European Commission

State of Health in the EU

Portugal

Perfil de saúde do país 2019

OCDE
POLÍTICAS MELHORES PARA UMA VIDA MELHOR

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

A série de perfis de saúde por país

Os perfis de saúde por país da iniciativa *Estado da Saúde na UE* apresentam uma panorâmica concisa e relevante da saúde e dos sistemas de saúde na UE/Espaço Económico Europeu. Realçam as características e desafios específicos de cada país por comparação com outros países. Visam apoiar os decisores políticos e influenciadores através de um instrumento de aprendizagem mútua e intercâmbios voluntários.

Os perfis são fruto do trabalho conjunto da OCDE e do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece as valiosas observações e sugestões apresentadas pela rede do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo de Peritos da UE sobre informações de saúde.

Índice

1. DESTAQUES 3
2. A SAÚDE EM PORTUGAL 4
3. FATORES DE RISCO 7
4. O SISTEMA DE SAÚDE 9
5. DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE 12
   5.1 Eficácia 12
   5.2 Acessibilidade 15
   5.3 Resiliência 18
6. PRINCIPAIS CONCLUSÕES 22

Fontes de dados e de informação

Os dados e as informações constantes nestes perfis por país baseiam-se sobretudo nas estatísticas nacionais oficiais fornecidas ao Eurostat e à OCDE, que foram validadas 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 comportamento das crianças em idade escolar no que diz respeito à saúde (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. Estas médias da UE não incluem a Islândia nem a Noruega.

Este perfil foi concluído em agosto de 2019, com base nos dados disponíveis em julho de 2019.

Para descarregar a folha de cálculo Excel correspondente a todos os quadros e gráficos do presente perfil, digite o seguinte URL no seu navegador de Internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Portugal.xls

Contexto demográfico e socioeconómico em Portugal, 2017

Fatores demográficos	Portugal	EU
População (estimativas a meados do ano)	10 300 000	511 876 000
Percentagem da população com mais de 65 anos (%)	21,1	19,4
Taxa de fecundidade1	1,4	1,6
Fatores socioeconómicos		
PIB per capita (EUR PPC2)	23 000	30 000
Taxa de pobreza relativa3 (%)	18,3	16,9
Taxa de desemprego (%)	9,0	7,6

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 cambial 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 60 % da mediana do rendimento disponível equivalente. Fonte: Base de dados do Eurostat.

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 Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde 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.

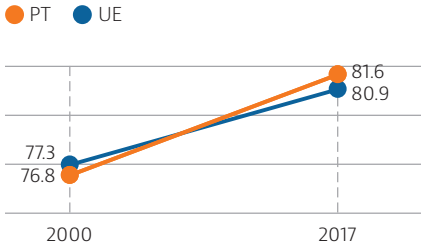
O presente documento e todos os dados e mapas dele constantes não afetam o estatuto ou a soberania sobre qualquer território, a delimitação de fronteiras e limites internacionais e a designação de qualquer território, cidade ou região.

Mais declarações de exoneração de responsabilidade no que se refere à OMS disponíveis em http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OCDE e Organização Mundial da Saúde (na qualidade de organização de acolhimento e secretariado do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde) 2019

1 Destaques

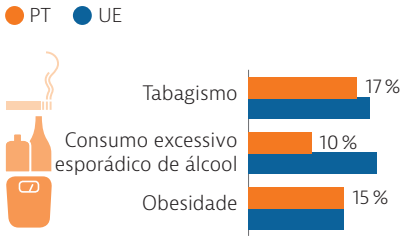
O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, financiado através dos impostos, proporciona cobertura universal e uma ampla gama de benefícios. Existe comparticipação dos custos, sendo que as despesas não reembolsadas são mais altas, em geral, do que a média europeia, embora mais de metade da população esteja isenta. Em janeiro de 2019, alguns municípios assumiram novas competências nos cuidados de saúde primários como primeiro passo para uma maior descentralização. Outras reformas têm-se centrado na melhoria do acesso aos cuidados de saúde e no combate à carência de efetivos na saúde.



Esperança de vida à nascença, anos

Estado de saúde

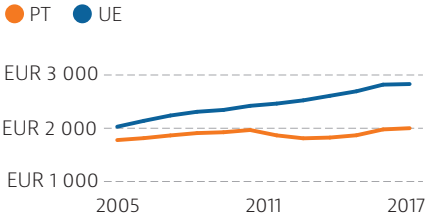
A esperança de vida em Portugal tem aumentado continuamente desde 2000, chegando aos 81,6 anos em 2017, o que está ligeiramente acima da média europeia. Porém, as disparidades por sexo e por estatuto socioeconómico prevalecem, com uma diferença de cerca de seis anos entre os homens e as mulheres e entre os indivíduos com um nível de escolaridade mais alto e mais baixo. A mortalidade pela doença de Alzheimer está a aumentar, embora os AVC e a doença cardíaca isquémica continuem a ser as principais causas de morte. As pessoas vivem mais tempo, mas, muitas vezes, com doenças crónicas ou incapacidades.



% de adultos

Fatores de risco

Mais de um terço de todas as mortes em Portugal podem ser atribuídas a fatores comportamentais, sobretudo maus hábitos alimentares, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Apesar das taxas de tabagismo terem diminuído desde 2000, um em cada seis adultos (17 %) é um fumador habitual. Cerca de 10 % dos adultos indicam consumo excessivo esporádico de álcool, o que é consideravelmente abaixo da média da UE (20 %). A obesidade adulta é mais elevada do que a média em toda a UE, atingindo 15,4 % em 2017. Além disso, as taxas entre os adolescentes estão a aumentar, sendo que, em 2013 e 2014, praticamente um em cada cinco jovens de 15 anos tinha excesso de peso ou era obeso.



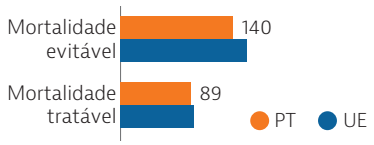
Despesa per capita (EUR PPC)

Sistema de saúde

Embora a despesa tenha recuperado desde a crise económica, Portugal gastou 2 029 EUR per capita nos cuidados de saúde (9 % do PIB) em 2017, o que equivale a cerca de menos um terço do que a média da UE (2 884 EUR). Os pagamentos diretos têm aumentado, sendo agora a segunda maior fonte de receita, alcançando 27,5 % da despesa total com a saúde. No âmbito dos esforços empreendidos para reforçar os cuidados de saúde primários, o governo está a tomar medidas para trazer mais médicos de clínica geral para o SNS, aumentar o número de utentes com médico de família atribuído e conceder aos municípios um papel mais preponderante no planeamento e na gestão dos cuidados primários.

Eficácia

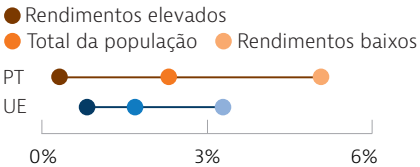
A mortalidade em Portugal, tanto por causas evitáveis como por causas tratáveis, está agora abaixo das médias europeias. Taxas de hospitalizações evitáveis muito baixas são indicativas da eficácia geral dos serviços de cuidados primários.



Taxa de mortalidade ajustada à distribuição etária padrão por 100 000 habitantes, 2016

Acessibilidade

Apesar da redução das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde primários e da diminuição das necessidades de cuidados médicos não satisfeitas comunicadas pelo próprio doente, as despesas não reembolsadas continuam a ser relativamente elevadas.



% que comunicaram necessidades médicas não satisfeitas, 2017

Resiliência

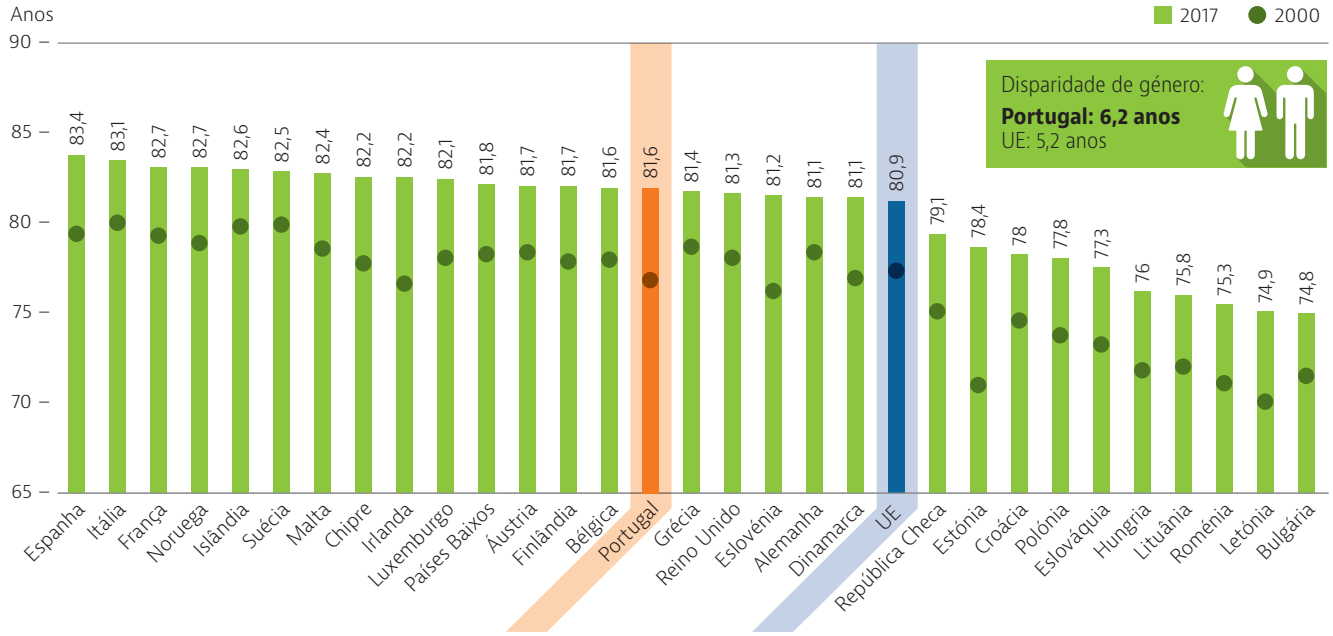
Esforços concertados para reforçar a eficácia da prestação dos cuidados têm aumentado a relação preço/qualidade nos níveis de atividade do sistema de saúde. Contudo, os hospitais públicos têm acumulado avultados pagamentos em atraso, cuja persistência mina a sustentabilidade financeira do SNS.

2 A saúde em Portugal

A esperança de vida aumentou na última década

Em Portugal, a esperança de vida aumentou praticamente cinco anos entre 2000 e 2017, estando agora ligeiramente acima dos valores na UE no seu conjunto. Porém, continua cerca de dois anos abaixo dos valores dos países da UE com melhor desempenho (Figura 1). Enquanto a esperança de vida das mulheres em Portugal está bem acima da média europeia, a dos homens corresponde a essa mesma média. Tal como noutros países da UE, a disparidade na esperança de vida entre homens e mulheres é substancial, com as mulheres a viverem mais 6,2 anos do que os homens em 2017, o que é superior à média europeia (5,2 anos).

Figura 1. A esperança de vida em Portugal é superior à média da UE, mas a disparidade entre homens e mulheres é grande



Fonte: Base de dados do Eurostat.

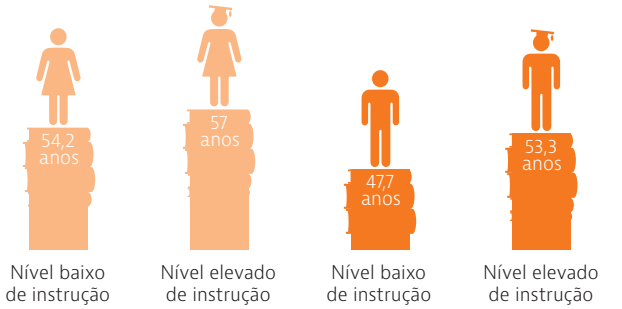
As disparidades na esperança de vida obedecem a um gradiente socioeconómico

Verificam-se disparidades na esperança de vida não só entre homens e mulheres, mas também em função do estatuto socioeconómico. Em 2016, a esperança de vida dos homens portugueses aos 30 anos de idade com o nível de educação mais baixo era cerca de cinco anos menor do que a daqueles que possuíam o nível de educação mais alto. Em relação às mulheres portuguesas, esta disparidade na esperança de vida devido ao hiato educacional era inferior a três anos (Figura 2). Embora estas diferenças sejam menos pronunciadas do que as médias da UE, a disparidade na esperança de vida devido à educação pode ser explicada, pelo menos parcialmente, pelas diferenças de rendimento decorrentes do nível de escolaridade, bem como pelas diferenças na exposição a vários fatores de risco e estilos de vida. As pessoas com baixos rendimentos em Portugal têm mais dificuldades em pagar medicamentos e em aceder aos serviços de saúde não abrangidos pelo SNS como, por exemplo, os cuidados dentários. As diferenças na literacia em saúde podem também ter influência nestas disparidades, embora se sobreponham outros aspetos relacionados com o acesso à Internet e as informações sobre saúde disponíveis em linha, cujo acesso poderá ser difícil para a população mais idosa, bem como para quem tenha um nível de escolaridade mais baixo.

As mortes por doenças cardiovasculares estão a diminuir, mas a mortalidade pela diabetes está acima da média da UE

Desde 2000, o aumento da esperança de vida em Portugal deve-se sobretudo à redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, nomeadamente AVC e doença cardíaca isquémica (Figura 3). Não obstante, estas continuam a ser as principais causas de morte em Portugal. As taxas de mortalidade pela diabetes também permanecem muito altas em Portugal, com uma mortalidade de 38,7 por 100 000 habitantes, comparativamente com 22,2 em média na UE em 2016, ainda que tenha havido uma melhoria apreciável nos últimos cinco anos. O cancro pulmonar e o cancro colorretal são as causas de morte por cancro mais comuns em Portugal, tendo as taxas de mortalidade de ambas as patologias aumentado desde 2000.

Figura 2. Os Portugueses com habilitações de nível superior vivem mais 3 a 6 anos do que os com um baixo nível de instrução



Disparidade na esperança de vida aos 30 anos por nível de instrução:

Portugal: 2,8 anos
UE21: 4,1 anos

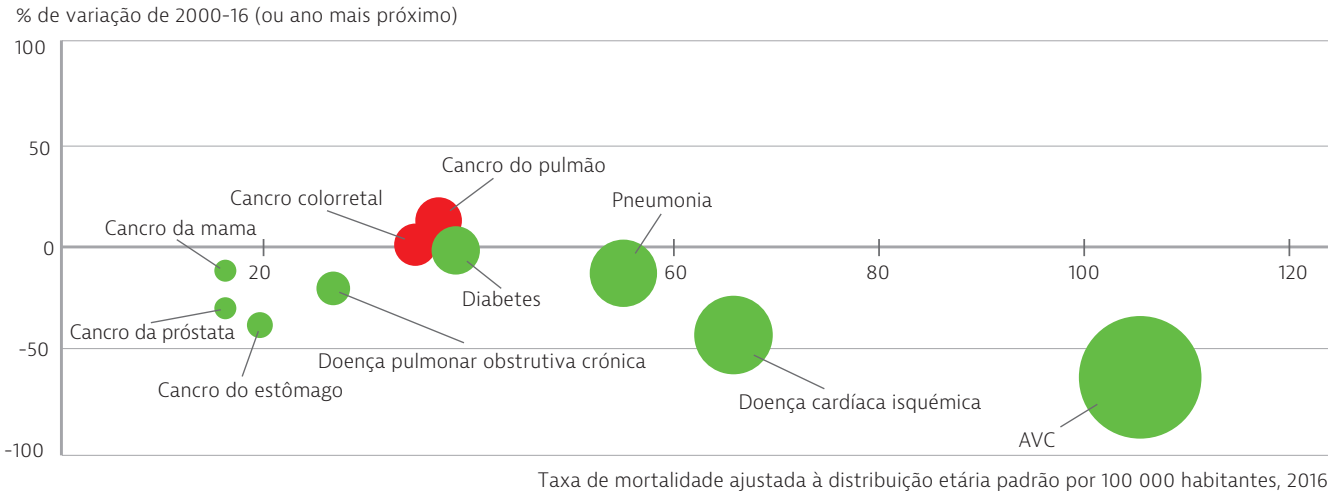
Portugal: 5,6 anos
UE21: 7,6 anos

Nota: Os dados referem-se à esperança de vida aos 30 anos de idade. Por habilitações de nível superior entende-se a conclusão de um curso do ensino superior (CITE 5-8), ao passo que, por um baixo nível de instrução, entende-se a não conclusão do ensino secundário (CITE 0-2).
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2016).

Há diferenças acentuadas na forma como ricos e pobres encaram a sua saúde

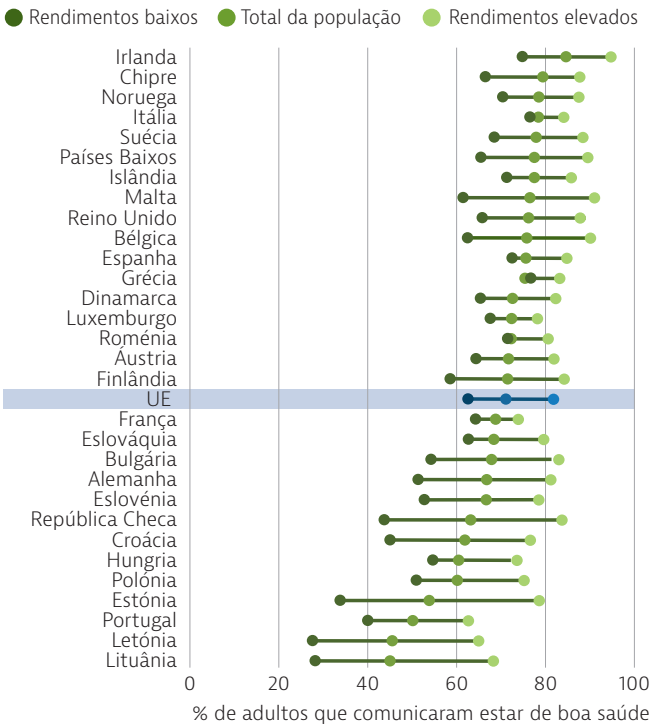
As diferenças entre os países no que respeita à perceção do estado de saúde podem ser difíceis de interpretar, uma vez que as respostas são influenciadas por fatores sociais e culturais. Não obstante, mais de dois terços dos adultos na UE classificam a sua saúde como sendo boa ou muito boa. Contrariamente a isso, menos de metade da população em Portugal declara estar de boa saúde (Figura 4). Tal como noutros países, as disparidades na autoavaliação do estado de saúde entre os diversos escalões de rendimentos são substanciais. Cerca de 61 % dos Portugueses no quintil de rendimentos mais alto consideram estar de boa saúde, comparativamente a cerca de apenas 39 % no quintil de rendimentos mais baixo, bastante abaixo das médias da UE (80,4 % e 61,2 % respetivamente).

Figura 3. Embora as taxas de mortalidade estejam a diminuir, as doenças cardiovasculares continuam a ser as principais causas de morte



Nota: O tamanho dos círculos é proporcional às taxas de mortalidade em 2016.
Fonte: Base de dados do Eurostat.

Figura 4. Os Portugueses atribuem uma classificação mais baixa ao seu estado de saúde do que a maioria dos outros cidadãos da UE



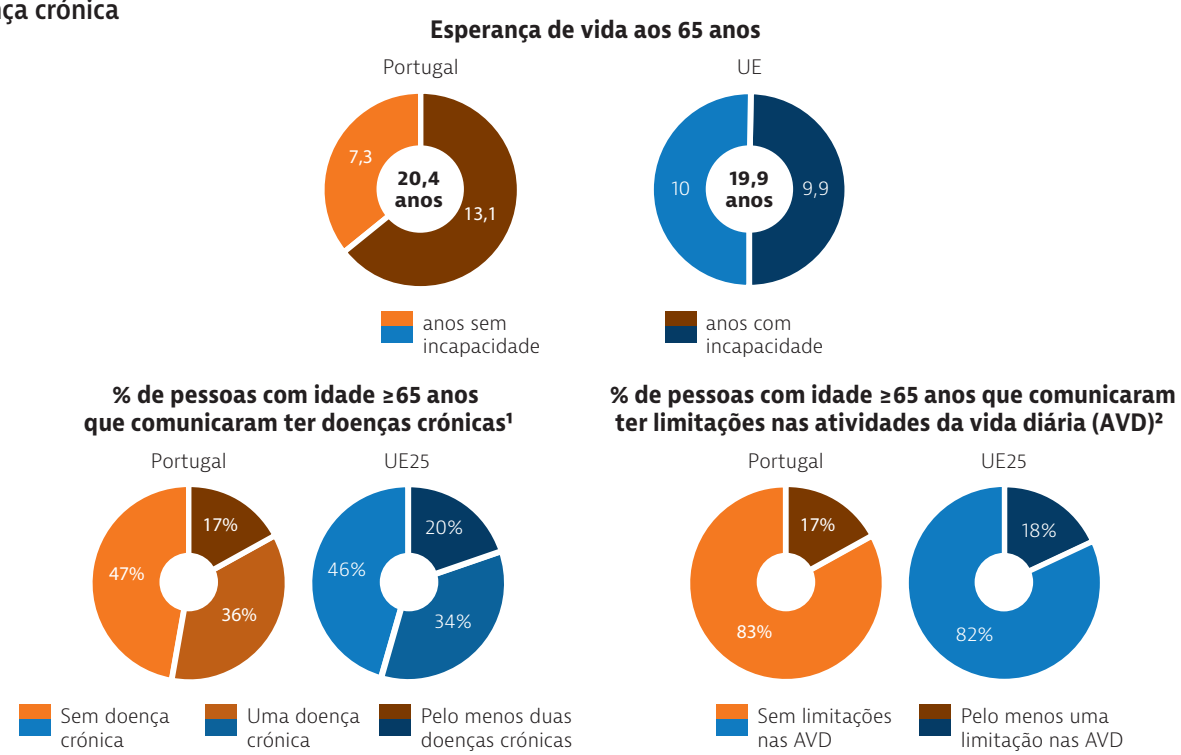
Nota: 1. As percentagens relativas à população total e à população com baixos rendimentos são praticamente iguais.
Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC (dados relativos a 2017).

A maioria dos anos de vida suplementares são vividos com incapacidade

Devido ao acentuado aumento na esperança de vida em Portugal nas últimas décadas, a percentagem das pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar de forma constante. Em 2017, mais de um quinto das pessoas (21 %) tinha 65 anos ou mais, o que representa um aumento em relação às taxas de 16 % em 2000 e de 11 % em 1980. Em 2017, os portugueses com 65 anos de idade esperavam viver mais 20 anos, tal como na UE no seu conjunto (Figura 5). Porém, cerca de 13 desses 20 anos seriam provavelmente vividos com alguma forma de incapacidade[1]. Embora a disparidade na esperança de vida aos 65 anos entre homens e mulheres seja de quase quatro anos a favor das mulheres, os homens têm mais anos de vida saudável porque as mulheres tendem a viver uma maior parte da sua vida após os 65 anos com problemas de saúde.

Cerca de metade das pessoas com 65 ou mais anos em Portugal (53 %) comunicam sofrer de pelo menos uma doença crónica e muitas comunicam duas ou mais afeções crónicas – uma situação semelhante à média da UE. Cerca de 17 % da população com mais de 65 anos comunica algumas limitações nas atividades básicas da vida diária, tais como vestir-se e tomar duche, o que, mais uma vez, é semelhante aos níveis da UE (Figura 5).

Figura 5. Um pouco mais de metade das pessoas com mais de 65 anos comunicam sofrer de pelo menos uma doença crónica



Nota: 1 As doenças crónicas incluem ataque cardíaco, tensão arterial alta, colesterol alto, AVC, diabetes, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, artrite reumatoide e osteoartrite. 2 As atividades básicas da vida diária incluem vestir-se, deslocar-se no quarto, tomar banho ou duche, comer, deitar-se e levantar-se da cama e ir à casa de banho.
Fontes: Base de dados do Eurostat relativamente à esperança de vida e aos anos de vida saudável (dados relativos a 2017); Inquérito SHARE relativamente aos outros indicadores (dados relativos a 2017).

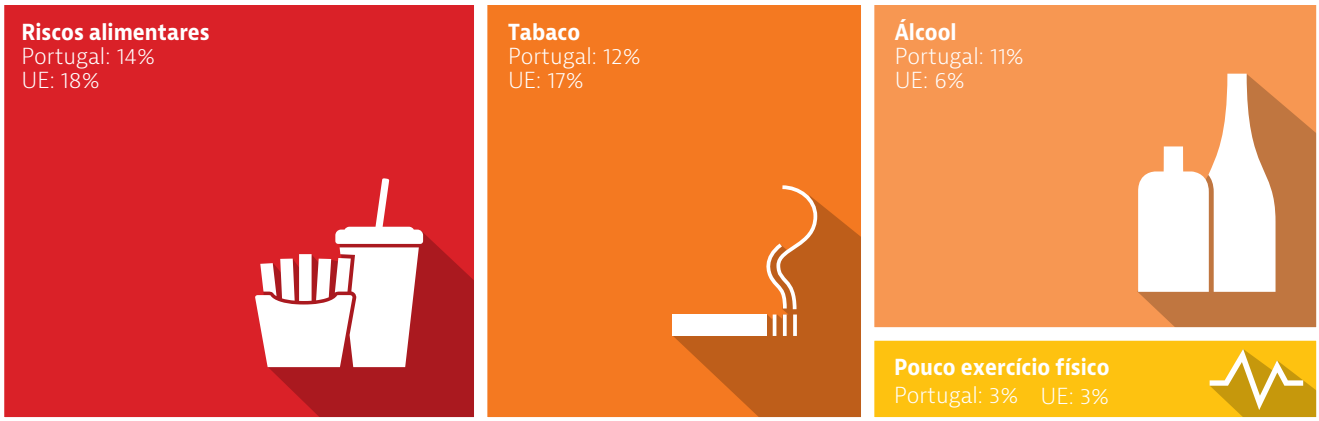
1: Estes valores são medidos em termos de «esperança de vida saudável», que representa o número de anos que as pessoas podem esperar viver sem incapacidades em diferentes idades.

3 Fatores de risco

Os fatores de risco comportamentais têm efeitos consideráveis na mortalidade em Portugal

Não obstante as recentes medidas tomadas para abordar os riscos comportamentais (ver ponto 5.1), cerca de um terço de todas as mortes registadas em 2017 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, comparativamente com cerca de 39 % na UE (Figura 6). Cerca de 14 % das mortes em Portugal estiveram associadas a riscos alimentares, incluindo baixa ingestão de fruta e legumes e elevado consumo de açúcar e sal, enquanto o tabagismo (tanto ativo como passivo) esteve associado a 12 % de todas as mortes. Por outro lado, cerca de 11 % das mortes estiveram associadas ao consumo de álcool, quase o dobro da taxa média da UE de 6 %.

Figura 6. Cerca de um terço de todas as mortes em Portugal podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais



Nota: O número total de mortes relacionadas com estes fatores de risco (39 000) é menor do que a soma dos fatores considerados individualmente (45 000) porque a mesma morte pode ser atribuída a mais de um fator. Os riscos alimentares incluem 14 componentes, tais como baixo consumo de fruta e legumes e elevado consumo de bebidas açucaradas e de sal.
Fonte: IHME (2018), Global Health Data Exchange (estimativas relativas a 2017).

As taxas de tabagismo têm diminuído, mas o consumo de álcool está acima da média da UE

A proporção de adultos que fumam diariamente diminuiu de cerca de 21 % para 17 %, abaixo da média europeia para esse ano de 19,2 %. As medidas de apoio à cessação do tabagismo adotadas recentemente poderão levar a mais reduções (ver ponto 5.1). Em 2015, quase um quinto dos adolescentes de 15 e 16 anos em Portugal comunicaram ter fumado cigarros no último mês. Embora esta proporção seja inferior à de muitos outros países da UE, continua, ainda assim, a constituir um problema de saúde pública significativo (Figura 7).

O consumo de álcool em idade adulta em Portugal tem diminuído gradualmente na última década, mas, com 10,7 litros por pessoa, é mais alto do que a média da UE de 9,9 litros. Porém, o número de adultos que comunicam consumo excessivo esporádico de álcool[2] é o quinto valor mais baixo na UE (10 % por oposição a uma média de 20 % na UE), sendo as taxas muito mais altas nos homens (18 %) do que nas mulheres (3 %). O consumo excessivo esporádico de álcool nos adolescentes está entre os mais baixos da UE, tendo a taxa estabilizado para as raparigas (18,2 % em 2015) e diminuído para os rapazes (22 %).

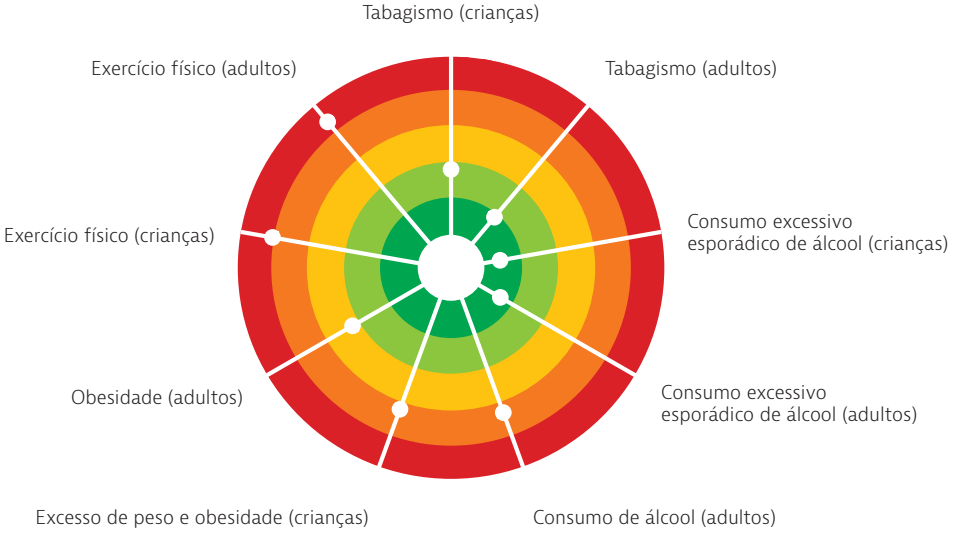
A obesidade é um problema de saúde pública cada vez mais premente

As taxas de obesidade nos adultos portugueses aproximam-se da média da UE. Com base nos dados de inquérito recolhidos para autoavaliação do estado de saúde, 15,4 % dos adultos comunicaram ser obesos em 2017[3], comparativamente com a média da UE de 14,9 %. As taxas de excesso de peso e de obesidade nos adolescentes têm aumentado em Portugal nas duas últimas décadas e quase um quinto dos adolescentes com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos em 2013 e 2014, uma proporção maior do que na maioria dos outros países da UE. As medidas recentemente tomadas para promover uma alimentação saudável visam combater esta tendência (ponto 5.1).

Um fator que tem contribuído para estes níveis de obesidade é o baixo nível de exercício físico. Em 2014, apenas 57 % dos adultos portugueses comunicaram fazer pelo menos exercício físico semanal moderado, uma percentagem mais baixa do que na maioria dos outros países da UE (a média da UE é 64 %). A proporção de adolescentes portugueses que comunicam fazer exercício diariamente é relativamente baixa. Trata-se especialmente do caso das raparigas: apenas 5 % das raparigas de 15 anos em Portugal comunicaram fazer pelo menos exercício físico moderado todos os dias em 2013 e 2014. A proporção era muito mais alta nos rapazes de 15 anos (18 %).

2: Por consumo excessivo esporádico de álcool entende-se o consumo de seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião para os adultos e de cinco ou mais bebidas alcoólicas para as crianças.
3: Com base nos dados reais do peso e da altura das pessoas, a taxa de obesidade nos adultos é muito mais alta: 29 % em 2015.

Figura 7. A falta de exercício físico é preocupante dadas as taxas de excesso de peso e de obesidade



Nota: Quanto mais próximo o ponto estiver do centro, melhor é o desempenho do país comparativamente aos outros países da UE. Nenhum país está na zona branca da «meta», visto existir margem para progressão em todos os países, em todos os domínios.
Fonte: Cálculos da OCDE com base no inquérito ESPAD de 2015 e no inquérito HBSC de 2013-2014 para os indicadores relativos às crianças; nas estatísticas EU-SILC de 2017, nas estatísticas baseadas no EHIS de 2014 e nas estatísticas da saúde da OCDE de 2019 para os indicadores relativos aos adultos.

A obesidade, ao contrário de muitos outros comportamentos de risco, está fortemente associada aos rendimentos

As pessoas com menos instrução ou rendimentos tendem a estar mais expostas a fatores de risco comportamentais, mas é só no que diz respeito à obesidade que as disparidades são efetivamente impressionantes em Portugal. Em 2017, quase um quinto (18 %) das pessoas sem o nível de ensino secundário eram obesas, em comparação com apenas 9 % no grupo das pessoas com habilitações mais elevadas. Por outro lado, mais de 17 % dos adultos no quintil de rendimentos mais baixo fumava diariamente (em 2014), mas este valor descia apenas para os 15 % no quintil de rendimentos mais alto, sugerindo uma aceitação cultural do tabagismo em todos os escalões de rendimentos.

4 O sistema de saúde

O sistema nacional de saúde tem uma estrutura regional e é financiado sobretudo pelos impostos gerais

O SNS de Portugal é um sistema universal financiado pelos impostos que abrange todos os residentes, independentemente do seu estatuto socioeconómico, situação profissional ou estatuto jurídico. Os migrantes irregulares têm o direito a usufruir dos serviços de saúde do Estado desde 2001, embora, na prática, se vejam confrontados com algumas barreiras no acesso aos cuidados (ver secção 2). O Ministério da Saúde concentra a maior parte do planeamento e da regulação do sistema de saúde a nível central, ao passo que as cinco administrações regionais de saúde gerem o SNS a nível local. Além disso, o SNS coexiste com «subsistemas de saúde» – regimes especiais de seguro de saúde que proporcionam cobertura a determinadas profissões ou setores, seja do setor público ou do setor privado (por exemplo, o regime dos funcionários públicos e do setor bancário, respetivamente). Na última década, o sistema de saúde português sofreu reformas significativas (caixa 1).

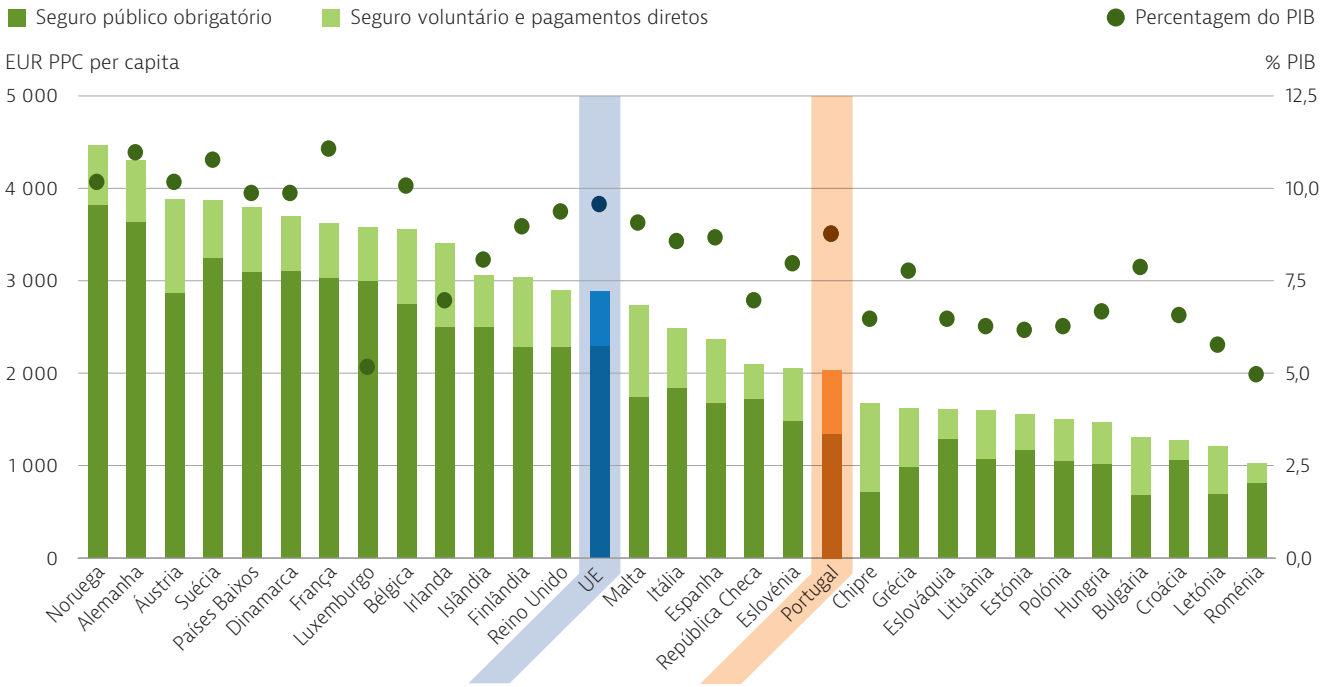
Após vários anos, a tendência negativa nas despesas de saúde melhorou

O PAE exigia medidas de consolidação fiscal, que levaram a uma redução na despesa total com a saúde. Entre 2010 e 2017, as despesas de saúde diminuíram, como percentagem do PIB, praticamente um ponto percentual, ao passo que a despesa pública com a saúde diminuiu cerca de três pontos percentuais (de 69,8 % para 66,4 %). Hoje em dia, Portugal gasta 2 029 EUR per capita em cuidados de saúde (ajustados em função das diferenças no poder de compra), o que está 30 % aquém da média da UE de 2 884 EUR (Figura 8).

Caixa 1. Portugal tem realizado um vasto leque de reformas na última década

O programa de ajustamento económico (PAE) de Portugal e um contrato de empréstimo internacional de 78 mil milhões de euros, iniciados entre 2011 e 2014, vieram dar resposta à recessão económica e instigaram reformas no setor da saúde. As medidas do PAE incluíam a redução das despesas farmacêuticas, o corte dos salários dos profissionais de saúde e o aumento da comparticipação nas despesas de saúde. O PAE também deu novo ímpeto às reformas que tinham estagnado durante a contração económica. Entre estas, incluía-se uma reforma nos cuidados primários no sentido de expandir a lista de utentes inscritos em médico de família (ponto 5.3) e criar unidades de saúde familiar, ainda que, na prática, poucas destas tenham sido criadas devido a restrições orçamentais. Em janeiro de 2019, os municípios assumiram novas competências no planeamento e na gestão dos cuidados de saúde primários como um passo para uma maior descentralização. Outras reformas recentes centraram-se no reforço das intervenções na saúde pública (ponto 5.1).

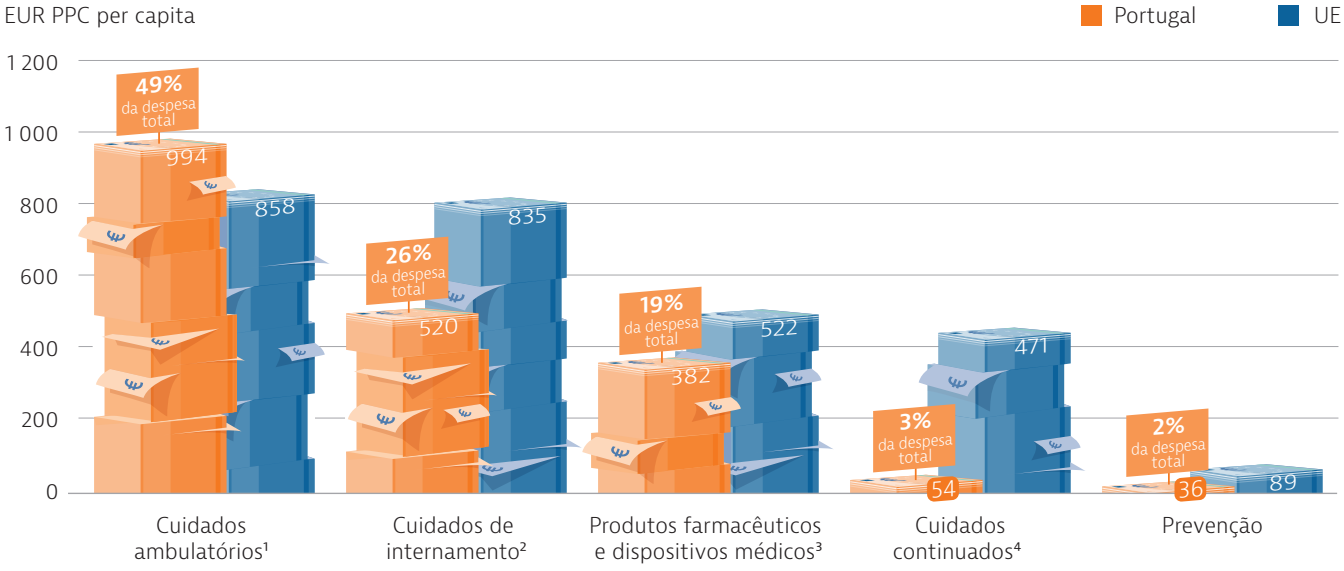
Figura 8. As despesas de saúde per capita têm aumentado, mas continuam abaixo da média da UE



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019 (dados relativos a 2017).

A maior fatia das despesas com cuidados de saúde em Portugal refere-se aos cuidados ambulatórios e, com 994 EUR per capita em 2017, situava-se bastante acima da média da UE (858 EUR) (Figura 9). Por outro lado, as despesas com internamentos hospitalares (520 EUR) e cuidados farmacêuticos (382 EUR) situavam-se consideravelmente abaixo das médias da UE (835 EUR e 522 EUR, respetivamente). Estes números refletem os esforços concertados realizados nos últimos anos para aumentar a eficácia do sistema de saúde e conter os custos. Portugal também gasta menos do que muitos outros países europeus com os cuidados preventivos, tendo despendido cerca de 36 EUR por pessoa (1,8 % do total das despesas de saúde, em comparação com 3,2 % na UE) em 2017.

Figura 9. Portugal gasta quase metade do seu orçamento para a saúde em cuidados ambulatórios



Notas: Os custos administrativos não estão incluídos. 1. Incluem cuidados domiciliários; 2. Incluem cuidados curativos e de reabilitação em meio hospitalar e noutros contextos; 3. Incluem apenas o mercado dos serviços em regime ambulatório; 4. Incluem apenas a componente da saúde.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019; base de dados do Eurostat (dados relativos a 2017).

O sistema de saúde português inclui um elevado nível de despesas não reembolsadas

Em 2017, a comparticipação pública nas despesas com a saúde era de 66,3 % do financiamento total da saúde, consideravelmente abaixo da média da UE de 79,3 %. Este valor reflete parcialmente a redução no financiamento da saúde por parte do setor público durante o PAE. As despesas não reembolsadas, que aumentaram um pouco mais de três pontos percentuais desde 2010, são a segunda maior fonte de receita do sistema de saúde, na ordem dos 27,5 %, bastante acima da média da UE de 15,8 %. O seguro voluntário de saúde (SVS) privado em Portugal tem um papel complementar e representa apenas 5,2 % do financiamento da saúde. Este facilita o acesso a tratamentos hospitalares e consultas ambulatórias privados.

Legislação recente aboliu as taxas moderadoras

Até muito recentemente, a maioria dos serviços, incluindo os serviços de urgência, as consultas com o médico de família e as consultas com especialistas, exigiam o pagamento de taxas moderadoras fixas, variando em função do serviço, adicionalmente às taxas de comparticipação cobradas por certos serviços. Sempre houve isenções relativas a estas taxas moderadoras e, em 2016, os critérios foram alargados, de modo que 6,1 milhões de utentes do SNS (cerca de 60 % da população) estavam isentos do seu pagamento. Mais recentemente, a legislação aprovada em setembro de 2019 aboliu as taxas moderadoras para os cuidados primários e para todos os cuidados de saúde previstos no âmbito do SNS (ponto 5.2).

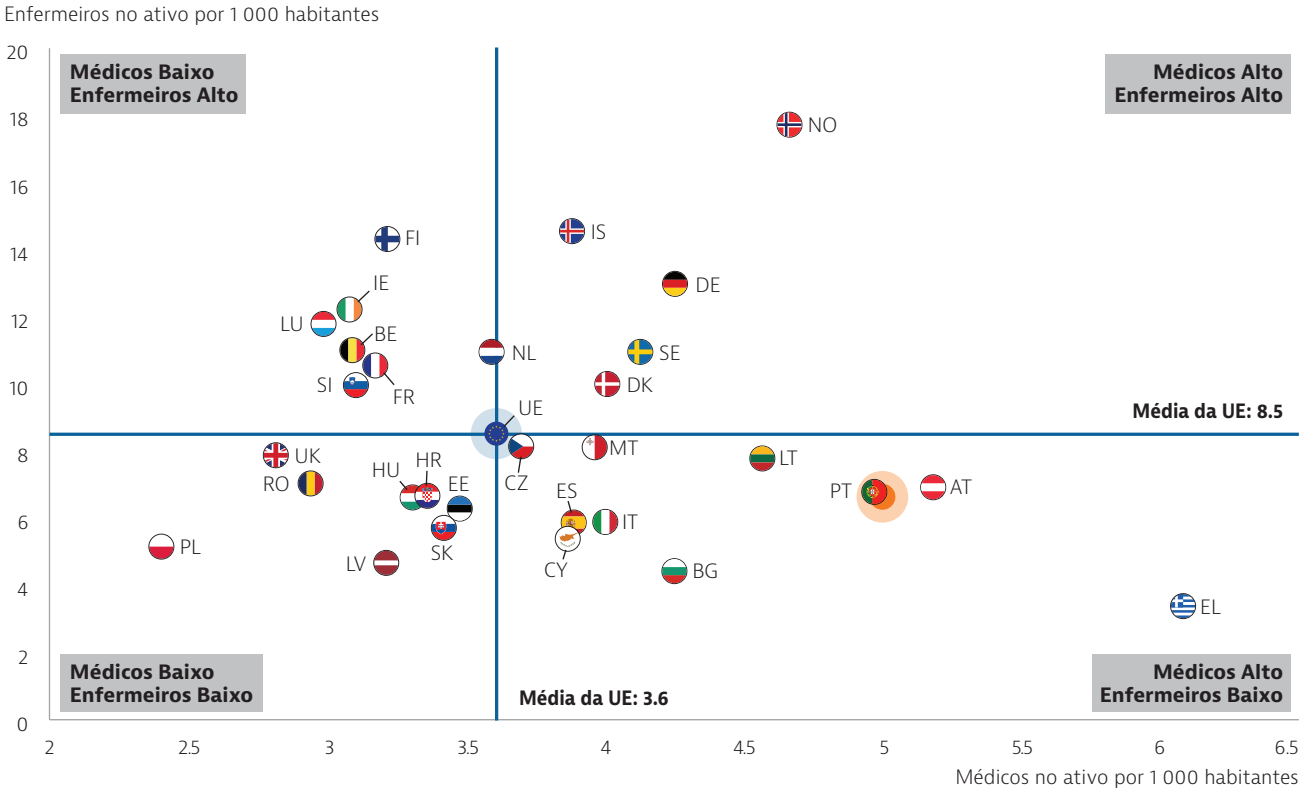
O número de médicos e enfermeiros aumentou e os esforços estão agora concentrados no recrutamento de médicos de clínica geral

O número de médicos e enfermeiros em Portugal tem aumentado de forma constante desde 2000, com cinco médicos habilitados por cada 1 000 habitantes em 2017. Este número parece alto comparado com a média da UE de 3,6, mas inclui todos os médicos habilitados, mesmo aqueles que já não exercem a profissão (Figura 10). O pessoal de enfermagem (6,7 por cada 1 000) está abaixo da média da UE (8,4), não obstante os números terem aumentado na última década. Em 2016, foi lançada uma iniciativa para aumentar o número de médicos de família do SNS, associada a medidas destinadas a aumentar o número de utentes inscritos em médico de família (ponto 5.2). Numa fase inicial, 1,2 milhões de utentes do SNS (11,6 % da população) não estavam inscritos em médico de família, número esse que caiu para 600 000 em inícios de 2019 (5,8 %).

O número de camas de hospital tem vindo a diminuir, sobretudo no âmbito da saúde mental

O número de camas por 1 000 habitantes é relativamente baixo (3,4) comparado com a média da UE (5,1). O número total de camas para internamento diminuiu na última década, em parte devido ao aumento da cirurgia ambulatória e ao reforço da rede de cuidados continuados. A promoção da integração em comunidades dos doentes de saúde mental tem também ajudado a reduzir o número de camas das alas psiquiátricas. As infraestruturas mais antigas estão a ser progressivamente modernizadas: as unidades de cuidados primários foram renovadas e está prevista a construção de quatro novos hospitais. Persistem algumas lacunas geográficas na prestação de cuidados de saúde, com os especialistas e os cuidados ambulatórios especializados concentrados nas principais cidades (ponto 5.2).

Figura 10. Portugal tem um número de médicos relativamente alto, mas poucos enfermeiros



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 em exercício (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 (dados relativos a 2017 ou ao ano mais próximo).

Os cuidados primários são assegurados por uma mescla de prestadores públicos e privados

Os cuidados primários são prestados tanto pelo setor público como pelo privado. Como prestadores incluem-se as unidades de cuidados primários do SNS, clínicas do setor privado (tanto com fins lucrativos como sem fins lucrativos) e consultórios de grupos médicos em escritórios privados. As consultas de medicina dentária, os serviços de diagnóstico, a hemodiálise e a reabilitação são maioritariamente assegurados pelo setor privado. Os prestadores privados estão maioritariamente concentrados nas áreas metropolitanas da Grande Lisboa e do Porto, bem como ao longo do litoral entre essas duas cidades, sendo que a população nas áreas rurais e no interior tem um acesso mais limitado aos médicos de família (ponto 5.2).

O SNS português iniciou um processo de apoio aos cuidados integrados

A integração vertical dos diferentes níveis de cuidados de saúde tem sido promovida desde 1999 pelas unidades locais de saúde, que permitem a integração dos hospitais e das unidades de cuidados primários numa única organização prestadora. Espera-se que os médicos de família também apoiem a integração e atuem como orientadores. É possível observar ainda uma integração ao nível hospitalar, com a criação de «centros hospitalares», ou seja, redes hospitalares constituídas por instituições da mesma área geográfica. Outros exemplos incluem as unidades de saúde familiar (estabelecidas em 2007), providas de equipas multidisciplinares (caixa 2, ponto 5.3), e as iniciativas de hospitalização domiciliária do SNS que têm sido incentivadas desde 2017. Estas respostas integradas visam assegurar uma resposta segura e adequada à doença aguda, bem como a continuidade de prestação através dos cuidados primários e da rede nacional de cuidados continuados.

5 Desempenho do sistema de saúde

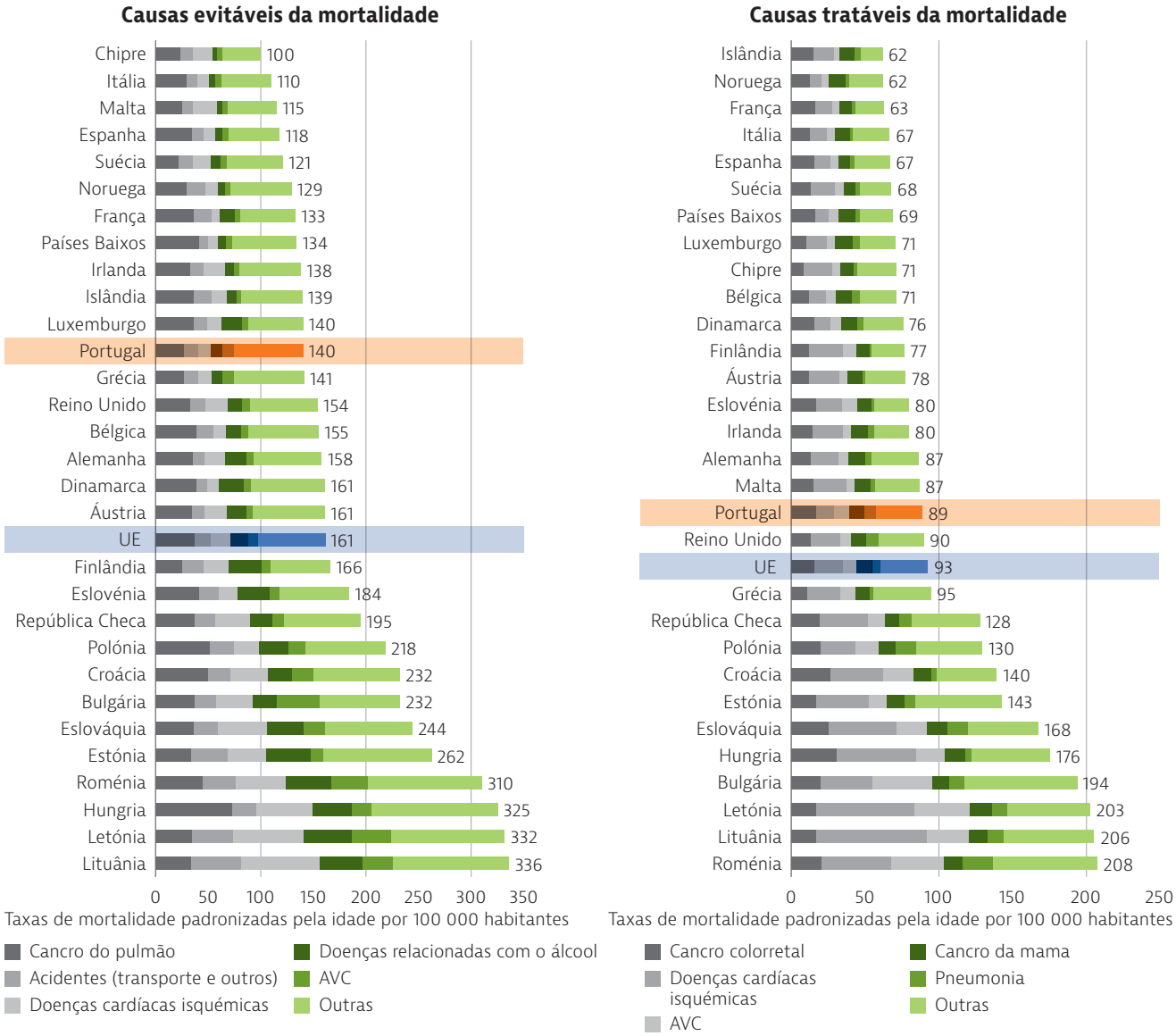
5.1 Eficácia

Os serviços de prevenção têm sido eficazes e vão passar a estar disponíveis junto das comunidades locais

Portugal apresenta uma taxa de mortalidade evitável mais baixa do que a média da UE (Figura 11), com 140 mortes por cada 100 000 habitantes em 2016, ou seja, uma redução relativamente às 149 registadas em 2011.

Este resultado reflete os esforços do governo no sentido de melhorar os serviços de prevenção. Em janeiro de 2019, o governo descentralizou algumas competências para o nível municipal. As unidades locais de saúde deverão ter um papel primordial na definição das políticas de saúde locais, desenvolvendo programas de promoção da saúde e promovendo a cooperação entre todas as entidades relevantes.

Figura 11. Portugal faz melhor do que a média da UE no que toca às causas evitáveis e tratáveis da mortalidade



Nota: Entende-se por mortalidade evitável a morte que pode ser evitada principalmente através de medidas de saúde pública e da prevenção primária. Entende-se por mortalidade tratável a morte que pode ser evitada principalmente através de cuidados de saúde, incluindo rastreios e tratamentos. Ambos os indicadores se referem a mortalidade prematura (menos de 75 anos de idade). Os dados baseiam-se nas listas revistas da OCDE/Eurostat.
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2016).

Não obstante a natureza voluntária das vacinas, Portugal alcançou taxas de imunização elevadas

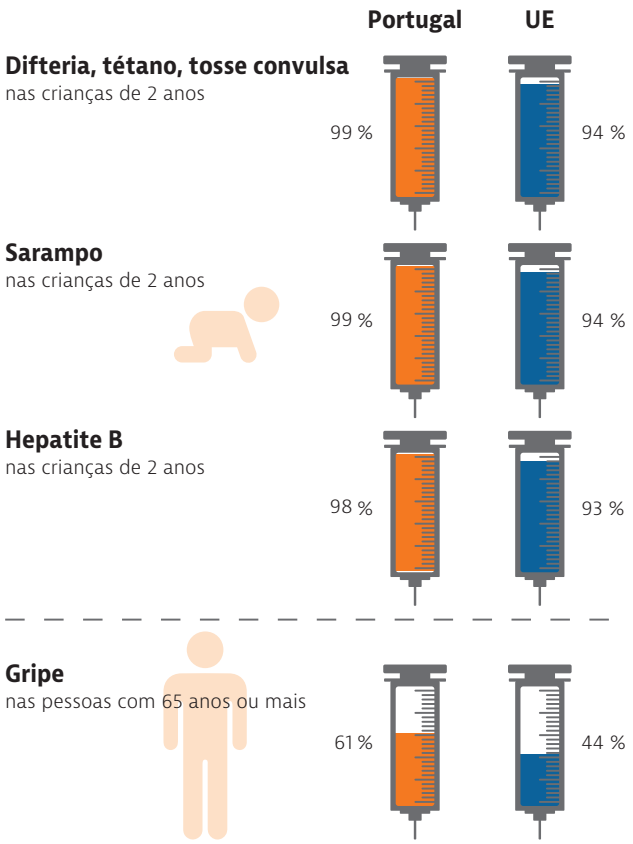
Os níveis de imunização são muito elevados em Portugal (Figura 12), apesar das vacinas não serem obrigatórias. Em 2018, as taxas de vacinação em crianças contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa (DTP) e contra o sarampo atingiram 99 %, bastante acima da média europeia, ultrapassando mesmo a meta da OMS de 95 %. A vacina contra a gripe para os mais idosos está também acima da média europeia (61 %), mas permanece abaixo da meta da OMS (75 %). Estes resultados positivos estão associados à facilidade de acesso: as vacinas incluídas no programa nacional são gratuitas para todos os utentes do SNS, a vacina da gripe é gratuita para as pessoas com mais de 65 anos de idade e outros grupos de risco, e as vacinas estão facilmente disponíveis nas unidades locais de cuidados primários. Além disso, refletem as ações anuais de sensibilização e as campanhas na comunicação social que incentivam a adesão às vacinas e respondem às mensagens antivacinação (Rechel, Richardson e McKee, 2018). O Programa Nacional de Vacinação é regularmente revisto e rapidamente atualizado com novas vacinas ou combinações de vacinas, sendo estas introduzidas à medida que vão surgindo ameaças para a saúde. A vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) é um bom exemplo: introduzida em 2008, a vacina atingiu taxas de imunização entre 85 % e 93 % nas raparigas dos 9 aos 13 anos de idade.

As medidas existentes para combater o tabagismo e a obesidade vão ser reforçadas

As medidas de controlo do tabagismo foram introduzidas já em 2007, com a proibição do fumo nos espaços interiores dos locais de trabalho, nos transportes públicos e nas escolas, universidades e instalações de saúde. A partir de janeiro de 2018, estas restrições estenderam-se a locais públicos utilizados pelas crianças, incluindo recintos exteriores, tais como campos de férias ou parques infantis ou de recreio. O governo está também a apoiar financeiramente para que as pessoas deixem fumar, tendo anunciado, em janeiro de 2017, que o SNS iria cobrir, pela primeira vez, 37 % do preço da medicação para a cessação tabágica. O custo estimado deste programa subsidiado pelo SNS é de cerca de 1,3 milhões de euros por ano.

Em 2017, o governo lançou impostos sobre todas as bebidas com adição de açúcar ou adoçante, aumentando os preços em 15 a 30 cêntimos por garrafa numa tentativa de reduzir o seu consumo. No mesmo ano, foi igualmente introduzida uma reforma que bane os doces das cafetarias e das máquinas de venda automática nas instalações do SNS, no âmbito de uma estratégia mais ampla de promover uma alimentação saudável. Mais recentemente, em 2019, a Assembleia da República aprovou alterações ao Código da Publicidade destinadas a restringir a publicidade de produtos alimentares nocivos dirigida a menores de 16 anos.

Figura 12. As taxas de imunização são elevadas comparativamente com a média da UE



Nota: Os dados referem-se à terceira dose para a difteria, tétano, tosse convulsa e hepatite B e à primeira dose para o sarampo.
Fonte: Repositório de dados do Observatório de Saúde Global da OMS/UNICEF para as crianças (dados relativos a 2018); estatísticas da saúde da OCDE de 2019 e base de dados do Eurostat para as pessoas com 65 anos ou mais (dados relativos a 2017 ou ao ano mais próximo).

A mortalidade por causas tratáveis continua a baixar com o tempo

Em Portugal, a taxa de mortalidade por causas tratáveis (ou seja, mortes que poderiam ter sido evitadas através de tratamentos apropriados e atempados) tem vindo a baixar gradualmente com o tempo, atingindo 89 por cada 100 000 habitantes em 2016 (Figura 11), estando abaixo da média da UE tanto para os homens como para as mulheres.

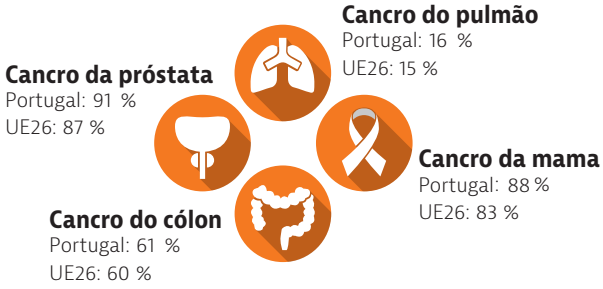
As taxas de mortalidade por doença tratável devido a doença cardíaca isquémica estavam também abaixo da média da UE, ao passo que as taxas relativas ao cancro da mama eram comparáveis com a média da UE. As taxas relativas a AVC, cancro colorretal e pneumonia eram ligeiramente mais altas do que as respetivas médias da UE em 2016. Porém, continua a haver uma disparidade significativa entre homens e mulheres, sendo a taxa de mortalidade por doença tratável para os homens (106) muito mais alta do que para as mulheres (75), semelhante à disparidade média na UE (cerca de 30).

A participação nos programas de rastreio oncológico está a aumentar, havendo indícios de uma melhoria nas taxas de sobrevivência ao fim de 5 anos

As taxas de rastreio em Portugal estão acima da média da UE para o cancro da mama (84 % contra 61 %) e para o cancro do colo do útero (71 % contra 66 %), tendo as taxas de participação aumentado substancialmente em ambos os programas desde 2004. Os médicos de família estão incumbidos do rastreio do cancro da mama e do cancro do colo do útero e facilitam o acesso a estes serviços na unidade de cuidados primários, o que pode explicar a elevada taxa de adesão. As taxas de rastreio do cancro do colo do útero estão em linha com a média da UE e praticamente metade das mulheres dos 50 aos 74 anos de idade comunicaram ter feito o rastreio em 2014.

Portugal progrediu no diagnóstico e tratamento do cancro, registando melhorias nas técnicas cirúrgicas, na radioterapia e na quimioterapia combinada, que são agora mais acessíveis. As taxas de sobrevivência ao fim de cinco anos para alguns cancros tratáveis melhoraram em Portugal em 2000-2004 e 2010-2014 e, em geral, estão um pouco acima da média da UE (Figura 13), sobretudo no que toca aos cancros da mama e da próstata. A taxa de sobrevivência do cancro colorretal ao fim de cinco anos, entre 2010 e 2014, foi de 61 %, em linha com a média da UE, refletindo a introdução de inovações no diagnóstico e no tratamento, bem como taxas de rastreio mais elevadas.

Figura 13. As taxas de sobrevivência ao fim de cinco anos para alguns cancros tratáveis são mais altas do que as médias da UE

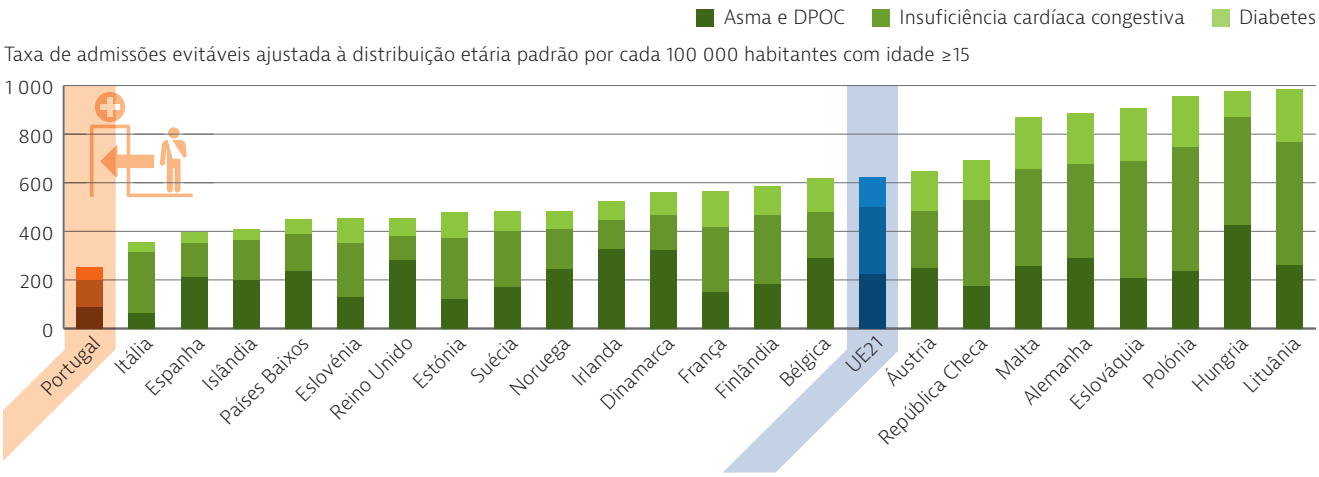


Nota: Os dados referem-se a pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014.
Fonte: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Os cuidados primários estão a tratar com êxito patologias crónicas no âmbito de um programa de qualidade mais vasto

Portugal apresenta umas das taxas mais baixas de hospitalizações evitáveis por asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e insuficiência cardíaca congestiva na UE (Figura 14), indicando que estas patologias crónicas estão a ser tratadas eficazmente ao nível dos cuidados primários e dos cuidados secundários ambulatórios. A qualidade dos cuidados tem sido reforçada a todos os níveis no SNS pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. A Estratégia define um grande número de prioridades e visa melhorar a qualidade das práticas organizacionais e clínicas e aumentar a adoção de linhas de orientação clínicas. Além disso, realça a importância das intervenções locais e da melhoria da segurança do doente, sendo tudo apoiado pela monitorização contínua da qualidade e da segurança que a Estratégia incentiva.

Figura 14. Taxas muito baixas de hospitalizações evitáveis sugerem cuidados primários eficazes



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019 (dados relativos a 2017 ou ao ano mais próximo).

A luta contra a resistência aos antimicrobianos é uma prioridade de saúde pública, mas os indícios de sucesso são poucos

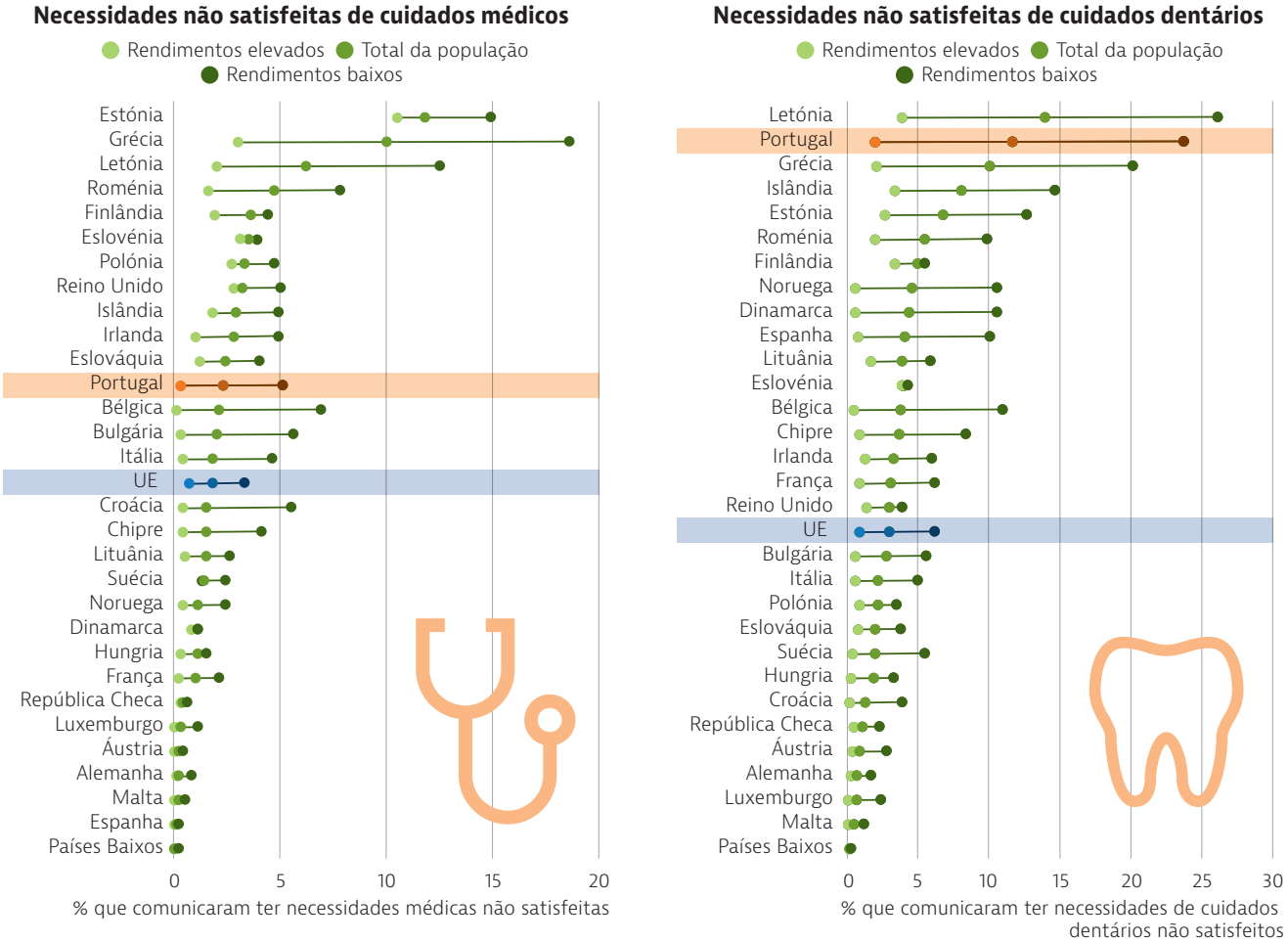
Portugal reconhece a resistência antimicrobiana (RAM) como um problema de saúde pública significativo. Em 2013, o Ministério da Saúde aplicou um programa para a prevenção e controlo da RAM e o Ministério da Agricultura introduziu um plano de ação para reduzir a utilização de antibióticos nos animais destinados ao consumo humano. Não obstante estas medidas, a percentagem de infeções na corrente sanguínea causadas pela Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenemes (uma potente classe de antibióticos de última linha para tratar infeções bacterianas) foi de 8,6 % em 2017 (ECDC, 2018), um aumento de mais de três pontos percentuais em relação a 2016 (5,2 %), a sétima percentagem mais alta da UE.

5.2 Acessibilidade

As barreiras ao acesso estão a diminuir, mas mantêm-se grandes disparidades entre os escalões de rendimentos

O SNS português visa proporcionar cuidados de saúde universais e abrangentes, embora, na prática, existam algumas barreiras ao acesso por parte de determinados grupos da população, sobretudo nas áreas rurais (caixa 2). Em 2017, 2,3 % da população portuguesa comunicaram necessidades de cuidados médicos não satisfeitas devido ao custo, à distância ou aos tempos de espera. As necessidades não satisfeitas diminuíram desde 2014, mas mantiveram-se acima da média europeia (1,8 %). Além disso, as diferenças comunicadas no que se refere a necessidades não satisfeitas entre os escalões de rendimentos baixos e elevados foram significativas (Figura 15). A maioria destas necessidades não satisfeitas foram precipitadas por dificuldades financeiras e apesar de a taxa de necessidades não satisfeitas devido a dificuldades financeiras ter diminuído para as pessoas do quintil de rendimentos mais baixo entre 2014 e 2017, a percentagem foi o dobro da média da UE em 2017 (4,6 % em comparação com 2,3 %).

Figura 15. As necessidades não satisfeitas de cuidados dentários são mais elevadas do que as relativas aos cuidados médicos



Nota: Os dados referem-se a necessidades de exames ou tratamentos médicos e dentários não satisfeitas devido ao custo, à distância a percorrer ou aos tempos de espera. Há que ser prudente 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 2017).

Em geral, o SNS não cobre cuidados dentários, que são maioritariamente prestados pelo setor privado através de pagamentos diretos dos doentes ou de um SVS. Como resultado, as necessidades comunicadas de cuidados dentários não satisfeitas (devido ao custo, à distância ou às listas de espera) são as segundas mais elevadas na UE e correspondem a cerca do quádruplo da média da UE (11,6 % em comparação com 2,9 % em 2017) (Figura 15). As dificuldades financeiras são a causa principal das necessidades de cuidados dentários não satisfeitas, e 11,5 % do total da população acusou necessidades de cuidados dentários não satisfeitas devido a dificuldades financeiras em 2017, comparativamente com 2,6 % na UE. Em Portugal, o peso das desigualdades de rendimento nas necessidades não satisfeitas relativas a cuidados dentários são muito mais gritantes do que as referentes aos cuidados de saúde. Para abordar esta questão, em 2008, Portugal criou o cheque-dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que tem permitido a expansão progressiva da cobertura dos cuidados dentários. Atualmente, Portugal proporciona cuidados dentários gratuitos a mulheres grávidas, crianças em idade escolar, idosos beneficiários de prestações sociais, pessoas que vivem com o VIH/SIDA (desde 2010) e pessoas com cancro oral (desde 2014). Estão também a ser elaborados planos para lançar um projeto-piloto de integração de dentistas em 91 unidades de cuidados primários.

A percentagem de pagamentos diretos é mais alta do que a média da UE e assenta sobretudo na comparticipação

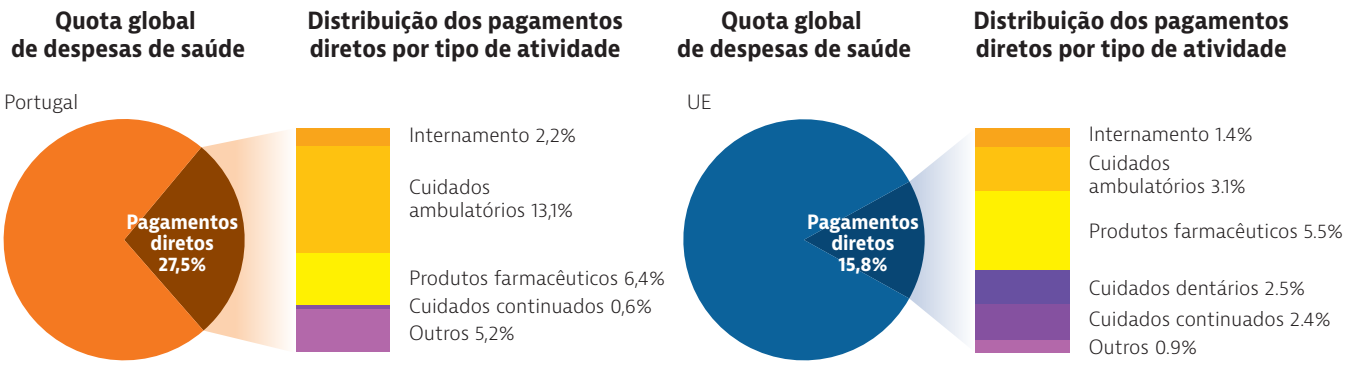
Os pagamentos diretos desempenham um papel substancial em Portugal, representando 27,5 % das despesas totais de saúde (Figura 16), o que ultrapassa substancialmente a média da UE (15,8 %) (ponto 4). Cerca de 13 % do total dos pagamentos diretos referem-se a cuidados ambulatórios e 6,4 % a produtos farmacêuticos (em comparação com as médias europeias de 3 % e 5,5 % respetivamente), devido sobretudo à comparticipação. As taxas moderadoras desempenham um papel irrelevante. Legislação recentemente aprovada em 2019 aboliu as taxas moderadoras para os serviços de cuidados primários e para outros cuidados de saúde previstos no âmbito do SNS (ponto 4). Dada a insignificância das taxas moderadoras e as grandes isenções em vigor, não é provável que a nova legislação venha reduzir o elevado nível de despesas não reembolsadas em Portugal.

Uma dependência excessiva dos pagamentos diretos para o financiamento do sistema de saúde pode minar a acessibilidade e contribuir para empobrecer os agregados familiares. Em Portugal, estima-se que cerca de 8,1 % dos agregados familiares tiveram despesas de saúde catastróficas[4] em 2016 (Figura 17). As despesas de saúde catastróficas são muito mais elevadas para os agregados familiares do quintil de rendimentos mais baixos, alcançando cerca de 30 % (Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2019).

Caixa 2. Alguns grupos da população confrontam-se, na prática, com importantes barreiras ao acesso

Todos os imigrantes que se encontrem em Portugal há mais de 90 dias têm acesso a um médico de família, independentemente da sua situação jurídica. Não há restrições para as mulheres grávidas, crianças, pessoas com doenças infeciosas ou pessoas que necessitem de cuidados urgentes. Embora o SNS abranja todos os residentes em Portugal, existem barreiras que, de facto, impedem os imigrantes de aceder aos serviços do SNS, nomeadamente a língua, as diferenças culturais e os obstáculos administrativos. A nova Lei de Bases da Saúde de 2019 reforça a legislação existente e concede acesso ao SNS a quem quer que precise de cuidados médicos, incluindo turistas e migrantes em situação irregular.

Figura 16. Os Portugueses pagam mais do seu bolso por cuidados ambulatórios e produtos farmacêuticos

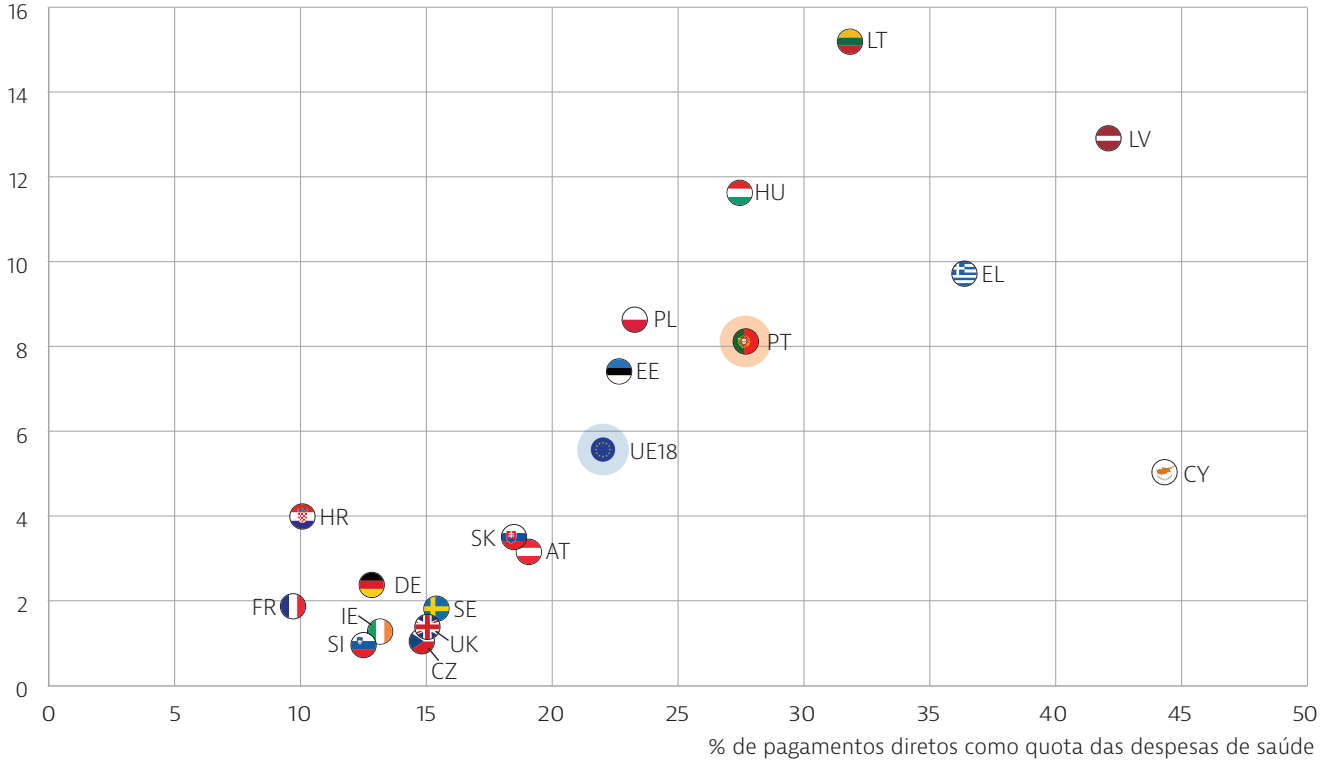


Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019 (dados relativos a 2017).

4: Entende-se por despesas catastróficas as despesas não reembolsadas dos agregados familiares superiores a 40 % do total das despesas das famílias, líquido das necessidades de subsistência (ou seja, alimentação, habitação e serviços públicos essenciais).

Figura 17. Os elevados pagamentos diretos estão associados a níveis elevados de despesas catastróficas de saúde

% de agregados familiares com despesas catastróficas

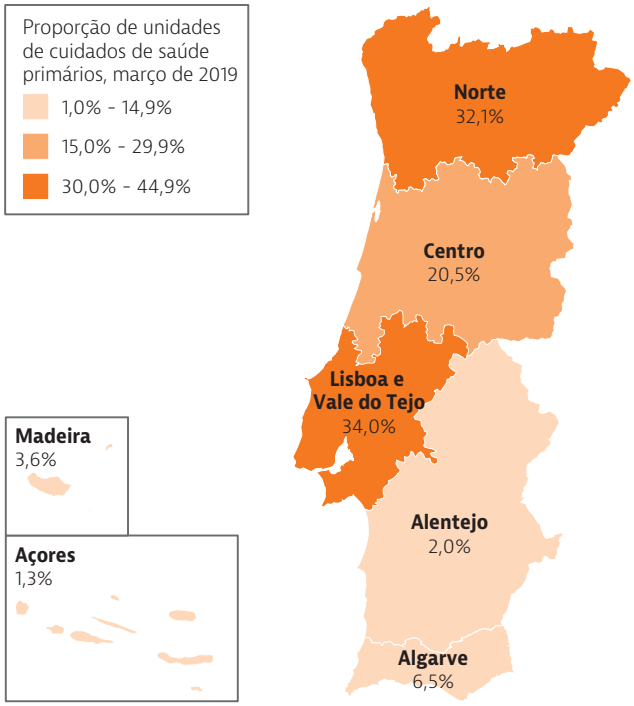


Fonte: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2018; estatísticas da saúde da OCDE de 2019 (dados relativos a 2017 ou ao ano mais próximo).

Os recursos estão distribuídos de forma desigual, mas as necessidades não satisfeitas comunicadas pelos próprios continuam a ser baixas

Há uma distribuição desigual dos recursos de saúde (instalações e profissionais), com particular escassez de especialistas em psiquiatria, oftalmologia e ortopedia nas zonas rurais. Note-se que os municípios com uma maior proporção de cidadãos idosos têm também uma proporção mais baixa de médicos por cada 1 000 habitantes. Estes municípios estão concentrados nas zonas do interior rural, bem como na Madeira e nos Açores, historicamente mal servidos de instalações de cuidados de saúde, nomeadamente de unidades de cuidados primários (Figura 18). Contudo, as necessidades de cuidados médicos não satisfeitas relacionadas com a distância a percorrer e comunicadas pelo próprio apenas afetaram 0,1 % da população do quintil mais pobre em 2017, metade da média da UE (0,2 %). As necessidades não satisfeitas devido às listas de espera são ligeiramente mais altas nos escalões de rendimentos mais baixos (0,5 %), mas, mais uma vez, estão abaixo da média da UE (0,8 %).

Figura 18. A distribuição de estruturas de cuidados primários acompanha a distribuição da população

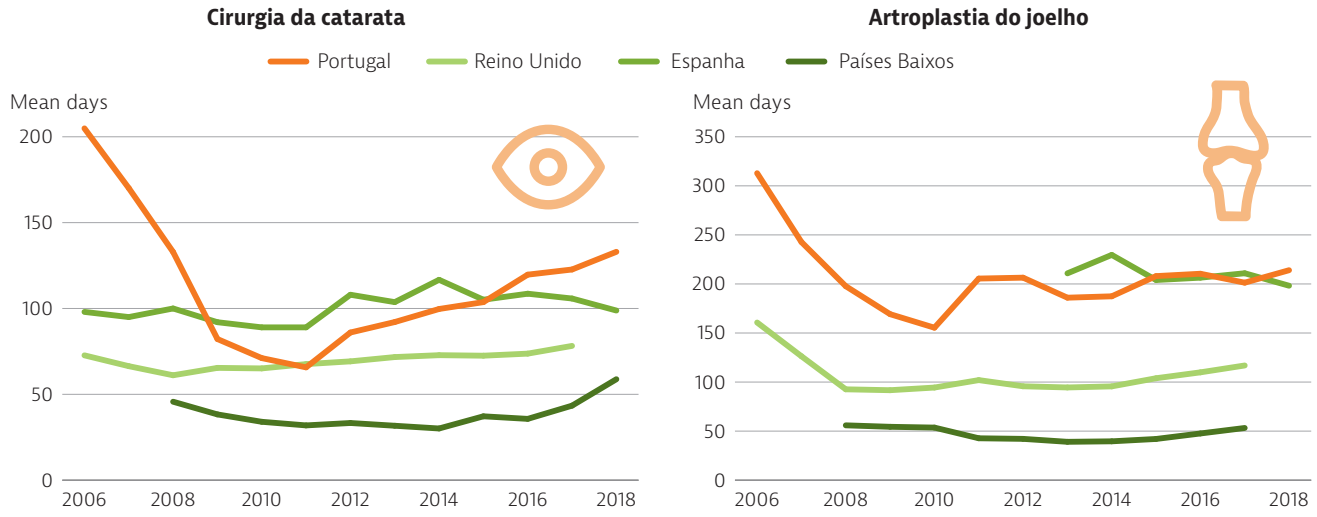


Fonte: Baseado nos dados da proporção de unidades de cuidados de saúde primários (em % do total) por Administração Regional de Saúde em Portugal, em março de 2019, disponível em www.sns.gov.pt.

Os tempos de espera para cirurgia programada aumentaram na sequência da recessão, mas estão novamente a melhorar

Até 2010, os tempos de espera de longa duração para cirurgia programada (como, por exemplo, remoção de catarata e artroplastia da anca) eram resolvidos combinando garantias de máximo tempo de espera com opções para os doentes escolherem tratamentos com qualquer prestador público ou privado. Porém, após os êxitos assinaláveis verificados até essa data, a situação deteriorou-se parcialmente devido a reduções no número de profissionais e no financiamento do SNS durante a crise económica e os tempos de espera voltaram a aumentar nos últimos anos. Apesar de continuarem abaixo dos níveis de 2006, os tempos de espera para cirurgia programada, por exemplo, cirurgia da catarata e artroplastia do joelho, são agora mais demorados do que em Espanha, no Reino Unido e nos Países Baixos (Figura 19).

Figura 19. Os tempos de espera para cirurgia programada aumentaram a partir de 2010



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE.

Desde maio de 2016, os médicos de família podem encaminhar os utentes do SNS para hospitais fora da sua área de residência para determinados tratamentos ou consultas em ambulatório, se os tempos de espera forem mais curtos. Um sítio Web do SNS fornece informações sobre os tempos de espera para consultas ambulatórias de várias especialidades.

5.3 Resiliência[5]

As despesas de saúde estão a crescer a um ritmo moderado após o ajustamento económico

O PAE que Portugal aplicou entre 2011 e 2014 (ponto 4) resultou na aplicação de medidas no setor da saúde para conter os custos e melhorar a eficiência do sistema de saúde. O financiamento público da saúde diminuiu 5,7 % em termos reais, entre 2005 e 2012. Desde então, as despesas de saúde atuais começaram a aumentar em linha com o crescimento do PIB e, em 2015, ultrapassaram ligeiramente o crescimento do PIB (Figura 20), suscitando dúvidas sobre a sustentabilidade de longo prazo do SNS. Em março de 2018, o governo criou uma Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde, especificamente para monitorizar o desempenho financeiro do SNS e propor medidas para reforçar a sua resiliência e sustentabilidade.

A maioria dos custos do sistema de saúde está relacionada com a prestação de cuidados a pessoas com patologias crónicas. Este é o reflexo de uma população envelhecida, mas também da crise económica, que resultou na emigração de muitos cidadãos mais jovens, incluindo profissionais de saúde. A população residente envelheceu (e tem uma esperança de vida mais longa), ao passo que o número de pessoas economicamente ativas em Portugal desceu. Prevê-se um aumento na despesa pública com a saúde de 5,9 % do PIB em 2016 para 8,3 % em 2017 (um aumento de 2,4 %, bastante acima dos 0,9 % previstos para a UE). Durante o mesmo período, a despesa pública com cuidados continuados poderá aumentar dos 0,5 % do PIB para 1,4 %; este aumento de 0,9 % é inferior à taxa de aumento prevista (1,1 %) na UE (Comissão Europeia–CPE, 2018).

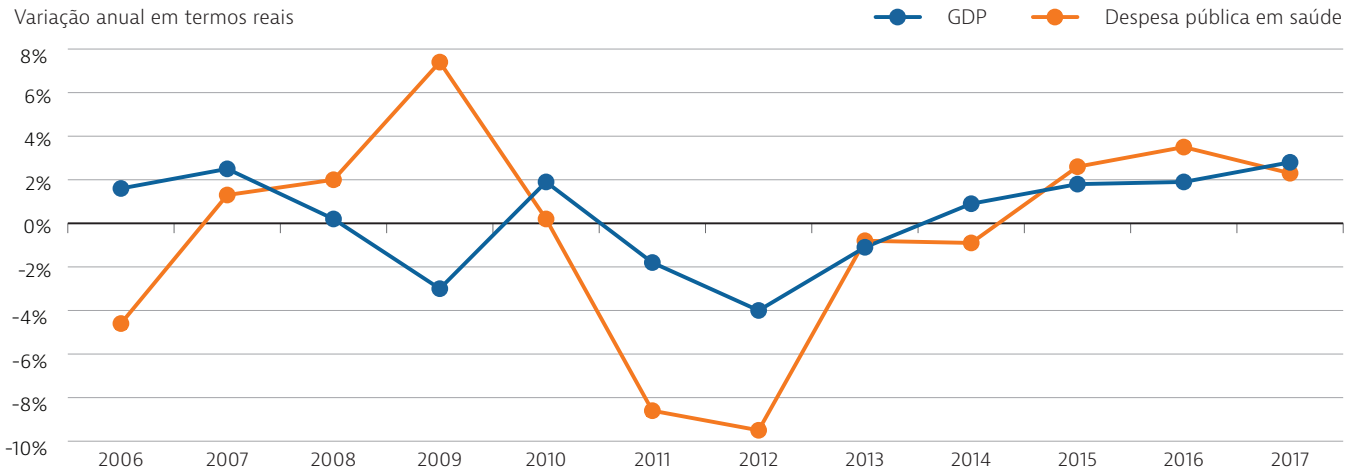
Apesar de substanciais injeções de capital, os hospitais do SNS têm acumulado avultados pagamentos em atraso

Há também riscos prementes para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, sobretudo a dívida acumulada pelos hospitais do SNS. Em finais de 2017, o governo tinha injetado 400 milhões de euros provenientes das receitas fiscais gerais no setor hospitalar público para saldar parte dos pagamentos em atraso acumulados.

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

Contudo, os pagamentos em atraso dos hospitais voltaram a aumentar em 2018, atingindo os 903 milhões de euros em novembro de 2018 (ligeiramente abaixo do valor de novembro de 2017 de 1 103 milhões de euros). Uma injeção de capital suplementar de 500 milhões de euros na segunda metade de 2018 ajudou a reduzir os pagamentos em atraso dos hospitais para 484 milhões de euros em dezembro de 2018 (Comissão Europeia, 2019). Todavia, continuam a existir dificuldades em estabelecer mecanismos mais eficazes de planeamento e controlo orçamental nos hospitais públicos o que dificulta atingir melhorias. Um novo programa ao abrigo da Estrutura de Missão de 2019 visa abordar as causas subjacentes dos pagamentos em atraso dos hospitais (Governo de Portugal, 2019).

Figura 20. O crescimento das despesas de saúde tem evoluído substancialmente em paralelo com o crescimento do PIB desde 2010



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019; base de dados do Eurostat.

A migração e a diminuição do número de licenciados em enfermagem tornam o sistema de saúde vulnerável

Quando comparado com as médias da UE, Portugal tem um número relativamente elevado de médicos e relativamente poucos enfermeiros (Figura 10, ponto 4). A crise económica e os baixos salários dos profissionais de saúde associados à crise levaram os médicos e, sobretudo, os enfermeiros, a abandonar o SNS em troca de empregos com melhores salários noutros setores ou noutros países da UE. Há falta de efetivos, em particular fora das grandes áreas metropolitanas, onde as populações tendem a estar mal servidas (ponto 5.2). O mais preocupante é o facto de o número de licenciados em enfermagem ter vindo a cair sistematicamente desde 2010. O número de licenciados em medicina, porém, aumentou durante o mesmo período, em parte como resultado de iniciativas relativas aos cuidados primários.

Portugal está a trabalhar no sentido de corrigir alguns desequilíbrios em matéria de recursos humanos. Os esforços centram-se em iniciativas para formar e contratar mais médicos de família com vista a alargar os cuidados primários (e aliviar os hospitais). Também tem havido alterações na formação pós-universitária especializada para médicos de clínica geral, com um aumento das entidades de formação todos os anos.

A eficiência do sistema de saúde tem aumentado na sequência da crise económica

Portugal tem um desempenho relativamente bom em comparação com outros países da UE: o sistema 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). Este tipo de evolução tem limitações naturais e, num futuro próximo os ganhos de produtividade deverão implicar um aumento da despesa, o que suscita preocupações quanto à sustentabilidade financeira do SNS. Para melhorar ainda mais a eficiência, o sistema de saúde português desviou o enfoque na prestação de cuidados especializados hospitalares para os cuidados primários, embora nem todas as iniciativas para desenvolver os cuidados primários tenham resultado nos ganhos de eficiência previstos (caixa 3).

Caixa 3. As inovações nos cuidados primários nem sempre resultaram em mais eficiência

As unidades de saúde familiar foram introduzidas em 2007, reestruturando a organização dos cuidados primários portugueses com vista a proporcionarem cuidados primários integrados à população local e a melhorarem a eficiência. Consistem em equipas multidisciplinares, incluindo médicos de família, enfermeiros, pessoal administrativo e outros profissionais de saúde, com o objetivo de permitirem uma melhor partilha das obrigações.

Cada unidade é constituída de forma voluntária e reflete a dimensão da lista de utentes inscritos.

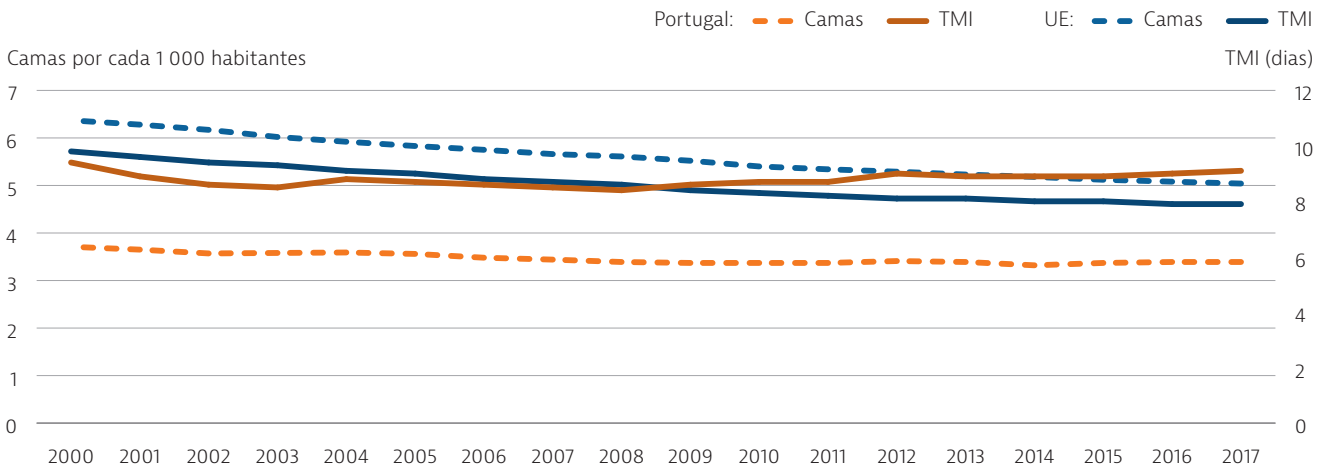
Foram concebidos regimes de incentivos para recompensar o desempenho individual e coletivo, e incentivar um trabalho de equipa de qualidade. Porém, tem havido resistência à revisão do âmbito de responsabilidades com vista a expandir o leque de tarefas dos enfermeiros no seio das unidades (Wismar, Glinos e Sagan, no prelo).

Portugal tem continuado a desenvolver a sua capacidade no âmbito da avaliação das tecnologias de saúde (ATS). Em 2015, o Ministério da Saúde lançou a iniciativa SiNATS (o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde). Abrangendo todas as instituições públicas e privadas que produzem ou utilizam tecnologias de saúde, a SiNATS visa assegurar que os investimentos e tecnologias empregues no sistema de saúde português representam uma boa aplicação dos recursos. A SiNATS realiza uma avaliação económica de todas as tecnologias de saúde antes de novos produtos serem introduzidos nos contextos ambulatórios e hospitalares. A capacidade do sistema de ATS já está bem desenvolvida com ligações internacionais através da rede EUnetHTA.

Novos dispositivos de governação procuram continuar a melhorar a eficiência dos hospitais

O número global de camas de hospital por cada 1 000 habitantes em Portugal pouco mudou entre 2007 e 2016 e continua bastante abaixo da média da UE (Figura 21). O número de camas para cuidados agudos, porém, tem diminuído, com um aumento correspondente nas camas mais rentáveis, por exemplo, para reabilitação e cuidados de longo prazo. Verificou-se um aumento do tempo médio de internamento (TMI) entre 2008 e 2012 para nove dias, o que equivale a mais um dia do que a média da UE.

Figura 21. Portugal dispõe de um número reduzido de camas de hospital, mas o tempo médio de internamento é relativamente alto

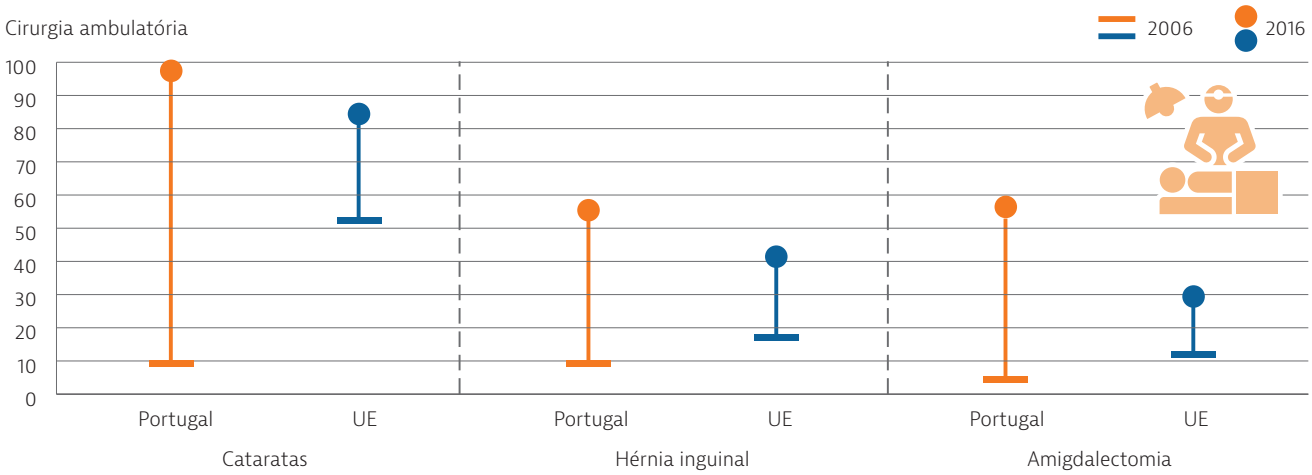


Fonte: Base de dados do Eurostat.

As taxas de cirurgia ambulatória no caso de cataratas, hérnias e amigdalectomia aumentaram consideravelmente em todo o país na última década (Figura 22). Este aumento acentuado foi induzido pelos esforços do governo, que, em 2008, publicou critérios claros para a organização de cirurgias ambulatórias para promover a eficiência (Lemos, 2011) e introduziu incentivos financeiros para as instituições e os doentes.

Um novo regime de gestão hospitalar foi estabelecido (aprovado em fevereiro de 2017), especificamente para complementar as melhorias no desempenho dos hospitais. A lei estabelece que todos os hospitais com estatuto de gestão privada devem ser organizados enquanto centros de responsabilidade integrada para melhorar a qualidade dos serviços, aumentar a produtividade e melhorar o acesso e a responsabilização dos doentes. Além disso, há novas regras para reforçar a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais, bem como das estruturas de gestão intermédias, e exige-se que os membros dos conselhos de administração tenham experiência profissional relevante e formação específica na gestão de cuidados de saúde. Ao promover a autonomia e o envolvimento dos profissionais do SNS na gestão dos recursos, espera-se que os centros de responsabilidade integrada aumentem a produtividade, a eficiência da gestão e a qualidade dos cuidados (Governo de Portugal, 2019).

Figura 22. A cirurgia ambulatória tem aumentado rapidamente para procedimentos selecionados

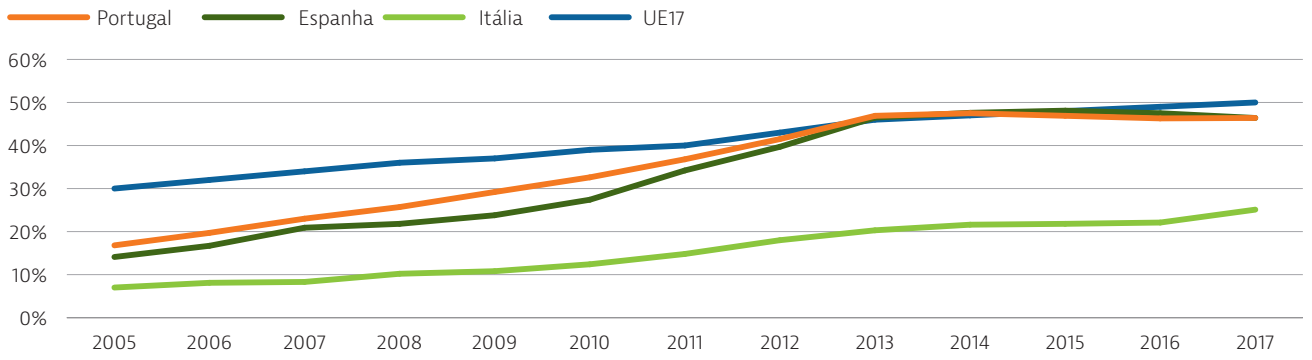


Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2018; base de dados do Eurostat (dados relativos a 2006 e 2016 ou ao ano mais próximo).

A utilização de medicamentos genéricos aumentou rapidamente e situa-se praticamente ao nível da média da UE

Entre 2016 e 2017, os medicamentos genéricos representavam quase metade de todas as vendas de produtos farmacêuticos (por volume), em consonância com os valores em Espanha e apenas ligeiramente abaixo da média da UE como um todo (Figura 23). Isto representa 19,8 % do total da despesa com produtos farmacêuticos, comparativamente com 22,9 % na UE. A adesão aos genéricos aumentou a um ritmo acelerado entre 2005 e 2012, mas esta tendência estabilizou nos últimos anos. Em 2011, foram estabelecidas novas margens comerciais para os retalhistas e para as farmácias, bem como novos preços para os genéricos, sendo o preço de venda mais alto dos genéricos pelo menos 50 % mais baixo do que preço do produto de referência (ou 25 %, se o preço de retalho for inferior a 10 EUR). Medidas recentes, como o pagamento de um incentivo de 0,35 EUR para as farmácias por cada embalagem de medicamento genérico vendida, também desempenharam um papel no aumento das vendas.

Figura 23. Os incentivos e o apoio profissional contribuíram para a rápida adesão aos genéricos



Nota: Os dados referem-se à quota de genéricos em volume.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2019.

O Plano Nacional de Saúde aplica os princípios da transparência e do escrutínio para ajudar a reforçar a resiliência

O Plano Nacional de Saúde de Portugal define prioridades na saúde e orienta o planeamento para o período de 2012 a 2020. Uma das ferramentas atualmente utilizadas para a sua respectiva execução é o Conselho Nacional de Saúde, um órgão consultivo independente do Ministério da Saúde que acompanha as políticas e faz recomendações. O Conselho também visa assegurar a participação dos utentes do SNS no processo de definição de políticas e promover a transparência e a responsabilização no sistema de saúde. O governo aumentou ainda mais a transparência com o lançamento do portal em linha do SNS. O portal publica os tempos de espera para os serviços de urgência e consultas externas para os doentes do SNS, bem como informações sobre a despesa pública com rubricas como medicamentos e consultas.

6 Principais conclusões

- A esperança de vida em Portugal aumentou substancialmente na última década (em razão da queda da taxa de mortalidade por AVC e doença cardíaca isquémica). Porém, a disparidade entre homens e mulheres situa-se acima da média da UE, havendo desigualdades consoante o nível de instrução. É de salientar que o cancro do pulmão aumentou, refletindo o legado das taxas de tabagismo do passado. Ainda assim, apenas metade da população comunica ser saudável, em contraste com a maioria da UE, onde dois terços dos adultos avaliam positivamente a sua saúde.

- Os níveis de exercício físico são baixos em comparação com a média da UE. Há preocupações em relação ao consumo de álcool nos adultos e ao aumento dos níveis de excesso de peso e obesidade, sobretudo nas crianças. Foram envidados múltiplos esforços para resolver estes problemas, incluindo a aplicação de impostos sobre todas as bebidas com adição de açúcar ou adoçante. Cerca de um sexto dos adultos são fumadores diários, embora a taxa tenha diminuído desde 2000. A proibição de fumar em recintos fechados, introduzida pela primeira vez em 2007, foi recentemente estendida de modo a proibir o fumo para proteger as crianças nos espaços exteriores, nomeadamente nos parques infantis ou de recreio e nos campos de férias.

- O Serviço Nacional de Saúde proporciona cobertura universal a toda a população. Até há pouco tempo, quase todos os serviços prestados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) cobravam taxas moderadoras, por exemplo, o médico de família ou as consultas no serviço de urgência, embora uma grande parte da população (60 %) estivesse isenta. Nova legislação aprovada em 2019 aboliu as taxas moderadoras para os serviços de cuidados primários e para outros cuidados de saúde previstos no âmbito do SNS. Contudo, dado o valor insignificante das taxas moderadoras e o grande número de isenções em vigor, não se espera que esta reforma reduza o elevado nível de despesas não reembolsadas em Portugal, que atualmente constituem 27,5 % do total das despesas de saúde, bastante acima da média da UE (15,9 %).

- Portugal tem um bom sistema de cuidados primários, capaz de manter os doentes fora dos hospitais quando isso se justifica. Desde 2016, tem conseguido aumentar o número de médicos de família, criando novas posições em todo o país e aumentando a formação pós-universitária. Não obstante, cerca de 0,6 milhões de utentes do SNS não se encontravam inscritos em médico de família, em inícios de 2019. Estão atualmente em vigor programas e regimes de incentivos para combater a distribuição desigual dos recursos de cuidados de saúde. É de salientar o estabelecimento de novos hospitais e a criação de regimes de incentivos para os profissionais de saúde se deslocarem para as áreas mal servidas.

- São dois os desafios significativos para a sustentabilidade financeira e fiscal do sistema de saúde. O primeiro é a necessidade de cuidar de uma população envelhecida com patologias crónicas e necessidades cada vez maiores no plano da saúde. Os cortes nas despesas e as medidas de eficiência que se seguiram à crise económica contribuíram para que o sistema de saúde passasse a proporcionar um serviço com melhor relação preço/qualidade, gastando menos do que a média da UE. Paralelamente, atingiram-se níveis relativamente baixos de mortalidade por causas evitáveis e tratáveis, mas a necessidade de continuar a procurar oportunidades de aumentar a eficiência do sistema de saúde é tão relevante como antes. O segundo desafio é o dos pagamentos em atraso dos hospitais do SNS, que constituem um problema grave de longa data. Um novo programa introduzido em 2019 visa abordar as causas subjacentes aos pagamentos em atraso dos hospitais e encontrar uma solução mais duradoura.

- O sistema de saúde português assumiu um compromisso formal em prol da participação dos utentes e da autonomia dos doentes. Tem aumentado a transparência progressivamente, sobretudo através do portal do SNS, que fornece informações sobre as despesas e os tempos de espera, e do Conselho Nacional de Saúde, que procura envolver os utentes do SNS no processo de elaboração de políticas.

Principais fontes

Simões J et al. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2): 1–184.

OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Referências

ECDC (2018), *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*, https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx

Comissão Europeia (2019), *Country Report Portugal 2019*. Semestre Europeu de 2019. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-portugal_en_0.pdf

Comissão Europeia (DG ECFIN)-CPE (GTE) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070),* Comunicação Institutional 079. Maio de 2018. Bruxelas.

Governo de Portugal (2019), *Despacho*. Finanças e Saúde, Lisboa.

Lemos P (2011), A Huge Increase in Ambulatory Surgery Practice in Portugal, *Ambulatory Surgery,* 17(1), março.

Ministério da Agricultura e do Mar (2013), *Plano de Ação Nacional para a Redução do Uso de Antibióticos nos Animais.* Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, Porto.

Ministério da Saúde (2013), *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* Direção-Geral da Saúde, Lisboa.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union.* Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e Comissão Europeia, Bruxelas, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Gabinete Regional da OMS para a Europa (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Gabinete Regional da OMS para a Europa, Copenhaga, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wismar M, Glinos I, Sagan A (no prelo), *Skill mix innovations in primary and chronic care.* Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

Lista de abreviaturas dos países

Alemanha	DE	Dinamarca	DK	França	FR	Letónia	LV	Polónia	PL
Áustria	AT	Eslováquia	SK	Grécia	EL	Lituânia	LT	Portugal	PT
Bélgica	BE	Eslovénia	SI	Hungria	HU	Luxemburgo	LU	Reino Unido	UK
Bulgária	BG	Espanha	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	República Checa	CZ
Chipre	CY	Estónia	EE	Islândia	IS	Noruega	NO	Roménia	RO
Croácia	HR	Finlândia	FI	Itália	IT	Países Baixos	NL	Suécia	SE

European Commission

State of Health in the EU
Perfil de saúde do país 2019

Os perfis de saúde por país são um passo importante do ciclo em curso de intermediação de conhecimentos denominado Estado da Saúde na UE, produzido com o apoio financeiro da União Europeia. Os perfis são fruto do trabalho conjunto entre a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) e o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, em cooperação com a Comissão Europeia.

Os perfis de saúde são concisos e relevantes e baseiam-se numa metodologia transparente e coerente que utiliza dados quantitativos e qualitativos, e que se adapta de forma flexível ao contexto de cada país da UE/EEE. O objetivo é criar um instrumento de aprendizagem mútua e intercâmbios voluntários que possam ser aproveitados tanto pelos responsáveis políticos como pelos lobistas.

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

- situação da saúde no país,
- determinantes da saúde, com foco nos fatores de risco comportamentais;
- organização do sistema de saúde,
- eficácia, acessibilidade e resiliência do sistema de saúde.

A Comissão irá complementar as principais conclusões destes perfis com um relatório de acompanhamento.

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

A presente publicação deve ser citada da seguinte forma: OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019), Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

ISBN 9789264559950 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OCDE
POLÍTICAS MELHORES PARA UMA VIDA MELHOR

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