

OECD *Multilingual Summaries*



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in Portuguese

Sumário em Português

Resumo

Os países europeus alcançaram uma importante melhoria do nível de saúde das populações durante as últimas décadas. A esperança de vida à nascença nos países da União Europeia (UE) aumentou seis anos desde 1980, enquanto a mortalidade prematura diminuiu drasticamente. As melhorias nas condições de vida e de trabalho e em alguns dos comportamentos relacionados com a saúde contribuíram consideravelmente para este aumento da longevidade, mas o progresso nos cuidados médicos também merece muito crédito. Nos países europeus, os sistemas de saúde são cada vez mais amplos e mais complexos, e a despesa em cuidados de saúde nunca foi tão alta, consumindo uma parte cada vez maior do rendimento nacional.

Esta primeira edição de *Health at a Glance: Europe*, resultado de uma colaboração de longa data entre a OCDE e a Comissão Europeia, apresenta um grupo de indicadores chave de saúde e sistemas de saúde em 31 países europeus – os 27 Estados-Membros da União Europeia, a Islândia, a Noruega, a Suíça e a Turquia. A selecção de indicadores baseia-se na lista de indicadores de saúde da Comunidade Europeia (ECHI), uma lista de indicadores que foi desenvolvida pela Comissão Europeia para orientar o desenvolvimento e a elaboração de relatórios de estatísticas de saúde (Comissão Europeia, 2010). Contudo, alguns indicadores constantes no presente relatório diferem das definições ECHI devido a disponibilidade ou condicionalismos de dados ou, em alguns casos, porque os indicadores ECHI não estão ainda prontos para aplicação. A publicação também faculta informação pormenorizada sobre despesas de saúde e seu financiamento, baseando-se no sistema de recolha de dados e nos conhecimentos técnicos da OCDE nesta área. Os dados apresentados na publicação provêm principalmente de estatísticas nacionais oficiais, tais como compiladas na base de dados sobre saúde da OCDE, na base de dados estatísticos do Eurostat e na base de dados «Saúde para Todos» da OMS Europa.

A *Health at a Glance: Europe 2010* apresenta provas de amplas variações nos países europeus relativamente ao estado da saúde das populações, factores de risco para a saúde, entradas, produções e resultados de sistemas de cuidados de saúde, e níveis de fontes de despesa e financiamento de saúde.

Oferece algumas explicações para estas variações, apresentando um conjunto de antecedentes para melhor compreender as causas que estão na base de tais variações e desenvolver opções políticas para reduzir as diferenças entre países. Convém ainda salientar que, apesar de serem apresentadas discriminações básicas da população por sexo e idade, esta publicação não fornece geralmente informação pormenorizada por regiões sub-nacionais, grupos socioeconómicos ou grupos étnicos/raciais. Relativamente a vários indicadores, os leitores devem ter em mente que tanto pode haver variações dentro de um país como entre países.

*O estado da saúde melhorou drasticamente
nos países europeus, embora persistam
grandes diferenças*

- A esperança de vida à nascença nos países da UE aumentou seis anos desde 1980, alcançando 78 anos em 2007. Em média, nos 27 países da EU, a esperança de vida à nascença durante o período de três anos de 2005-07 era de 74,3 anos para os homens e 80,8 anos para as mulheres. A França tinha a esperança de vida à nascença mais elevada para as mulheres (84,4 anos), enquanto a Suécia tinha a esperança de vida mais elevada para os homens (78,8 anos). A esperança de vida à nascença na União Europeia era mais baixa na Roménia para as mulheres (76,2 anos) e na Lituânia para os homens (65,1 anos). A diferença entre os países com a esperança de vida à nascença mais elevada e mais baixa é cerca de oito anos para as mulheres e 14 anos para os homens.
- A possibilidade do aumento da esperança de vida envolver anos de vida adicionais vividos com boa saúde tem implicações importantes para os sistemas de saúde e de cuidados de longa duração na Europa. A esperança de anos de vida saudável à nascença define-se como o número de anos de vida nos quais as actividades quotidianas de uma pessoa não são limitadas por uma doença ou problema de saúde. Em 2005-07, a esperança de vida saudável era, em média, de 61,3 anos para as mulheres e de 60,1 anos para os homens na União Europeia. A diferença entre os géneros é muito menor que para a esperança de vida, reflectindo o facto de que uma proporção mais elevada da vida das mulheres é vivida com limitações de actividade. A esperança de vida saudável à nascença em 2005-07 era mais elevada em Malta tanto para os homens e como para as mulheres, e mais reduzida na Letónia para as mulheres e na Estónia para os homens.
- A esperança de vida aos 65 anos também aumentou substancialmente durante as últimas décadas nos países europeus. A média, em 2005-07, para os 27 países da UE era de 15,9 anos para os homens e de 19,5 anos para as mulheres. Tal como relativamente à esperança de vida à nascença, era a França que tinha a mais elevada esperança de vida aos 65 anos para as mulheres (22,6 anos) mas também para os homens (18,1 anos). A esperança de vida aos 65 anos era mais baixa na Europa Oriental – na Letónia para os homens (12,7 anos) e na Bulgária para as mulheres (16,3 anos).
- Tal como na esperança de vida à nascença, a diferença entre os géneros no que respeita à esperança de anos de vida saudável aos 65 anos é muito mais ténue do que em relação à esperança de vida. Em 2005-07, a esperança de anos de vida saudável era de 8,4 anos para os homens e de 8,1 anos para as mulheres.
- É difícil estimar a contribuição relativa dos muitos factores, médicos e não médicos, que podem contribuir para variações da esperança de vida (saudável). De modo geral, um rendimento nacional mais elevado é associado à esperança de vida mais elevada nos países europeus, embora a relação seja menos pronunciada em níveis de rendimento nacional mais elevados, sugerindo "uma diminuição do retorno" após determinado nível. Outras determinantes de saúde desempenham também um papel importante.

Os factores de risco para a saúde estão a mudar

- Muitos países da UE alcançaram um progresso assinalável na redução do consumo de tabaco, embora ainda seja uma das principais causas de morte precoce. Muita desta diminuição pode ser atribuída a políticas a nível da UE e nacional promovendo campanhas de sensibilização do público, anunciando proibições e tributação crescente. Menos de 18 % dos adultos na Suécia e Islândia fumam agora diariamente, comparativamente a mais de 30 % em 1980. Contudo, quase 40 % dos adultos na Grécia continuam a fumar numa base diária. As taxas de fumadores são também relativamente elevadas na Bulgária, na Irlanda e nos Países Baixos.
- O consumo de álcool caiu igualmente em muitos países europeus durante as últimas três décadas. Limitações na publicidade, restrições das vendas e tributação revelaram-se medidas eficazes para reduzir o consumo de álcool. Países vinícolas tradicionais tais como a Itália, a França e a Espanha viram o seu consumo de álcool *per capita* cair substancialmente desde 1980. Por outro lado, o consumo aumentou significativamente em alguns países incluindo a Irlanda, o Reino Unido e alguns países nórdicos.
- Mais de metade da população adulta total da União Europeia está agora com excesso de peso ou é obesa. Isto é também verdadeiro em 15 dos 27 países da UE. A prevalência da obesidade – que apresenta maiores riscos para a saúde que o excesso de peso – varia de menos de 10 % na Roménia, Suíça e Itália até mais de 20 % no Reino Unido, Irlanda, Malta e Islândia. Em média, 15,5 % da população adulta é obesa nos países da UE.
- A taxa da obesidade aumentou mais do dobro nos últimos 20 anos na maioria dos países da UE para os quais existem dados disponíveis. O aumento rápido ocorreu independentemente de quais eram os níveis de obesidade há duas décadas. A obesidade aumentou mais do dobro nos Países Baixos e no Reino Unido entre 1988 e 2008, apesar de a taxa nos Países Baixos ser menos de metade da taxa do Reino Unido.
- Uma vez que a obesidade é associada a riscos mais elevados de doenças crónicas, está relacionada com custos adicionais significativos de cuidados de saúde. Um estudo recente na Inglaterra estimou que os custos totais ligados ao excesso de peso e à obesidade poderiam aumentar até 70 % entre 2007 e 2015, e ser 2,4 vezes mais elevados até 2025 (*Foresight*, 2007).

A escassez de trabalhadores de saúde é uma preocupação em muitos países

- Muitos países europeus estão apreensivos devido à escassez de médicos. O número de médicos *per capita* varia consideravelmente, e é mais baixo na Turquia, seguido pela Polónia e pela Roménia. O número de médicos é também relativamente baixo no Reino Unido e na Finlândia.
- Contudo, desde 2000, o número de médicos *per capita* aumentou em todos os países europeus, excepto na República Eslovaca. Em média, o número cresceu a partir de 3,0 médicos por 1 000 habitantes em 2000 até 3,3 em 2008. Aumentou particularmente rápido na Irlanda, aumentando quase 50 %. Uma grande parte deste aumento deve-se ao recrutamento de médicos formados no estrangeiro, sendo que a quota dos médicos formados

no estrangeiro triplicou durante esse período. Do mesmo modo, o número de médicos *per capita* no Reino Unido aumentou 30 % entre 2000 e 2008, aumentando de 2,0 por 1 000 habitantes para 2,6.

- Em contrapartida, virtualmente não houve crescimento no número de médicos *per capita* em França e Itália desde 2000. No seguimento de uma redução do número de novos alunos nas faculdades de medicina nos anos 80 e 90, o número de médicos *per capita* em Itália atingiu o ponto máximo em 2002, e tem vindo a descer desde então. Em França, o número atingiu o máximo em 2005, e espera-se que continue a descer nos próximos dez anos.

- Em quase todos os países, o equilíbrio entre clínicos gerais e especialistas alterou-se durante as últimas décadas, com o número de especialistas a crescer muito mais rapidamente. Consequentemente, há mais especialistas que clínicos gerais na maioria dos países, excepto na Roménia e em Portugal. Isto pode ser explicado por uma atractividade reduzida da medicina tradicional praticada pelo médico generalista/de família, assim como uma crescente diferença nas remunerações. O crescimento lento ou a redução do número de clínicos gerais *per capita* causa preocupação relativamente ao acesso aos cuidados primários. Muitos países estão a considerar maneiras de melhorar a atractividade da prática geral, e estão também a desenvolver novas funções para outros prestadores de cuidados de saúde, profissionais de enfermagem por exemplo.

- Existem também preocupações com a escassez de profissionais de enfermagem em muitos países europeus. Esses profissionais desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde não apenas em situações tradicionais, tais como em hospitais e instituições de prestação de cuidados continuados, mas, cada vez mais, na prestação de cuidados primários, nomeadamente na oferta de cuidados aos doentes crónicos e nos domicílios dos doentes. Em 2008, existiam cerca de 15 profissionais de enfermagem por 1 000 habitantes na Finlândia, na Islândia, na Irlanda e na Suíça, e ligeiramente menos na Dinamarca e na Noruega. A Turquia era o país com menos profissionais de enfermagem, seguido pela Grécia, Bulgária e Chipre, com menos de cinco por 1 000 habitantes.

- Desde 2000, o número de profissionais de enfermagem *per capita* aumentou em todos os países europeus, excepto na Lituânia e na República Eslovaca. O aumento foi particularmente significativo em Portugal, Espanha, França e Suíça.

O aumento das despesas de saúde exerce pressão sobre orçamentos nacionais

- As despesas de saúde aumentaram em todos os países europeus, frequentemente aumentando numa taxa mais rápida que o crescimento económico, resultando numa parte crescente do PIB a ser atribuída à saúde. Em 2008, os países da UE gastaram, em média, 8,3 % do seu PIB em saúde, acima dos 7,3 % gastos em 1998. Contudo, o peso da despesa com a saúde no PIB varia consideravelmente em diferentes países, desde menos de 6 % no Chipre e na Roménia a mais de 10 % em França, na Suíça, na Alemanha e na Áustria.

- Em alguns países, o recente abrandamento da economia resultou num aumento acentuado do rácio da despesa de saúde do PIB. Na Irlanda, a percentagem do PIB afectada a saúde aumentou de 7,5 % em 2007 para 8,7 % em 2008. Em Espanha, aumentou de 8,4 % para 9,0 %.

- Em 2008, a Noruega foi, de entre os países europeus, aquele que mais gastou em saúde *per capita*, com uma despesa de cerca de 4 300 euros. A Suíça, o Luxemburgo e a Áustria foram os segundos países com maior despesa. A maioria dos países do norte e do ocidente da Europa gastam entre 2 500 euros por PPC (paridade do

poder de compra) e 3 500 por pessoa, isto é, 10 % a 60 % mais que a média da UE. Os países que gastam abaixo da média da UE são países do oriente e do sul da Europa tais como a Turquia, a Roménia, a Bulgária, a Polónia e a Hungria.

- A despesa de saúde *per capita* tende a estar correlacionada positivamente com o PIB *per capita*, embora a associação seja mais forte entre países europeus com menor PIB *per capita*. Mesmo para países com semelhantes níveis de PIB *per capita*, pode haver diferenças substanciais na despesa de saúde. Por exemplo, a Espanha e a França têm um PIB *per capita* semelhante, mas a Espanha gasta em saúde menos de 80 % da despesa da França.
- Os sistemas de saúde são às vezes criticados por serem excessivamente concentrados nos "cuidados dos doentes": por tratarem os doentes, mas não fazerem o suficiente para prevenir doenças. Em média, nos países da UE, apenas cerca de 3 % das actuais despesas de saúde são gastos em programas de prevenção e de saúde pública.
- O sector público é a principal fonte de financiamento de saúde em todos os países europeus, excepto no Chipre. Em média, quase três quartos de toda a despesa de saúde foi financiada por fundos públicos em 2008, através da tributação geral ou de contribuições para a segurança social. No Luxemburgo, na República Checa, nos países nórdicos (excepto a Finlândia), no Reino Unido e na Roménia, o financiamento público representou mais de 80 % de toda a despesa de saúde.
- A dimensão e a composição do financiamento privado difere de país para país. Na maioria dos países, acontece sob a forma de pagamentos directos por doentes. Os seguros privados de doença representam, em média, apenas cerca de 3-4 % das despesas de saúde totais nos países da UE. Contudo, em alguns países, desempenha um papel significativo. Na Alemanha, proporciona cobertura primária para certos grupos populacionais. Em França, os seguros privados de doença financiam 13 % da despesa global, mas providenciam cobertura complementar e suplementar num sistema público universal.
- Dada a necessidade actual de reduzir défices orçamentais em muitos países, os governos podem ter que enfrentar difíceis escolhas políticas a curto prazo. Podem ter de limitar o crescimento da despesa pública em saúde, reduzir a despesa em outras áreas, ou aumentar os impostos ou as contribuições para a segurança social de modo a reduzir os seus défices. Aumentar a produtividade no sector da saúde pode ajudar a atenuar estas pressões, por exemplo através de uma avaliação mais rigorosa das tecnologias da saúde ou da crescente utilização de tecnologias da informação e das comunicações ("saúde em linha"). Estas iniciativas podem igualmente ter o benefício acrescentado de melhorar a qualidade dos cuidados, que é outra área de colaboração entre a OCDE e a Comissão Europeia.

This translation was undertaken by the European Commission

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal, 75116
Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights/

