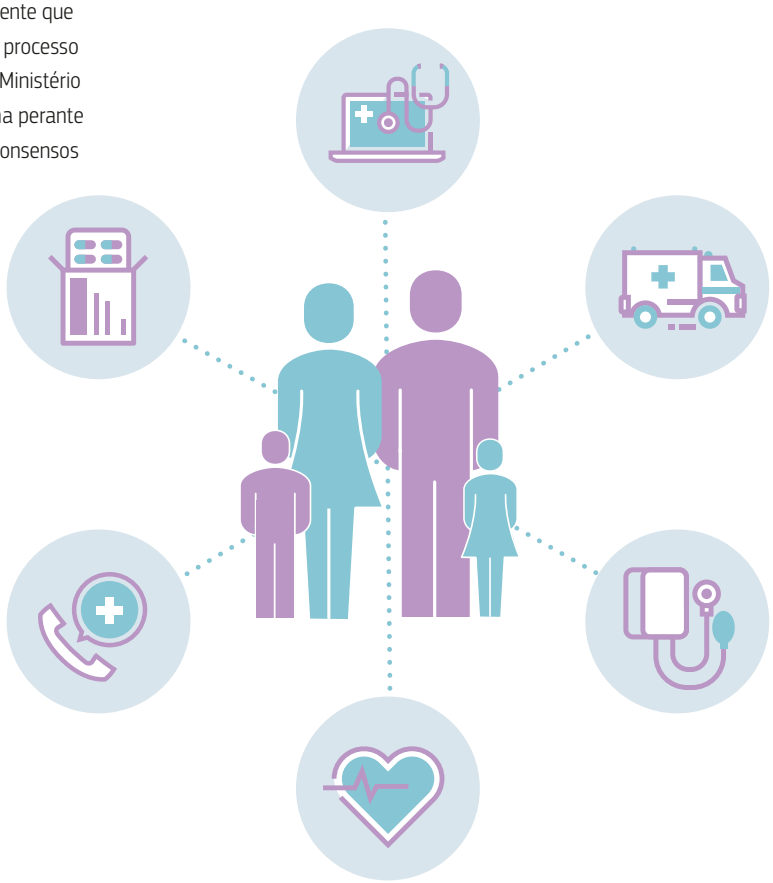
Figura 15. Portugal tem baixos níveis de mortalidade evitável com um nível reduzido de despesas em saúde



Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE; base de dados do Eurostat; base de dados mundial sobre as despesas em saúde da OMS (dados relativos a 2014).

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão consultivo independente que tem por objetivo garantir a participação dos utentes do SNS no processo de definição das políticas. Funciona de forma independente do Ministério para promover a transparência e a responsabilização do sistema perante a sociedade. Acima de tudo, o Conselho procura obter amplos consensos em torno das políticas de saúde, junto de um vasto leque de partes interessadas.

O novo portal do SNS fornece informações pormenorizadas sobre o funcionamento das instalações do SNS, incluindo sobre os tempos de espera para consultas externas, os serviços de urgência e a cirurgia eletiva. O novo portal do SNS apresenta igualmente uma área de «transparência» com uma vasta série de indicadores sobre o acesso, a eficiência e a qualidade do SNS em tempo real.



6 Principais conclusões

- Menos de metade dos cidadãos portugueses dizem gozar de boa saúde. No entanto, a esperança de vida à nascença aumentou mais de quatro anos desde 2000 e é superior à média da UE. As taxas de mortalidade relativas às causas de morte mais comuns (doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro) têm vindo a diminuir, mas surgiram algumas tendências desfavoráveis, tais como o aumento do número de mortes por diabetes.

- As taxas de tabagismo e de consumo esporádico excessivo de álcool estão muito abaixo das médias da UE, mas o crescimento das taxas de obesidade e de inatividade física constitui um dos principais desafios para a saúde da população. Os esforços para enfrentar estes fatores de risco incluem o novo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, que visa promover estilos de vida saudáveis e combater o sedentarismo.

- O Serviço Nacional de Saúde cobre toda a população com a prestação de todos os cuidados exceto os de medicina dentária mas, devido às disparidades geográficas, existem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. As despesas com pagamentos diretos representam 28 % do total das despesas com cuidados de saúde, embora existam várias isenções para proteger os grupos vulneráveis da população. Normalmente, os valores dos copagamentos são reduzidos, com exceção dos níveis de comparticipação aplicados aos medicamentos, que foram recentemente objeto de medidas no sentido da sua redução e do alargamento das isenções.

- Nos últimos 10 anos, houve várias tentativas para melhorar a integração dos cuidados de saúde primários. Porém, verifica-se uma escassez de médicos de família, situação que poderá agravar-se no futuro com a aposentação dos médicos de família atualmente em funções. A motivação e a retenção dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, representam um importante desafio.

- A crise económica teve um forte impacto em Portugal, que resultou na aplicação de várias políticas de racionalização de despesas no setor da saúde, no âmbito do Programa de Ajustamento Económico de 2011-2014 acordado pelo país. No setor da saúde, as medidas consistiram, entre outras, na redução dos salários dos profissionais de saúde, em cortes na despesa pública com medicamentos e na revisão dos preços praticados com os prestadores privados. As práticas médicas foram igualmente visadas, com a introdução de orientações clínicas.

- Apesar do sucesso inicial das medidas aplicadas em termos de redução de custos e de aumento da eficiência, subsistem vários desafios, nomeadamente a aplicação de medidas eficazes de garantia da sustentabilidade financeira, acompanhada da melhoria das áreas de prestação deficitárias, como os cuidados de medicina dentária, a saúde mental e os cuidados paliativos. Foram envidados esforços recentes tendo em vista a alteração dos mecanismos de pagamento aos prestadores, o desenvolvimento da avaliação das tecnologias da saúde (ATS) e a definição de um formulário nacional de medicamentos e de orientações em matéria de prescrição de medicamentos.

- De igual modo, foram aplicadas novas medidas para aumentar a transparência e promover a participação dos utentes do SNS e a capacitação dos doentes, entre as quais a criação do novo portal do SNS, que inclui informações pormenorizadas sobre o funcionamento dos instalações do SNS, e a início de funções do Conselho Nacional de Saúde do SNS, para garantir a participação dos utentes do SNS no processo de definição das políticas.



Fontes principais

Simões, J. *et al.* (2017), «Portugal: Health System Review», *Health Systems in Transition*, Vol. 19(2), pp. 1-184.

OCDE/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Referências

Barros, P.P. e A.R. Borges (2017, a publicar), *Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Portugal*, Gabinete Regional da OMS para a Europa, Copenhaga.

Campos, A.C. (ed.) (2016), *Infeções Associadas a Cuidados de Saúde*, APIFARMA, Lisboa, http://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Paginas/IACS-Contributo-dos-MDiV-.aspx, acedido em 16/05/2017.

DGAV (2013), *Plano de Ação Nacional para a Redução do Uso de Antibióticos nos Animais*, Direção Geral de Alimentação e Veterinária, Lisboa.

DGS (2016), *Portugal – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números 2015*, Direção Geral de Saúde, Lisboa.

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, Relatório Anual da Rede Europeia de Vigilância da Resistência Antimicrobiana (EARS-Net), Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, Estocolmo.

Comissão Europeia (DG ECFIN) e Comité de Política Económica (GTE), «The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)», *European Economy 3*, Bruxelas, maio.

IHME (2016), «Global Health Data Exchange», Institute for Health Metrics and Evaluation, disponível em http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

Stringhini, S. *et al.* (2017), «Socioeconomic Status and the 25 × 25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: A Multicohort Study and Meta-analysis of 1.7 Million Men and Women», *The Lancet*, Vol. 389(10075), pp. 1229–1237, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext, acedido em 16/05/2017.

Gabinete Regional da OMS para a Europa (2014), *Portugal: Assessing Health-system Capacity to Manage Sudden Large Influxes of Migrants*, Organização Mundial da Saúde, Copenhaga, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/265012/Portugal-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants.pdf, acedido em 21/04/2017.

Lista de abreviaturas dos países

Alemanha	DE	Dinamarca	DK	Grécia	EL	Luxemburgo	LU	República Eslovaca	SK
Áustria	AT	Eslovénia	SI	Hungria	HU	Malta	MT	República Checa	CZ
Bélgica	BE	Espanha	ES	Irlanda	IE	Países Baixos	NL	Roménia	RO
Bulgária	BG	Estónia	EE	Itália	IT	Polónia	PL	Suécia	SE
Chipre	CY	Finlândia	FI	Letónia	LV	Portugal	PT		
Croácia	HR	França	FR	Lituânia	LT	Reino Unido	UK		

Comissão Europeia

State of Health in the EU

Perfil de Saúde do País 2017

Os perfis por país são um passo importante do ciclo de dois anos *Situação da saúde na UE* da Comissão Europeia e são o resultado do trabalho conjunto da Organização da Cooperação e do Desenvolvimento Económicos (OCDE) e do *European Observatory on Health Systems and Policies*. Esta série foi coordenada pela Comissão e elaborada com a participação financeira da União Europeia.

Os perfis por país, concisos e politicamente relevantes, baseiam-se numa metodologia transparente e coerente que utiliza dados quantitativos e qualitativos, mas que se adapta de forma flexível ao contexto de cada Estado-Membro da UE. O objetivo é criar um instrumento de aprendizagem mútua e intercâmbios voluntários que apoie os esforços dos Estados-Membros na elaboração de políticas com base em dados concretos.

Cada perfil do país apresenta uma breve síntese dos seguintes aspetos:

- estado da saúde no país
- determinantes da saúde, com foco nos fatores de risco comportamentais
- organização do sistema de saúde
- efetividade, acessibilidade e resiliência do sistema de saúde

Esta é a primeira série de perfis bienais por país, publicada em novembro de 2017. A Comissão irá complementar as principais conclusões destes perfis por país com um relatório de acompanhamento.

Para mais informações, consultar: ec.europa.eu/health/state/summary

Por favor, cite esta publicação da seguinte forma:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264285385-pt

ISBN 9789264285385 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO