



COMISSÃO
EUROPEIA

Bruxelas, 4.4.2014
COM(2014) 215 final

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO

sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes

1. Introdução

Os sistemas de saúde¹ desempenham um papel central nas sociedades modernas ao ajudar as pessoas a manter e a melhorar a sua saúde. Os sistemas de saúde devem acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida.

Os sistemas de saúde nos Estados-Membros da UE são diferentes, refletindo diferentes opções sociais. No entanto, apesar das diferenças organizacionais e financeiras, baseiam-se em valores comuns, tal como reconhecidos pelo Conselho de Ministros da Saúde em 2006:² universalidade, acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, equidade e solidariedade.

Os sistemas de saúde da UE interagem cada vez mais entre si. A entrada em vigor da Diretiva 2011/24/UE³ foi um passo fundamental para aumentar esta interação. O reforço da cooperação entre os sistemas de saúde deve ajudá-los a funcionar melhor quando confrontados com o aumento da mobilidade dos doentes e dos profissionais de saúde.

Ao longo da última década, os sistemas de saúde europeus têm enfrentado desafios comuns cada vez maiores: os custos crescentes dos cuidados de saúde, o envelhecimento demográfico associado a um aumento das doenças crónicas e da multimorbilidade que leva ao aumento da procura de cuidados de saúde, a escassez e a distribuição desigual dos profissionais de saúde, as desigualdades em termos de saúde e as desigualdades em matéria de acesso aos cuidados de saúde.

Além disso, nos últimos anos, a crise económica tem limitado os recursos financeiros disponíveis e, por conseguinte, agravado as dificuldades dos Estados-Membros em garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de saúde.⁴ Por sua vez, isso prejudica a capacidade dos Estados-Membros de proporcionar o acesso universal a cuidados de saúde de boa qualidade. Os sistemas de saúde têm de ser resilientes: devem ser capazes de se adaptar eficazmente a ambientes em mutação, enfrentando desafios consideráveis com recursos limitados.

Esta interdependência crescente e estes desafios comuns exigem uma cooperação mais estreita. Em 2006, os Estados-Membros adotaram objetivos comuns sobre a acessibilidade, a qualidade e a sustentabilidade financeira dos cuidados de saúde, no contexto do método aberto de coordenação sobre a proteção social e a inclusão social⁵. Em 2011, o Conselho dos Ministros da saúde lançou um processo de reflexão a nível da UE para ajudar os Estados-Membros a proporcionarem sistemas de

¹ Na presente comunicação, os sistemas de saúde são definidos como sistemas que procuram prestar aos doentes serviços de cuidados de saúde — sejam eles preventivos, de diagnóstico, curativos ou paliativos — cujo objetivo principal é melhorar a saúde.

² Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia (JO C 146 de 22.6.2006).

³ Diretiva 2011/24/UE (JO L 88 de 4.4.2011).

⁴ Tal é igualmente realçado nas Conclusões do Conselho sobre o relatório conjunto relativo aos sistemas de saúde na UE do Comité de Política Económica (CPE)/Comissão Europeia (7 de dezembro de 2010).

⁵ Parecer Conjunto do Comité da Proteção Social/Comité de Política Económica sobre a Comunicação da Comissão intitulada «Trabalhar em conjunto, trabalhar melhor: Um novo enquadramento para o método aberto de coordenação aplicado às políticas de proteção social e inclusão social na União Europeia», aprovado pelo EPSCO em 10 de março de 2006.

saúde modernos, com capacidade de resposta e sustentáveis.⁶ Reconheceu que, «*se a garantia do acesso equitativo a serviços de cuidados de saúde de elevada qualidade em circunstâncias de escassos recursos, nomeadamente económicos, sempre foi uma questão-chave, atualmente são a dimensão e a urgência da situação que estão a mudar, podendo tornar-se num facto crucial na futura paisagem económica e social da UE, caso não se procure encontrar uma solução*».

Em dezembro de 2013, nas suas conclusões «Rumo a sistemas de saúde modernos, reativos e sustentáveis», o Conselho dos Ministros da Saúde subscreveu os progressos realizados e apelou a uma intensificação dos esforços desenvolvidos neste domínio.⁷

Na Análise Anual do Crescimento (AAC) para 2014⁸ «a principal prioridade agora consiste em criar crescimento e competitividade», a fim de construir uma recuperação duradoura. Com este objetivo em mente, a AAC salienta a necessidade de melhorar a eficiência e a sustentabilidade financeira dos sistemas de proteção social, melhorando simultaneamente a sua eficácia e adequação na resposta às necessidades sociais e garantindo redes de segurança social essenciais. Reconhece também a importância do setor dos cuidados de saúde para encontrar uma solução para as consequências sociais da crise económica, sublinhando que os serviços de cuidados de saúde são um domínio que irá gerar significativas oportunidades de emprego nos próximos anos. Recomenda que sejam desenvolvidas estratégias ativas de inclusão social, incluindo um amplo acesso a serviços de saúde abordáveis e de qualidade.

Isto já tinha sido sublinhado em 2013, quando onze Estados-Membros⁹ foram destinatários de recomendações no sentido de reformarem os seus sistemas de saúde no âmbito do Semestre Europeu. A maioria destas recomendações incidiu sobre a sustentabilidade e a relação custo-eficácia dos sistemas de saúde, apelando a reformas no setor hospitalar, na fixação dos preços dos serviços de saúde, dos cuidados ambulatoriais e dos cuidados primários. Três recomendações também apelaram à manutenção ou à melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Para além do seu valor intrínseco, a saúde é igualmente uma condição prévia para a prosperidade económica, tal como reconhecido no documento de trabalho dos serviços da Comissão «Investir na saúde», que faz parte do Pacote de Investimento Social.¹⁰ A saúde da população influencia os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de mão-de-obra, capital humano e despesas públicas. O setor dos cuidados de saúde é fortemente orientado para a inovação e tem grande importância económica: representa 10 % do PIB da UE. Além disso, é uma atividade muito

⁶ Conclusões do Conselho «Rumo a sistemas de saúde modernos, reativos e sustentáveis» (6 de junho de 2011).

⁷ Conclusões do Conselho sobre o Processo de reflexão sobre sistemas de saúde modernos, reativos e sustentáveis (10 de dezembro de 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Áustria, Bulgária, República Checa, Alemanha, Finlândia, França, Malta, Polónia, Roménia, Eslováquia e Espanha.

¹⁰ COM(2013) 83.

intensiva em termos de mão-de-obra e constitui um dos maiores setores da UE: a mão-de-obra no setor dos cuidados de saúde representava 8 % de todos os postos de trabalho na UE em 2010.¹¹

Com base na experiência e no trabalho efetuado nos últimos anos e com vista a desenvolver abordagens a nível da UE, a presente Comunicação concentra-se em ações destinadas a:

1. reforçar a eficácia dos sistemas de saúde
2. aumentar a acessibilidade dos cuidados de saúde
3. melhorar a resiliência dos sistemas de saúde

2. Reforçar a eficácia dos sistemas de saúde

A qualidade dos cuidados de saúde, elemento fundamental do desempenho dos sistemas de saúde, engloba a eficácia dos cuidados, a segurança dos doentes e a sua experiência dos doentes. Estão em curso trabalhos em matéria de segurança dos doentes a nível da UE¹² e a experiência dos doentes é um fator crucial que irá receber uma atenção acrescida no futuro.

A presente comunicação foca a eficácia: a capacidade dos sistemas de saúde de gerar resultados positivos, ou seja, de melhorar a saúde da população.

Será cada vez mais importante medir a eficácia dos sistemas de saúde, especialmente porque estes não são o único fator com incidência sobre a melhoria da nossa saúde. Embora ainda continue a haver grandes variações na esperança de vida entre Estados-Membros, em termos gerais vivemos agora mais tempo e com melhor saúde do que as gerações anteriores. Tal deve-se sobretudo aos progressos consideráveis alcançados no domínio da saúde pública e fora do sistema de saúde. Também se esperam novas melhorias, como por exemplo a redução do número de fumadores, a redução do consumo de álcool, uma melhor alimentação e uma maior atividade física. Há um consenso geral no sentido de que a contribuição do setor dos cuidados de saúde para uma população saudável aumentou de forma muito acentuada nos últimos cinquenta a sessenta anos.

A recolha de informações que permitam comparar a eficácia dos sistemas de saúde encontra-se ainda numa fase inicial. Os exemplos a seguir apresentados mostram os domínios em que a contribuição dos sistemas de saúde para a melhoria da saúde é mais evidente, apoiados por indicadores disponíveis a nível da UE (ou seja, mortalidade perinatal, mortalidade evitável, incidência de doenças evitáveis por vacinação e rastreio do cancro). Esta comparação revela grandes variações entre os Estados-Membros da UE.

Mortalidade perinatal

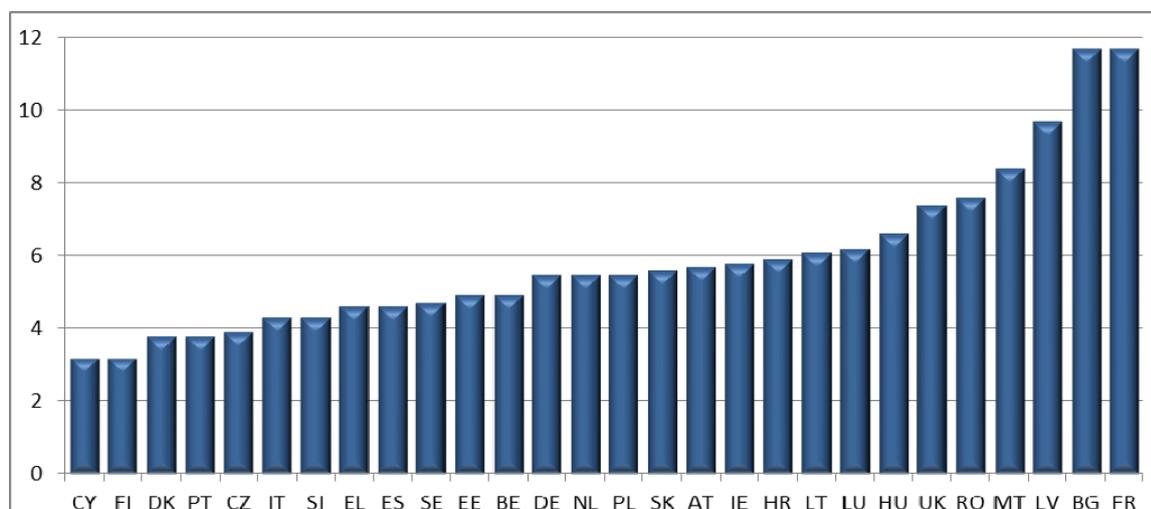
A mortalidade perinatal é calculada como a soma da mortalidade fetal tardia (após 28 semanas de gestação) e a mortalidade neonatal precoce (nos sete dias após o parto). Em comparação com a

¹¹ SWD(2012) 93, que acompanha o documento COM(2012) 173.

¹² Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (JO C 151 de 3.7.2009).

mortalidade infantil¹³, não está tão associada a fatores socioeconómicos e, por conseguinte, é um indicador mais fiável da eficácia dos sistemas de saúde.

Figura 1: taxas de mortalidade perinatal por 1000 nascimentos (2011 ou dados mais recentes)



Fonte dos dados: Base de dados do Eurostat, projeto Europeristat (desenvolvido pelos serviços da Comissão)

A taxa de mortalidade perinatal baixou nos últimos cinco anos na maioria dos Estados-Membros, embora alguns países tenham registado um aumento da taxa durante este período.

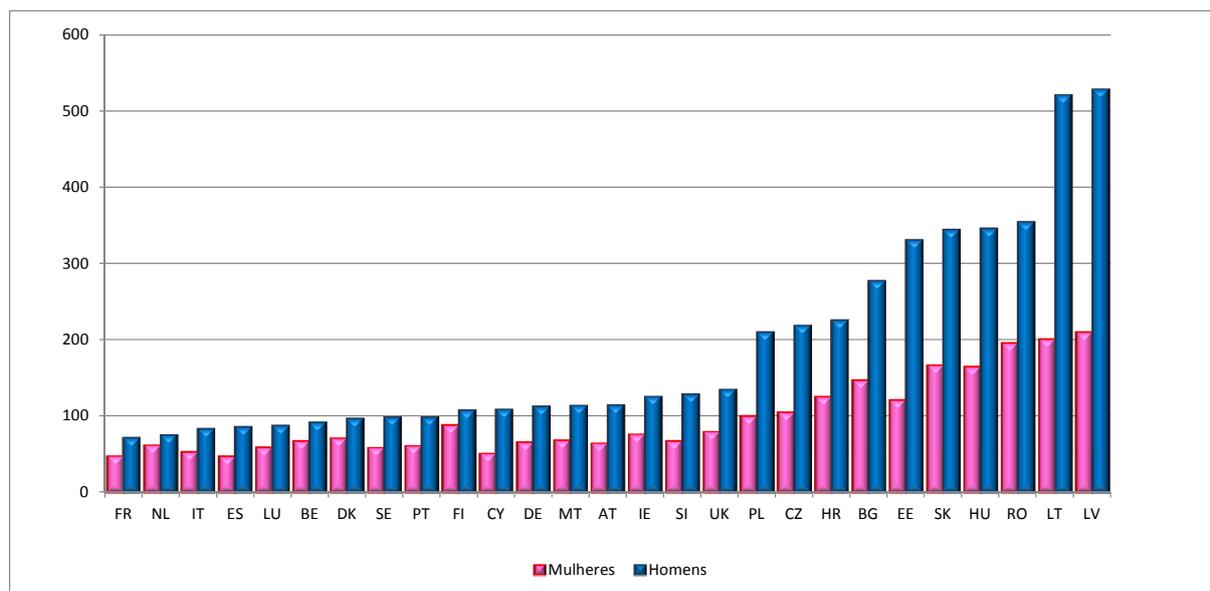
Mortalidade evitável

A mortalidade evitável define-se como o número de mortes prematuras que não devem ocorrer se se prestarem cuidados de saúde atempadamente e com eficácia. É um indicador fundamental utilizado para explorar o contributo dos sistemas de saúde para os resultados em matéria de saúde.¹⁴ A mortalidade evitável combina as taxas de mortalidade padrão para um conjunto selecionado de doenças em que se estima que os cuidados de saúde tenham um impacto direto.

¹³ A mortalidade infantil é o número de mortes de crianças no primeiro ano de vida por 1 000 nados vivos.

¹⁴ Em princípio, as comparações da «mortalidade evitável» deveriam ter em conta a incidência de doenças e não apenas os óbitos respeitantes às doenças em causa, mas nem sempre estão disponíveis dados comparáveis.

Figura 2: mortalidade evitável, taxas de mortalidade padrão por 100 000 habitantes — 2010



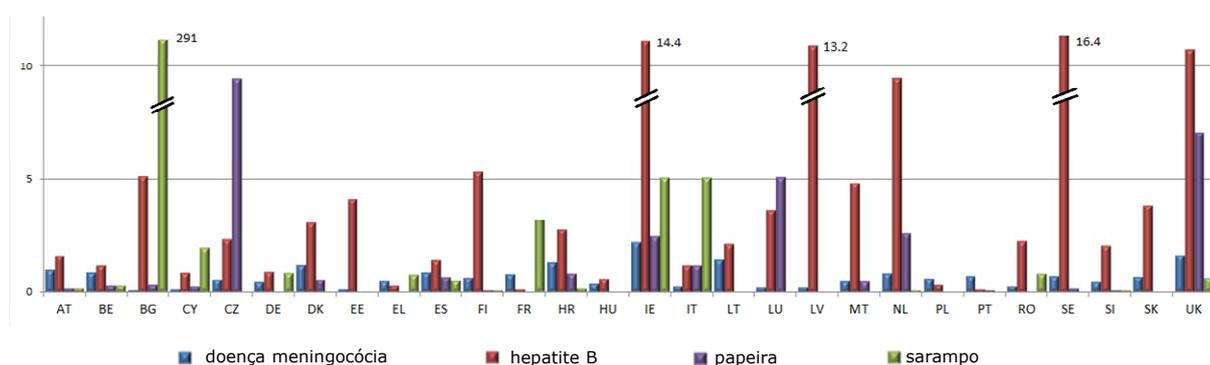
Fonte dos dados: Eurostat (os dados relativos à Grécia não estão disponíveis)

Quase todos os Estados-Membros conseguiram reduzir a taxa de mortalidade evitável entre 2000 e 2010, embora as taxas de redução variem consideravelmente entre eles.

Doenças transmissíveis

A incidência de determinadas doenças transmissíveis é diretamente afetada pela prestação dos serviços de saúde adequados: as campanhas de imunização reduziram drasticamente a incidência de doenças evitáveis através da vacinação (embora, em alguns países, haja sinais preocupantes de declínio das taxas de vacinação).

Figura 3: incidência de doenças evitáveis através da vacinação — casos confirmados por 100 000 habitantes — 2011



Fonte dos dados: Relatório epidemiológico anual de 2012 do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)

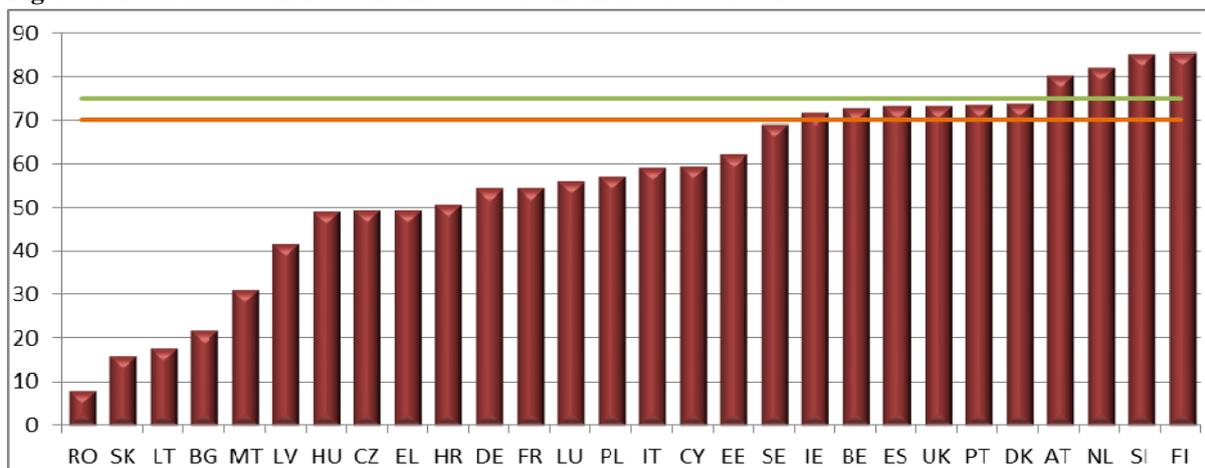
Mesmo focando apenas um pequeno conjunto de doenças evitáveis através da vacinação (doença meningocócica, hepatite B, papeira e sarampo), as taxas de incidência nos diferentes Estados-Membros variam significativamente.

Rastreio do cancro

O diagnóstico precoce do cancro colorretal, do cancro colo do útero e do cancro da mama através de programas organizados de rastreio a nível populacional constitui um indicador útil da eficácia do sistema de cuidados de saúde nas abordagens dos setores em risco. O Conselho recomendou a execução desses programas em conformidade com orientações europeias relativas à garantia da qualidade.¹⁵

É no cancro da mama que se têm registado mais progressos. Os programas nacionais de rastreio cumprem geralmente as orientações da UE no que se refere à definição da faixa etária (mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade) e às recomendações sobre a frequência das mamografias. No entanto, embora as orientações europeias identifiquem uma taxa de rastreio desejável de, pelo menos, 75% de mulheres elegíveis) e uma taxa aceitável de 70%), apenas alguns Estados-Membros atingiram esta taxa em 2010.

Figura 4: rastreio do cancro da mama — % de mulheres 50-69 rastreadas



Fonte dos dados: Panorama da Saúde: Europa 2012, OCDE; estatísticas nacionais

Principais constatações

Podem ser feitas algumas observações iniciais em relação a estes indicadores específicos, embora eles não sejam suficientemente representativos para apoiar uma avaliação geral dos sistemas de saúde. Ilustram grandes variações entre os Estados-Membros da UE. Mostram também que os resultados em termos de saúde são pluridimensionais e difíceis de definir. Em geral, a avaliação da eficácia dos sistemas de saúde é um problema complexo: as medidas de cuidados de saúde podem só surtir efeito passado muito tempo, comprometendo a comparabilidade e a fiabilidade dos dados. No entanto, estão a envidar-se esforços para melhorar esta situação.

A Comissão apoiou o desenvolvimento dos Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia (ECHI), um conjunto de indicadores para o monitorizar a saúde da população e o desempenho dos sistemas de saúde. Também foram emitidos vários relatórios, avaliando os sistemas de saúde europeus.

¹⁵ Recomendações do Conselho, de 2 de dezembro de 2003, sobre o rastreio do cancro (JO L 327 de 16.12.2003). Ver também orientações europeias para garantir a qualidade do rastreio e do diagnóstico do cancro colorretal, do rastreio do cancro do colo do útero e do rastreio e do diagnóstico do cancro da mama.

Exemplos particularmente valiosos são o relatório conjunto do CPE/Comissão Europeia relativo aos sistemas de saúde, publicado em 2010, e a série «Panorama da Saúde: Europa», publicado pela OCDE e pela Comissão.

Em 2013 deu-se outro passo importante: o Comité da Proteção Social desenvolveu um quadro de avaliação comum sobre a saúde, como primeiro mecanismo para detetar possíveis problemas nos sistemas de saúde dos Estados-Membros. Este quadro constitui uma contribuição fundamental para a avaliação comparativa do desempenho dos sistemas de saúde, tendo em conta a disponibilidade de dados a nível da UE. Por último, os programas-quadro de investigação e de desenvolvimento tecnológico financiaram vários projetos destinados a desenvolver indicadores e metodologias para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde.¹⁶

3. Aumentar a acessibilidade dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde têm de ser acessíveis. Este é um dos princípios enunciados na Carta Social Europeia¹⁷, que salienta a importância de critérios transparentes para o acesso ao tratamento médico e a obrigação dos Estados-Membros de disporem de um sistema de saúde que não exclua partes da população de receber serviços de cuidados de saúde.

No entanto, o acesso aos cuidados de saúde é difícil de medir e não existe uma metodologia pormenorizada a nível da UE para a sua monitorização e para promover as melhores práticas. Este seria um passo importante no sentido de reduzir as desigualdades no domínio da saúde.¹⁸

Um indicador usado frequentemente é a variação a nível da UE na percentagem de residentes que notificam dificuldades de acesso a cuidados médicos por razões relacionadas¹⁹ com a acessibilidade dos sistemas de saúde: o tempo de espera, a distância a percorrer e a partilha dos custos. No entanto, as conclusões são retiradas de necessidades comunicadas pelos próprios e podem, por conseguinte, sofrer de distorções culturais quando comparadas entre países.

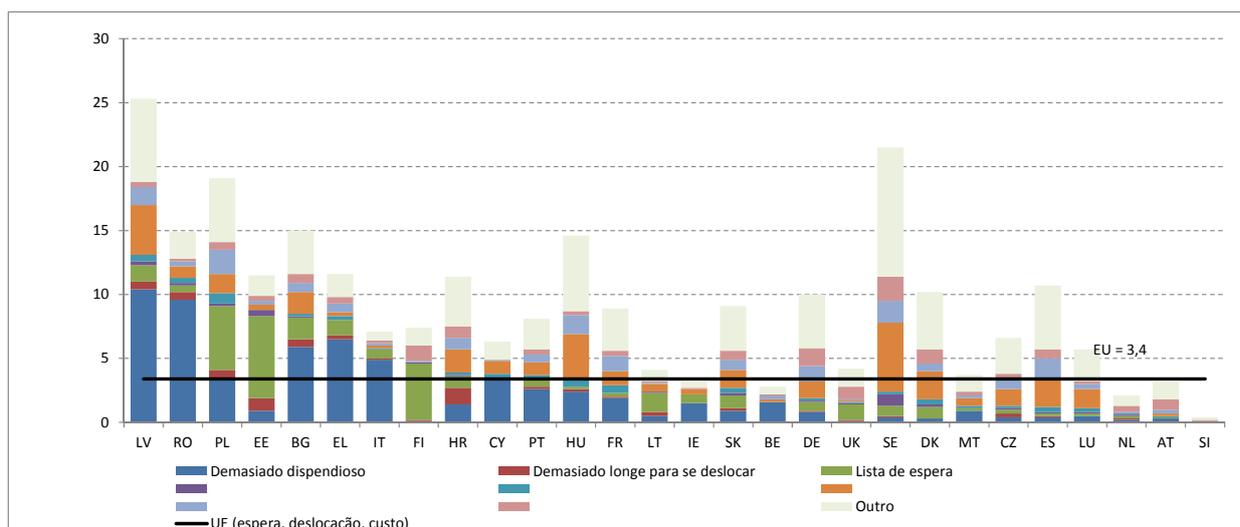
Figura 5: necessidades não satisfeitas de exame médico declaradas pelo próprio, por motivo, em percentagem da população (%)

¹⁶ Ver, por exemplo, os projetos ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) e EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

¹⁷ Carta Social Europeia Revista, Estrasburgo, 3 de maio de 1996.

¹⁸ COM(2009) 567.

¹⁹ No presente inquérito, «outras razões» referem-se a razões não ligadas aos sistemas locais de saúde, por exemplo, «falta de tempo», «medo do médico», etc.



Fonte: Eurostat, Estatísticas do rendimento e das condições de vida 2012 (dados de 2011 para AT e IE)

O acesso aos cuidados de saúde é o resultado da interação entre diferentes fatores, incluindo a cobertura do sistema de saúde (ou seja, quem tem direito aos cuidados de saúde), a extensão da cobertura (isto é, a que é que os cidadãos têm direito), a abordabilidade dos preços e a disponibilidade de serviços de cuidados de saúde. O acesso aos cuidados de saúde é também diretamente afetado pelos modelos de organização e gestão utilizados nos sistemas de saúde. Os doentes podem ter mais dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, se os sistemas de saúde forem complexos e pouco transparentes.



Cobertura da população

Os serviços de saúde são principalmente financiados por fontes públicas em quase todos os Estados-Membros da UE. A cobertura dos cuidados de saúde é universal ou quase universal em todos os Estados-Membros; no entanto, algumas pessoas provenientes de meios sociais desfavorecidos são ainda excluídas de uma cobertura de saúde adequada.

Extensão de cobertura

Os tratamentos de cuidados de saúde com financiamento público diferem entre sistemas nacionais de saúde. Por exemplo, os cuidados dentários, os cuidados oftalmológicos e alguns tratamentos de

ponta são cobertos apenas em alguns Estados-Membros. Em vários Estados-Membros não existe qualquer definição explícita de tratamentos com financiamento público. Esta realidade dificulta a comparação e a análise que poderiam contribuir para um consenso sobre níveis mínimos ou ótimos de prestação de cuidados de saúde.

Preços abordáveis

As pessoas são frequentemente chamadas a contribuir financeiramente para o serviço de que necessitam, sob a forma de partilha de custos ou comparticipação. Esta será uma maneira de garantir que os serviços de saúde são utilizados de forma responsável; ao mesmo tempo, porém, esta comparticipação não deve constituir um obstáculo nem ter um efeito dissuasor para as pessoas obterem os cuidados de que necessitam. As medidas de contenção de custos nos sistemas de saúde, destinadas a promover uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, não devem reduzir indevidamente o acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade.

Disponibilidade (profissionais da saúde, distância do ponto de prestação de cuidados de saúde, listas de espera)

Os doentes devem ter um acesso razoável aos serviços de saúde: não devem ter de viajar demasiado longe ou esperar demasiado tempo para aceder ao serviço de que necessitam. Trata-se de um desafio particularmente importante nas zonas rurais e remotas.

Os problemas relacionados com a distância poderiam ser superados através de modelos mais integrados de cuidados de saúde, que melhoram o contacto entre os doentes e o sistema de saúde, e através de uma aceitação mais ampla das soluções de eSaúde.

Não existe qualquer definição a nível comunitário sobre a forma de medir os tempos de espera, embora este seja um conceito importante no Regulamento (CE) n.º 883/2004²⁰ e na Diretiva 2011/24/UE. Esta situação poderá mudar visto que a Diretiva 2011/24/UE melhora a responsabilização do sistema de saúde relativamente ao acesso aos cuidados de saúde através de uma maior transparência sobre a noção de «atraso indevido» quando em espera para um determinado tratamento.

O envelhecimento da população e o aumento de múltiplas doenças crónicas exigem várias combinações de competências com implicações para o conteúdo dos programas de formação. A separação entre profissões é suscetível de se tornar menos rígida através da criação de equipas multidisciplinares. A procura de capacidades e competências no setor da saúde está em constante mutação e as respetivas funções e profissões são suscetíveis de evoluir, a fim de satisfazer as necessidades da população. Por exemplo, tendo em conta as elevadas taxas de inatividade física na UE e dos fatores de risco para a saúde associados, os profissionais de saúde desempenham um papel

²⁰ Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social (JO L 166 de 30.4.2004).

fundamental no aconselhamento dos doentes sobre a importância da atividade física, trabalhando em conjunto com outros setores, como o setor do desporto.²¹

A fim de se antecipar a estes desenvolvimentos, os sistemas de planeamento da formação médica têm de ser mais inteligentes, responder mais rapidamente e estar em melhores condições para atrair estudantes para as especialidades mais necessárias.

Além disso, os factos demonstram que é necessário prestar a devida atenção aos medicamentos, dado que a parte das despesas privadas em medicamentos é consideravelmente maior do que no caso de outros tipos de cuidados de saúde com financiamento público.

As decisões nacionais em matéria de fixação de preços e reembolso têm impactos diretos e indiretos sobre a acessibilidade aos medicamentos em toda a UE: os produtos inovadores nem sempre são disponibilizados ao mesmo tempo em todos os Estados-Membros e em alguns países podem não estar à disposição de todos.

Um primeiro passo para melhorar esta situação foi dado através do processo de reflexão sobre a responsabilidade das empresas farmacêuticas, que incentivou a discussão entre as autoridades competentes responsáveis pela fixação de preços e reembolsos e outras partes interessadas, e que apoiou o intercâmbio transparente de informações sobre a forma de obter um melhor acesso aos medicamentos.

4. Melhorar a resiliência dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde modernos têm de permanecer não só acessíveis e eficazes, mas também ser sustentáveis a longo prazo. Para tal, têm de manter-se sustentáveis do ponto de vista orçamental. A Comissão apoia os Estados-Membros neste sentido, assegurando análises e previsões e recomendando reformas no contexto do processo do Semestre Europeu.

Os sistemas de saúde devem igualmente analisar fatores não orçamentais. Devem ser capazes de se adaptar eficazmente a ambientes em mudança e identificar e aplicar soluções inovadoras para fazer face aos desafios — escassez de competências especializadas e recursos em domínios específicos, aumentos inesperados da procura (por exemplo, por motivo de epidemias), etc. — com recursos limitados. Por outras palavras, têm de desenvolver e manter a resiliência.

Os sistemas de saúde da UE não resistiram da mesma forma à crise económica e alguns tiveram de aplicar reformas importantes e por vezes dolorosas num espaço de tempo muito curto. Com base na experiência das recentes reformas, a Comissão identificou os seguintes fatores de resiliência que permitiram a alguns sistemas de saúde manter serviços de saúde eficazes e acessíveis à sua população.

²¹ Recomendação do Conselho, de 26 de novembro de 2013, relativa à promoção transetorial das atividades físicas benéficas para a saúde (JO C 354 de 4.12.2013).



Mecanismos de financiamento estável

O financiamento estável permite o planeamento eficaz do investimento e facilitar a continuidade dos serviços na organização e gestão da prestação de cuidados de saúde. Os sistemas de saúde cujo financiamento se baseia em fontes de receita menos estáveis são mais suscetíveis de sofrer choques externos: por exemplo, os sistemas que se baseiam principalmente em contribuições ligadas ao emprego para o financiamento estão mais expostos às consequências de um aumento do desemprego. As reservas ou outras fórmulas anticíclicas para a transferência do orçamento governamental podem ajudar a garantir a estabilidade dos fundos.

Métodos sólidos de ajustamento do risco

Um sistema coerente de ajustamento do risco e a mutualização dos riscos são instrumentos fundamentais para garantir que os fundos são despendidos em função das necessidades. Por exemplo, quando várias companhias de seguros de saúde sociais recolhem contribuições sociais ou prémios de seguro, é utilizado um mecanismo de ajustamento/igualização do risco para ter em conta a dimensão, a estrutura idade/sexo e um indicador do padrão de morbilidade das pessoas seguradas por cada fundo. Trata-se de evitar a seleção de doentes e a discriminação e garantir que o financiamento é ajustado às necessidades.

Boa governança

A governança prende-se com responsabilidades bem definidas na gestão do sistema de saúde e das suas principais componentes, bem como uma forte liderança, com mecanismos de responsabilização sólidos e uma estrutura organizativa clara. Os sistemas poderão, assim, adaptar-se rapidamente a novos objetivos e prioridades e melhorar a sua capacidade de dar resposta a desafios importantes,

identificando e pondo em prática as medidas necessárias para apoiar decisões inteligentes de investimento.

Fluxos de informação no sistema

Um bom conhecimento dos pontos fortes e fracos e a capacidade para monitorizar informações, incluindo a nível de doentes individuais ou de prestadores de cuidados de saúde, permitem aos gestores dos sistemas de saúde tomar decisões orientadas e fundamentadas em subsectores específicos.

Os sistemas de informação baseados na eSaúde facilitam e apoiam o reforço de sistemas de informação com base em conhecimentos. Além disso, a eSaúde pode prestar cuidados de saúde mais personalizados, que sejam mais orientados, eficazes e eficientes e ajudem a reduzir erros e a minimizar a duração dos internamentos hospitalares.

Custo adequado dos cuidados de saúde

É essencial para compreender a complexidade dos processos que transformam os custos em resultados: de que modo os custos correspondem a recursos humanos e materiais, de que modo os recursos contribuem para as atividades (por exemplo, intervenções cirúrgicas, testes de diagnóstico), de que modo as atividades se agrupam em intervenções de cuidados de saúde e, por último, de que modo as intervenções de cuidados de saúde têm um impacto na saúde.

A avaliação das tecnologias da saúde é fundamental para garantir um método comum para avaliar a eficácia das intervenções e a correta valorização dos serviços e, por conseguinte, permitir aos responsáveis políticos atribuir recursos de uma forma mais eficiente.

A capacidade de definir de forma precisa o custo dos serviços de saúde não só é necessária para controlar a despesa, mas é também uma condição prévia para a tomada de decisões eficazes em matéria de investimento e para definir prioridades.

Uma mão-de-obra do setor da saúde com capacidades suficientes e com as competências adequadas

É essencial uma mão-de-obra no setor da saúde altamente qualificada e motivada com capacidades suficientes e com as competências adequadas para encontrar soluções inovadoras através de mudanças de organização e tecnológicas. Possuir uma estrutura eficaz dos incentivos é vital para a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde e para garantir que é dado destaque à prestação direta de cuidados de saúde.

5. Uma agenda da UE para sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes

A responsabilidade primária dos sistemas de saúde compete aos Estados-Membros. A UE adotou uma série de ações que podem apoiar os Estados-Membros, em particular, fornecendo orientações e ferramentas de monitorização ou de avaliação.

A Comissão criou um grupo de peritos independente para prestar aconselhamento em relação ao investimento na saúde.²² Este grupo irá fornecer análises e recomendações à Comissão sobre algumas das questões debatidas.

Apoiar o reforço da eficácia dos sistemas de saúde

Avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (HSPA)

O Conselho dos Ministros da Saúde convidou os Estados-Membros a utilizarem a HSPA para fins de definição de políticas, responsabilidade e transparência e convidou a Comissão a apoiar os Estados-Membros na utilização da HSPA.

Em resposta a este convite, a colaboração em matéria de HSPA fornecerá aos Estados-Membros ferramentas e metodologias, incluindo:

- capitalizar estudos financiados pela UE sobre medidas e indicadores de avaliação de desempenho;
- definir critérios e procedimentos para a seleção de áreas prioritárias para a HSPA a nível nacional e da UE;
- desenvolver um sistema de notificação orientado; e
- intensificar a cooperação com organizações internacionais, em especial a OCDE e a Organização Mundial de Saúde.

Este trabalho de colaboração pode igualmente permitir trabalhos mais orientados a nível da UE para reduzir as desigualdades, dando apoio a Estados-Membros que registem um desempenho abaixo da média da UE, para ajudar a melhorar a sua situação. Poderia igualmente ser fundamental para ajudar os Estados-Membros a cumprir os requisitos previstos na Diretiva 2011/24/UE em termos de informações sobre a qualidade e a segurança.

Qualidade dos cuidados de saúde, incluindo a segurança dos doentes

Na primavera de 2014, a Comissão tenciona apresentar o seu segundo relatório sobre a aplicação da recomendação do Conselho sobre a segurança dos doentes.²³ Com base nas conclusões do presente relatório, a Comissão tenciona discutir medidas para melhorar a segurança dos doentes e reduzir discrepâncias injustificadas entre os Estados-Membros e no interior dos mesmos.

As conclusões da recente consulta pública sobre a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde revelam que existe um grande interesse no desenvolvimento de uma agenda da UE mais vasta para fazer face aos problemas que têm um impacto sobre a qualidade dos cuidados de saúde. A Comissão pretende seguir esta questão de forma adequada.

Integração dos cuidados de saúde

²² Decisão da Comissão, de 5 de julho de 2012, relativa à criação de um grupo de peritos independente e multissetorial para prestar aconselhamento sobre formas eficazes de investir na saúde (JO C 198 de 6.7.2012).

²³ O primeiro relatório foi publicado em 2012: COM(2012)658.

A integração da prestação de cuidados de saúde deve ter lugar tanto entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (cuidados primários, cuidados hospitalares, etc.) como entre os serviços de saúde e de assistência social, em especial no que diz respeito a pessoas idosas ou as pessoas com doenças crónicas.

As reformas dos Estados-Membros, destinadas a reduzir a dependência dos seus sistemas de saúde nos cuidados hospitalares através de uma melhor integração dos cuidados de saúde, proporcionam uma oportunidade para o intercâmbio de experiências em áreas essenciais e para dar resposta às seguintes questões:

- Que doentes podem ser melhor ou igualmente bem tratados fora do âmbito hospitalar?
- Como podem as hospitalizações evitáveis ser reduzidas com êxito?

O grupo de peritos em matéria de investimento na saúde publicou um relatório sobre os cuidados primários e a integração dos cuidados de saúde, a partir do qual a Comissão lançou uma consulta pública com vista a identificar novos domínios de reflexão.

Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde

A mão-de-obra dos cuidados de saúde na UE

Foram identificadas lacunas consideráveis na capacidade dos Estados-Membros de planear as futuras necessidades de mão-de-obra no setor da saúde, quer em termos de volume global, quer de combinações de competências requeridas, a fim de responder às necessidades previstas nos cuidados de saúde.

As conclusões do plano de ação para a mão-de-obra no setor da saúde²⁴ contribuirão para melhor antecipar as necessidades de competências no futuro e proporcionarão dados importantes para a formação de futuras gerações de profissionais de saúde com as competências adequadas. Melhorar os dados disponíveis para reforçar os sistemas de planeamento nacionais também pode contribuir para fazer face aos desafios colocados pela mobilidade dos profissionais de saúde e para encontrar soluções que tenham em conta o direito de circular livremente na UE.

Os esforços de planeamento em termos de recursos humanos no setor da saúde devem produzir soluções sustentáveis a nível da UE para garantir um número suficiente de profissionais de saúde com formação adequada e as qualificações necessárias para prestar cuidados de saúde a todos os que necessitam. Para evitar futuras carências de mão-de-obra e inadequações de competências, a Comissão tem a intenção de continuar a trabalhar com os Estados-Membros na elaboração de recomendações, orientações, indicadores e instrumentos comuns, reforçando o apoio da UE ao planeamento dos Estados-Membros.

Boa relação custo-eficácia na utilização de medicamentos

A UE necessita de uma indústria farmacêutica competitiva. Neste contexto, os Estados-Membros e a Comissão devem refletir sobre a forma de conciliar os objetivos políticos destinados a assegurar um

²⁴ SWD(2012) 93, que acompanha o documento COM(2012) 173.

acesso melhor aos cuidados de saúde para todos os cidadãos da UE com a necessidade de contenção de despesas. Deve ser estudada a possibilidade de melhorar os mecanismos de cooperação para a criação de uma maior transparência e de uma melhor coordenação, a fim de minimizar os eventuais efeitos imprevistos que os atuais sistemas nacionais de fixação de preços possa ter em termos de acessibilidade em toda a UE.

Otimização da aplicação da Diretiva 2011/24/UE

A Diretiva 2011/24/UE alarga a escolha dos pacientes em termos de cuidados de saúde e ajuda-os a evitar atrasos indevidos para receber o tratamento de que necessitam. A diretiva irá melhorar a transparência, exigindo que os Estados-Membros criem pontos de contacto nacionais para prestar informações aos cidadãos, designadamente sobre os seus direitos e regalias, a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde. Apela também a uma melhor compreensão dos pacotes de cuidados de saúde. Os Estados-Membros devem assegurar que todas as disposições da diretiva são corretamente aplicadas. A Comissão irá acompanhar de perto a forma como o conceito de atraso injustificado é aplicado nos Estados-Membros.

As redes de referência irão promover a cooperação entre prestadores de cuidados de saúde altamente especializados em todos os Estados-Membros, permitindo aos doentes com doenças de baixa prevalência, complexas ou raras o acesso a cuidados de elevada qualidade. A Comissão tenciona lançar convites à manifestação de interesse para ser membro de redes de referência, que poderiam igualmente proporcionar formação aos profissionais de saúde e apoio na definição de requisitos comuns em matéria de garantia da qualidade.

Melhorar a resiliência dos sistemas de saúde

É urgente aprofundar a investigação sobre os fatores de resiliência dos sistemas de saúde e sobre as formas de os consolidar. Os Estados-Membros devem desenvolver melhores análises destes fatores com base na sua experiência nacional. Tal deveria ser complementado pelo trabalho da UE em termos de partilha das melhores práticas e de conceção de medidas políticas. As seguintes abordagens poderão ser úteis para melhorar a resiliência dos sistemas de saúde na União Europeia.

Avaliação das tecnologias da saúde (ATS)

A ATS é uma abordagem científica para avaliar o efeito relativo que uma determinada tecnologia da saúde possui para uma condição médica, respondendo a perguntas como:

- A tecnologia é eficaz?
- Para quem funciona?
- Quais os custos envolvidos?
- De que modo funciona em comparação com tecnologias alternativas?

A ATS revelou-se um instrumento eficaz para melhorar o acesso às tecnologias inovadoras para os doentes e para apoiar uma afetação de fundos mais eficiente.

Os Estados-Membros cooperam em matéria de ATS no âmbito de uma rede estabelecida na Diretiva 2011/24/UE. A Comissão apoia um objetivo ambicioso para a rede ATS, nomeadamente que as informações ATS produzidas conjuntamente sejam reutilizadas a nível nacional. Este cenário permitirá reduzir a duplicação do trabalho por parte dos reguladores, organismos ATS e a indústria ATS e conduzirá a uma compreensão partilhada dos aspetos clínicos das tecnologias da saúde (ou seja, a sua segurança e eficiência/eficácia relativas).

Nos próximos anos, será desenvolvida uma estrutura mais ambiciosa e estável para apoiar a cooperação científica em matéria de ATS. Em colaboração com a rede de avaliação das tecnologias da saúde, a Comissão está a analisar possíveis propostas sobre esta matéria.

Sistema de informações sobre a saúde

Qualquer intervenção para aumentar a resiliência do sistema de saúde deve ter em conta o próprio sistema. As decisões de investimento ou desinvestimento em setores específicos devem basear-se numa compreensão dos processos que regem os setores e o impacto das intervenções sobre os parâmetros de saúde e económicos.

Por conseguinte, os Estados-Membros devem investir no desenvolvimento dos seus fluxos de informação, por exemplo, garantir que os fluxos de informação ao nível do doente são canalizados adequadamente para todos os prestadores de cuidados de saúde, ou que é prestado apoio à reorganização sustentável e mais eficaz dos sistemas e serviços de saúde.²⁵

A Comissão está a ponderar a possibilidade de apoiar os Estados-Membros na criação de um sistema europeu de informação sobre a saúde sustentável e integrado, explorando, em especial, o potencial de um Consórcio para uma Infraestrutura Europeia de Investigação (ERIC) em matéria de informação sobre a saúde.

eSaúde

A Comissão encoraja vivamente a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de eSaúde e apoia-os no desenvolvimento e na aplicação de soluções de eSaúde interoperáveis, com uma boa relação custo-eficácia, para melhorar os sistemas de saúde.²⁶ Nos termos da Diretiva 2011/24/UE, a Comissão apoia a rede eSaúde, que trabalha para retirar benefícios sustentáveis dos sistemas e serviços de eSaúde europeus e de aplicações interoperáveis. O plano de ação para a eSaúde 2012-2020 sublinha também o interesse dos serviços de eSaúde para os cidadãos, os doentes e os prestadores de cuidados de saúde e propõe ações específicas para reduzir as barreiras à implantação de tais serviços.

São necessários esforços suplementares para desenvolver serviços de telemedicina eficazes e interoperáveis. As redes europeias de referência representarão uma oportunidade ideal para introduzir e testar a telemedicina na UE.

²⁵ Ver as conclusões do relatório da *Task Force* da eSaúde intitulado «*Redesigning health in Europe for 2020*» (Nova conceção da saúde na Europa em 2020), que insta os decisores políticos a explorar as potencialidades dos dados: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

6. Conclusões

A Análise Anual do Crescimento 2013 reconheceu que «no contexto dos desafios demográficos e das pressões a nível das despesas relacionadas com a idade, as reformas dos sistemas de saúde devem ser empreendidas, a fim de garantir uma boa relação custo-eficácia e a sua sustentabilidade, sendo o desempenho destes sistemas aferido à luz do duplo objetivo de assegurar uma utilização mais eficiente dos recursos públicos e o acesso a sistemas de saúde de elevada qualidade».

Para que os Estados-Membros possam prestar, no futuro, cuidados de saúde de elevada qualidade a todos, é necessário tornar os sistemas de saúde mais resilientes e mais capazes de fazer face aos desafios vindouros. Além disso, devem atingir este objetivo mantendo ao mesmo tempo uma boa relação custo-eficácia e sustentabilidade orçamental.

Apesar de esta ser uma tarefa que cabe essencialmente aos Estados-Membros, a presente Comunicação destaca um conjunto de iniciativas que permitem à UE apoiar os decisores políticos nos Estados-Membros. A UE terá de desenvolver estas iniciativas e utilizá-las como base para garantir que as expectativas dos cidadãos em termos de cuidados de elevada qualidade podem ser satisfeitas. O destaque deve estar nos métodos e nas ferramentas que permitam aos Estados-Membros alcançar uma maior eficácia, acessibilidade e resiliência dos sistemas de saúde nacionais, em conformidade com as recomendações de reforma dirigidas aos Estados-Membros no contexto do Semestre Europeu. No sentido de aplicar as reformas identificadas no âmbito destas recomendações, os Estados-Membros são também incentivados a utilizar instrumentos de financiamento europeus.

