

Beveridge vs. Bismarck: Um estudo comparativo entre o Reino Unido e a Alemanha

Alice Antunes Bento | Nº 106546

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo

ISCTE Business School

Outubro, 2023

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Beveridge vs. Bismarck: Um estudo comparativo entre o Reino Unido e a Alemanha

Alice Antunes Bento | Nº 106546

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo

ISCTE Business School

Outubro, 2023

Agradecimentos

O sucesso não se alcança sozinho e, por esse motivo, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a concretização deste passo no meu percurso académico.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, professor doutor Nuno Crespo, pelos conselhos e conhecimentos sábios que me transmitiu. Por me conseguir transmitir calma, mas não me deixar perder o rumo e a noção do tempo.

Aos meus colegas e amigos que conheci no ISCTE *Executive Education* e com os quais caminhei lado a lado ao longo dos últimos dois anos, em particular à Patrícia, à Joana, à Bruna, ao João e ao Rubén.

Às minhas amigas Catarina e Margarida, que são os meus braços direitos a nível académico e pessoal, desde o primeiro dia de licenciatura.

Por fim, e principalmente, aos meus pais, à Maria e à Sílvia, por serem os maiores e melhores exemplos de dedicação e força que poderia ter, pelo apoio, companheirismo e por todas as oportunidades que me trouxeram ao longo da vida!

Índice

Agradecimentos	i
Índice.....	iii
Índice de Gráficos	v
Sumário Executivo	vii
Executive Summary	ix
Glossário de Siglas.....	xi
Capítulo 1. Introdução	1
_1.1 Contextualização e Definição do Problema de Investigação	2
_1.2 Objetivos e Questões de Investigação	3
_1.3 Estrutura da Dissertação.....	4
Capítulo 2. Revisão de Literatura.....	5
_2.1 Importância da Saúde na Sociedade e Dependência do Domínio Político	5
_2.2 Sistema de Saúde Beveriano.....	6
2.2.1 O Caso do Reino Unido	7
_2.3 Sistema de Saúde Bismarckiano.....	9
2.3.1 O Caso da Alemanha.....	10
_2.4 Hipótese de investigação.....	11
Capítulo 3. Metodologia	13
Capítulo 4. Resultados e discussão	15
_4.1 Reino Unido	15
_4.2 Alemanha	17
_4.3 Entre a robustez do modelo britânico e a grandiosidade da economia alemã	20
Capítulo 5. Conclusão	29
_5.1 Limitações.....	33
_5.2 Sugestões Finais	34
Bibliografia.....	35

Índice de Gráficos

Gráfico 1: <i>PIB per capita</i> do Reino Unido, no período entre 1960 e 2015.....	20
Gráfico 2: <i>PIB per capita</i> da Alemanha, no período entre 1970 e 2015.	21
Gráfico 3: Gastos com saúde (%), no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.....	22
Gráfico 4: Gastos com saúde (%), na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.	23
Gráfico 5: Natalidade absoluta, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.....	24
Gráfico 6: Natalidade absoluta, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.....	25
Gráfico 7: Esperança média de vida à nascença, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.	26
Gráfico 8: Esperança média de vida à nascença, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.....	27
Gráfico 9: Mortalidade materna e infantil, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.....	28
Gráfico 10: Mortalidade materna e infantil, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.	28

Sumário Executivo

Os momentos de crise sanitária e, nomeadamente, a pandemia por COVID-19, trouxeram a debate questões relacionadas com o modo segundo o qual os diversos países realizam a sua gestão de cuidados de saúde e qual o processo de evolução pelo qual estes passaram ao longo dos anos.

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo investigar a existência de convergência, ao longo do decorrer do tempo, entre os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano, a partir dos exemplos do Reino Unido e da Alemanha, tendo em conta que estes são dois modelos de gestão dos cuidados de saúde que foram formados com princípios e modos de atuação distintos entre si.

Este estudo foi realizado com base nos acontecimentos a partir do final da Segunda Guerra Mundial, momento em que nasceu o sistema de saúde Beveriano (do Reino Unido), e 2015, e a evolução dos países e, conseqüentemente, dos seus serviços de saúde foi analisada, de modo empírico, a partir de indicadores relativos ao período temporal entre 1970 e 2015.

A partir dos resultados obtidos, foi possível identificar momentos de convergência e divergência entre os modelos de gestão de saúde utilizados na Alemanha e no Reino Unido, tendo a sua evolução, expressa pelos indicadores socioeconómicos, sido semelhante.

Palavras-chave: Beveridge; Bismarck; Reino Unido; Alemanha.

Sistema de Classificação JEL: I13 (Planos de saúde, públicos e privados); I15 (Desenvolvimento da saúde e económico); I18 (Políticas governamentais, regulamentação e saúde pública)

Executive Summary

The moments of crisis in the public health, in particular, in the last years, the COVID-19 pandemic, brought to debate questions related to how countries manage their health care and the evolution they have undergone throughout the years.

This master's thesis aimed to investigate the existence of convergence between the Beverian and Bismarckian health models, based on the examples from United Kingdom and Germany, taking into account that these are two distinct health care management models, that were formed with different principles and operating modes.

This study was carried out based on events since the end of the Second World War, when the Beverian health system was formed, and 2015. The evolution of these two countries and, consequently, their health services were analysed, empirically, based on indicators referring to the period between 1970 and 2015.

From the results obtained, it was possible to identify moments of convergence and divergence between the health management model used in the United Kingdom and Germany, and their evolution, expressed by socioeconomic indicators, which has proven to be similar.

Keywords: Beveridge; Bismarck; United Kingdom; Germany.

JEL Classification System: I13 (Health Insurance, public, private); I15 (Health and economic development); I18 (Government policy, regulation, public health).

Glossário de Siglas

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS/WHO- Organização Mundial de Saúde.

PIB- Produto Interno Bruto.

SNS/NHS- Sistema Nacional de Saúde.

Capítulo 1. Introdução

A presente dissertação de mestrado, intitulada de “Beveridge vs. Bismarck: Um estudo comparativo entre o Reino Unido e a Alemanha”, foi realizada no seguimento do Mestrado em Gestão de Empresas, do ISCTE *Business School*.

A pandemia por SARS-CoV-2 que vivemos entre o final de 2019 e o início de 2023, trouxe acima da mesa diversos debates relacionados com a forma segundo a qual era e é feita a gestão dos serviços de saúde dos diversos países, bem como as bases que permitiram o desenvolvimento e evolução dos mesmos.

Tendo em conta que os estudos realizados, até ao momento, sobre este tema são reduzidos, ficou decidido que seria sobre este tópico que iria ser desenvolvida a presente dissertação de mestrado.

1.1 Contextualização e Definição do Problema de Investigação

Em dezembro de 2019, ecoaram as sirenes da saúde pública a nível mundial, quando foi descoberto um novo vírus na China e, mais tarde, em março de 2020, declarada, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma pandemia e foi necessário fazer o planeamento e gestão dos serviços de saúde, de modo a enfrentar este desafio (WHO, 2023).

Numa altura como esta, não só aos profissionais e serviços de saúde é dada a responsabilidade de gerir da melhor forma a doença e os cuidados que são prestados à população. É também da responsabilidade dos órgãos que governam o país e, no nosso caso, a União Europeia, que seja fornecida uma resposta planeada e atempada, com o objetivo de minimizar o impacto, tanto social, como económico, que pode resultar de uma pandemia, e é também do interesse destas entidades que esta crise seja ultrapassada com o menor número de baixas e prejuízos possível (Oliver, 2006).

Ao longo do período da pandemia, cujo final foi decretado, também pela OMS, em março deste ano (WHO, 2023), foi possível observar que os diferentes países tomaram medidas distintas e obtiveram, também eles, diferentes *outcomes*, no que diz respeito aos efeitos desta crise de saúde pública. Por vezes, houve ainda a necessidade de recuar no caminho que estava a ser seguido, no combate à doença, e optar por medidas que outros países estavam a implementar e que estavam a traduzir resultados mais satisfatórios, sendo feita uma adaptação nas estratégias tomadas por diferentes países.

Muitas das medidas adotadas inicialmente pelos diferentes países, sofreram influência direta dos modelos de gestão de saúde que imperam nos países em questão, sendo que, tal como os próprios modelos poderão ter adaptações ao longo do tempo, também as medidas no combate aos efeitos nefastos da pandemia foram sofrendo adaptações, consoante o que estava a resultar melhor nos restantes países.

Tendo em conta que, atualmente vivemos num mundo altamente interligado e que funciona em constante mudança, também os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano sofreram já diversas adaptações relativas à sua formulação e aos seus princípios originais, sendo os momentos de crise, os principais impulsionadores destas mudanças.

Por este motivo, o problema a que esta investigação e dissertação de mestrado procura responder é à evolução dos modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano, tendo em conta as premissas iniciais de cada um dos dois modelos, fazendo a comparação entre os dois e entre os momentos em que estes divergiram e/ou convergiram entre si.

1.2 Objetivos e Questões de Investigação

Esta investigação e dissertação de mestrado, tem como objetivo procurar concluir se existiu evolução, ao longo dos anos, nos modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano e, não tendo estes sido modelos estáticos, se existiu convergência e/ou divergência entre os mesmos, tendo em conta as premissas iniciais de cada um dos dois modelos, isto é, se tendo existido adaptações nos dois modelos, se é possível observar que algumas destas alterações foram moldadas à semelhança do outro modelo de gestão de saúde.

Sendo assim, as questões de investigação que motivam a realização deste trabalho são:

- Existiu, ao longo dos anos, mudança no *mindset* e forma de gerir os cuidados de saúde, nos modelos Beveriano e Bismarckiano?

- É possível admitir que os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano tenham percorrido um caminho de convergência, no que diz respeito às suas políticas de gestão dos cuidados de saúde?

1.3 Estrutura da Dissertação

Com o objetivo de desenvolver esta dissertação de mestrado e responder às questões e objetivos de investigação propostos, foi feita a divisão, deste trabalho, em tópicos, de forma a ser realizada uma melhor estruturação da informação e, conseqüentemente, uma melhor articulação dos dados analisados.

Em primeiro lugar, foi apresentada uma introdução ao tema, bem como a contextualização e definição do problema de investigação. O objetivo destes tópicos iniciais é fazer uma breve introdução ao tema em estudo e o motivo da escolha do mesmo, bem como a sua contextualização e pertinência no mundo atual, de modo a chegar à definição do problema de investigação. De seguida, são apresentados os objetivos e questões de investigação às quais a autora se propõe responder, existindo, por fim, uma breve apresentação da estrutura da dissertação.

O corpo da tese será constituído, primeiramente, por uma revisão da literatura, dividida em 5 tópicos-chave, sendo este um dos pontos mais relevantes de uma dissertação. A revisão da literatura é fundamental para que seja feito um bom enquadramento teórico do tema a abordar, bem como do estado da arte no momento da sua escrita. Optar-se-á aqui por fazer uma referência inicial à importância da saúde e à sua dependência do contexto político, sendo, de seguida, feita uma breve caracterização dos Sistemas de Saúde Beveriano e Bismarckiano, com a descrição dos seus princípios e ideais, objeto de estudo desta dissertação de mestrado. Será também feita uma breve caracterização dos casos específicos do Reino Unido (Sistema de Saúde Beveriano) e da Alemanha (Sistema de Saúde Bismarckiano), que serão, de forma mais pormenorizada, os países a analisar ao longo desta investigação. Concluindo a revisão da literatura e a contextualização do tema a abordar, será definida a hipótese de investigação.

De seguida, será feita a descrição da metodologia a utilizar no desenvolvimento da presente dissertação e os resultados obtidos.

Por fim, serão apresentadas as conclusões às quais a metodologia permitirá chegar e as limitações com as quais a autora se deparará no decorrer do estudo. Serão também apresentadas sugestões para estudos futuros.

Capítulo 2. Revisão de Literatura

2.1 Importância da Saúde na Sociedade e Dependência do Domínio

Político

A política desempenha um papel fundamental no setor da saúde, maioritariamente no que diz respeito à sua regulamentação e implementação. No entanto, por sua vez, também a saúde e as suas instituições possuem um papel estrutural na sociedade atual. Este setor, estando relacionado com a história e cultura do país no qual se insere, vê a sua organização estrutural definida com base neste contexto, o que também explica o motivo pelo qual o seu modelo de saúde se mantém constante e pelo qual existe tanta relutância na sua mudança (Burau & Blank, 2006; Weale, 2015). Por este motivo, os governos possuem um importante papel no que diz respeito à regulamentação dos mercados de saúde (OECD, 1992).

Os três objetivos básicos de um sistema de cuidados de saúde são manter os utentes saudáveis, isto é, as pessoas que beneficiam deste sistema, curar aqueles que se encontram doentes e proteger os indivíduos e as suas famílias da ruína financeira que pode ser causada pela doença, de forma direta ou indireta (Hassenteufel & Palier, 2007; Kutzin, 2001; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.).

Por sua vez, o objetivo principal de uma nação, ao delinear o seu sistema de saúde, independentemente dos contornos que este possa assumir, consiste em alcançar a cobertura universal pelos cuidados de saúde à sua população (Kutzin et al, 2009). Sendo que, segundo a perspetiva de Orr et al, 2010 (citado em Weale, 2015), os principais objetivos do sistema de saúde de qualquer país deverão estar relacionados com a otimização dos resultados em saúde, a qualidade dos cuidados e o acesso fácil e equitativo, independentemente das dificuldades económicas, quer dos indivíduos, quer do estado.

Num momento de incerteza, tal como acontece, por exemplo, numa pandemia, é ao governo que diz respeito a tarefa de responder atempadamente, de forma a diminuir o impacto que esta crise possa ter no seu país e, conseqüentemente, na sua economia. Portanto, apesar de ser a ciência a possuir os conhecimentos teóricos e práticos de como encontrar uma solução para estas situações, é da responsabilidade dos políticos agir de forma a prevenir e a amenizar as conseqüências, mediante a sua perceção relativa à gravidade da situação e ao nível de urgência das suas ações (Oliver, 2006).

A promoção da saúde e a prestação dos seus cuidados assume um papel essencial no bem-estar da população de um país, estando intrinsecamente relacionada com o seu crescimento económico e social. Para que estes cuidados sejam prestados de forma eficiente é necessário que se encontrem associados a um sistema de financiamento que funcione de forma correta e que permita que a

população tenha acesso aos cuidados dos quais precisa, no momento em que necessita dos mesmos (World Health Organization (WHO), 2010). Por este motivo, é possível observar uma relação inversa entre a quantidade de hospitalizações e o nível de acesso aos cuidados de saúde primários, que é também comprovada numa análise entre os diversos modelos de sistemas de saúde (Rosano et al, 2013).

Este é um setor no qual, na maioria dos países, as despesas têm tido um aumento contínuo, apesar dos esforços para a sua contenção, sendo que o crescimento desta despesa aparenta ser independente do *funding mix* que o sustenta (Barros, 2007).

Existem diversos modelos de financiamento dos sistemas de saúde que podem ser utilizados por uma nação e que são adotados de forma heterogénea entre elas, entre os quais se encontram o Modelo Beveriano e o Modelo Bismarckiano. Estes modelos de saúde diferem maioritariamente no que toca ao papel financiador do estado sobre eles (Delnoij, 2013; Wendt et al, 2009) e no que toca à organização institucional para a alocação dos recursos (Kutzin, 2001; Wendt et al, 2009). No entanto, a evidência tem mostrado que existe uma força crescente no que toca ao financiamento privado em saúde, a partir de seguros de saúde que podem funcionar de forma suplementar, complementar ou em duplicado (Mou, 2013).

2.2 Sistema de Saúde Beveriano

O Sistema de Saúde Beveriano (ou de Beveridge) baseia-se nos princípios de universalidade e equidade (Weale, 2015), isto é, tem como principal objetivo permitir que a saúde esteja acessível a todos os cidadãos de uma forma igualitária. Este modelo de saúde é financiado pelo estado, através dos impostos pagos pelos cidadãos, e os seus fornecedores são, na sua grande maioria, públicos (Kutzin, 2001; Lameire et al, 1999; OECD, 1992; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al, 2009). Também os funcionários afetos ao setor da saúde, neste modelo, são funcionários públicos (Alfaro et al, 2021). Este sistema de gestão dos cuidados de saúde é considerado, de forma aparente, mais estável que os restantes (Barros, 2007) e possui uma organização altamente centralizada (Bureau & Blank, 2006; Hassenteufel & Palier, 2007).

Uma vez que é o estado que faz o financiamento dos cuidados de saúde a 100%, incluindo nos casos em que existem clínicas privadas que prestam este tipo de serviços, é-lhe possível fazer a regulação dos preços e definir a qualidade e os custos deste setor (Alfaro et al, 2021; Ikegami & Campbell, 2002).

Foi este modelo que permitiu que existisse uma mudança de paradigma no que diz respeito à saúde vista como sendo um direito do trabalhador, passando a ser tomada como um direito humano constitucional, traduzindo uma preocupação crescente com a universalidade, coesão social e

solidariedade (WHO, 2011). São cidadãos elegíveis à cobertura por este Sistema Nacional de Saúde (SNS) todos aqueles que sejam residentes legais do país (Hassenteufel & Palier, 2007).

Nos países em que este é o sistema de saúde adotado, existe uma cobertura de praticamente 100% da população, em termos de acesso aos cuidados de saúde (Lameire et al, 1999). A maior desvantagem associada a este tipo de financiamento dos cuidados de saúde está ligada às longas listas de espera existentes e qualidade de tratamento que pode ser questionável (Alfaro et al, 2021; Hassenteufel & Palier, 2007), no entanto é importante salientar que pode existir uma vantagem significativa no diagnóstico e tratamento de determinadas doenças, nas quais seja útil o conhecimento de casos anteriores, nomeadamente da abordagem utilizada e resultados obtidos (Minor, 2010). Os médicos generalistas possuem uma autonomia clínica praticamente por completo, sendo que podem referenciar os utentes para um especialista ou para um tratamento especializado num hospital ou clínica do SNS (OECD, 1992). Outra desvantagem deste modelo é o facto de os prestadores de cuidados de saúde possuírem o monopólio do mercado, fazendo com que estes se rejam de acordo com a sua conveniência e não pela melhor performance possível, possuindo burocracias complexas associadas (Ikegami & Campbell, 2002).

Tendo em conta que o governo é o único pagador neste tipo de modelo e que os gastos do setor são decididos por este, é-lhe possível fazer um melhor controlo ao nível das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde e daquilo que pode ser cobrado, o que resulta num sistema que tende a ter custos *per capita* mais reduzidos (OECD, 1992; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.) e cuja despesa pode ser adequada à capacidade fiscal do país (Ikegami & Campbell, 2002).

Nos países que possuem um sistema de saúde adaptado do modelo Beveriano, é possível observar o controlo do governo neste setor ao nível das políticas de saúde, uma vez que existe uma grande aposta no que diz respeito a programas de educação para a saúde, que visam sensibilizar a população para a importância dos cuidados de saúde primários e da prevenção da doença, enfatizando a responsabilidade do cidadão pela sua saúde (Bureau & Blank, 2006). Uma vez que a prevenção da doença, é uma medida mais eficaz do que o tratamento da mesma após o seu surgimento, um país que possua um programa de educação para a saúde bem estruturado e que seja capaz de cumprir o seu objetivo, acaba por ter um sistema de saúde mais eficiente e que é alvo de uma menor sobrecarga.

São exemplos de países financiados por este tipo de modelo de saúde o Reino Unido, Espanha, Noruega e Finlândia (Alfaro et al, 2021; Hassenteufel & Palier, 2007).

2.2.1 O Caso do Reino Unido

O Reino Unido está localizado na zona noroeste do continente europeu e engloba a Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, sendo uma monarquia constitucional com um sistema parlamentar

(Anderson et al, 2022), que possui a quinta maior economia do mundo, com cerca de 67 milhões de habitantes, de acordo com os dados de 2022, segundo o The World Bank (s.d.).

O Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, NHS, foi fundado em 1948, com base nos princípios de que os cuidados devem ser abrangentes e que o seu acesso deve ser mediante a necessidade clínica dos utentes, ao invés da capacidade económica para pagamento dos serviços, motivo pelo qual é financiado pelos impostos e se considera um sistema progressivo, que facilita a redistribuição entre os cidadãos com maior e menor poder económico (Grosios et al, 2010; Kutzin, 2001; Lameire et al, 1999; OECD, 1992; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al, 2009).

O NHS oferece aos seus utentes cuidados de saúde que são gratuitos no momento de acesso, o que faz com que estes usufruam de um elevado nível de proteção económico relacionado com a doença e incapacidade. Ainda assim, existem exceções no que diz respeito ao acesso aos cuidados de medicina dentária, optometria e, no caso de Inglaterra, nas prescrições feitas pelos médicos (Anderson et al, 2022).

Apesar do NHS estar implementado em todos os países constituintes do Reino Unido, são os governos de cada um que têm a responsabilidade de organizar e disponibilizar os serviços de saúde á sua população, o que faz com que existam algumas diferenças entre eles, nomeadamente no que diz respeito à distribuição do financiamento pela parte do governo (Anderson et al, 2022; Cylus et al, 2015). Enquanto em Inglaterra é dirigido um orçamento específico para a despesa com o setor da saúde, nos restantes países é empregue um orçamento geral para as despesas públicas, nas quais se incluem as despesas que dizem respeito ao setor da saúde e que é gerido consoante as prioridades do governo que se encontra na frente do país, no momento em questão (Anderson et al, 2022). Existem também diferenças entre os países relativamente à legislação e responsabilidade parlamentar, sendo que estas diferenças são mínimas na perspetiva dos utentes. Por este motivo, é possível afirmar que o NHS é um sistema nacional, mas com distribuição de forma local (Anderson et al, 2022).

A alocação de recursos humanos e físicos por parte do NHS é feita de uma forma centralizada e sistemática, que permite suprir as necessidades locais, mantendo um melhor controlo financeiro, com um maior grau de equidade no acesso aos cuidados de saúde (Alfaro et al, 2021; Anderson et al, 2022; Burau & Blank, 2006; Hassenteufel & Palier, 2007).

A maioria dos utentes possui um elevado grau de acesso a cuidados primários de saúde de grande qualidade, que potencia os cuidados de forma contínua e funciona como um primeiro contacto entre os utentes e o sistema de saúde (Anderson et al, 2022). Neste modelo, não existe acesso direto aos especialistas pelos utentes do NHS, sendo que os médicos generalistas/de família funcionam como uma porta que filtra o acesso aos cuidados mais específicos. No entanto, ao longo das últimas décadas, tem existido um grande esforço para a melhoria e expansão do setor hospitalar. O NHS fornece aos seus utentes acesso a medicina preventiva, cuidados primários e cuidados hospitalares (Boyle, 2011).

2.3 Sistema de Saúde Bismarckiano

O modelo de saúde Bismarckiano está assente nos princípios de pluralidade, liberdade e solidariedade (Weale, 2015). Este é um modelo que utiliza as deduções de ordenado feitas pelos trabalhadores e pelos seus empregadores, como meio de financiamento do sistema de saúde (Bureau & Blank, 2006; Kutzin, 2001; Physicians for a National Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al, 2009), sendo utilizados os chamados “fundos de doença” (Alfaro et al, 2021; Kutzin, 2001).

Inicialmente, este modelo encarava os cuidados de saúde como um direito laboral, cujo objetivo era manter os funcionários saudáveis, de forma que estes pudessem aumentar a produtividade da entidade empregadora, não visando a cobertura universal (WHO, 2011).

Neste tipo de modelo, os fornecedores dos cuidados de saúde podem ser públicos ou privados, o que se traduz numa maior flexibilidade quanto aos gastos com este setor (Bureau & Blank, 2006; Hassenteufel & Palier, 2007; Lameire et al, 1999). Da mesma forma, os trabalhadores afetos à saúde podem ser funcionários do estado ou contratados por prestadores privados. Este sistema de saúde permite a livre escolha dos cidadãos no que diz respeito ao tipo de serviço de saúde ao qual recorrem e ao médico a consultar (Hassenteufel & Palier, 2007; Ikegami & Campbell, 2002; OECD, 1992), no entanto, por este motivo, este é um modelo que apresenta uma despesa pública superior quando comparado com o modelo Beveriano (Hassenteufel & Palier, 2007; Minor, 2010), existindo ainda uma maior hipótese de sobre utilização dos serviços, repetição de meios de diagnóstico e duplicação de equipamentos (OECD, 1992).

Os fundos de doença pagam diretamente aos seus prestadores pelos serviços prestados e as taxas a pagar pelos utentes têm usualmente em atenção o facto destes possuírem uma família numerosa, serem indivíduos com mais idade ou possuírem trabalhos com um nível exposição ao risco superior (OECD, 1992). São também estes fundos os responsáveis pelo pagamento de um subsídio de doença, no caso dos trabalhadores estarem incapacitados de manter a sua atividade laboral, sendo este o seu objetivo primordial (Hassenteufel & Palier, 2007).

Nestes países a cobertura de cuidados de saúde abrange praticamente 100% da população, uma vez que aqueles que não possuem acesso através do “sistema”, possuem planos de saúde totalmente privados, pagos individualmente por cada cidadão (Lameire et al, 1999). É de salientar que a opção de adquirir um plano de saúde fornecido com uma seguradora privada não é algo que esteja ao alcance de todos os cidadãos, o que poderá gerar alguma exclusão das pessoas não abastadas e/ou que não estão empregadas (Lameire et al, 1999).

Este é um modelo que possui uma elevada popularidade e taxa de aceitação pelos seus utentes (Minor, 2010).

São exemplos de países que se regem segundo o modelo de saúde Bismarckiano a Alemanha,

França, Bélgica e Áustria (Hassenteufel & Palier, 2007).

2.3.1 O Caso da Alemanha

A Alemanha foi o primeiro país a introduzir o Modelo de Segurança Social, durante o período de governação do Chanceler Otto von Bismarck, em 1883 (Blümel et al, 2020), sendo este o motivo pelo qual o modelo assumiu este nome.

Este é um país que possui cerca de 84 milhões de habitantes, segundo dados de 2022 (The World Bank, s.d.), e possui a maior economia da Europa, sendo a quarta maior economia do mundo (Blümel et al, 2020). Por ser um país que possui um padrão de elevado estilo de vida, proporcionado pelo seu desenvolvimento a nível económico, existiu a necessidade de ser criado sistema de segurança social, que permitisse a procura pela existência de um equilíbrio ao longo das diversas classes sociais. A Alemanha é uma república federal parlamentar, constituída por 16 estados, e que gasta cerca de 11,7% do seu PIB na saúde (Blümel et al, 2020).

Atualmente, existem na Alemanha 105 fundos de doença e 42 companhias de seguros privadas, sendo que a maior particularidade do Modelo Bismarckiano Alemão é o facto dos seguros de saúde estatais e privados coexistirem, o que permite a livre escolha do cidadão e facilita a existência de cobertura universal ao nível dos cuidados de saúde, uma vez que é obrigatório que os cidadãos do país possuam seguros de saúde (Blümel et al, 2020). Os benefícios dos seguros de saúde da segurança social estão bem definidos legalmente e os benefícios dos seguros de saúde particulares devem ser iguais ou superiores à moldura legal, estabelecida pelo estado, para os seguros da segurança social (Blümel et al, 2020).

Na Alemanha, os fundos de doença são responsáveis por fazer a recolha das contribuições feitas pelos funcionários e empregadores, que serão posteriormente reunidas, de modo que seja possível realocar, por sua vez, os fundos, de acordo com um modelo de ajustamento ao risco (Burau & Blank, 2006; Kutzin, 2001; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al, 2009). Por este motivo, a acessibilidade aos cuidados de saúde no país é elevada e os custos não são uma barreira no acesso a este tipo de serviços. A taxa de contribuição geral fixa para o Sistema de Segurança Social é de 14,6% (Blümel et al, 2020).

2.4 Hipótese de investigação

Possuindo o modelo Beveriano e o modelo Bismarckiano, formas e princípios de desenvolver a gestão dos cuidados de saúde de formas tão distintas, no momento da sua formação, e tendo em conta que o mundo se encontra num constante processo de aprendizagem e adaptação, que muitas vezes é feita à semelhança daquilo que o outro experimenta e percebe ser eficaz, a presente dissertação de mestrado terá como objetivo concluir a veracidade da seguinte questão de investigação:

- Existiu convergência entre os modelos Beveriano e Bismarckiano.

Capítulo 3. Metodologia

De modo a proceder à elaboração desta tese de mestrado, com o objetivo de analisar as semelhanças e diferenças entre os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano, ao longo dos últimos anos, foram selecionados dois países, o Reino Unido e a Alemanha, respetivamente.

Esta escolha, deveu-se ao facto de ambos serem os países que viram ser implementados os modelos de gestão de saúde em análise, de forma primordial, tendo sido nestes países que ambos os modelos foram colocados em prática na sua forma mais pura e, portanto, podendo ter, ao longo do tempo, sofrido algumas alterações, que são o foco da análise desta dissertação.

Para esta análise, foi selecionado, um período temporal que começa após a Segunda Guerra Mundial (após 1945) e até ao período pré-pandemia de COVID-19 (2019). A seleção deste período temporal foi feita pelo facto do modelo Beveriano ter surgido, no Reino Unido, após a Segunda Guerra Mundial (Grosios et al, 2010), e termina com a pandemia de COVID-19, pelo facto deste ter sido um período particularmente atípico na generalidade dos países europeus, o que condicionou a análise e os estudos que são regularmente efetuados sobre a gestão da saúde dos países, a qual se realizou de forma excecional durante estes últimos anos, bem como pelo facto desta pandemia ter também condicionado as estratégias de gestão adotadas pelos diferentes países.

Com o objetivo de responder às questões de investigação, foram analisados diversos artigos científicos e livros, que estudaram a transformação de cada um dos modelos de saúde nos países selecionados, ao longo dos anos escolhidos, tendo sido dada primordial atenção aos momentos nos quais os modelos de saúde tomam medidas que potenciam a sua aproximação e/ou distanciamento.

Por fim, foi feita uma comparação de ambos os países, a partir da análise de dados empíricos, com o objetivo de comprovar se as medidas tomadas contribuíram para um desenvolvimento positivo dos países em estudo. Os dados analisados, com vista a aferir o impacto das medidas a nível económico, foram o *PIB per capita* e os gastos com saúde (em % do PIB). Os dados utilizados para estes dois indicadores foram obtidos a partir da base de dados *Databank: World Development Indicators*, do *The World Bank*, no caso do *PIB per capita*, e a partir do *OCDE Stat*, no que diz respeito aos gastos com saúde (%). Por sua vez, foi analisada a esperança média de vida à nascença e a mortalidade materna e infantil, com o intuito de comprovar a melhoria na qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população. À semelhança dos dados utilizados para os gastos com a saúde (%), também os dados utilizados para estes dois indicadores foram obtidos a partir da base de dados *OCDE Stat*. Foram ainda tidos em conta os dados absolutos da natalidade dos dois países, pelo facto de este ser um indicador socioeconómico que é bastante suscetível à perceção que a população tem relativa ao estado da nação e, por consequência, relativa ao panorama do setor da saúde. Os valores da natalidade nos dois países em estudo, foram obtidos a partir das bases de dados *DESTATIS*, no caso da Alemanha, e *Statista*, no

caso do Reino Unido.

A escolha da análise do indicador PIB *per capita*, em detrimento do PIB, deveu-se ao facto de este permitir minimizar as diferenças existentes entre os dois países, ao nível da dimensão da população, permitindo, por este motivo, uma comparação entre estes dados de forma mais fidedigna.

A análise empírica é apresentada graficamente, tendo os gráficos apresentados sido elaborados pela autora, com base nos dados obtidos a partir das bases de dados referidas e com recurso ao *software SPSS*. Os dados analisados dizem respeito ao período entre 1970, momento a partir do qual estes indicadores estão disponíveis, e 2015. Com exceção do *PIB per capita*, do Reino Unido, cujos dados estão disponíveis a partir do ano de 1960.

Capítulo 4. Resultados e discussão

4.1 Reino Unido

Os últimos anos da II Guerra Mundial, que terminou em 1945, foram anos de crise, tanto económica como social, e de mudança, nos países Europeus, nomeadamente no Reino Unido (Rivett, s/d). Por este motivo, de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde universais e equitativos à população foi, a 5 de julho de 1948, tornado operacional o Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS) (Grosios et al, 2010).

O princípio da universalidade pressupõe que é dada a mesma hipótese de acesso aos serviços de saúde, a todos os indivíduos, independentemente das suas condições socioeconómicas e sem que exista algum tipo de barreira entre a população e o sistema de saúde. Sendo esta uma premissa que o NHS tem procurado manter ao longo dos anos. É, no entanto, evidente que, sendo este um sistema de saúde financiado a partir dos impostos pagos pela população (Kutzin, 2001; Lameire et al, 1999; OECD, 1992; Physicians for a Nacional Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al, 2009), mas do qual usufrui a população global, independentemente da sua percentagem de contribuição, as despesas com a saúde começaram a aumentar, o que se traduziu no início do co-financiamento das prescrições de medicação, em 1949 (Rivett, s/d). Esta é uma medida que visa a contenção dos custos com o setor da saúde, e que está ainda hoje em vigor. Assim sendo, exceto utentes isentos do pagamento de taxas, todos os restantes têm um pagamento associado às suas prescrições de medicação, óculos e medicina dentária (Anderson et al, 2022).

Nos anos 60 do século passado, houve por parte das entidades de saúde britânicas o reconhecimento da importância da educação da população para a saúde, bem como, nos anos 70, a valorização e introdução da especialização em saúde pública, que veio a realçar a sua importância, em 1988, quando ocorreram falhas na comunicação de surtos de doença (Cole et al, 2011). Este é um dos grandes pilares associados ao sistema de saúde do estilo Beveriano, uma vez que, sendo o estado responsável pelo financiamento do sistema de saúde do país em questão, quanto maior for o nível de educação e literacia relativa à saúde, menor será a despesa associada à mesma.

Nas últimas duas décadas do século XX, houve a introdução de elementos de competição entre as organizações do NHS, principalmente no que diz respeito ao setor das compras e consequente distribuição de serviços, com o objetivo de que fosse aumentada a qualidade e eficiência do sistema (Cylus et al, 2015; Galetto et al, 2014). Passou também a existir competição entre hospitais, que se poderiam tornar autónomos e, por esse motivo, competir com os hospitais privados, sendo que também os médicos generalistas podiam escolher onde prestariam os seus serviços (McPake & Mills, 2000; Tanaka & Oliveira, 2007). A procura pela existência de um quasi-mercado no NHS, pode ser

considerada como uma tentativa de aproximação face ao modelo Bismarckiano, implementado na Alemanha, uma vez que este possui desde a sua formação elementos desta ordem e que procuram responder aos mesmos objetivos do NHS no momento em que adota este conjunto de medidas (o aumento da qualidade e eficiência).

A preocupação com a qualidade e eficiência dos serviços prestados à comunidade pelo NHS, foram reveladas desde o início da formação deste modelo, sendo que, no final dos anos 80, a performance do sistema passou a ser medida através de *targets* (Galletto et al, 2014). Em 1997, a competição criada entre os compradores e fornecedores, com o objetivo de aumentar a qualidade e eficiência, foi substituída pela introdução da monitorização do desempenho do NHS, tendo sido introduzidos e implementados, a partir de 1997, um conjunto de Padrões Nacionais de Serviços, relacionados com a qualidade (Tanaka & Oliveira, 2007). Em 1998, foram criadas as *Local Health Action Zones*, com o intuito de estabelecer objetivos de saúde, dentro de cada uma destas zonas, e fazer com que estes estivessem em concordância com os objetivos globais propostos pelo NHS (*Institute for Economic Research*, 2004) e em 1999 foi formado o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), que se tornou o órgão responsável pela definição e gestão das *guidelines* e padrões relacionados com a prevenção e promoção da saúde, passando também pelas suas responsabilidades a avaliação das novas tecnologias e orientação e acompanhamento clínico e ao nível do tratamento, em todo o NHS (Grosios et al, 2010).

Com a mudança do século, entre 2002 e 2004, passou também a existir uma maior liberdade de escolha da parte do utente face aos serviços de saúde a frequentar, com um menor distanciamento entre os cuidados de saúde primários e secundários, ou seja, entre os cuidados de saúde comunitários e os cuidados hospitalares, por exemplo (Grosios et al, 2010). Esta reforma consiste numa aproximação ao modelo de saúde Bismarckiano, uma vez que a liberdade de escolha do cidadão, face aos serviços de saúde e tratamentos a realizar, é um dos pilares fundamentais do modelo de saúde utilizado pela Alemanha (Hassenteufel & Palier, 2007).

Já no ano de 2005, os prestadores de cuidados de saúde do setor privado passaram a ter participação no NHS, com a criação de centros de tratamento independente (Galletto et al, 2014). Em 2012, com o *Health and Social Care Act*, passou também a existir a contratação de prestadores de cuidados de saúde privados, o que pode ser visto como uma tentativa de privatização por parte do NHS (Cylus et al, 2015). Estes podem também ser considerados dois passos de aproximação ao modelo Bismarckiano, tendo em conta que as premissas iniciais do sistema de saúde britânico consistiam na existência de um serviço de saúde com cobertura universal e livre de pagamentos, cujo funcionamento seria inteiramente em instituições de saúde públicas (Lameire et al, 1999; Wallace, 2013; Weale, 2015) e, analisando estas últimas medidas descritas, tal como refere Cylus et al (2015), parece existir uma procura por serviços de saúde privados, que ajudem a manter viável um sistema de saúde que deveria

ser inteiramente público.

Ao contrário daquilo que se julgava até então, em 2014, o *NHS Five Year Forward Review* rejeitou a premissa de que a introdução de elementos de competição no NHS fosse benéfica para a qualidade e eficiência do sistema de saúde britânico, passando a apontar como melhores ferramentas para atingir este fim a colaboração e maior integração entre serviços (Anderson et al, 2022). Com esta nova ideia face à competição entre o mercado público e privado, que tinha vindo a ser adotada nos anos anteriores, houve um novo distanciamento no que diz respeito à distribuição dos cuidados de saúde, entre os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano. Embora as políticas de saúde, a partir dos anos 90, tenham divergido entre os países pertencentes ao Reino Unido, esta foi uma mudança de paradigma que foi concordante em todos os países, tendo, no entanto, acontecido em períodos temporais distintos em cada um dos países (Anderson et al, 2022).

4.2 Alemanha

O Sistema de saúde Alemão (Bismarckiano) nasceu em 1883, tal como referido, sendo que, inicialmente, a sua cobertura visava apenas os trabalhadores que faziam deduções para este sistema (Wallace, 2013).

Ao longo dos anos, nomeadamente após o final da II Guerra Mundial, houve o aumento gradual do nível de cobertura deste sistema de saúde à população, quer relativamente aos serviços prestados, quer à percentagem de população coberta, o que despoletou um aumento, também ele gradual, no que diz respeito às despesas, levando a uma necessidade do aumento das taxas de contribuição da população, com o objetivo de manter a viabilidade do sistema (Busse et al, 2017). Em 1977, motivado pelo final da guerra e pelo final do apogeu da Alemanha, foi assinado o *Health Insurance Cost-Containment Act*, a partir do qual, entre outras medidas, passou a ser cobrado um copagamento relativo à medicação prescrita (Busse et al, 2017; Hurst, 1991; Institute for Economic Research, 2004). Este pode ser considerado um momento no qual existiu uma aproximação entre os modelos Bismarckiano e Beveriano, uma vez que esta estratégia tinha sido já aplicada no Reino Unido, em 1949, após um momento no qual existiu também o aumento das despesas associadas ao NHS. Tal como no NHS, também o sistema de saúde alemão foi bem sucedido ao aplicar esta metodologia à sua estratégia de contenção de custos (Stolpe, 2011).

Com o crescente aumento nas coberturas do sistema de saúde, que atingiu o marco dos 90% em 1981 (Institute for Economic Research, 2004), entre outras medidas que motivaram o aumento da despesa da saúde, houve diversos *Cost Containment Acts* e *Hospital Reform Acts*, entre 1982 e 1986 (Hurst, 1991), nos quais existiu um aumento ao nível dos copagamentos e pagamentos *out-of-pocket* na medicação e também a introdução de orçamentos globais nos hospitais (Institute for Economic

Research, 2004). Também em 1989, existiu uma redução ligeira ao nível dos serviços cobertos pelo sistema de saúde Bismarckiano, com o objetivo de reduzir os custos por este suportados (Institute for Economic Research, 2004).

De acordo com Hurst (2001), por volta dos anos 80 passou a existir, por parte dos serviços de saúde pública, a preocupação com a educação para a saúde da população. Esta medida foi guiada pela premissa de que um país cuja população apresente uma maior literacia em saúde e que invista em formação para a prevenção da doença, é um país que suporta menos custos com a cura de patologias existentes na população. Nos anos 60, o Reino Unido tinha já reconhecido a importância e os benefícios da educação para a saúde pública (Cole et al, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, e, mais tarde, com a reunificação da Alemanha, em 1990, ficou definido que deveria ser a Alemanha Oriental (República Democrática Alemã) a aproximar-se o máximo possível da República Federal da Alemanha, conhecida como Alemanha Ocidental (Hurst, 1991), sendo que o principal objetivo do sistema de saúde passou a ser a fomentação da competição, com o objetivo de controlar os gastos e melhorar a eficiência dos serviços de saúde, passando este setor a ser alvo de regulação apertada e a ser gerido através de orçamentos fixos aplicados ao mesmo (Busse et al, 2017).

Em 1997, com o 1º e 2º *Statutory Health Insurance Restructuring Acts*, passou a existir a hipótese de escolha, da parte dos utentes, relativamente ao fundo de doença a adotar, abrindo a competição entre os diversos fundos de doença disponíveis (Institute for Economic Research, 2004; Stolpe, 2011). Estas medidas traduziram-se na fusão entre fundos de doença ao longo dos anos seguintes, tendo estes reduzido cerca de 70% (Busse et al, 2017).

No ano de 2000, perante o descontentamento crescente dos prestadores de cuidados de saúde face às sucessivas medidas de contenção de custos e redução de qualidade, houve um alívio na aplicação destas medidas. Neste momento, o principal objetivo do sistema de saúde Bismarckiano passou a estar focado na eficiência e qualidade dos serviços prestados aos utentes, tendo sido criado um Comité para os Cuidados Hospitalares, com o intuito de garantir a manutenção destes objetivos, para além de ser também responsável pela avaliação dos benefícios cobertos pelos fundos de doença (Busse et al, 2017). Motivada pela crescente preocupação demonstrada pela qualidade dos serviços prestados aos utentes, passou a existir, em 2005, a obrigação, dos hospitais, na publicação de relatórios de qualidade, de forma regular (Stolpe, 2011). O foco na melhoria da qualidade do NHS e na gestão da sua performance, foi um motivo de atenção por parte do sistema de saúde britânico desde os anos 80 (Galetto et al, 2014), tendo introduzido Padrões Nacionais de Serviços, relacionados com a qualidade, a partir de 1997 (Tanaka & Oliveira, 2007). Tendo isto em conta, o foco na gestão da qualidade dos serviços prestados, medido através de métricas e *targets* associados à qualidade, existiu primeiramente no sistema de saúde Beveriano, tendo o sistema de saúde Bismarckiano seguido as

suas passadas, no que diz respeito também à eficiência e efetividade dos cuidados de saúde prestados.

Em 2002, existiu a introdução de programas para o acompanhamento de doentes com doenças crônicas e gestão de doenças (Busse et al, 2017). A criação de programas com este objetivo, pode ser também considerada uma medida de aproximação ao sistema de saúde Beveriano, uma vez que, uma das grandes vantagens da existência de um Sistema Nacional de Saúde, como é o caso do NHS, é a hipótese de partilha de casos clínicos entre os diversos setores, podendo haver ainda a transferência de doentes entre as diversas unidades de cuidados de saúde, consoante o nível de especialização do médico ou da equipa que presta os cuidados (Minor, 2010).

A partir de 2003, qualquer cidadão abrangido pelo sistema de saúde alemão e com necessidade de assistência fora da Alemanha, num país pertencente à União Europeia, passou a ter direito ao reembolso do dinheiro despendido nos serviços de saúde (Busse & Blümel, 2014).

Em 2004, com o *SHI Modernization Act*, houve o aumento nos copagamentos, nomeadamente no que dizia respeito à medicina dentária. Esta medida traduziu-se numa maior procura pelos seguros de saúde suplementares e a sua posterior implementação. Estes seguros suplementares, pagos na sua totalidade pelos cidadãos que contratam este serviço, fez com que a percentagem de pagamento por parte das entidades empregadoras diminuísse (Busse & Blümel, 2014). Uma vez que os cidadãos alemães se tornaram cada vez mais responsáveis por suportar os custos associados aos seus cuidados de saúde, quer pelo aumento consecutivo no que diz respeito aos copagamentos, quer pela procura de seguros de saúde suplementares, que suportassem despesas que o sistema de saúde *Bismarckiano* já não apoiava, é possível encontrar aqui um ponto de divergência entre os modelos de saúde *Beveriano* e *Bismarckiano*.

Com o objetivo de fomentar a transparência e a competição entre os fundos de doença, em 2007, o *Act to Strengthen Competition in SHI* criou uma bolsa de financiamento geral a todos os fundos de doença (Busse & Blümel, 2014). Para além de permitir uma maior perceção ao nível da gestão financeira da generalidade dos fundos de doença, esta bolsa tinha também como objetivo permitir que existisse um suporte financeiro que pudesse ser prestado a fundos de doença que se encontrassem em dificuldades económicas, com o intuito de não permitir que os cidadãos ficassem sem o seu apoio em caso de doença (Stolpe, 2011).

A cobertura universal pelo sistema de saúde Bismarckiano, que não era um dos seus objetivos primordiais, foi atingida em 2009 (Busse et al, 2017), tendo também passado a ser, a partir deste ano, obrigatório possuir seguro de saúde (Busse et al, 2020). Este é o marco que melhor representa a convergência entre os dois modelos de saúde estudados, uma vez que, para o modelo Beveriano, a cobertura universal dos cuidados de saúde à população representava a sua principal premissa no momento de implementação (Lameire et al, 1999), enquanto, inicialmente, o modelo Bismarckiano procurava representar somente uma cobertura ao nível dos cuidados de saúde e das consequências

da sua ausência para a classe trabalhadora da sociedade alemã, sem a preocupação de contemplar a população alemã na sua generalidade (WHO, 2011).

As reformas de 2015 e 2017, juntamente com o *First Strengthening Long-term Care Act*, fizeram uma revisão no que dizia respeito aos benefícios relativamente aos cuidados de longo prazo, nomeadamente de pessoas com demência, o que importou ao sistema um aumento de custos, que foi seguido de um aumento nas contribuições, que passaram de 2,05% em 2013, para 3,05% em 2019. Estes aumentos permitiram que a fiabilidade e sustentabilidade do sistema se mantivesse viável (Busse et al, 2020).

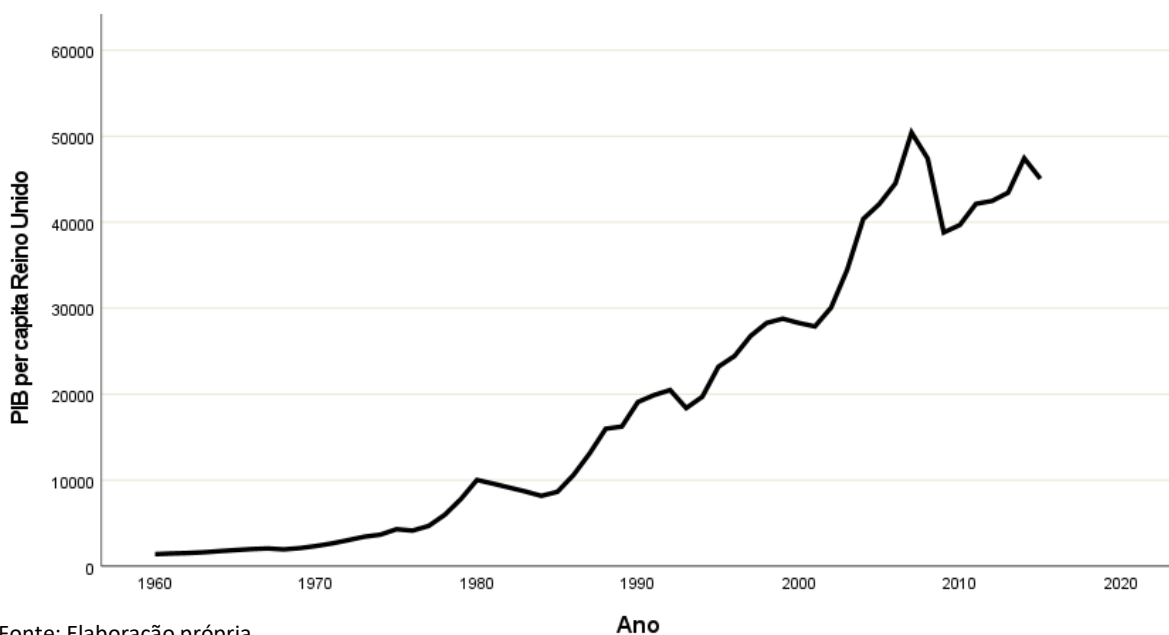
4.3 Entre a robustez do modelo britânico e a grandiosidade da economia alemã

A evolução do contexto político e da economia dos países em estudo, bem como os desenvolvimentos que os seus modelos de saúde sofreram, ao longo dos anos, traduziu-se em inúmeras oscilações ao nível dos seus indicadores económicos e sociais.

O PIB *per capita* de ambos os países seguiu uma tendência crescente, no decorrer do período em análise, tendo, no entanto, apresentado algumas oscilações, distintas entre eles.

No caso do Reino Unido (Gráfico 1), é possível observar uma redução substancial no ano de 2008, que pode ser associada ao período de crise económica que se viveu neste período e que acabou por afetar o crescimento económico do país.

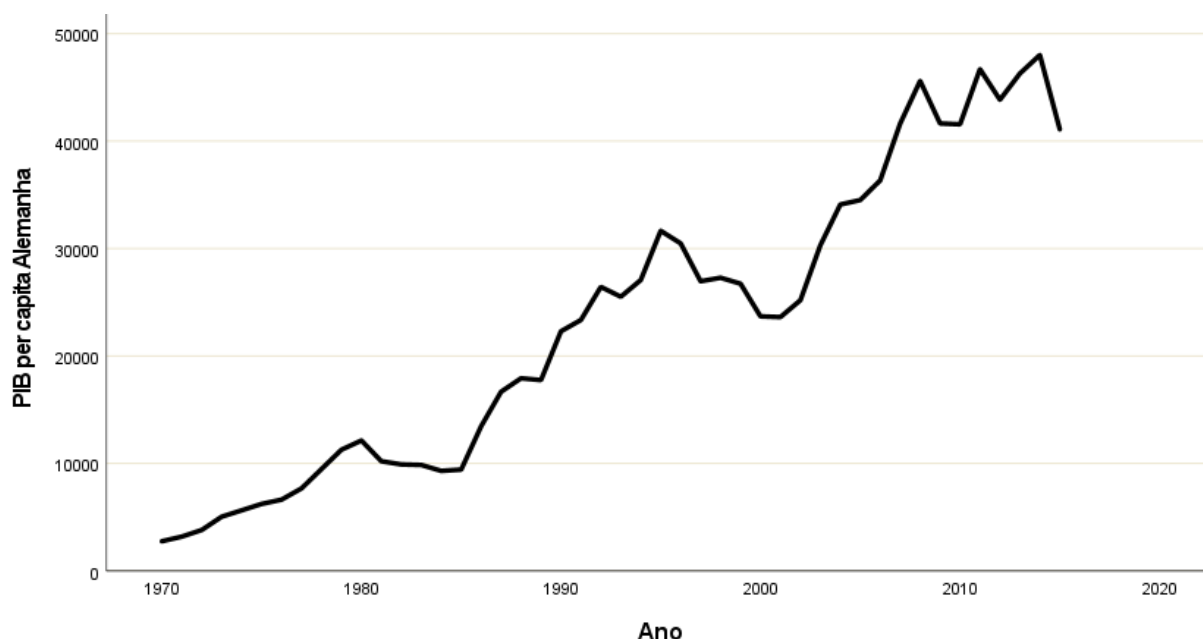
Gráfico 1: PIB *per capita* do Reino Unido, no período entre 1960 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, a Alemanha (Gráfico 2) apresenta um historial com mais oscilações neste indicador, tendo um pico em 1995, seguido de uma redução, que atingiu um patamar mais baixo em 2000-2001, que pode dever-se a um momento em que existiu uma redução na contenção de custos (Busse et al, 2017), nomeadamente no setor da saúde, contribuindo para um aumento nas despesas suportadas pelo país.

Gráfico 2: PIB per capita da Alemanha, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

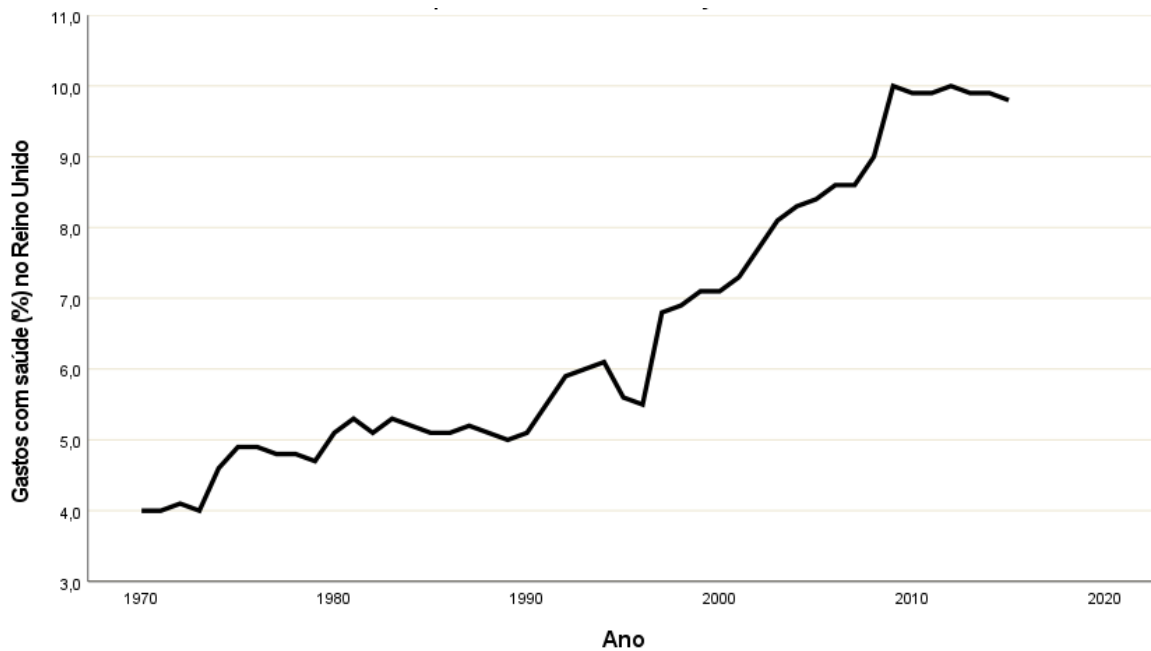
Tendo por base o PIB de cada um dos países em estudo ao longo desta dissertação de mestrado, foram também recolhidos e analisados os dados relativos à percentagem (%) dos gastos com o setor da saúde, em cada um dos anos.

O Reino Unido (Gráfico 3), apresenta uma tendência crescente ao longo dos anos, no que diz respeito a este indicador, existindo, no entanto, alguns momentos nos quais é verificada alguma oscilação ao nível das despesas com o setor da saúde. No ano de 1996, é possível observar uma redução substancial ao nível da despesa com a saúde (%), que não parece ser suportada por qualquer medida que tenha sido tomada ao nível deste setor, podendo prender-se com o facto de este ser um indicador medido em termos percentuais e que, por este motivo, pode sofrer alterações por um investimento maior noutro setor económico. Por sua vez, a subida acentuada no ano seguinte, pode ter sido alavancada pelo final da utilização da competição no mercado, como forma de controlar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, sendo substituída pela introdução da utilização de metas que os serviços deveriam atingir (Tanaka & Oliveira, 2007).

Para além disto, a tendência crescente dos gastos em saúde (%) que surge na primeira década do

século XXI, pode justificar-se pela introdução da liberdade de escolha dos utentes, entre 2002 e 2004 (Grosios et al, 2010), e a introdução da participação do setor privado, a partir do ano de 2005 (Galetto et al, 2014). Sendo que, em 2014, houve, de novo, o afastamento entre o setor público e privado e terminou a competição interna, que, aparentemente, se pode traduzir numa ligeira redução na despesa com este setor.

Gráfico 3: Gastos com saúde (%), no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.



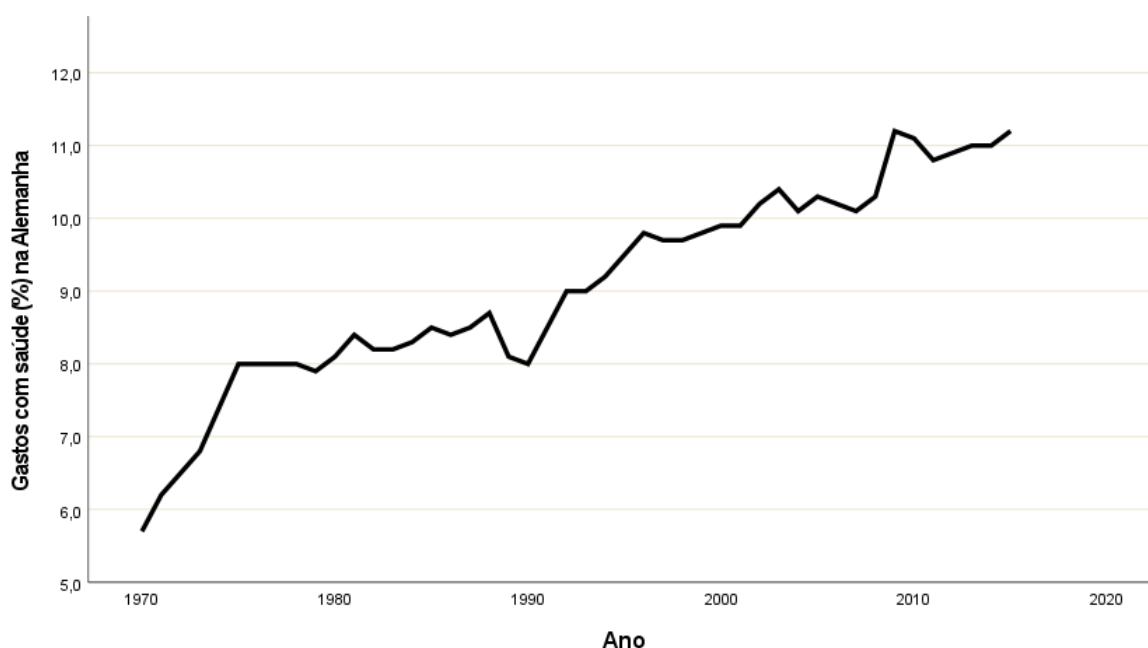
Fonte: Elaboração própria.

Também a Alemanha (Gráfico 4), apresenta uma tendência crescente relativamente à sua percentagem de gastos com a saúde, ao longo do período temporal analisado, tendo, no entanto, mais oscilações. O primeiro pico que se observa é no ano de 1981 e que corresponde ao momento no qual foi atingida a cobertura a 90% da população (Institute for Economic Research, 2004), pelo sistema de saúde, sendo que, até esse momento, se observa uma tendência crescente bastante acentuada ao nível da despesa efetuada com o setor da saúde.

Nos anos entre 1982 e 1989, é possível observar uma variação entre gastos com a saúde mais elevados e mais reduzidos, que se traduzem, a nível gráfico, em picos e vales, que podem ser justificados pelas medidas de contenção de custos que foram implementadas ao longo deste período (Hurst, 2001) e que culminam, no ano de 2000, com o término da aplicação destas medidas.

Em 2009, é atingido o valor máximo da despesa com a saúde (%) na Alemanha, coincidindo com o ano no qual foi atingida a cobertura a 100% da população pelo sistema de saúde em vigor (Busse et al, 2017).

Gráfico 4: Gastos com saúde (%), na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

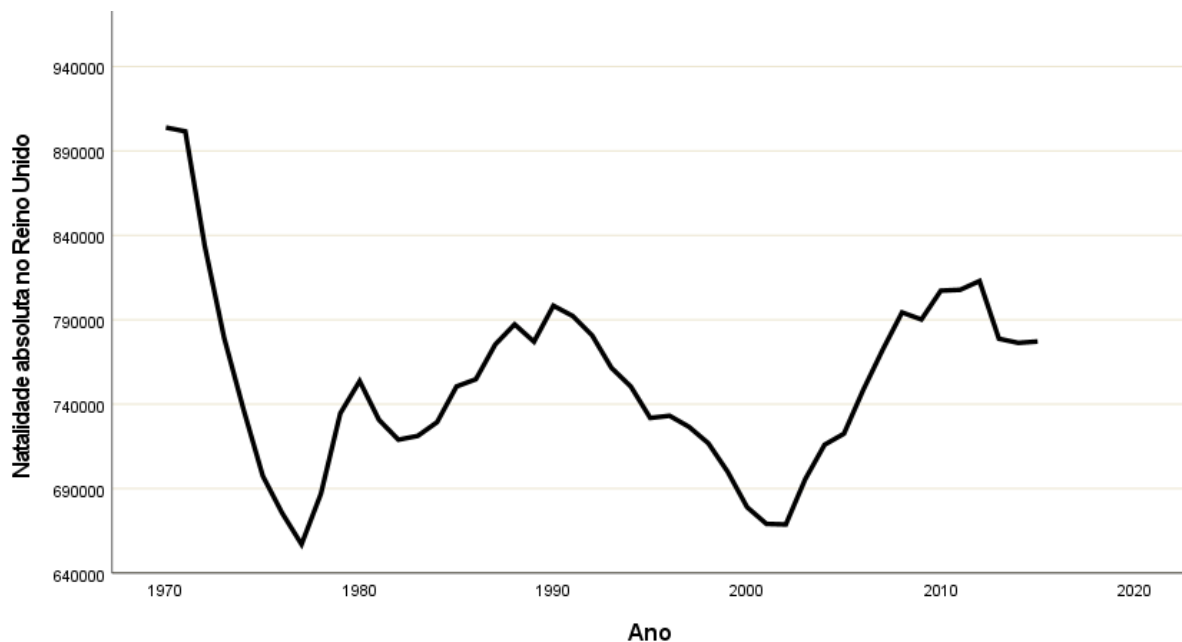
A tendência crescente que é seguida ao nível dos gastos com saúde (%) em ambos os países, dever-se-á também, além dos possíveis motivos enumerados acima, ao facto do PIB, tanto do Reino Unido, como da Alemanha, vir a aumentar ao longo do período em análise, tendo em conta que o indicador que traduz os gastos com a saúde é calculado de forma percentual.

Por outro lado, a natalidade absoluta apresenta-se também como um bom indicador para as condições socioeconómicas de um país.

Neste caso, o Reino Unido apresenta valores absolutos de natalidade que variam de forma acentuada ao longo do período em estudo (Gráfico 5), não sendo possível definir se este apresenta uma tendência crescente ou decrescente relativamente a este indicador. É, no entanto, possível salientar dois momentos nos quais a natalidade deste país reduziu drasticamente, sendo eles em 1977 e, mais tarde, entre 2001 e 2002. Estes valores baixos podem ser justificados pelos períodos de recessão económica que se viveram ao longo da década de 70 e 90, do século XX (Oliver & Pemberton, s.d.).

No ano de 2012, é possível observar um pico na natalidade do Reino Unido que é precedido por uma ligeira queda, de acordo com aquilo que é possível verificar até ao ano de 2015, e que pode ser considerada um efeito da crise económica de 2007-2008, que veio a ser manifestado de forma tardia.

Gráfico 5: Natalidade absoluta, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.

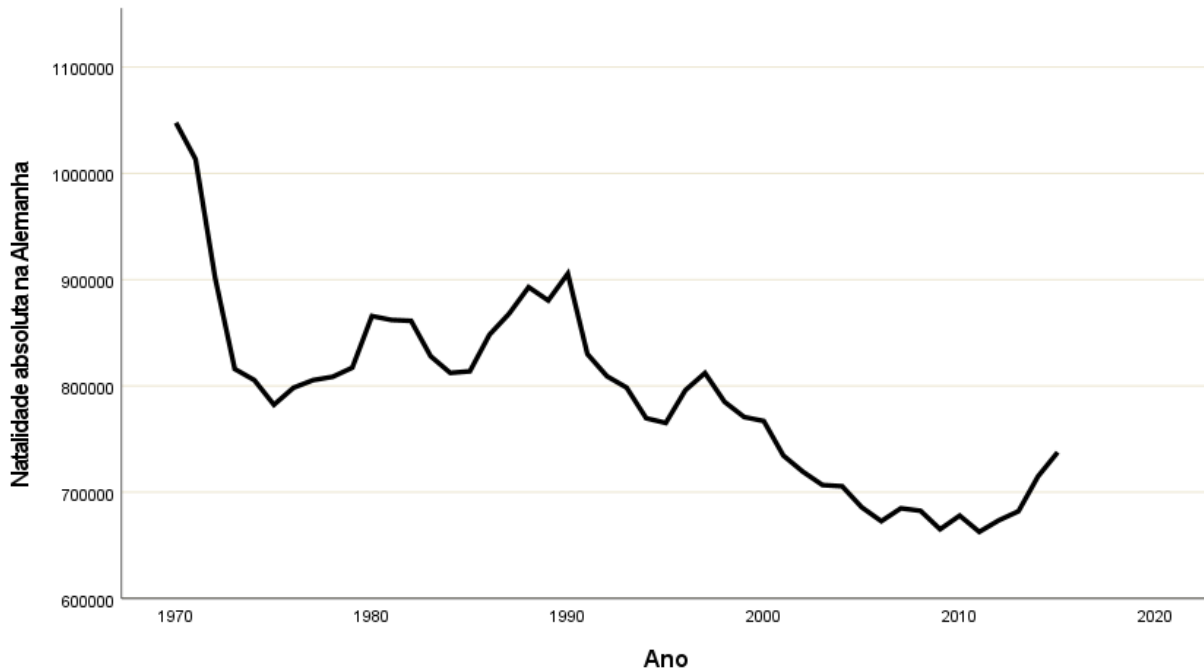


Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, a Alemanha, apesar de apresentar também várias oscilações, possui uma tendência decrescente até ao ano de 2013, existindo, posteriormente, uma subida deste indicador (Gráfico 6).

No início dos anos 70 é possível observar uma tendência decrescente acentuada, que culmina em 1975 e pode dever-se a um momento de instabilidade política na Alemanha Ocidental (Braun, 1990). Entre 1980 e 1982, existe uma subida no valor da natalidade que coincide com o momento em que a cobertura do sistema de saúde alemão atingiu os 90% da população (Institute for Economic Research, 2004), seguindo-se um decréscimo deste indicador entre os anos de 1984 e 1985, que pode estar relacionado com a aplicação de medidas de contenção de custos no setor da saúde (Hurst, 1991). Houve também um período de instabilidade política, em 1993, após a Queda do Muro de Berlim e a reunificação da Alemanha, que pode ter influenciado os valores de natalidade mais baixos que se observam entre 1994 e 1995. Por fim, existe uma queda acentuada neste indicador a partir do início do século XXI, até 2013, que poderá estar relacionado com a instabilidade política que o país enfrentava e a crise financeira que existiu no início do século XXI (Dustmann et al, 2014).

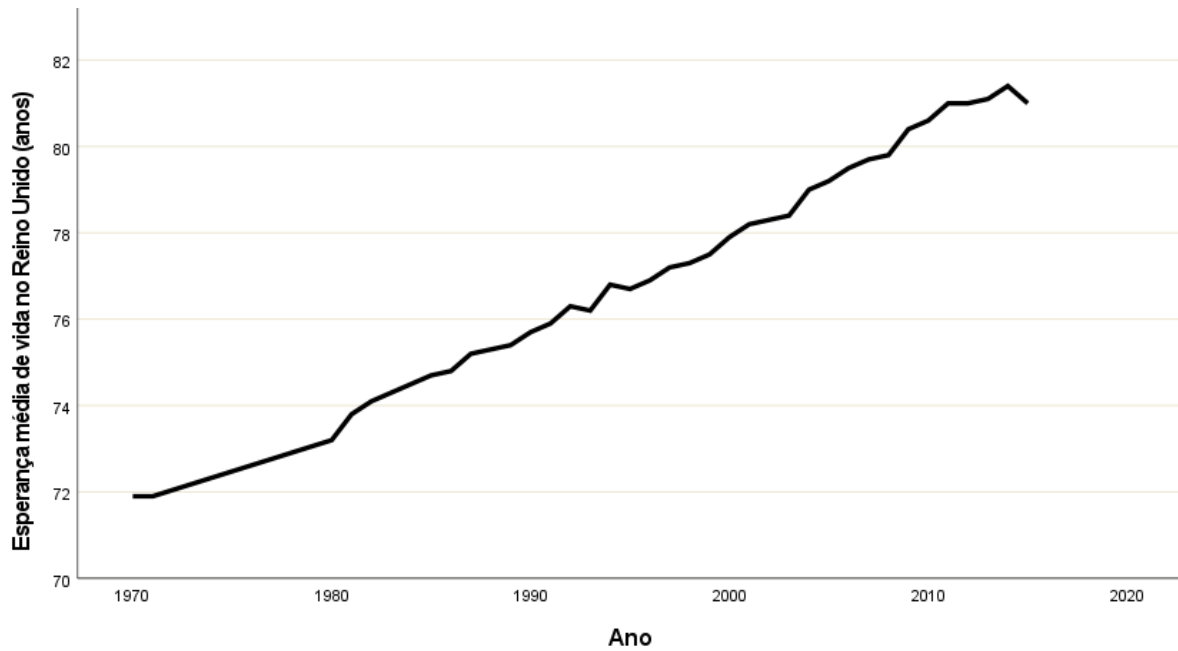
Gráfico 6: Natalidade absoluta, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Também a esperança média de vida à nascença, em ambos os países (Gráficos 7 e 8), funciona como um indicador que permite avaliar a evolução dos mesmos. Neste caso, tanto o Reino Unido, como a Alemanha, apresentam uma tendência crescente relativamente à idade média que é expectável um indivíduo atingir, no momento do seu nascimento. Este crescimento pode estar relacionado, entre outros, com o facto de os serviços de saúde terem melhorado a sua qualidade e a abrangência dos seus serviços.

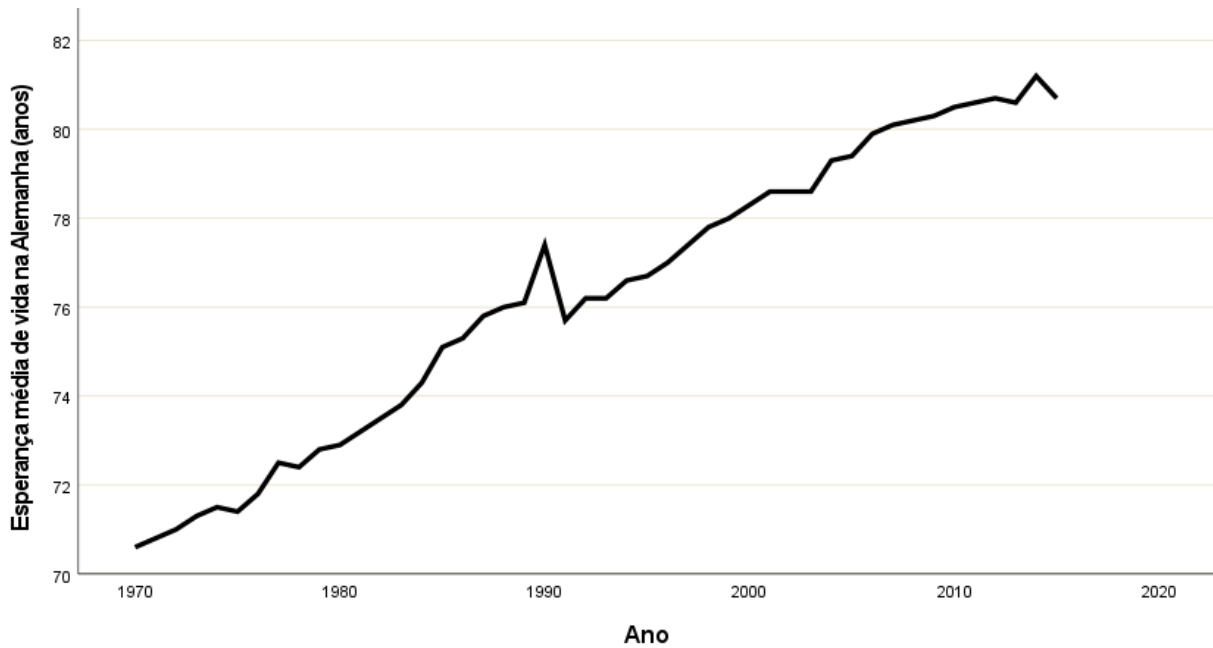
Gráfico 7: Esperança média de vida à nascença, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

No caso da Alemanha, existe uma oscilação em 1990 e 1991, época que seguiu à queda do Muro de Berlim (novembro de 1989) e que levou à reunificação da Alemanha. A alteração da esperança média de vida à nascença, além de poder ser motivada pela instabilidade que este período provocou, pode também estar associada ao facto de passarem a estar englobados nestes dados, os valores referentes à Alemanha Oriental (anterior República Democrática Alemã). Contudo, a tendência crescente deste indicador é mantida, o que indica o bom desenvolvimento do país.

Gráfico 8: Esperança média de vida à nascença, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.

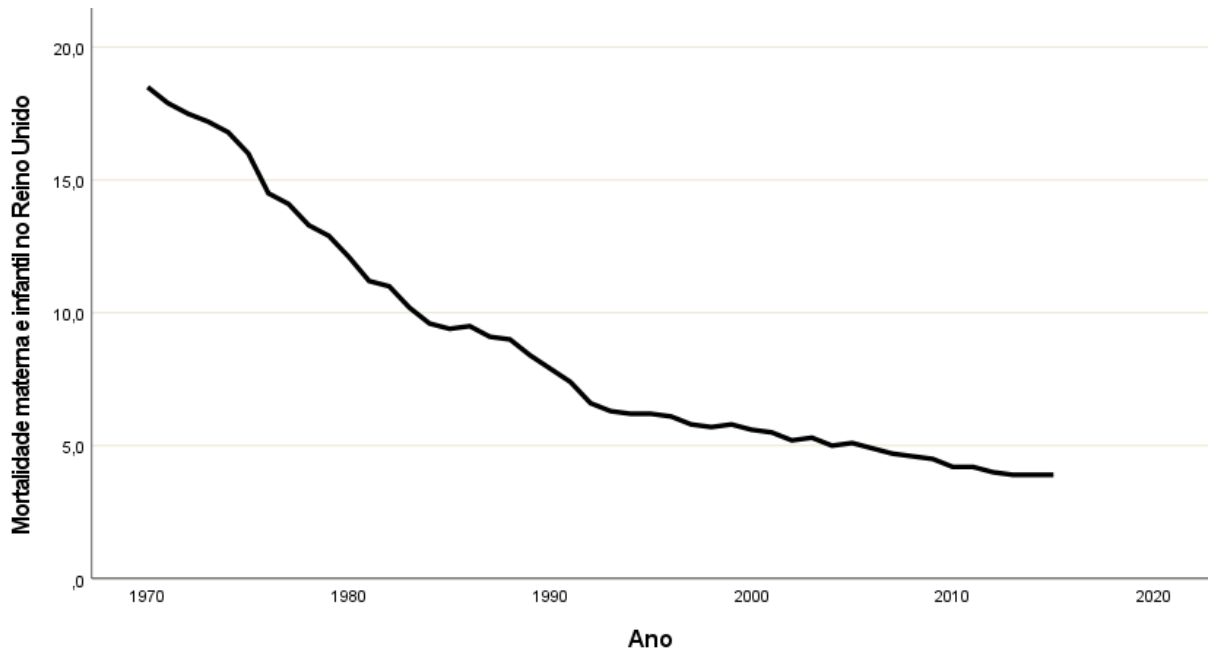


Fonte: Elaboração própria.

Além da esperança média de vida à nascença, também a mortalidade materno infantil permite avaliar a evolução do país, não só relativamente aos cuidados de saúde disponibilizados à sua população, mas também face ao seu desenvolvimento socioeconómico.

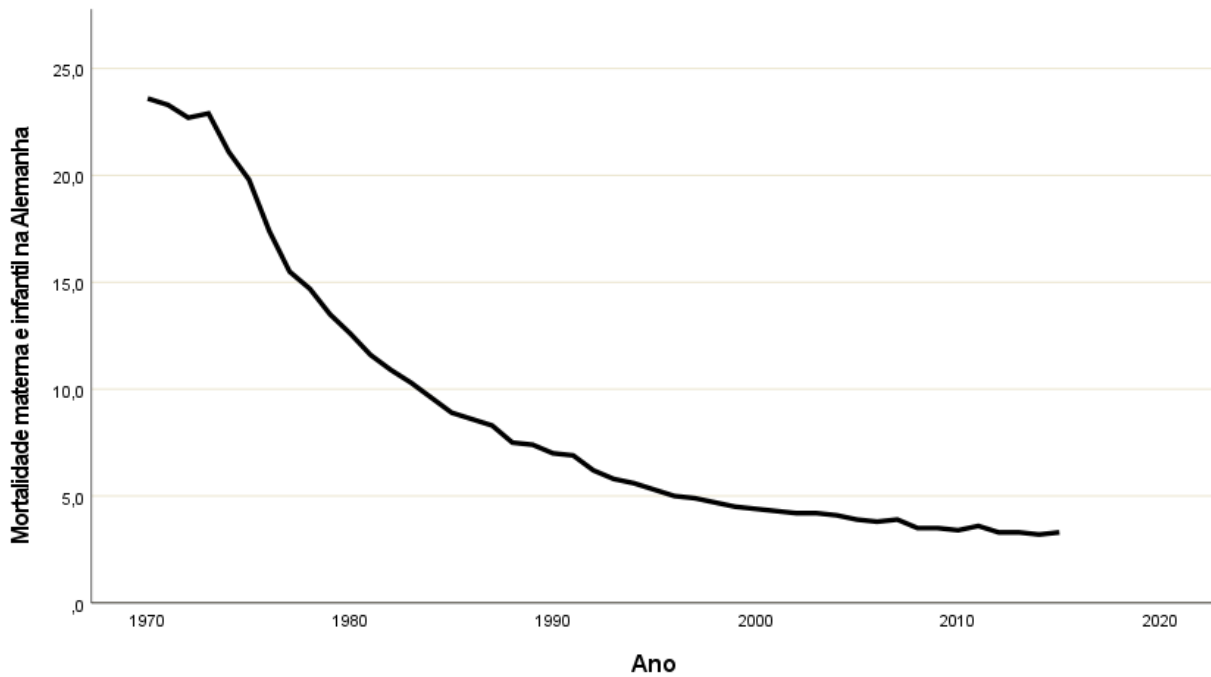
Relativamente a este indicador, ambos os países em estudo apresentam uma tendência decrescente (Gráficos 9 e 10), que não sofre grandes alterações ao longo do decorrer dos anos, o que, mais uma vez, comprova que estes caminham lado a lado, no que diz respeito à evolução socioeconómica e dos seus sistemas de cuidados de saúde.

Gráfico 9: Mortalidade materna e infantil, no Reino Unido, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 10: Mortalidade materna e infantil, na Alemanha, no período entre 1970 e 2015.



Fonte: Elaboração própria.

Capítulo 5. Conclusão

O setor da saúde e a forma como este é gerido e regulamentado, encontra-se intrinsecamente ligado aos diferentes países, à sua história, princípios e ao modo segundo o qual são governados. Portanto, da mesma forma que é extremamente complexo romper o ciclo de costumes associados à gestão do próprio país, é também difícil alterar os padrões associados à gestão dos cuidados de saúde do mesmo. Contudo, existem adaptações que são possíveis de ser realizadas, com o decorrer do tempo e, como consequência, das alterações socioeconómicas que os países enfrentam.

Os modelos de gestão dos cuidados de saúde Beveriano e Bismarckiano, estudados nesta dissertação de mestrado a partir do Reino Unido e da Alemanha, respetivamente, foram introduzidos na sociedade baseados em princípios que ditavam a forma consoante a qual os mesmos iriam atingir os objetivos a que se propunham. O modelo Beveriano tinha como princípios a universalidade e equidade, enquanto o modelo Bismarckiano tinha como princípios a pluralidade, liberdade e solidariedade (Weale, 2015).

O princípio da universalidade, defendido de forma primordial no Reino Unido, aquando do surgimento do modelo Beveriano (1948), que tinha como objetivo estar acessível de forma gratuita a qualquer cidadão, estando, mais tarde, associado a um copagamento da medicação (Anderson et al, 2022), foi, com o decorrer dos anos e de forma gradual, adotado pela Alemanha que, introduzindo o copagamento da medicação em 1977 (Busse et al, 2017; Institute for Economic Research, 2004; Hurst, 1991), atingiu a cobertura a 100% da sua população em 2009 (Busse et al, 2017).

Por outro lado, para um país como o Reino Unido, que faz a gestão centralizada do seu sistema de saúde e dos seus custos associados (Bureau & Blank, 2006; Hassenteufel & Palier, 2007), a educação da população para a saúde é um ponto-chave para a procura de amenização dos gastos com a saúde, uma vez que, cidadãos informados e que têm em consideração a prevenção do surgimento de doenças, recorrem menos e, quando o fazem, com mais consciência a este tipo de serviços (Bureau & Blank, 2006). Por este motivo, é possível identificar na literatura que a educação para a saúde foi uma preocupação no Reino Unido a partir da década de 60, do século XX (Cole et al, 2011). A Alemanha seguiu este caminho mais tarde, reconhecendo as vantagens da medida adotada pelo Reino Unido, tendo começado a investir na educação para a saúde da sua população a partir dos anos 80, do século passado (Hurst, 2001).

Em 1945, na Alemanha, com o final da II Guerra Mundial, e, mais tarde, com a reunificação do país, após a queda do Muro de Berlim, houve o aumento nos custos associados à saúde, e, com o objetivo de fazer face a esta despesa crescente, foi introduzida a competição neste setor (Busse et al, 2017). Para além disto, tendo em conta que os utentes do sistema de saúde alemão possuem, desde sempre, liberdade no que toca à escolha do serviço de saúde e /ou médico a consultar (Hassenteufel

& Palier, 2007; Ikegami & Campbell, 2002; OCDE, 1992), é possível inferir que a competição por uma melhor qualidade perceptível dos serviços prestados seja uma constante neste modelo.

Com o objetivo de conter o aumento dos custos associados ao setor da saúde e também com o objetivo de melhorar a qualidade e eficiência dos serviços prestados aos utentes, o Reino Unido introduziu nos anos 70, do século passado, competição ao nível das compras e distribuição e, na década de 80, competição entre os hospitais (Cylus et al, 2015; Galetto et al, 2014; McPake & Mills, 2000; Tanaka & Oliveira, 2007). No entanto, em 2014 o Reino Unido voltou atrás na adoção da competição como forma de melhorar a qualidade e eficiência dos serviços, extinguindo esta medida (Anderson et al, 2022). Deste modo, é possível concluir que existiu, neste aspeto, um retrocesso numa medida que potenciava a aproximação entre os dois modelos.

No que diz respeito à qualidade e eficiência dos serviços prestados, o Reino Unido demonstrou, desde a formação do seu modelo, preocupação com esta variável, tendo na década de 80, do século passado, introduzido a utilização de *targets* como medida de avaliação para este indicador (Galetto et al, 2014). Mais tarde, em 1997, foram criados os Padrões Nacionais de Serviços, relacionados com a Qualidade, no Reino Unido (Tanaka & Oliveira, 2017). Por sua vez, a Alemanha começou a demonstrar preocupações relativas à qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos seus utentes no início do século atual, tendo passado a existir, em 2005, a obrigação por parte dos hospitais em publicar relatórios de qualidade dos seus serviços (Stolpe, 2011).

A liberdade dos utentes nos serviços de saúde é um dos princípios do modelo Bismarckiano e, como tal, foi sempre defendido pela Alemanha (Hassenteufel & Palier, 2007; Ikegami & Campbell, 2002; OCDE, 1992). Por este motivo, desde a criação do modelo de saúde alemão, foi disponibilizada a hipótese na escolha do médico a consultar e/ou serviço de saúde ao qual o utente alemão se iria dirigir, sendo que, em 1997, passou também a existir liberdade na escolha do fundo de doença ao qual o cidadão pretende pertencer (Institute for Economic Research, 2004; Stolpe, 2011). Ao contrário do que aconteceu na Alemanha, só entre 2002 e 2004 os cidadãos do Reino Unido começaram a possuir alguma liberdade no que diz respeito à escolha dos serviços de saúde ao qual pretendiam dirigir-se, com a introdução de um menor distanciamento entre os cuidados de saúde primários e secundários (Grosios et al, 2010).

Com o desenvolver da estrutura dos cuidados de saúde proporcionados pelo estado, o aumento da procura por estes serviços e, conseqüentemente, a redução na disponibilidade e capacidade de prestar os cuidados, de forma atempada, aos cidadãos cobertos, surgiu, no Reino Unido, a necessidade de desenvolver colaborações com o setor privado dos cuidados de saúde. Surgiram, deste modo, em 2005, os Centros de Tratamento Independente e, em 2012, procedeu-se à contratação de prestadores privados, para desempenharem funções nos serviços de saúde do NHS (Cylus et al, 2015; Galetto et al, 2014).

Uma das vantagens conhecidas dos sistemas de saúde do modelo Beveriano, como o sistema britânico, são a possibilidade de se trabalhar em rede dentro do NHS, com a partilha de casos clínicos, entreadajuda nos diagnósticos e troca de feedbacks relativos a terapêuticas e abordagens a adotar (Minor, 2010). Por este motivo, em 2002, também a Alemanha criou um Programa de Doenças Crônicas e Gestão de Doenças (Busse et al, 2017), com o objetivo de adquirir os mesmos benefícios que a Inglaterra possui com o NHS, ao nível do apoio multidisciplinar.

O modelo Beveriano, sendo um sistema de gestão de cuidados de saúde inteiramente financiado pelo estado, tem as suas contas geridas de uma forma centralizada, o que acarreta vantagens, nomeadamente a procura por uma distribuição dos serviços realizada de forma mais igualitária em termos de quantidade e qualidade. Em 2007, foi criada, na Alemanha, uma Bolsa Geral de Financiamento a partir da qual passou a ser feita a gestão financeira de todos os fundos de doença, com a vantagem adicional de trazer a segurança da existência de suporte financeiro, no caso de dificuldades por parte de determinado fundo de doença (Busse & Blümel, 2014; Stolpe, 2011).

Ao analisar os modelos de gestão dos serviços de saúde dos dois países ao longo dos anos, é possível perceber a evolução dos mesmos, com momentos nos quais estes se aproximam e se distanciam. No entanto, ao ter em conta os indicadores empíricos de desenvolvimento socioeconómico do Reino Unido e da Alemanha, nomeadamente o PIB *per capita*, os gastos com saúde (%), a esperança média de vida e a mortalidade materno-infantil, é possível verificar que ambos os países, apesar do modelo de saúde com princípios distintos, percorreram um caminho semelhante no que toca ao seu desenvolvimento. A natalidade é o indicador que apresenta mais oscilações tanto no Reino Unido, como na Alemanha, não possuindo, em nenhum dos dois países, uma tendência crescente ou decrescente. As oscilações neste indicador podem ser justificadas pelas conjunturas sociais, políticas e económicas que os países enfrentaram no decorrer dos anos em estudo, tendo em conta que este será o indicador mais sensível à perceção que os cidadãos têm das condições do país, em determinado momento.

Tendo em conta o estudo realizado, a Alemanha parece ser o país que passou por mais transformações tanto ao nível da gestão dos seus serviços de saúde, como ao nível político e social, alterações estas que se traduzem em maiores oscilações ao nível dos seus indicadores empíricos.

Posto isto, é possível concluir, com esta dissertação de mestrado, que os modelos de saúde Beveriano e Bismarckiano, do Reino Unido e da Alemanha, passaram por um extenso processo de transformação, após a II Guerra Mundial. Transformação esta que permitiu, por vezes, que ambos caminhassem num sentido de convergência entre si, com a adoção de medidas que se tinham provado eficazes, anteriormente, no país oposto, corroborando a hipótese de investigação que foi colocada no início da presente dissertação de mestrado. Ambos os países, independentemente das influências socioeconómicas às quais estavam sujeitas, fizeram um caminho positivo de desenvolvimento,

auxiliado pelo setor da saúde.

Conclui-se, desde modo, que, ao longo dos anos, ambos os países e os seus respetivos modelos de saúde percorreram um caminho de evolução, com o objetivo de encontrar o equilíbrio que permita aos cidadãos o usufruto do melhor sistema de cuidados de saúde possível. Numa perspetiva ideal, de acordo com Kyrgyz (citado em Kutzin et al, 2009), deveria ser possível construir um modelo de saúde que utilizasse a complementaridade entre os dois modelos (Beveridge e Bismarck) e que se transformasse num sistema de saúde universal, contribuindo para um acesso ótimo e eficaz aos cuidados de saúde, que tenha qualidade e seja custo-efetivo (Lameire et al, 1999).

5.1 Limitações

As conclusões obtidas a partir do estudo realizado com a presente dissertação de mestrado, podem ter sido limitadas, direta ou indiretamente, pelas determinantes que se apresentam listadas de seguida.

Para a análise empírica, apenas foi possível obter dados a partir do ano de 1970, à exceção do *PIB per capita* do Reino Unido. Esta limitação na obtenção de dados para esta análise, cria uma disparidade naquilo que diz respeito à interligação entre a análise factual das alterações dos sistemas de saúde e a análise empírica das condições socioeconómicas.

Por outro lado, os indicadores socioeconómicos analisados, sofrem influência de vários fatores, além do setor da saúde. Por este motivo, as oscilações provocadas nos mesmos não podem ser atribuídas exclusivamente ao objeto de estudo desta dissertação de mestrado.

É também relevante referir que apenas foram referidas as alterações nos modelos de saúde nas quais é possível encontrar um termo de comparação com o modelo de gestão dos sistemas de saúde oposto. Isto é, ao longo do período temporal analisado, existiram outras evoluções e adaptações nos modelos de saúde dos dois países que, por não coincidirem com o objetivo de estudo da dissertação de mestrado em questão, não foram referidas.

5.2 Sugestões Finais

O período da pandemia por COVID-19 foi particularmente desafiante para os diversos países, nomeadamente para os seus governantes, que necessitaram de tomar medidas extremas a nível socioeconómico, mas também a nível dos serviços de saúde, da sua organização e modo de atuação.

O período entre 2020 e 2022, terá sido o período no qual houve mais alterações e adaptações nos modelos de saúde, num mais curto período temporal, mas também o momento no qual os países mais necessitaram de se aliar e tomar medidas em conjunto e/ou adaptar formas de atuar que tenham visto ser proveitosas noutras nações.

Por este motivo, poderá ser interessante fazer uma análise dos modelos Beveriano e Bismarckiano, seguindo a continuidade desta dissertação de mestrado, utilizando dados do Reino Unido e da Alemanha, que procure estudar a evolução e as medidas tomadas por ambos os países durante o período da pandemia por COVID-19, analisando também o impacto destas medidas nos indicadores socioeconómicos de ambos os países, que foram, certamente, profundamente impactados por esta doença.

Bibliografía

- Alfaro, M., Muñoz-Godoy, D., Vargas, M., Fuertes, G., Duran, C., Ternero, R., Sabattin, J., Gutierrez, S., & Karstegl, N. (2021). National health systems and COVID-19 death toll doubling time. *Frontiers in public health*, 9.
- Anderson, M., Alderwick, H., Pitchforth, E., McGuire, A., Edwards, N. & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 24 (1).
- Barros, P. (2007). The slow and unnoticed changes in the funding mix. *Health Economics*, 16, 437-440.
- Blank, R., & Burau, V. (2006). Setting health priorities across nations: more convergence than divergence?. *Journal of public health policy*, 27(3), 265-281.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. & Busse, R. (2020) Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22 (6).
- Boyle, S. (2011). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (1).
- Braun, H. J. (1990). *The German Economy in the Twentieth Century*. Routledge.
- Burau, V. & Blank, R. H. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(1), 63-76.
- Busse, R., Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16 (2).
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390, 882–897.
- Cole, K., Sim, F., Hogan, H. (2011). The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom. *Public Health Reviews*, 33 (1), 87-104.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17 (5).
- DESTATIS Statistisches Bundesamt. (s.d.). Live births and deaths (time series). <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Births/Tables/Irbev04.html#242410>
- Delnoij, D. M. (2013). Bismarck or Beveridge: primary care matters. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 349-349.
- Dustmann, C., Fitzenberger, B., Schönberg, U. & Spitz-Oener, A. (2014). From Sick Man of Europe to Economic Superstar: Germany's Resurgent Economy. *Journal of Economic Perspectives*, 28 (1), 167-188.
- Galetto, M., Marginson, P., Spieser, C. (2014). Collective bargaining and reforms to hospital healthcare provision: A comparison of the UK, Italy and France. *European Journal of Industrial Relations*, 20 (2), 131-147.
- Grosios, K., Gahan, P. B., Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the UK. *EPMA Journal*, 1, 529-534
- Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574-596.
- Hurst, J. W. (1991). Reform of Health Care in Germany. *Health Care Financ Rev*, 12 (3), 73-86.
- Institute for Economic Research (2004). Evolution of Health-Care Reforms. CESifo DICE Report 2 (4), 74-77.
- Ikegami, N. & Campbell, J. C. (2002). Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems. *Social Policy & Administration*, 36(7), 719-734.
- Kutzin, J., Ibraimova, A., Jakab, M., & O'Dougherty, S. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 549-554.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56, 171-204.
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 3-9.

- McPake, B., Mills, A. (2000). What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 811-820.
- Minor, L. (2010, Outubro 14). Bismarck, Beveridge and “The Blues”. The Paul H. Nitze School of Advanced International Studies, Bologna, Italy.
- Mou, H. (2013). The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. *Health policy*, 113, 270-283
- OECD. (1992). *The Reform of Health Care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD Statistics. (s.d.). Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>
- OECD Statistics. (s.d.). Life expectancy. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>
- OECD Statistics. (s.d.). Maternal and infant mortality. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>
- Oliver, M. J. & Pemberton, H. (s.d.). *Learning and Change in the Twentieth-Century British Economy Policy*. Center for European Studies Working Paper, 109.
- Oliver, T. R. (2006). The politics of public health policy. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 195-233.
- Physicians for a National Health Program. (s.d.). *Health Care Systems – Four Basic Models*. https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
- Rivett, G. (s.d.). 1948-1957: Establishing the National Health Service. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/chapter/1948-1957-establishing-the-national-health-service>
- Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., Van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., & De Belvis, A. G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- Statista. (s.d.). Number of live births in the United Kingdom from 1887 to 2021. <https://www.statista.com/statistics/281981/live-births-in-the-united-kingdom-uk/>
- Stolpe, M. (2011, junho 21). *Reforming Health Care – The German Experience*. IMF Conference. *Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe*, Paris.
- Tanaka, O. Y., Oliveira, V. E. (2007). *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 7-17
- The World Bank. (s.d.) *DataBank: World Development Indicators*. <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=NY.GDP.PCAP.CD&country=DEU#>
- The World Bank. (s.d.). *Germany*. <https://data.worldbank.org/country/DE>
- Wallace, L. S. (2013). *A view of health care around the world*.
- Weale, A. (2015). Reflecting on ‘Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems’. *Health Economics, Policy and Law*, 10(4), 431-435.
- Wendt, C, Frisina, L. & Rothgang, H. (2009). *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- WHO. (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage*.
- WHO. (2011, novembro 21-22). *Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?*. 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, Paris, França.
- WHO. (2023, maio). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)