

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Portuguese

Panorama da Saúde: Indicadores da OCDE – Edição 2005

Sumário em Português

Sumário Executivo

Os sistemas de saúde nos países da OCDE têm crescido em tamanho e em importância. A evolução dos cuidados de saúde e o surgimento de novos medicamentos têm contribuído para a melhoria permanente das condições de saúde, das quais os países da OCDE têm beneficiado nas últimas décadas. Ao mesmo tempo, os custos dos cuidados de saúde nunca foram tão elevados, representando uma proporção crescente do rendimento nacional.

A saúde é muito mais do que os cuidados de saúde e os custos com a saúde. Inúmeras evidências demonstram que, nos países desenvolvidos, a saúde da população é determinada mais por factores sócio-económicos e pelos estilos de vida, mais do que pela prestação de cuidados de saúde propriamente ditos. Programas de saúde pública bem concebidos podem contribuir para a prevenção das doenças e ajudar a aliviar algumas pressões dos custos dos sistemas dos cuidados de saúde. Os factores de risco para a saúde também estão a modificarem-se. Por exemplo, embora nas últimas décadas alguns países da OCDE tenham alcançado um progresso significativo na redução do consumo de tabaco, as taxas de obesidade aumentaram em todos os países da OCDE, reflectindo as mudanças dos hábitos alimentares e de estilos de vida mais sedentários.

Panorama da Saúde – Indicadores 2005 da OCDE fornece uma série de indicadores comparáveis e actualizados, relativos aos diversos aspectos do desempenho dos sistemas de saúde. Fundamenta-se nos *Dados de Saúde 2005 da OCDE*, uma base de dados abrangente contendo mais de 1.000 séries de dados estatísticos relativos à saúde e aos sistemas de saúde nos países da OCDE. Esta terceira edição do *Panorama da Saúde da OCDE* centra-se não somente nos recursos e nas actividades dos sistemas de cuidados de saúde, mas inclui também um número crescente de indicadores ligados à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Por exemplo, o capítulo relativo ao estado de saúde,

inclui mais informação sobre a saúde das crianças, nomeadamente a sua saúde dentária. Indicadores sobre a nutrição também foram acrescentados aos indicadores de consumo de tabaco e de álcool, e o excesso de peso e a obesidade, no capítulo sobre os factores de risco. A cobertura da imunização contra a gripe entre as pessoas idosas vem completar os indicadores tradicionais sobre a imunização durante a infância, como exemplos de cuidados de saúde preventivos que podem reduzir as doenças e os inerentes cuidados de saúde. Os custos da saúde estão desagregados de modo a demonstrar como se repartem pelos programas de saúde públicos nos diversos países da OCDE.

Esta publicação apresenta provas evidentes das grandes variações existentes nos indicadores relativos ao estado de saúde, aos riscos em saúde e também aos custos, distribuição dos recursos e resultados dos sistemas de saúde, nos 30 países membros da OCDE. Embora vários indicadores apresentem a distribuição da população por sexo e por idade, na maioria dos casos, não está disponível uma desagregação mais detalhada por região (sub-nacional), grupo socio-económico ou por grupo diferente étnico/racial. Assim, o leitor deverá ter em mente que, em relação a vários indicadores apresentados, pode haver tantas variações dentro do mesmo país como *entre* países.

Em seguida, apresentam-se resumidamente alguns dos principais resultados e conclusões desta publicação, sobretudo aqueles que se relacionam com o desempenho dos sistemas de saúde.

O estado de saúde melhorou consideravelmente nos países da OCDE

- **A esperança de vida à nascença aumentou substancialmente nos países da OCDE nas últimas décadas**, graças ao aumento dos padrões de vida, à melhoria do estilo de vida e à melhor educação, bem como aos progressos no acesso aos cuidados e à eficiência da medicina. Em média, a esperança de vida à nascença nos países da OCDE alcançou 77,8 anos em 2003, superior a 68,5 anos em 1960. Em 2003, o Japão obteve a mais elevada esperança de vida, com uma média de 81,8 anos para a população total, seguindo-se a Islândia, Espanha, Suíça, Austrália e Suécia (Gráfico 1.1).
- É difícil estimar a contribuição relativa dos numerosos factores “não-médicos” e médicos que têm influenciado as variações da esperança de vida nos países ao longo do tempo. **Um rendimento nacional superior, é geralmente associado a uma maior esperança de vida à nascença nos países da OCDE**, embora a relação seja menos acentuada entre os que detêm rendimentos mais elevados. Também há diferenças notáveis na esperança de vida nos países da OCDE com um rendimento per capita semelhante. O Japão e a Espanha, por exemplo, têm valores para a esperança de vida superiores ao que seria de esperar, considerando unicamente o PIB per capita, enquanto os Estados-Unidos e a Hungria têm valores para a esperança de vida inferiores às expectativas, com base apenas no rendimento nacional. (Gráfico 1.3).
- **A esperança média de vida aos 65 anos também aumentou substancialmente nas últimas décadas nos países da OCDE.** Em 2003, a esperança de vida nos países da OCDE aos 65 anos, era de 19,3 anos para as mulheres e de 15,9 anos para homens. Ou seja, um valor superior a 3 anos desde 1970 para mulheres e homens. Tanto em relação à esperança de vida à nascença, como aos 65 anos, o Japão obteve em 2003 os valores

mais favoráveis (Gráfico 1.5). **Estima-se que a esperança de vida aos 65 anos aumentará nas próximas décadas.** Os cálculos da OCDE prevêem que, em 2040, a esperança de vida aos 65 anos alcançará, em média nos países da OCDE, 21,6 anos para as mulheres e 18,1 anos para os homens.

- Todos os países da OCDE obtiveram **progressos consideráveis na redução das taxas de mortalidade infantil** nas últimas décadas, graças à melhoria global das condições económicas e sociais, bem como à melhoria dos serviços de saúde na área dos cuidados pós-natais, incluindo-se o acesso à imunização das crianças. Portugal viu a sua taxa de mortalidade infantil decrescer cerca de 90% desde 1970, deixando de ser o país com a mais alta taxa na Europa para se tornar num dos países com a mais baixa, em 2003. Também houve reduções importantes da mortalidade infantil no México, na Turquia e em outros países do sul da Europa, tal como Itália, Espanha e Grécia. Em 2003, a Islândia, o Japão e alguns países nórdicos tiveram as menores taxas de mortalidade infantil entre os países da OCDE (Gráfico 1.20).

Os países da OCDE enfrentam custos de saúde crescentes

- Embora os países da OCDE tenham ganho uma longevidade impressionante nas últimas décadas, os custos com a saúde também aumentaram ao longo do tempo, e na maioria dos países, as despesas em saúde, aumentaram a um ritmo mais rápido que o crescimento económico global. **Em 2003, os países da OCDE consagraram, em média, 8,8% do seu PIB às despesas com a saúde, acima de 7,1% em 1990 e bastante mais que os 5% em 1970.** No entanto, a proporção do PIB consagrada às despesas com a saúde varia consideravelmente nos países, indo de 15% nos Estados- Unidos a menos de 6% na República Eslovaca e na Coreia. A Suíça e a Alemanha, que gastaram respectivamente 11,5% e 11,1% do seu PIB com saúde, acompanham os Estados- Unidos no tocante aos maiores gastos em saúde em percentagem do PIB em 2003 (Gráfico 3.7).
- **O aumento dos gastos em saúde pode ser atribuído a vários factores.** De modo geral, **os países da OCDE com PIB per capita mais elevado, têm tendência a gastar mais dinheiro por habitante em saúde** (Gráfico 3.10). No entanto, há variações significativas entre os países, o que pode, em parte, ser o reflexo de decisões políticas relativas aos níveis de despesas apropriadas, aos diversos financiamentos e estruturas organizacionais dos sistemas de saúde, e o valor perceptível das despesas adicionais de saúde face a outros bens e serviços. **Os progressos da capacidade da medicina em prevenir, diagnosticar e tratar as condições sanitárias, constituem o principal factor na orientação do crescimento dos gastos em saúde.** Vários factores afectam o desenvolvimento e a difusão de novas tecnologias médicas e de novos medicamentos, incluindo-se o processo de tomada de decisão sobre o modo de financiamento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos. **O envelhecimento da população também contribui para o aumento das despesas de saúde.** A percentagem da população com 65 anos ou mais aumentou em todos os países da OCDE (Gráfico 5.3), e espera-se que isso continue nos próximos anos e décadas, particularmente em resultado do envelhecimento da geração do "baby-boom" (que começará a atingir a idade de 65 anos a partir de 2010). Na medida em que as populações mais idosas tendem a precisar de

maiores cuidados de saúde a longo prazo, espera-se que o envelhecimento da população aumente as despesas públicas nessas áreas.

Os gastos em saúde estão a aumentar a pressão sobre os orçamentos públicos.

- Considerando-se a predominância da cobertura de seguro saúde financiada pelo sector público ou o financiamento público directo na maioria dos países da OCDE, o sector público representa a maior parte das despesas públicas em todos os países, com excepção dos Estados-Unidos, México e Coreia (Gráfico 3.17). Mesmo nos Estados Unidos, onde o sector privado desempenha um papel excepcionalmente importante no financiamento, as despesas públicas de saúde representam 6.6% do PIB, e são comparáveis à média dos países da OCDE.
- Na última década podem-se considerar dois períodos distintos em termos de aumento das despesas públicas com a saúde nos países da OCDE. No período 1992-1997, ao crescimento económico verificado, correspondeu a um aumento semelhante ou até mais lento das despesas públicas de saúde. Porém, nos últimos anos, **as despesas públicas de saúde aumentaram mais rapidamente que o crescimento económico em todos os países da OCDE.** Em alguns países como o Reino Unido e o Canadá, o recente aumento das despesas públicas de saúde reflectiram as políticas deliberadas destinadas a aliviar as pressões da procura, decorrente da contenção de gastos nos meados dos anos 90 (Gráfico 3.6).
- O rápido aumento das despesas com medicamentos nos últimos anos – mais de 5% de crescimento anual, em média, desde 1997 – foi um factor importante no aumento global das despesas totais de saúde. De facto, **na maioria dos países da OCDE, o aumento das despesas farmacêuticas ultrapassou o aumento verificado no total das despesas de saúde** nesse período. Nos Estados-Unidos e na Austrália, as despesas farmacêuticas aumentaram em mais do dobro da taxa de crescimento das despesas de saúde totais nesse período. Também foi observado um aumento significativo na Irlanda e na Coreia, embora a partir de uma base por habitante relativamente baixa no início do período. A taxa de crescimento foi muito mais moderada no Japão (Gráfico 3.16).
- Em média, nos países da OCDE, **60% das despesas farmacêuticas provêm de fundos públicos, sendo o resto basicamente suportado pelos utentes e, numa menor medida, por seguros privados.** No entanto, esta média esconde uma variação muito ampla, oscilando entre os valores mais baixos de 11% no México e 21% nos Estados-Unidos, ao valor mais elevado de 86% na Irlanda. Uma razão para esta discrepância pode justificar-se pelo facto de se considerarem, os produtos farmacêuticos cobertos ou não por programas nacionais de saúde e serem financiados com recursos públicos (Quadro 3.11).
- Em 2003, **as despesas com medicamentos por pessoa foram mais elevadas nos Estados-Unidos (mais de 700 USD por pessoa), seguindo-se a França (pouco mais de 600 USD), o Canadá e a Itália (aproximadamente 500 USD).** As despesas mais baixas, correspondentes a pouco mais de 100 USD, verificaram-se no México e na Turquia. As variações nas despesas com medicamentos entre os países reflectem as

diferenças de volume, estrutura do consumo e nível de preço. A diferença nos níveis de rendimento entre os países também afecta as despesas com medicamentos (Gráfico 3.14).

A redução insuficiência de recursos destinados aos cuidados de saúde poderá causar problemas em alguns países.

- **A constatação da escassez de médicos é uma grande preocupação em muitos países.** A quantidade, a distribuição e a formação dos médicos em exercício são influenciadas por vários factores, incluindo-se restrições impostas no acesso à profissão, à escolha da especialidade, à remuneração e a outros aspectos das condições de trabalho e as migrações. **Em 2003, houve grandes variações no número de médicos praticantes por habitante nos países da OCDE. Variavam de mais de 4 médicos para cada 1.000 habitantes na Itália e na Grécia, para níveis inferiores a 2 médicos para cada 1.000 habitantes na Turquia, México e Coreia.** O número de médicos por 1000 habitantes também era relativamente baixo no Japão, Canadá, Reino-Unido e Nova Zelândia. Tradicionalmente, esse último grupo de países tem controlado o acesso (a admissão) às escolas de medicina.
- **Médicos formados no estrangeiro representam uma proporção substancial da força de trabalho dos médicos de alguns países.** Em 2000, a proporção de médicos formados no estrangeiro excedeu em a 20% todos os médicos a exercer nos países de língua inglesa, como a Nova Zelândia, Reino-Unido, Estados- Unidos e Canadá. Por outro lado, a proporção de médicos formados no estrangeiro era muito mais baixa no Japão, Áustria e na França (Gráfico 2.4). As migrações internacionais pode aumentar a flexibilidade dos mercados de trabalho para os médicos e outros profissionais da saúde nos países receptores, mas dá origem a problemas sérios relacionados com a " fuga de cérebros", quando há nitidamente fluxos de pessoal a longo prazo dos países de menor rendimento para os de rendimento mais elevado.
- Novos dados sobre as remunerações **dos médicos** são apresentados nesta terceira edição de *Panorama da Saúde – Indicadores 2005 da OCDE*, para os médicos clínicos gerais (GP) e os especialistas (fazendo-se uma distinção entre médicos assalariados e autónomos). Comparado o rendimento médio nacional, o rendimento dos médicos varia consideravelmente de um país para outro. O rendimento **dos médicos especialistas independentes é relativamente alto nos Países-Baixos, Estados- Unidos, Bélgica e Canadá.** Por outro lado, os médicos especialistas na Hungria e na República Checa (sem distinção entre os assalariados e independentes) ganham relativamente menos, quando comparamos os seus rendimentos com o rendimento médio nacional em outros países (Gráfico 2.9).
- Também há relatórios sobre a actual escassez de pessoal de enfermagem em quase todos os países da OCDE. **Como no caso dos médicos, há variações substanciais na quantidade de pessoal de enfermagem nos países da OCDE,** embora a comparabilidade dos dados seja limitada em razão da inclusão das diversas categorias deste grupo profissional. A Irlanda, a Islândia e os Países-Baixos têm o maior número de enfermeiras por habitante, com mais de 13 enfermeiras para cada 1.000 habitantes em 2003. Na extremidade mais baixa da escala, havia menos de 4 enfermeiras para cada

1.000 habitantes na Turquia, Coreia, México e Grécia (Gráfico 2.5). Observando-se as tendências ao longo dos anos, entre 1990 e 2003, o número de enfermeiras por habitante continuou a aumentar, pelo menos ligeiramente na maioria dos países, começando contudo a decrescer na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Polónia (Gráfico 2.6).

- Os dados sobre as remunerações **do pessoal de enfermagem** referem-se apenas ao pessoal assalariado dos hospitais. Com base nos dados de doze países, observa-se que o rendimento do pessoal de enfermagem, comparado com o PIB per capita é mais elevado em Portugal, seguido da Austrália e da Nova Zelândia. O rendimento relativo, é mais baixo na República Checa e na Hungria, bem como na Noruega (Gráfico 2.11).
- Também há preocupações em alguns países quanto a insuficiência de equipamentos de diagnóstico ou de terapêutica para garantir o acesso em tempo útil às tecnologias de ponta. **A disponibilidade das tecnologias de diagnóstico, tais como os TAC e RM, aumentou na última década em todos os países da OCDE.** A RM sendo uma tecnologia mais recente que a TAC, a quantidade destes equipamentos aumentou a um ritmo mais rápido a partir de 1990 (Quadro 2.8). No entanto, há sempre grandes variações na difusão dessas tecnologias médicas, sendo o Japão o país que, de forma destacada apresenta o maior número de TAC e RM por habitante. Na outra ponta da escala, não é surpreendente verificar, em razão dos custos elevados desse equipamento, que o número de unidades RM por habitante é mais baixo no México, seguido da Polónia, República Eslovaca e da República Checa (Gráficos 2.13 e 2.14).

Dar uma maior ênfase à prevenção poderia criar oportunidades para continuar a melhorar a saúde, enquanto se reduziria a pressão sobre os sistemas de cuidados de saúde.

- Às vezes, os sistemas de cuidados de saúde são criticados porque dão muita ênfase às “situações de doença”: porque cuidar da doença, mas não fazer o suficiente para preveni-la. Na verdade, **apenas aproximadamente 3% em média dos gastos em saúde actuais são utilizados nos programas de prevenção e de saúde pública nos países da OCDE** (Gráficos 3.12).
- A imunização das crianças foi indicada como sendo uma das medidas preventivas mais eficazes para reduzir a doença e a mortalidade infantis. **Aproximadamente dois terços dos países da OCDE conseguiram alcançar 95% ou mais de cobertura da vacina DTP (difteria, tétano e poliomielite), nível exigido para que a população atinja a imunidade geral. Para o sarampo, cerca da metade dos países da OCDE possuem o mesmo nível de cobertura.** Em alguns dos países mais ricos da OCDE, tendo como referência o PIB per capita, como a Irlanda, Noruega e Áustria, a cobertura da vacinação é inferior à média para a difteria e o sarampo (Gráfico 2.21).
- Na última década, a imunização contra a gripe nas pessoas idosas têm-se generalizado continuamente nos países da OCDE, como uma forma de prevenir a doença, a hospitalização e a mortalidade desse grupo populacional, que comporta um maior risco de desenvolver sérias complicações decorrentes da gripe. **Em 2003, a taxa de vacinação contra a gripe das pessoas idosas variou de menos de 40% na República Checa, República Eslovaca e Hungria, para mais de 75% na Austrália, Coreia, e Países-**

Baixos. A taxa de vacinação contra a gripe também permaneceu em 60% na maioria dos países do G7, com excepção da Alemanha e do Japão, onde menos de 50% da população idosa afirmou que foi vacinada contra a gripe em 2003 (Gráfico 2.23).

Os factores de risco para a saúde estão evoluindo

- **Muitos países da OCDE conseguiram progressos consideráveis nas duas últimas décadas, graças à redução do consumo de tabaco,** embora essa ainda seja a principal causa de morte prematura. Grande parte desse declínio pode ser atribuído às políticas visando à redução do consumo de tabaco, consciencializando a população através de campanhas publicitárias e impostos mais elevados. Actualmente, as percentagens de adultos fumadores são inferiores a 20% na Austrália, Canadá, Suécia e Estados-Unidos, abaixo dos 33% constatados no final dos anos 1970. Na outra ponta da escala, mais de 33% dos adultos da Grécia, Hungria e Luxemburgo continuam a fumar diariamente (Gráfico 4.1).
- **Nas últimas duas décadas, o consumo médio de álcool por adulto tem decrescido gradualmente em muitos países da OCDE.** A intensificação das campanhas publicitárias, as restrições de vendas e os impostos revelaram-se medidas efectivas para reduzir o consumo de álcool. Os países que tradicionalmente produzem vinho, como a Itália e França, viram o consumo de álcool por habitante cair substancialmente a partir de 1980. Por outro lado, o consumo de álcool por habitante cresceu em mais de 40% na Irlanda (Gráficos 4.6 e 4.7).
- Em muitos países da OCDE, o **aumento dos índices de excesso de peso e da obesidade das crianças e dos adultos está a tornar-se rapidamente a principal preocupação da saúde pública.** A obesidade é um factor de risco conhecido em vários problemas de saúde, incluindo a hipertensão, o colesterol elevado, a diabetes, as doenças cardiovasculares, as artrites e algumas formas de cancro. **Mais de 50% dos adultos são actualmente considerados com peso excessivo ou como obesos em dez países da OCDE:** Estados-Unidos, México, Reino-Unido, Austrália, República Eslovaca, Grécia, Nova Zelândia, Hungria, Luxemburgo e República Checa (Quadro 4.6).
- Ao analisarmos a obesidade (que inclui riscos sanitários mais graves do que apenas o excesso de peso), observamos que **a prevalência da obesidade entre os adultos varia entre de um baixo índice de 3% no Japão e na Coreia e um elevado índice de 31% nos Estados-Unidos.** Deve-se no entanto considerar que o cálculo deste índice, na maioria dos países baseia-se em dados *fornecidos directamente pelo entrevistado*, o que não é o caso dos Estados-Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Reino-Unido, onde as estimativas se baseiam na *medição real* da altura e do peso das pessoas. Os dados fornecidos directamente sobre a altura e o peso não são tão fiáveis quanto os dados obtidos através de medições específicas, verificando-se habitualmente uma sub-estimação do peso. Isso significa que **as estimativas actuais das taxas de obesidade na maioria dos países da OCDE subestimam a verdadeira prevalência da obesidade** (Gráficos 4.12 e 4.13).
- **O facto da obesidade estar associada a elevados altos riscos de doenças crónicas relaciona-a com significativos custos adicionais dos cuidados de saúde.** Estimativas

elaboradas nos Estados-Unidos indicam que os custos dos cuidados de saúde dos medicamentos são, respectivamente, 36% e 77% mais elevados para as pessoas obesas do que para as pessoas com peso normal (Stum, 2002). Como há um intervalo de vários anos entre a situação de obesidade e os problemas de saúde relacionados com esta, depreende-se que o aumento da obesidade observado na maioria dos países da OCDE nas duas décadas passadas dará lugar a custos de cuidados de saúde mais elevados no futuro.

© OECD 2005

Este sumário não é uma tradução oficial da OCDE.

A reprodução deste sumário é permitida desde que sejam mencionados o copyright da OCDE e o título da publicação original.

Os sumários multilíngües são traduções dos excertos da publicação original da OCDE, publicada originariamente em Inglês e Francês.

Encontram-se livremente disponíveis na livraria on-line da OCDE
www.oecd.org/bookshop/

Para maiores informações, entrar em contato com a OECD Rights and Translation unit,
Public Affairs and Communications Directorate.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

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

Visite nosso sítio www.oecd.org/rights/

OECD  OCDE

OECD 