



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Sistemas de Saúde em Perspetiva: Um Estudo Comparativo entre Bélgica e Portugal

Sofia Piarali Remtula

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador: Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor
Associado com Agregação
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Sistemas de Saúde em Perspetiva: Um Estudo Comparativo entre Bélgica e Portugal

Sofia Piarali Remtula

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador: Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo, Professor
Associado com Agregação
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Agradecimento

Este trabalho representa o culminar de uma longa jornada e, ao concluí-lo, não poderia deixar de expressar a minha gratidão pelo apoio e contribuição de todos aqueles que foram fundamentais neste caminho.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Crespo, pela orientação inestimável e incentivo ao longo deste percurso, com as suas críticas construtivas e conhecimentos partilhados que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus professores e colegas de curso, que contribuíram com discussões enriquecedoras e que me fizeram tantas vezes olhar para os problemas de maneira diferente, deixo o meu profundo agradecimento. Em especial, à Susana e ao Diogo, por nunca me terem deixado “deitar a toalha ao chão”.

Ao ISCTE por me ter proporcionado todos estes momentos e me ter permitido crescer no meu percurso profissional e pessoal.

Aos meus amigos, pela amizade e compreensão, e por me terem proporcionado momentos de descontração que me ajudaram a seguir em frente.

À minha família, pela paciência, por me apoiarem em todas as etapas da minha vida e por acreditarem em mim quando eu não acredito, o meu mais especial agradecimento.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para esta jornada, o meu agradecimento.

Esta conquista é tão minha quanto vossa!

Resumo

A sustentabilidade dos sistemas de saúde é um dos principais desafios que os países enfrentam na atualidade, perante o envelhecimento populacional e as suas consequências, nomeadamente o aumento da prevalência das doenças crónicas e degenerativas, que causam uma pressão crescente sobre os recursos disponíveis.

Entre os diferentes países, encontramos sistemas de saúde que variam, entre outros, no seu modelo de organização e no modo de financiamento, podendo influenciar o seu desempenho e a saúde da população. Neste sentido, a comparação entre sistemas de saúde distintos, permite informar os decisores políticos sobre as melhores práticas e abordagens, possibilitando reformas adaptativas dos sistemas de saúde com o intuito de otimizar o seu desempenho e de melhor servir as necessidades da população, garantindo a acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados de saúde.

Este trabalho explora a comparação entre os sistemas de saúde Bismarckiano da Bélgica e Beveridgiano de Portugal, focando-se no seu contexto, modelo de organização, modo de financiamento, desempenho ao nível de alguns indicadores de saúde relevantes, acessibilidade e satisfação da população.

Não havendo um país que se destaque em todos os indicadores, a análise comparativa entre os dois sistemas de saúde, permite compreender as forças e fragilidades de ambos os sistemas, criando oportunidades de melhoria contínua que permitem responder não só aos desafios atuais, como também aos desafios futuros que estes sistemas enfrentam, caminhando na direção da sustentabilidade.

Palavras-chave: Modelo de Beveridge, Modelo de Bismarck, Sustentabilidade, Desempenho de sistemas de saúde

Classificação JEL: I13, I15, I18

Abstract

Healthcare systems sustainability is one of the major challenges that countries face today, given the aging population and its consequences, including the increasing prevalence of chronic and degenerative diseases, which cause growing pressure on available resources.

Between different countries, healthcare systems vary, among other factors, in their organizational models and financing methods, which can influence not only their performance, but also population's health. In this context, comparing health systems allows policymakers to be informed about the best practices and approaches, facilitating adaptive healthcare reforms to optimize their performance and better meet the needs of the population, ensuring accessibility, equity and quality of care.

This paper explores the comparison between Belgium's Bismarckian and Portugal's Beveridgean healthcare systems, focusing on their context, organizational model, financing methods, performance on relevant outcomes, accessibility and population satisfaction.

With no country standing out in all outcomes, through a comparative analysis between the two healthcare systems, it is possible to understand the strengths and weaknesses of each system, creating opportunities for continuous improvement that address both current and future challenges, moving towards sustainability.

Key words: Beveridge Model, Bismarck Model, Sustainability, Healthcare systems performance

JEL Classification: I13, I15, I18

Índice

Agradecimento	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Quadros e Figuras	ix
Glossário de Siglas	xi
Capítulo 1. Introdução	1
Capítulo 2. Revisão da Literatura	5
2.1. Modelos de Sistemas de Saúde	5
2.2. Modelo de Bismarck	7
2.3. Modelo de Beveridge	8
2.4. Outros Modelos de Sistemas de Saúde	9
2.5. Comparação entre Sistemas de Saúde	10
Capítulo 3. Sistema de Saúde da Bélgica	13
3.1. Contextualização	13
3.2. Modelo de Sistema de Saúde	15
3.3. Financiamento do Sistema de Saúde	17
3.4. Indicadores de Saúde	19
3.5. Acessibilidade e Satisfação da População	22
Capítulo 4. Sistema de Saúde de Portugal	25
4.1. Contextualização	25
4.2. Modelo de Sistema de Saúde	27
4.3. Financiamento do Sistema de Saúde	30
4.4. Indicadores de Saúde	33
4.5. Acessibilidade e Satisfação da População	35
Capítulo 5. Análise Comparativa entre os Sistemas de Saúde da Bélgica e de Portugal	37
Capítulo 6. Conclusão	45
Referências Bibliográficas	49

Índice de Quadros e Figuras

Figura 2.1 – Gastos em saúde por tipo de financiamento de vários países da OCDE, 2021	6
Quadro 3.1 - Fatores demográficos e socioeconómicos da Bélgica e da UE, 2022	13
Figura 3.1 – Esperança média de vida em anos à nascença, na Bélgica	14
Figura 3.2 – PIB <i>per capita</i> ajustado ao poder de compra em €, da Bélgica e da UE	14
Figura 3.3 – Gastos em saúde em % do PIB, da Bélgica e da UE	17
Figura 3.4 – Gastos em saúde em % por tipo de serviço em 2021, na Bélgica	18
Figura 3.5 – Gastos em saúde em % por tipo de financiamento em 2021, na Bélgica	18
Figura 3.6 – Divisão dos pagamentos diretos em % por tipo de serviço em 2021, na Bélgica	19
Figura 3.7 – Hospitalizações por Asma e DPOC por 100 000 pessoas, na Bélgica e na OCDE	20
Figura 3.8 – Hospitalizações por Diabetes por 100 000 pessoas, na Bélgica e na OCDE	20
Figura 3.9 – Volume de antibióticos prescritos, expresso em dose diária definida por 1000 pessoas, na Bélgica e na OCDE	21
Quadro 4.1 - Fatores demográficos e socioeconómicos de Portugal e da UE, 2022	26
Figura 4.1 – Esperança média de vida em anos à nascença, em Portugal	26
Figura 4.2 – PIB <i>per capita</i> ajustado ao poder de compra em €, de Portugal e da UE	27
Figura 4.3 – Gastos em saúde em % do PIB, de Portugal e da UE	30
Figura 4.4 – Gastos em saúde em % por tipo de serviço em 2021, em Portugal	31
Figura 4.5 – Gastos em saúde em % por tipo de financiamento em 2021, em Portugal	32
Figura 4.6 – Divisão dos pagamentos diretos em % por tipo de serviço em 2021, em Portugal	32
Figura 4.7 – Hospitalizações por Asma e DPOC por 100 000 pessoas, em Portugal e na OCDE	33
Figura 4.8 – Hospitalizações por Diabetes por 100 000 pessoas, em Portugal e na OCDE	34
Figura 4.9 – Volume de antibióticos prescritos, expresso em dose diária definida por 1000 pessoas, em Portugal e na OCDE	34

Glossário de Siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DALY – *Disability-Adjusted Life Years*, Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EMV – Esperança Média de Vida

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

Introdução

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946, estabelece a saúde como um direito humano fundamental e compromete-se a assegurar o nível mais elevado de saúde a toda a população, encorajando os países a desenvolverem modelos de sistemas de saúde que tendam para a universalidade da cobertura de cuidados e onde sejam essencialmente garantidas a equidade de acesso e a qualidade dos serviços prestados (World Health Organization, 1995).

Ainda de acordo com a OMS, os sistemas de saúde dos diferentes países são únicos e fortemente influenciados pela sua história, cultura, sistema político e, conseqüentemente, pelas normas e valores que prevalecem nas respetivas sociedades (Lameira, 1999). Entre os diferentes países, encontramos múltiplos sistemas de saúde que diferem na sua conceptualidade e, conseqüentemente, no seu modelo de organização e de financiamento (Busoi, 2010). No entanto, esta é uma diversidade que pretende dar resposta a objetivos fundamentais comuns, nomeadamente: cuidados de saúde universais, de qualidade, eficientes, com capacidade de resposta e que sejam eficazes para melhores resultados em saúde (Mossialos, 2002).

Nas últimas décadas temos assistido ao aumento significativo da esperança média de vida (EMV) global, como resultado de inúmeros indicadores positivos ao nível da Saúde Pública, da maior acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e da educação, contribuindo para uma melhoria das condições de vida da população (Blyth & Schneider, 2018; Gottret, 2006). Estes fatores, associados ao desenvolvimento do conhecimento científico e, conseqüentemente, da inovação tecnológica e terapêutica, contribuíram significativamente para esta mudança de paradigma em que assistimos ao envelhecimento e aumento da população (Jacobzone, 2003). Segundo dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) no seu relatório *Health at a Glance*, nos países da OCDE, a percentagem de população com mais de 65 anos passou de menos de 9% em 1960 para cerca de 18% em 2021, sendo que a EMV à nascença em 2021 era de 80,3 anos (OECD, 2023a).

Assistimos, assim, a uma transformação social importante que terá conseqüências em inúmeros setores, nomeadamente no da saúde (Gottret, 2006). O envelhecimento da população leva, naturalmente, à alteração dos padrões de doença, com o aumento substancial do peso da multimorbilidade e das doenças crónicas e degenerativas (Stevens, 2010). Segundo Blyth & Scheider (2018), na última década, as doenças crónicas tornaram-se, pela primeira vez, o maior contributo para a carga global de doenças e para o aumento dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years – DALY's*), causando uma sobrecarga importante nos sistemas de saúde e sendo atualmente responsáveis por aproximadamente 80% da mortalidade nos países europeus (Ministério da Saúde, 2018).

Atualmente vive-se mais tempo, mas vive-se mais frequentemente com doenças crónicas e degenerativas que podem condicionar incapacidade (de Boer, 2022), gerando não só mais interações entre a população e os sistemas de saúde, como também interações mais complexas e durante um período de tempo mais prolongado, causando desafios no que se refere à sustentabilidade e acessibilidade dos cuidados de saúde que podem ter implicações significativas na qualidade de vida da população (Gottret, 2006; Jacobzone, 2003). Como reflexo, podemos constatar que durante as décadas de 1990 e 2000 assistimos a um aumento contínuo das despesas de saúde, sendo que em 2019 os países da OCDE gastavam em média 8,8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em cuidados de saúde (OECD, 2023a).

As políticas públicas e os próprios sistemas de saúde estão, assim, expostos às constantes alterações sociais, demográficas, políticas e tecnológicas, que constituem em si mesmas desafios complexos e com impacto na sustentabilidade económica e financeira dos sistemas, bem como na saúde das populações, atendendo à necessidade de assegurar cuidados de saúde equitativos, custo-efetivos e de qualidade (Gottret, 2006; Tulchinsky, 2018).

Face a todas estas mudanças, os países que não se adaptarem rapidamente à pressão causada pelo natural aumento da procura de cuidados e subida dos custos num contexto de recursos limitados, poderão comprometer a acessibilidade, a qualidade e a eficiência dos seus sistemas de saúde, levando à diminuição do bem-estar e da satisfação da população (Thomson, 2009).

A maneira como os recursos de saúde são gerados e geridos e o respetivo impacto no desempenho dos sistemas levanta assim importantes questões comparativas entre os modelos de gestão dos diferentes sistemas de saúde, tendo levado às inúmeras reformas observadas nos últimos anos, com o objetivo de otimizar os resultados em saúde e de conceber modelos que sejam mais sustentáveis tanto no modo de organização e gestão de recursos, como no financiamento (Mossialos, 2002). As comparações entre sistemas de saúde têm assim o potencial de fornecer evidência significativa, que pode influenciar as tomadas de decisão nas políticas e reformas de saúde (Papanicolas, 2013).

Cada sistema de saúde tem as suas características e desafios próprios (Tulchinsky, 2018). Sabendo que a organização dos cuidados de saúde tem uma implicação direta na saúde da população e na sustentabilidade do próprio sistema (Alfaro, 2021; Tulchinsky, 2018) e que a comparação de sistemas de saúde é uma ferramenta importante que permite identificar boas práticas, o que se pretende com esta dissertação é conhecer o sistema de saúde de dois países diferentes, comparando o seu modelo de organização, o seu modo de financiamento e os seus resultados, identificando desafios e pontos de melhoria que permitam um melhor desempenho.

Os países escolhidos para o desenvolvimento deste estudo foram a Bélgica e Portugal por serem dois países desenvolvidos, pertencentes à União Europeia (UE), com dois modelos de sistemas de saúde diferentes.

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE *Business School* e está estruturada em diferentes capítulos sequenciais.

O presente Capítulo consiste numa contextualização ao tema e às questões desenvolvidas nesta dissertação, apresentando-se também a sua estrutura. No Capítulo 2 pretende-se fazer uma revisão da literatura acerca dos principais modelos de sistemas de saúde existentes, nomeadamente o Modelo de Beveridge e o Modelo de Bismarck, as suas principais características e princípios. Nos Capítulos 3 e 4 descrevem-se os sistemas de saúde da Bélgica e de Portugal, respetivamente, fazendo uma breve abordagem contextual do país onde estão inseridos, seguida da caracterização do modelo organizativo e de financiamento do sistema de saúde, analisando-se ainda alguns indicadores de desempenho dos cuidados de saúde nos seus vários níveis, além da acessibilidade e satisfação da população. No Capítulo 5 é apresentada uma análise comparativa entre os sistemas de saúde dos dois países, tendo em conta os dados abordados nos capítulos anteriores. Por fim, no último Capítulo apresentam-se as conclusões do trabalho que incluem as limitações e sugestões para trabalhos futuros.

Revisão da Literatura

2.1. Modelos de Sistemas de Saúde

De acordo com a OMS, um sistema de saúde pode ser definido como todas as organizações, instituições, recursos e atividades cujo principal propósito é promover, manter ou melhorar a saúde dos cidadãos, responsabilizando-se em tratá-las com dignidade e respeito, protegê-las do risco social e financeiro da doença e responder às suas legítimas expectativas e necessidades (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2019; World Health Organization, 2000).

O grande desenvolvimento dos sistemas de saúde teve lugar nos anos 1950, quando a Europa recuperava da II Guerra Mundial (Liaropoulos, 2015). Desde então, os sistemas de saúde têm desempenhado um papel fundamental na melhoria da saúde e bem-estar da população, contribuindo para o aumento da EMV e de inúmeros indicadores de saúde (World Health Organization, 2000).

A transição da sociedade rural para uma sociedade urbana mais industrializada e as condições de vida adversas subjacentes ao período após a II Guerra Mundial, trouxeram mudanças na organização do trabalho, que culminaram no desenvolvimento de movimentos socialistas e no reconhecimento da proteção social (medidas de combate ao absentismo associado à doença e à baixa produtividade, por exemplo) em alguns países europeus, nomeadamente na Alemanha e no Reino Unido (Leite, 2022). Assistimos assim ao desenvolvimento de dois grandes modelos estruturais diferentes de organização da segurança social promovidos por Bismarck, na Alemanha, e por Beveridge, no Reino Unido. Por este motivo, de acordo com Berié e Fink (2000) citados em Leite (2022), Bismarck e Beveridge são considerados os precursores da Segurança Social na Europa.

Apesar de ser possível observar uma grande diversidade de sistemas de saúde na Europa, os princípios propostos por Bismarck e Beveridge são os modelos clássicos de inspiração, origem e desenvolvimento da segurança social e dos sistemas de cuidados de saúde europeus (Barros, 2002; Busoi, 2010; Cuadrado, 2019; Leite, 2022; World Health Organization, 2000).

De facto, nas últimas décadas os sistemas de saúde foram-se adaptando e reformando à luz do desenvolvimento dos países e das necessidades da população, tornando-se sistemas cada vez mais complexos (Tulchinsky, 2018). Nem sempre é claro qual o modelo de organização seguido, uma vez que os países não seguem qualquer um dos dois modelos na sua forma pura, mas sim uma mistura de políticas e fundamentos mais identificativos do modelo de Bismarck ou do modelo de Beveridge (Barros, 2002; Cuadrado, 2019). São o modo de financiamento, a extensão da cobertura de cuidados e a prestação dos mesmos que distinguem maioritariamente o modelo do seguro social de Bismarck do modelo do Serviço Nacional de Saúde de Beveridge (Böhm, 2013 e Gaeta, 2017).

É, no entanto, importante notar que os sistemas de financiamento (Figura 2.1) que dependem sobretudo de impostos também incluem elementos de seguro social e que os sistemas baseados em seguros sociais têm fortes elementos de financiamento fiscal (Barros, 2002; Gaeta, 2017; Mossialos, 2002). Além disso, os sistemas de financiamento voluntário (seguros de saúde voluntários e pagamentos diretos) fazem parte integrante da maioria dos sistemas de saúde dos países Europeus (Barros, 2002; Gaeta, 2017).

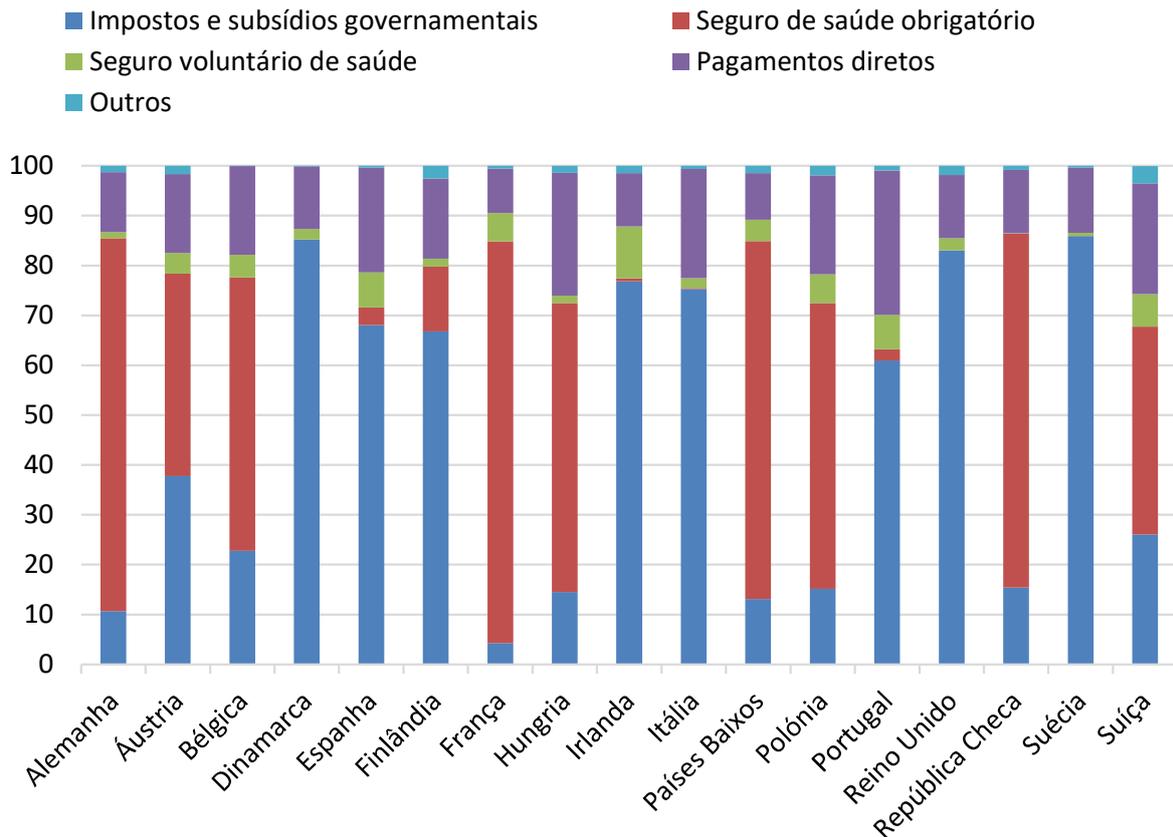


Figura 2.1 – Gastos em saúde por tipo de financiamento de vários países da OCDE, 2021

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Um aspeto fundamental a considerar é que, de acordo com Purton (1996), citado em Leite (2022), apesar das suas diferenças, a integração destes dois modelos é natural e pode ser explicada na medida em que ambos procuram identificar e resolver os problemas da pobreza e desigualdade, promovendo coesão social, eficiência económica e melhoria da segurança individual, procurando diminuir as tensões sociais e os riscos desconhecidos.

Ao longo dos anos, tendo em conta a complexidade observada nos sistemas de saúde, surgiram várias propostas de classificações taxonómicas para tentar melhorar a integração dos conceitos e a classificação dos modelos dos sistemas de saúde (Cuadrado, 2019), no entanto, tendo em conta o objetivo deste trabalho e dado o grande impacto dos modelos de Bismarck e de Beveridge nos atuais sistemas de saúde europeus, é o conhecimento destes dois modelos base que nos permitirá iniciar uma análise comparativa entre os sistemas de saúde da Bélgica e de Portugal.

Assim, de seguida faz-se uma descrição das principais características e princípios dos modelos de Bismarck e de Beveridge.

2.2. Modelo de Bismarck

O primeiro modelo de sistema de saúde surgiu durante a revolução industrial, em 1883, na Alemanha, e homenageia o seu fundador, Otto Von Bismarck, o primeiro Chanceler da Alemanha (Leite, 2022).

O modelo proposto por Bismarck, assente nos princípios da pluralidade, solidariedade e liberdade (Or, 2010), surge num período social conturbado e de crescimento político do socialismo, tendo como principal objetivo garantir aos trabalhadores e seus dependentes um padrão de vida adequado (Hassenteufel, 2007; Leite, 2022).

É um modelo baseado em seguros sociais de saúde obrigatórios e financiados por contribuições partilhadas entre os trabalhadores e os empregadores que são estabelecidas de acordo com o salário e são geridas por fundos de seguros de saúde não governamentais e independentes do Estado (Böhm, 2013; Busoi, 2010; Cuadrado, 2019), tendo uma gestão descentralizada, com orçamento e estatuto legal próprios (Barros, 2002). A regulação do sistema e a tomada de decisões dos cuidados de saúde é feita com base em negociações entre os gestores dos fundos de seguros de saúde e os representantes das profissões ligadas ao setor da saúde, que são maioritariamente profissões liberais (Hassenteufel, 2007).

Os cuidados de saúde funcionam com base no co-pagamento de taxas de serviço previamente acordado com o fundo de seguro de saúde ou no pré-pagamento de taxas e posterior reembolso das mesmas pelos fundos de seguros de saúde (Alfaro, 2021). São estes fundos que se responsabilizam igualmente pelo pagamento de subsídios de incapacidade laboral, tendo sido este o objetivo primário da sua criação (Hassenteufel, 2007). Apesar da principal fonte de financiamento deste modelo ser o seguro social, o Estado tem também um papel ativo no financiamento dos cuidados, sendo a magnitude do mesmo variável nos diferentes países (Barros, 2002; Gottret, 2006).

A prestação de cuidados de saúde pode ser pública ou privada, sendo a liberdade de escolha e livre circulação do doente no sistema de saúde uma das características centrais deste modelo de organização, podendo o mesmo aceder diretamente aos cuidados hospitalares e/ou consultar vários médicos para a mesma condição (Hassenteufel, 2007).

Entre os países que adotam os princípios deste modelo encontram-se a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a França e os Países Baixos (Leite, 2022). Apesar de seguirem o mesmo modelo conceptual, existem muitas características que diferem nos sistemas de seguro social destes países, fruto do desenvolvimento e das diferentes estruturas sociais, económicas, institucionais e ideológicas de cada país (Barros, 2002).

2.3. Modelo de Beveridge

O modelo de Beveridge teve a sua origem alguns anos mais tarde, em 1948, aquando da introdução do Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido. O seu fundador, o economista Lord William Beveridge, acreditava na saúde como um direito humano que deveria ser assegurado a todos os cidadãos de forma igualitária, não sendo um privilégio exclusivo da população trabalhadora. Num contexto pós-Guerra, Beveridge defendia um sistema de saúde universal, público e que providenciasse não só cuidados de saúde curativos, mas também preventivos, sem o risco da seleção da cobertura de acordo com os riscos individuais dos cidadãos (Leite, 2022).

Desta forma, o modelo Beveridgiano, assente nos princípios da universalidade, equidade e solidariedade (Or, 2020), tem como principal fundamento providenciar a todos os cidadãos um sistema de cuidados de saúde universais e gratuitos (Alfaro, 2021; Hassenteufel, 2007).

O financiamento do modelo Beveridgiano assenta predominantemente na recolha de impostos gerais pagos pelos cidadãos, sendo geridos pelo Estado, que assume um papel central na gestão e organização do sistema de saúde (Böhm, 2013; Cuadrado, 2019; Stevens, 2010). Os fundos coletados através do seguro social podem contribuir em grau variável para o financiamento dos cuidados de saúde sendo, no entanto, maioritariamente usados com outros propósitos, nomeadamente para financiar outros programas da segurança social como pensões e benefícios de invalidez (Barros, 2002).

Os fornecedores de cuidados de saúde, hospitais e clínicas, são predominantemente públicos e geridos pelo Estado, bem como os profissionais que neles trabalham (Alfaro, 2021). Ao contrário do modelo de Bismarck, este modelo não permite por norma a livre circulação dos doentes dentro do sistema, existindo habitualmente uma rede multidisciplinar desenvolvida de cuidados de saúde primários que funciona como primeiro ponto de contacto do utente com o sistema de saúde, tendo como uma das suas funções gerir o acesso aos cuidados de saúde secundários (Hassenteufel, 2007). Segundo a literatura, uma das principais desvantagens deste modelo de organização é a existência de listas de espera longas que aumentam as necessidades não satisfeitas e diminuem a satisfação da população (Alfaro, 2021; Hassenteufel, 2007).

Países como a Dinamarca, Espanha, Itália, Irlanda, Reino Unido e Suécia são os exemplos mais paradigmáticos da adoção deste modelo organizacional (Leite, 2022).

2.4. Outros modelos de Sistemas de Saúde

Apesar de a maioria dos sistemas de saúde derivarem de um dos modelos conceptuais acima referidos, nenhum destes existe atualmente na sua forma pura nos países europeus, existindo outras variáveis a ter em conta no que toca ao financiamento e prestação de cuidados (Barros, 2002). A maioria dos sistemas de saúde tem na base do seu financiamento múltiplas fontes em proporções diferentes (Cuadrado, 2019) e a intervenção dos sistemas público e privado tem um peso variável (Böhm, 2013; Busoi, 2010), tornando-os assim sistemas complexos com diferentes interações entre os vários elementos (Stevens, 2010).

De acordo com Böhm (2013) e Cuadrado (2019), podemos acrescentar um outro tipo de modelo de sistema de saúde baseado num seguro de saúde privado, em que as fontes principais tanto de financiamento como de prestação de cuidados são privadas, podendo-se assim estabelecer as seguintes categorias (Böhm, 2013):

- sistema tipo Serviço Nacional de Saúde – pagador único, provisão pública;
- sistema de Seguro Social de Saúde obrigatório – pagadores múltiplos, provisão pública;
- sistema de Seguro de Saúde Privado – pagadores múltiplos, provisão privada.

Atualmente, não existem sistemas de saúde totalmente privatizados ou nacionalizados na Europa. A situação mais frequente é haver uma combinação de características dos vários modelos descritos (Busoi, 2010). Segundo Barros (2002), o papel dos seguros privados nos países da UE é essencialmente o de oferecer uma cobertura de saúde adicional e voluntária à população. Ainda segundo o mesmo autor, nos países que seguem o modelo de Bismarck, o seguro de saúde privado é usado para reembolsar a percentagem dos custos em cuidados de saúde que não são cobertos pelos fundos de seguros de saúde. Já nos países que têm um Sistema Nacional de Saúde com uma cobertura total dos serviços, os seguros de saúde são considerados um privilégio adicional.

Existe ainda uma outra fonte de financiamento dos sistemas de saúde que faz parte integrante da despesa em saúde podendo ter um impacto relevante na mesma. O *Out-Of-Pocket Payment* ou pagamento direto, refere-se aos custos não reembolsáveis (AB, 2019) pagos diretamente pela população aos prestadores de cuidados de saúde públicos e/ou privados (AB, 2019; Jalali, 2021; Mossialos, 2002). Estes custos incluem pagamentos puramente privados (consultórios médicos privados e farmácias, por exemplo) e custos oficiais previamente acordados e partilhados entre os beneficiários e o sistema de saúde público ou privado, sob a forma de co-pagamentos e taxas de serviço (Jalali, 2021).

Segundo a OMS, citada em Jalali (2021), este tipo de financiamento tem relevância em alguns países europeus, ainda que seja um tipo de instrumento financeiro regressivo que pode pôr em causa a equidade de acesso aos cuidados de saúde, na medida em que pode criar uma barreira financeira sobretudo nas classes mais vulneráveis (AB, 2019; Thomson, 2009). O grau de dependência de um sistema de saúde em pagamentos diretos é um indicador de proteção financeira da população (OECD, 2023b). Segundo Böhm (2013), países com um modelo Bismarckiano têm despesas em saúde elevadas com uma percentagem moderada de pagamentos diretos, contrastando dos países com um modelo tendencialmente Beveridgiano, que têm menores gastos em saúde com uma dependência elevada em pagamentos diretos.

2.5. Comparação entre Sistemas de Saúde

Os sistemas de saúde são intrinsecamente complexos e variam de forma significativa entre os países, moldando-se com o intuito de poderem responder, no seu contexto próprio e com os recursos disponíveis, às necessidades e expectativas de saúde da população.

Apesar de terem modelos organizativos distintos, com fontes de financiamento que variam, os sistemas de saúde enfrentam desafios semelhantes para os quais assumem abordagens diferentes fruto dos contextos que lhes estão inerentes (Gottret, 2006; Nolte, 2006).

A comparação entre sistemas de saúde, respetivas políticas de saúde e resultados, é crucial para dotar os decisores políticos de informação que permita fortalecer os próprios sistemas, potenciando o conhecimento de abordagens variadas e das melhores práticas, a identificação de ineficiências e a promoção de equidade entre as diferentes populações (Nolte, 2006; Papanicolas, 2013; Schütte, 2018).

Segundo Nolte (2006), o interesse na comparação entre diferentes sistemas de saúde, vem desde os anos 1930, sendo no entanto a partir dos anos 1980 que surgiram várias publicações que comparavam as diferenças e semelhanças entre os sistemas de saúde da OCDE e respetivos resultados em saúde. Foi em 2000, no seu relatório *World Health Report*, que a OMS elaborou pela primeira vez um *ranking* em que comparava o desempenho dos sistemas de saúde dos seus 191 países membros (World Health Organization, 2000), tendo desde então surgido vários outros *rankings* que comparam os sistemas de saúde através de vários indicadores de desempenho e de qualidade (Schütte, 2018).

A medição do desempenho, avalia a medida em que um determinado sistema cumpre os seus objetivos propostos (Papanicolas, 2013). Tendo em conta que não existe um modelo padrão de excelência para a avaliação do desempenho e classificação dos sistemas de saúde, as principais diferenças entre os *rankings* existentes atualmente são a metodologia e os indicadores utilizados (Schütte, 2018). De facto, a identificação de indicadores informativos simples, práticos e mensuráveis para avaliar o desempenho de sistemas tão complexos, continua a ser um desafio (Nolte, 2006).

No caso do *World Health Report* de 2000, a OMS pretendeu avaliar a eficácia, equidade e qualidade dos sistemas de saúde através de um índice de desempenho baseado em cinco indicadores principais: o nível de saúde da população medido pela expectativa de vida saudável, a equidade na distribuição de saúde, a capacidade de resposta às expectativas da população, a distribuição de recursos entre os diferentes grupos populacionais e a equidade no financiamento. Neste *ranking*, liderado pela França, o sistema de saúde português ocupou o 12º lugar, destacando-se pelo bom desempenho no nível de saúde e pela cobertura universal, apresentando desafios principalmente na equidade do financiamento e distribuição de recursos. A Bélgica, posicionada em 21º lugar, apresentou uma boa capacidade de resposta e equidade no financiamento dos cuidados de saúde, com melhorias a fazer na área da distribuição de recursos e equidade de acesso (World Health Organization, 2000).

O *Euro Health Consumer Index*, por outro lado, compara o desempenho dos sistemas de saúde dos países europeus com base em vários indicadores. O *ranking* de 2018, comparou 35 países, utilizando 48 indicadores referentes a 6 áreas-chave: direitos e informação dos doentes, acessibilidade, resultados em saúde, diversidade e abrangência dos serviços prestados, prevenção e produtos farmacêuticos. A Bélgica, com uma boa diversidade e abrangência de serviços prestados mas com melhorias a fazer nos resultados em saúde, posicionou-se no 5º lugar. Já Portugal, na 13ª posição, apresenta resultados menos favoráveis na acessibilidade aos cuidados de saúde, marcada pelas longas listas de espera (Björnberg, 2019).

Um outro *ranking* relevante é o publicado pela *Bloomberg* em 2014, intitulado “*Most Efficient Health Care 2014*” que comparou 51 países, considerando 3 indicadores: EMV, despesa em saúde *per capita* como percentagem do PIB e despesa total em saúde *per capita* (Bloomberg, 2014; Schütte, 2018). Nesta classificação, Portugal estava em 28º lugar e a Bélgica em 41º lugar (Bloomberg, 2014).

Sistema de Saúde da Bélgica

3.1. Contextualização

A Bélgica é um país membro da UE, situado na Europa Ocidental e regido por uma monarquia constitucional federal e um sistema político multipartidário, que tem a particularidade de estar dividido em três comunidades linguísticas (flamenga, francófona e germanófona) e três regiões (Flandres, Valónia e Bruxelas capital), que determinam conseqüentemente três níveis de poder: autoridades Federais, entidades Federadas e autoridades locais. Cada comunidade e cada região tem um poder legislativo, o parlamento, e um poder executivo, o governo (Gerkens, 2020). É na sua capital, Bruxelas, que estão situados vários órgãos de instituições internacionais intergovernamentais como a Comissão Europeia, o Conselho Europeu e a Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO).

Demograficamente (Quadro 3.1), a Bélgica é um dos países europeus com maior densidade populacional, tendo uma população de cerca de 11,6 milhões de habitantes (OECD, 2023a) e uma taxa de crescimento populacional de aproximadamente 0,5% por ano, resultante de um saldo migratório positivo (mais imigrantes do que emigrantes) e da existência de mais nascimentos do que mortes (Gerkens, 2020), ainda que o índice de fecundidade tenha vindo a diminuir nos últimos anos. Pelo contrário, a EMV à nascença tem vindo a aumentar (Figura 3.1), sendo em 2022 de 79,6 anos para o sexo masculino e de 83,9 anos para o sexo feminino (OECD, 2023b). Conseqüentemente, e em linha com a tendência dos restantes países da UE, verifica-se um aumento da proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos, sendo estimado um crescimento desta faixa populacional para 26% em 2050 (OECD, 2023b).

Quadro 3.1 - Fatores demográficos e socioeconómicos da Bélgica e da UE, 2022

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *Eurostat Database*

	Bélgica	UE
População	11 617 623	446 735 291
% de população com idade ≥ 65 anos (%)	19,5	21,3
Esperança média de vida à nascença (anos)	81,8	80,6
Índice de fecundidade	1,53	1,46
PIB per capita ajustado ao poder de compra (€)	42 400	35 400

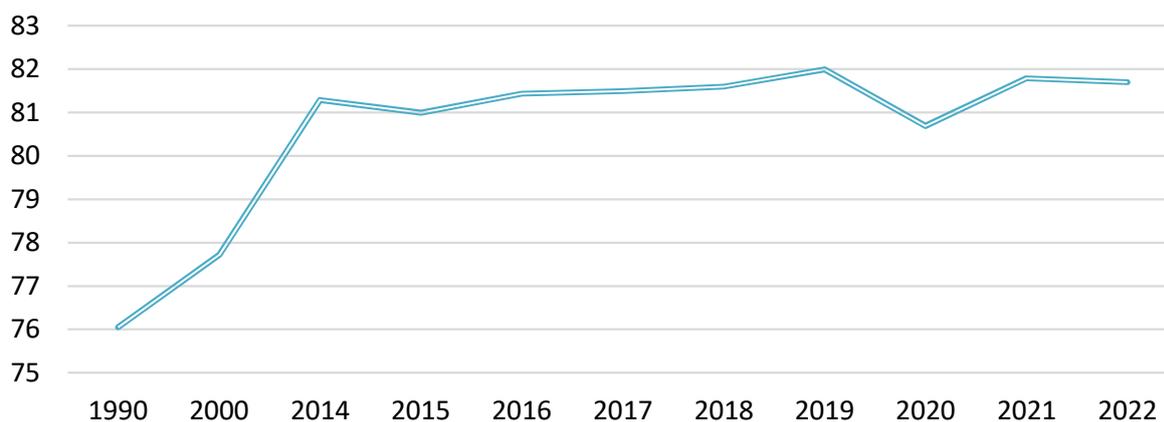


Figura 3.1 – Esperança média de vida em anos à nascença, na Bélgica

Fonte: Elaboração própria com base em dados do World Bank Open Data

O PIB *per capita* ajustado para o poder de compra da Bélgica (Figura 3.2) tem vindo a crescer constantemente desde 2009, com exceção do ano de 2020 em que se verificou um decréscimo consequente dos constrangimentos gerados pela pandemia Covid-19, com uma recuperação posterior, atingindo em 2022 um valor de aproximadamente 42.400 €, acima da média da UE, considerando-se assim que a Bélgica é um país com um elevado padrão de vida (OECD, 2023b).

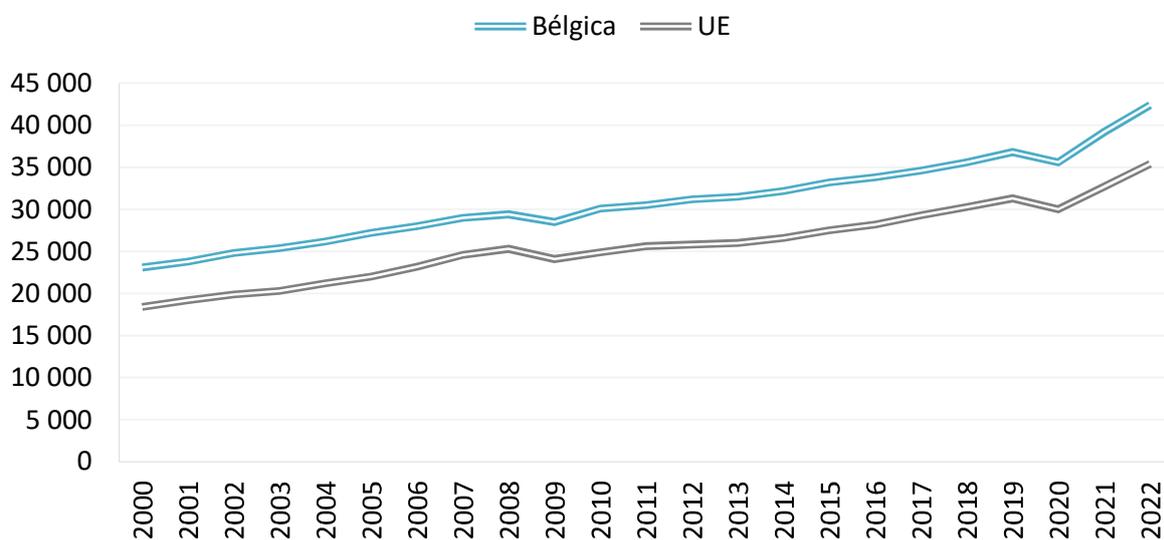


Figura 3.2 – PIB *per capita* ajustado ao poder de compra em €, da Bélgica e da UE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Eurostat Database

3.2. Modelo de Sistema de Saúde

O sistema de saúde da Bélgica teve a sua origem no século XIX, no contexto da industrialização, com a criação de organizações mutuais de ajuda voluntária pelos próprios trabalhadores com o objetivo de proteger os seus afiliados contra o risco de doenças, a incapacidade para trabalhar e o desemprego. Em 1944, foi introduzido o seguro social obrigatório para todos os trabalhadores assalariados e desde então o sistema tem evoluído progressivamente no sentido da cobertura universal, cobrindo também trabalhadores independentes, funcionários públicos, pessoas vulneráveis e pessoas desempregadas (Gerkens, 2020).

Os fundamentos do sistema de saúde belga tiveram origem no modelo Bismarckiano, baseando-se em seguros sociais de saúde compulsórios que cobrem 99% da população para a maioria dos serviços de saúde, não havendo uma seleção específica de acordo com os riscos individuais associados (Barros, 2002). Os restantes 1% referem-se a pessoas que não cumprem os requisitos administrativos e/ou financeiros necessários (Gerkens, 2020). A principal fonte de financiamento deste sistema são as contribuições sociais que são proporcionais aos salários, havendo no entanto fontes de financiamento alternativas, como por exemplo os impostos. Além do seguro de saúde social obrigatório que cobre sobretudo cuidados hospitalares, cuidados de ambulatório, medicamentos e dispositivos médicos, existem ainda seguros de saúde voluntários que se destinam a melhorar a cobertura dos serviços médicos nomeadamente no que diz respeito aos cuidados hospitalares de internamento e aos cuidados dentários (Gerkens, 2020).

Os fundos de seguros de saúde social, ou mutualidades, são intervenientes privados e sem fins lucrativos que fazem a gestão dos reembolsos da prestação de cuidados abrangidos pelo seguro de saúde aos seus membros, assim como o pagamento de um subsídio em caso de doença prolongada. Na Bélgica, existem vários fundos de seguros de saúde que surgiram e foram organizados de acordo com filiações religiosas ou políticas, sendo que cada indivíduo pode escolher livremente o seu fundo de seguro, com exceção dos trabalhadores da Sociedade Nacional dos Caminhos de Ferro Belgas que têm um fundo de seguro de saúde específico atribuído (Barros, 2002). Já os seguros de saúde voluntários são fornecidos tanto por entidades sem fins lucrativos como por seguradoras privadas com fins lucrativos (Gerkens, 2020).

De um ponto de vista organizacional, o Ministério da Saúde é responsável pela organização geral do sistema de saúde (Gerkens, 2024). As autoridades Federais são o órgão competente para os assuntos de interesse geral de todos os cidadãos residentes, fixando o orçamento para o sector da saúde e regulamentando as suas atividades, produtos e profissionais. Os seguros de saúde social obrigatórios são assim geridos pelo *Institut national d'assurance maladie-invalidité* (INAMI), que tem a responsabilidade de alocar um orçamento prospetivo aos fundos de seguros de saúde. Este orçamento resulta das negociações bianuais entre os vários intervenientes, nomeadamente o governo, os fundos de seguro de doença, os empregadores, os empregados assalariados e os trabalhadores independentes (Gerkens, 2020, 2024).

Já as entidades Federadas são as autoridades competentes que regulam os cuidados de saúde primários e da comunidade, nomeadamente nas áreas de assistência aos idosos, saúde mental e cuidados domiciliários e de reabilitação. A promoção e prevenção de doenças é também da sua responsabilidade (Gerkens, 2024).

Os cuidados de saúde na Bélgica são prestados por instituições públicas (22,4%) e privadas sem fins lucrativos (77,6%) de maneira semelhante, baseando-se no pagamento de uma taxa de serviço reembolsável (Gerkens, 2020). A principal diferença reside nos custos extraordinários que podem ser cobrados pelas instituições privadas. De referir que os hospitais têm uma organização descentralizada, com um elevado grau de autonomia (Gottret, 2006).

A prática clínica é considerada independente e o acesso aos cuidados de saúde secundários é direto, podendo cada utente escolher o seu prestador e/ou instituição de cuidados livremente, pedir uma segunda opinião ou mesmo ser seguido por múltiplos prestadores simultaneamente, sem necessidade de haver uma referenciação por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários. No que toca aos cuidados de saúde primários, o acesso é igualmente livre, embora tenham sido feitos esforços nos últimos anos através de incentivos financeiros para os médicos e para os utentes, no sentido de haver um médico generalista de referência (Gerkens, 2024). Nos dados de 2017 referidos em Gerkens (2020), 82% da população com seguro de saúde social teve pelo menos um contacto com um médico generalista no ano anterior e o número médio de consultas nos cuidados de saúde primários foi de 5,5 consultas por pessoa.

3.3. Financiamento do Sistema de Saúde

No âmbito das despesas em saúde (Figura 3.3), verificou-se um aumento significativo dos gastos nas últimas duas décadas. Em 2021, a Bélgica teve uma despesa em saúde de cerca de 11% do PIB, com um gasto *per capita* de 4168 € (Gerkens, 2024; OECD, 2023b), valores que se têm mantido estáveis nos últimos anos e que posicionam o país entre os 10 países da UE com maiores despesas em saúde (Gerkens, 2024).

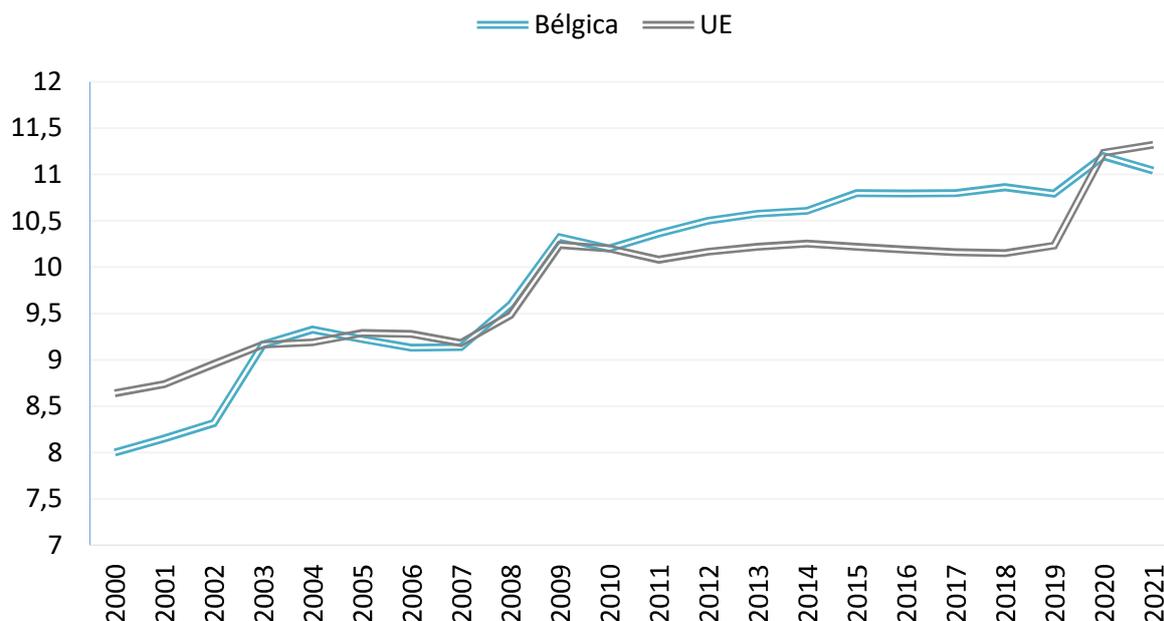


Figura 3.3 – Gastos em saúde em % do PIB, da Bélgica e da UE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *World Bank Open Data*

As despesas em saúde distribuem-se, naturalmente, por diferentes tipos de serviços. Analisando a Figura 3.4, podemos constatar que os cuidados de internamento hospitalar tiveram o maior peso, representando aproximadamente 37% das despesas correntes em saúde, seguidos dos cuidados de ambulatório e dos cuidados de longa duração. É importante realçar que apenas 3% da despesa de saúde foi atribuída a programas de saúde pública e prevenção, cerca de metade da média da UE (OECD, 2023b).

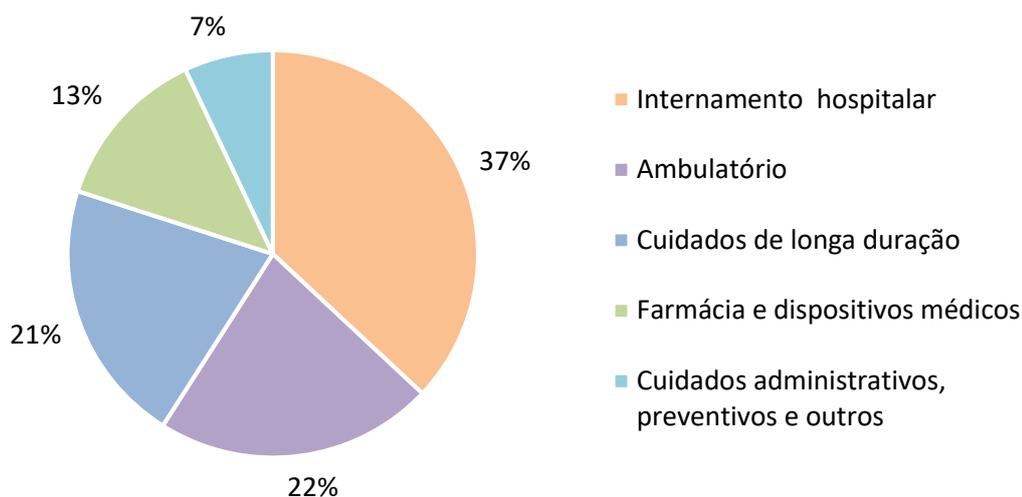


Figura 3.4 – Gastos em saúde em % por tipo de serviço em 2021, na Bélgica

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Quanto ao tipo de financiamento, como retratado na Figura 3.5, em 2021, mais de três quartos da despesa em saúde, foi financiada pelo sector público, não só pelas contribuições para a segurança social através do seguro de saúde obrigatório, como por impostos e subsídios governamentais. Por outro lado, a despesa privada, que reflete maioritariamente os pagamentos diretos das famílias (serviços não reembolsados, copagamentos e despesas extra) representou 18%, valor que se tem mantido estável e sobreponível à média da OCDE. Os seguros voluntários de saúde representam uma pequena parcela de aproximadamente 5% dos gastos em saúde.

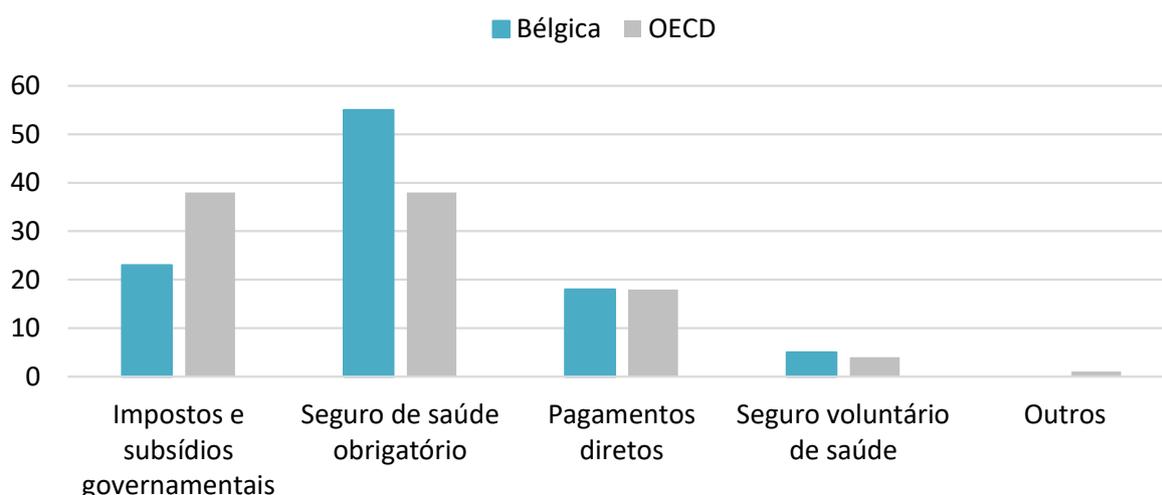


Figura 3.5 – Gastos em saúde em % por tipo de financiamento em 2021, na Bélgica

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

O sector farmacêutico e de dispositivos médicos, os internamentos hospitalares e os cuidados de ambulatório, são os que têm maior expressão nos pagamentos diretos das famílias (Figura 3.6), representando cerca de 75% do total, seguidos dos cuidados de longa duração e dos cuidados dentários.

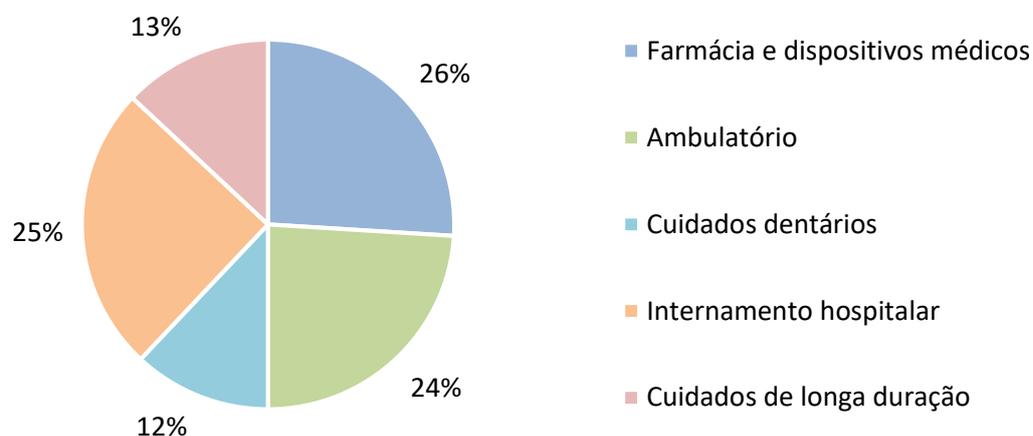


Figura 3.6 – Divisão dos pagamentos diretos em % por tipo de serviço em 2021, na Bélgica

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

3.4. Indicadores de Saúde

No âmbito da qualidade existem vários indicadores frequentemente utilizados que avaliam o desempenho dos cuidados de saúde nos vários níveis e que dizem respeito especificamente aos cuidados de saúde primários e secundários.

Os internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, comumente designados internamentos evitáveis, são um indicador validado para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde primários de um sistema de saúde, sendo definidos como condições para as quais a hospitalização poderá ser evitável através de uma gestão adequada da doença crónica com um diagnóstico e tratamento precoces aliados a iniciativas de literacia em saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2019; Rosano, 2013). Um sistema de saúde com cuidados de saúde primários eficazes e de qualidade, pode diminuir as complicações e exacerbações de doenças crónicas, evitando assim internamentos hospitalares indesejáveis (Rosano, 2013). Neste trabalho foram utilizadas a taxa de internamentos evitáveis por todas as causas e as taxas de internamentos por agudização e/ou complicação de asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e diabetes.

O número de internamentos evitáveis por todas as causas em 2021 na Bélgica foi de 633 por 100 000 pessoas, valor superior ao de 463 por 100 000 pessoas que corresponde ao da média da OCDE (OECD, 2023a).

A asma, a DPOC e a diabetes são doenças crónicas passíveis de serem geridas maioritariamente na esfera dos cuidados de saúde primários, sendo por esta razão utilizadas como indicadores de qualidade dos mesmos. Na última década, verifica-se que a hospitalização combinada por agudização e/ou complicações de asma e DPOC (Figura 3.7) na Bélgica se manteve estável, não acompanhando a tendência de diminuição da OCDE e estando mesmo acima da sua média.

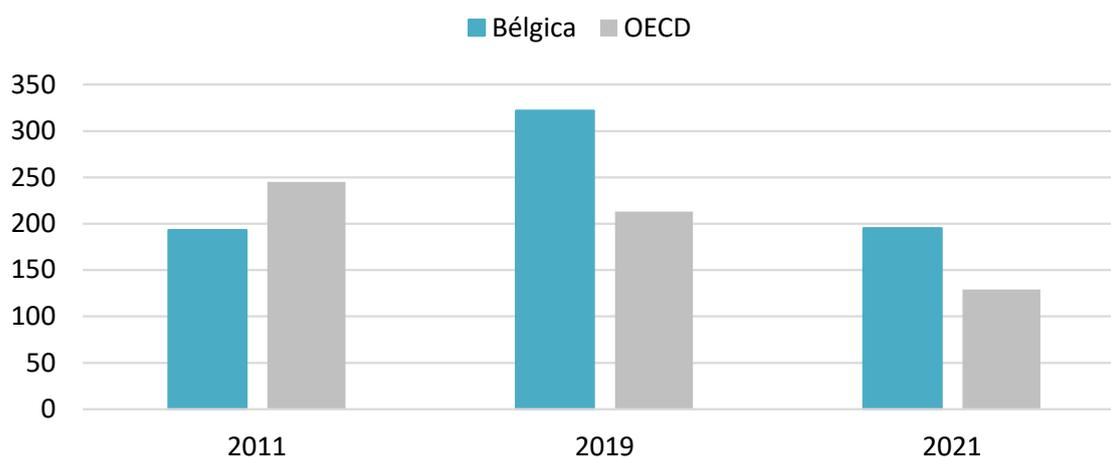


Figura 3.7 – Hospitalizações por Asma e DPOC por 100 000 pessoas, na Bélgica e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Pelo contrário, a hospitalização por agudização e/ou complicação de diabetes (Figura 3.8), tem vindo a diminuir, seguindo a tendência da média da OCDE, apesar de ainda se encontrar acima do seu valor médio.

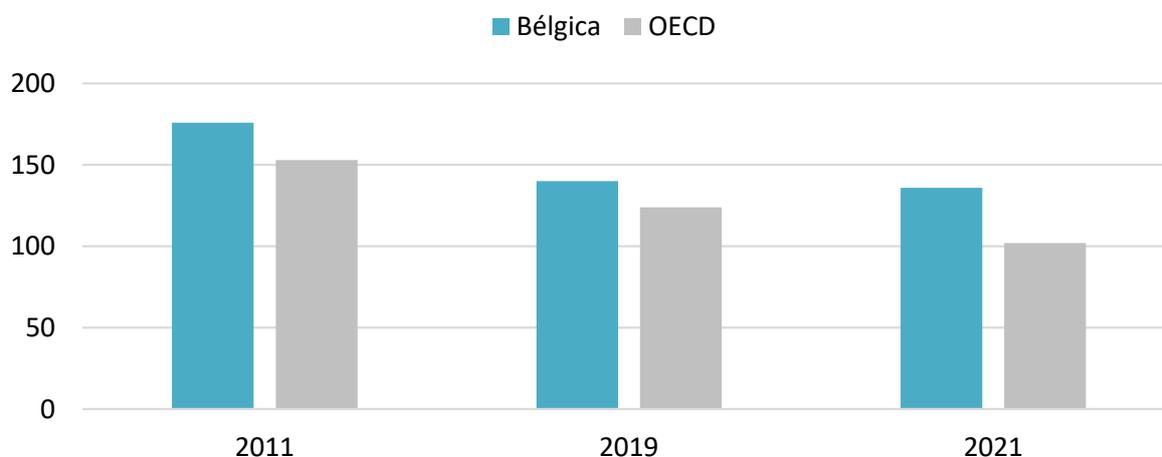


Figura 3.8 – Hospitalizações por Diabetes por 100 000 pessoas, na Bélgica e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Outro fator importante a ter em conta ao nível dos cuidados de saúde primários e que tem consequências não negligenciáveis ao nível da saúde individual e da saúde pública, é o uso inadequado de medicamentos sujeitos a receita médica, nomeadamente dos antibióticos. Os antibióticos devem ser prescritos em situações específicas e apoiadas por clara evidência científica, na medida em que o uso excessivo e indevido desta classe de medicamentos leva ao aumento da resistência antimicrobiana. Tendo em conta que a prescrição de antibióticos de primeira linha é feita sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários, neste trabalho utilizou-se o volume de antibióticos prescritos como indicador de qualidade.

Na Bélgica, a quase totalidade do consumo de antibióticos em 2021 (92%), foi em contexto comunitário (OECD, 2023b). Em 2016, aproximadamente 40% da população recebeu uma prescrição de antibiótico, valor que é consideravelmente superior ao encontrado nos países vizinhos (Gerkens, 2020). Apesar de ter havido uma melhoria significativa no volume de prescrição de antibióticos entre 2011 e 2021 (Figura 3.9), com uma diminuição de consumo de antibióticos de cerca de 7,6 doses diárias definidas por 1000 pessoas, o consumo total é ainda superior ao da média de consumo da OCDE.

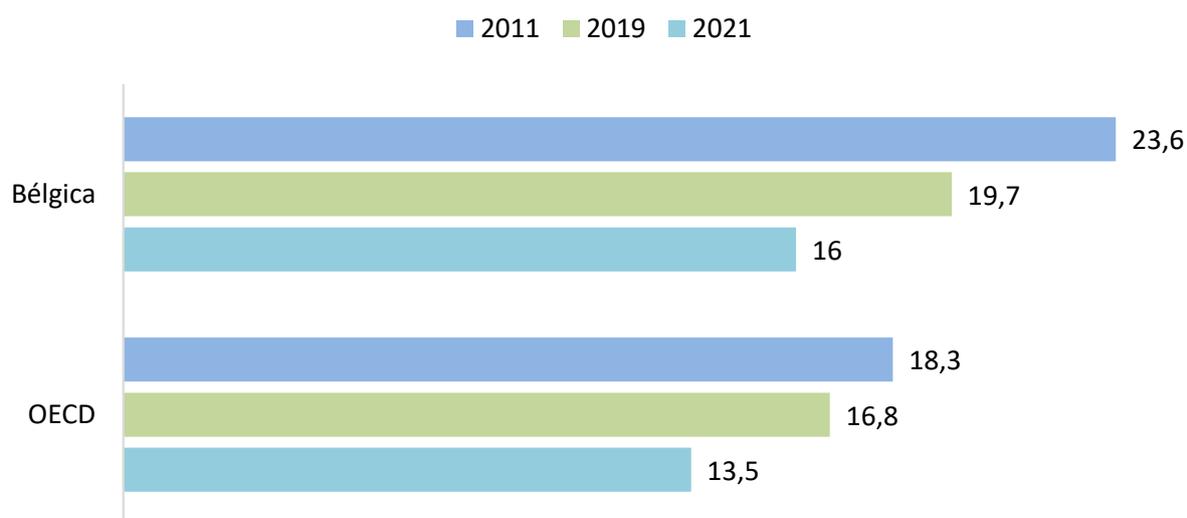


Figura 3.9 – Volume de antibióticos prescritos, expresso em dose diária definida por 1000 pessoas, na Bélgica e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

As doenças do aparelho circulatório, principalmente o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), e as doenças oncológicas continuam a ser as principais causas de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos (OECD, 2023a). Assim, a taxa de mortalidade a 30 dias após admissão hospitalar por EAM e por AVC são dois indicadores de qualidade validados para avaliar os cuidados de saúde secundários, na medida em que refletem os processos de cuidados, nomeadamente o transporte atempado dos doentes e intervenções médicas atempadas e eficazes. No que se refere às doenças oncológicas, foram usados como indicadores de qualidade, a taxa de sobrevivência 5 anos após diagnóstico de cancro da mama e de cancro colorretal, por serem as doenças oncológicas mais prevalentes e com possibilidade de rastreio precoce.

A taxa padronizada de mortalidade nos 30 dias após admissão hospitalar por EAM, em 2021, foi de 4,3%, abaixo da média da OCDE (OECD, 2023a). De referir que se nota uma melhoria significativa, já que em 2015 a Bélgica ocupava o 8º lugar dos países da UE com a maior taxa de mortalidade após EAM (Gerken 2020).

Contrariamente, para o mesmo ano, a taxa padronizada de mortalidade nos 30 dias após admissão hospitalar por AVC foi maior do que a média da OCDE, ficando nos 8,2% (OECD, 2023a).

Apesar de continuar a ser uma importante causa de morte, a taxa de mortalidade por doença oncológica diminuiu cerca de 15% nos últimos anos, posicionando a Bélgica entre os países com menor taxa de mortalidade por doença oncológica na UE (OECD, 2023e). A taxa de sobrevivência 5 anos após diagnóstico de uma doença oncológica melhorou nos últimos anos, tendo sido em 2022 de cerca de 86% para o cancro da mama e de 68% para o cancro colorretal, valores superiores à média da UE (OECD, 2023e).

3.5. Acessibilidade e Satisfação da população

Os cuidados cada vez mais centrados nas pessoas são uma prioridade crescente nos países da UE (de Boer, 2022) na medida em que permitem adequar a capacidade de resposta e melhorar a qualidade dos cuidados de acordo com as necessidades e expectativas da população que deles beneficia, reconhecendo os doentes como pessoas apesar das suas doenças e fragilidades (Rosengren, 2021). Assim, a acessibilidade e proximidade aos cuidados de saúde e a expectativa e satisfação da população em relação aos mesmos são importantes indicadores de avaliação da qualidade do próprio sistema de saúde (Rosano, 2013).

No contexto da Bélgica, um bom indicador da acessibilidade aos cuidados, segundo Gerkens (2020), é a distribuição dos médicos generalistas, especialistas e dentistas convencionados pelo INAMI, já que o acesso a médicos convencionados garante que a população tenha acesso às taxas oficiais recomendadas pelos organismos reguladores. Em 2016, o número de médicos generalistas convencionados estava igualmente distribuído em todas as regiões do país, exceto na região de Bruxelas e do Brabante Valão em que existiam menos médicos convencionados em relação à população. Contrariamente, a distribuição geográfica dos cuidados secundários e do respetivo número de camas disponíveis está de acordo com a distribuição da população em todas as regiões.

O Inquérito Nacional de Saúde Belga, de acordo com Gerkens (2020), é um projeto iniciado em 1996, realizado a cada 4 ou 5 anos e que avalia a perceção da população relativamente à sua condição de saúde e aos serviços prestados pelos cuidados de saúde, nomeadamente em questões como o tempo de espera para cuidados de saúde, o tempo de consulta, as explicações dadas pelos prestadores de cuidados e a partilha de decisão.

Segundo os resultados de 2018, a avaliação do sistema de saúde belga, revelou uma boa qualidade geral e de acesso aos serviços, contribuindo para a boa qualidade da saúde da população, ainda que existam importantes desigualdades socioeconómicas em muitos indicadores. Aproximadamente 48% dos inquiridos referiu ter tido um tempo de espera maior do que o desejado na marcação de uma consulta, sendo que 13,5% dos utentes considerou este tempo de espera problemático (Gerkens, 2024). Particularmente na área da saúde mental, os tempos de espera são longos e têm vindo a aumentar, com 44% da população que pretendia um primeiro contacto em ambulatório, a ter de esperar mais de 1 mês (Gerkens, 2020).

Quanto ao tempo de consulta, os dados do inquérito de 2013 revelaram que 97,5% dos utilizadores considerou ter tido um tempo de consulta suficiente e 97,6% referiu ter tido oportunidade para fazer perguntas durante a consulta (Gerkens, 2020).

Mais recentemente, segundo dados da OCDE, em 2021, 90% da população residente na Bélgica considerou estar satisfeita com a disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade (OECD, 2023a) e em 2022, cerca de 75% considerou ter uma boa ou muito boa qualidade de saúde, valor que está acima da média de 68% da UE (OECD, 2023b).

As necessidades não satisfeitas em saúde são um indicador importante da acessibilidade aos cuidados de saúde, pois revelam situações em que, apesar de haver necessidade de cuidados, estes não são garantidos devido a barreiras de acesso (Bouckaert, 2023). Em 2022, 1% da população residente na Bélgica teve de adiar cuidados de saúde, um valor menor do que a média da UE, situada nos 2,2% (Gerkens, 2024; OECD, 2023b). O custo foi a principal razão relatada, associando-se também o tempo de espera e a distância, embora ambas com menor destaque.

Sistema de Saúde de Portugal

4.1. Contextualização

Portugal é um país composto por um território continental localizado no sudoeste da Europa, fazendo parte da região ocidental da Península Ibérica, e dois arquipélagos no Oceano Atlântico (Açores e Madeira). O Estado português é uma República constitucional semipresidencialista com quatro órgãos de soberania: o Presidente da República, a Assembleia da República, o Governo e os Tribunais. O Presidente da República é o chefe de Estado e nomeia o Primeiro-Ministro, chefe do Governo. O Governo tem como função desenvolver e orientar a implementação de políticas, enquanto a Assembleia da República assume o poder legislativo (Simões, 2017). Os arquipélagos dos Açores e da Madeira funcionam como regiões autónomas, tendo cada uma um Governo regional e uma Assembleia legislativa regional próprias.

No contexto internacional, Portugal faz parte e coopera com várias organizações, nomeadamente a UE, a NATO, a Organização das Nações Unidas, a OCDE, o Conselho Europeu e a OMS.

De acordo com dados do *Eurostat* (Quadro 4.1), em 2022, Portugal tinha uma população de cerca de 10,3 milhões de habitantes que tem vindo a diminuir desde 2010 maioritariamente devido a um aumento da emigração e uma diminuição da imigração, acentuadas pela crise financeira que começou em 2008 (Ministério da Saúde, 2018). Nesta mesma tendência, verificou-se um decréscimo da densidade populacional que era de 113,5 habitantes por quilómetro quadrado em 2022, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística. É importante realçar que existe uma assimetria na distribuição da população, com uma cada vez mais frequente migração das regiões interiores para as áreas metropolitanas de Lisboa, Porto e zonas costeiras.

À semelhança de outros países da UE, nos últimos anos, Portugal sofreu uma alteração demográfica significativa que continua a acentuar-se e que contribuiu para a alteração do perfil da pirâmide etária portuguesa, evidenciando-se um envelhecimento populacional, com um estreitamento da sua base e um alargamento do seu topo. Nos últimos anos assistimos também a uma diminuição do índice de fecundidade que em 2022 se situava ligeiramente abaixo da média da UE. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento em 2021 era de 184,9 idosos por cada 100 jovens, tendo aumentado em relação aos anos anteriores (Ministério da Saúde, 2021). A EMV à nascença tem vindo a aumentar (Figura 4.1), tendo sido 1 ano superior à média dos restantes países da UE em 2022, sendo que as mulheres portuguesas vivem em média quase mais 6 anos do que os homens portugueses (OECD, 2023c). Em 2022, a percentagem da população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos era maior do que a média da UE, prevendo-se que atinja cerca de 34% em 2050 (OECD, 2023c).

Quadro 4.1 - Fatores demográficos e socioeconómicos de Portugal e da UE, 2022

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *Eurostat Database*

	Portugal	UE
População	10 352 042	446 735 291
% de população com idade ≥ 65 anos (%)	23,7	21,3
Esperança média de vida à nascença (anos)	81,8	80,6
Índice de fecundidade	1,43	1,46
PIB per capita ajustado ao poder de compra (€)	27 900	35 400

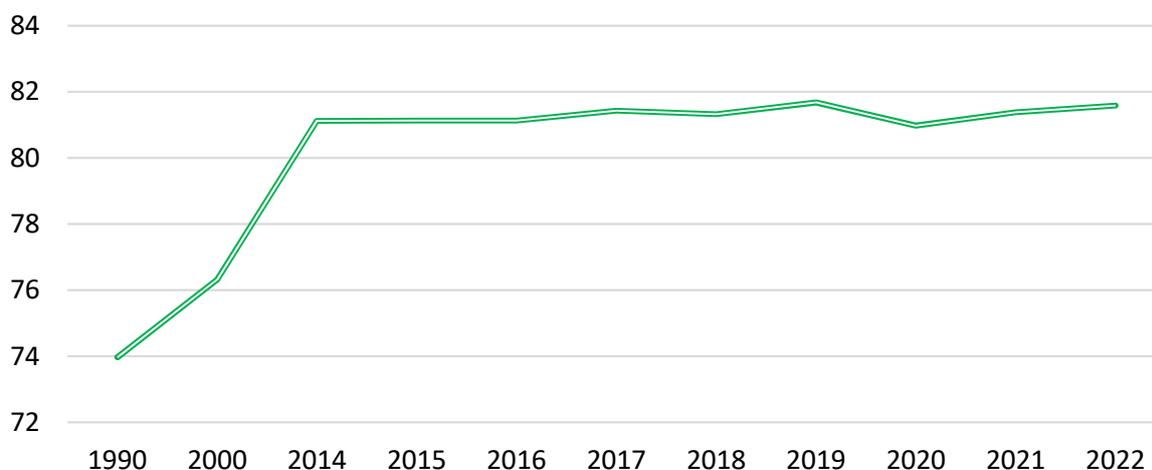


Figura 4.1 – Esperança média de vida em anos à nascença, em Portugal

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *World Bank Open Data*

A crise financeira internacional que começou em 2008 teve um impacto muito significativo em Portugal, que experienciou um período de austeridade e recessão económica com um aumento da taxa de desemprego e da dívida pública, levando em 2011 a um acordo de ajuda financeira internacional com a UE, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, a par do estabelecimento de um programa de ajustamento económico e financeiro que estabeleceu um conjunto de medidas estruturais transversais a vários sectores, incluindo o da saúde, com foco na sustentabilidade e, portanto, com o objetivo de diminuir os gastos públicos e aumentar a regulamentação e a eficiência dos sistemas (Nunes, 2019; Simões, 2017).

O PIB *per capita* ajustado ao poder de compra (Figura 4.2), tem vindo a crescer desde 2012, após um período conturbado relacionado com a crise financeira de 2008 em que se verificou um decréscimo do mesmo. A crise relacionada com a pandemia Covid-19, à semelhança do que se verificou na maioria dos países europeus, provocou uma diminuição do PIB *per capita* ajustado ao poder de compra no ano de 2020, com uma posterior recuperação no ano de 2021. O PIB *per capita* ajustado ao poder de compra em 2022 foi de aproximadamente 27.900 €, abaixo da média da UE.

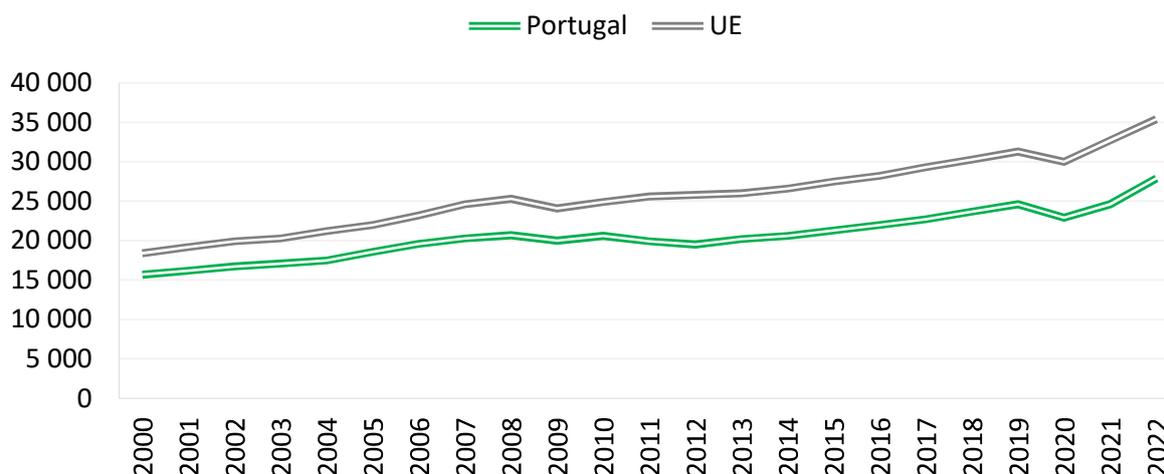


Figura 4.2 – PIB *per capita* ajustado ao poder de compra em €, de Portugal e da UE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *Eurostat Database*

4.2. Modelo de Sistema de Saúde

O sistema de saúde português data do século XVIII, altura em que os cuidados de saúde eram prestados essencialmente à população mais desfavorecida por instituições de solidariedade social, denominadas Misericórdias, que geriam os hospitais e serviços de saúde no país (Barros, 2002, 2011).

Posteriormente, em 1901, surge o desenvolvimento e regulamentação da Saúde Pública e em 1946 é promulgada a primeira lei da Segurança Social que assegurava a cobertura dos cuidados de saúde da população trabalhadora e dos seus dependentes através de fundos de doença financiados por contribuições obrigatórias partilhadas entre empregados e empregadores, sem intervenção do Estado, baseada portanto no modelo Bismarckiano (Barros, 2011). Nesta altura do pós II Guerra Mundial e até aos anos 1960, o sistema de saúde português estava muito fragmentado, sendo o hospital o maior provedor de cuidados de saúde e visto como o centro do sistema (Lameire, 1999; Sousa, 2009). Mais tarde, no início dos anos 1970, assistiu-se a uma mudança de paradigma no sentido de um maior envolvimento do Estado na prestação de cuidados de saúde e de um compromisso com a universalidade de cuidados, dando prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença (Barros, 2011; Lameire, 1999).

Atualmente, o sistema de saúde português caracteriza-se por uma rede de prestadores públicos e privados e pela coexistência e interação de três sistemas sobreponíveis: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde e os seguros voluntários de saúde (Simões, 2017).

O SNS Português surge no ano de 1979, associado às reestruturações do período pós-revolução democrática e de acordo com os princípios consagrados na Constituição de 1976 que estabelecia o direito dos cidadãos à proteção da saúde (Nunes, 2019). A criação de um modelo tendencialmente Beveridgiano com um SNS geral, universal e gratuito, que garantisse o acesso de todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica foi concretizada como resposta à necessidade de uma cobertura mais extensa e equitativa dos cuidados de saúde (Sousa, 2009). A integração das várias estruturas de cuidados de saúde num sistema único e o financiamento a partir do orçamento geral do Estado foram dois dos aspetos fundamentais que caracterizaram esta mudança (Barros, 2002). O SNS é um sistema de saúde público, financiado maioritariamente através de impostos, e em que todos os cidadãos residentes têm acesso aos cuidados de saúde oferecidos, assumindo assim um papel central na resposta aos cidadãos (Simões, 2017).

O SNS assegura essencialmente cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares especializados, sendo os cuidados de saúde primários um elemento central, uma vez que constituem o primeiro ponto de contacto do cidadão com o sistema de saúde, regulando o acesso aos cuidados de saúde secundários (Nunes, 2019; OECD, 2023c). Os cuidados de saúde primários estão distribuídos a nível regional e têm como papel fundamental a promoção da saúde e bem-estar e a prevenção da doença, a gestão e monitorização de problemas crónicos e o tratamento de doenças agudas que não necessitem de cuidados secundários especializados (Nunes, 2019). A prestação destes cuidados é pública, sendo os cuidados de saúde dentária, os serviços de diagnóstico, os serviços de diálise renal, os serviços de reabilitação e os serviços farmacêuticos prestados maioritariamente pelo sector privado através de convenções com o SNS (Simões, 2017).

Além da cobertura do SNS, cerca de 25% da população está ainda coberta por um outro esquema de seguro, nomeadamente por um subsistema de saúde e/ou um seguro voluntário de saúde. Os subsistemas de saúde funcionam como seguros de saúde cuja adesão está baseada na categoria profissional ou empresa e representam cerca de 16% da cobertura da população, sendo o acesso limitado aos membros da categoria profissional ou empresa e ao seu agregado familiar. O seu financiamento resulta de contribuições do trabalhador e do empregador. Os seguros voluntários de saúde são fornecidos por empresas de seguros de saúde privadas, abrangendo em 2015 cerca de 26% da população em Portugal (Simões, 2017). Estes esquemas de seguro são utilizados por proporcionarem uma maior facilidade e conforto de acesso aos serviços de saúde (Nunes, 2019), além de permitirem a escolha do prestador de cuidados.

Do ponto de vista organizacional, existe uma estrutura de gestão maioritariamente centralizada, com várias instituições que atuam sob influência direta ou indireta do governo. O Ministério da Saúde é o órgão governamental que tem como função o desenvolvimento das políticas nacionais de saúde bem como a sua implementação, é responsável pelo planeamento e gestão do SNS, tendo ainda a função de regulamentação e orientação das atividades dos prestadores de cuidados não só do SNS, mas também do sector privado (Ministério da Saúde, 2022). A Direção-Geral da Saúde define as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde de todas as entidades prestadoras de cuidados, além de ser responsável pelos programas de saúde pública e pelas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. A Administração Central do Sistema de Saúde assegura os recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e é responsável pelo planeamento e regulação da implementação das políticas de saúde. A nível regional, a gestão é feita pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) implementadas em 1993, que são responsáveis pela implementação das políticas de saúde a nível local e pela coordenação dos cuidados de saúde entre os vários níveis de prestação (Simões, 2017).

Desde o início de 2024 estão em curso reformas organizativas, no âmbito do compromisso de descentralização da governação na área da saúde. Estas reformas preveem a organização dos cuidados de saúde em Unidades Locais de Saúde que, numa determinada área geográfica, integram todos os níveis de cuidados de saúde, incluindo os cuidados comunitários, hospitalares e continuados, numa gestão única, melhorando a interligação e prestação de cuidados e facilitando o acesso e a circulação dos utentes (OECD, 2023c; Simões, 2017).

O Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, colabora em estreita relação com o Ministério da Saúde, sendo responsável pelas prestações sociais, nomeadamente pensões e subsídios, e pela coordenação entre os cuidados de saúde e os serviços sociais. A despesa da Segurança Social aumentou consideravelmente nos últimos anos, tendo passado de 9,6% do PIB em 2000 para 21,7% do PIB em 2014 (Simões, 2017).

4.3. Financiamento do Sistema de Saúde

O sistema de saúde português é um sistema misto que resulta de uma combinação entre financiamento público e privado, sendo o SNS financiado maioritariamente através de impostos diretos e indiretos (Nunes, 2019).

Relativamente à despesa em saúde (Figura 4.3), verifica-se um declínio persistente entre 2011 e 2017, como consequência da crise económica já abordada, seguida de um crescimento contínuo desde 2017 com um aumento mais pronunciado dos gastos em saúde entre 2019 e 2021 fruto do contexto adverso da pandemia Covid-19. De referir que desde 2010 não se registava um valor de gastos em saúde superior a 10% do PIB (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Em 2021, a despesa total em saúde em Portugal representou aproximadamente 11,1% do PIB, valor ligeiramente inferior à média da UE para o mesmo ano. Já a despesa em saúde *per capita* ajustada ao poder de compra foi de 2630 €, mais de um terço inferior ao valor da média da UE que foi de 4030 € (OECD, 2023c).

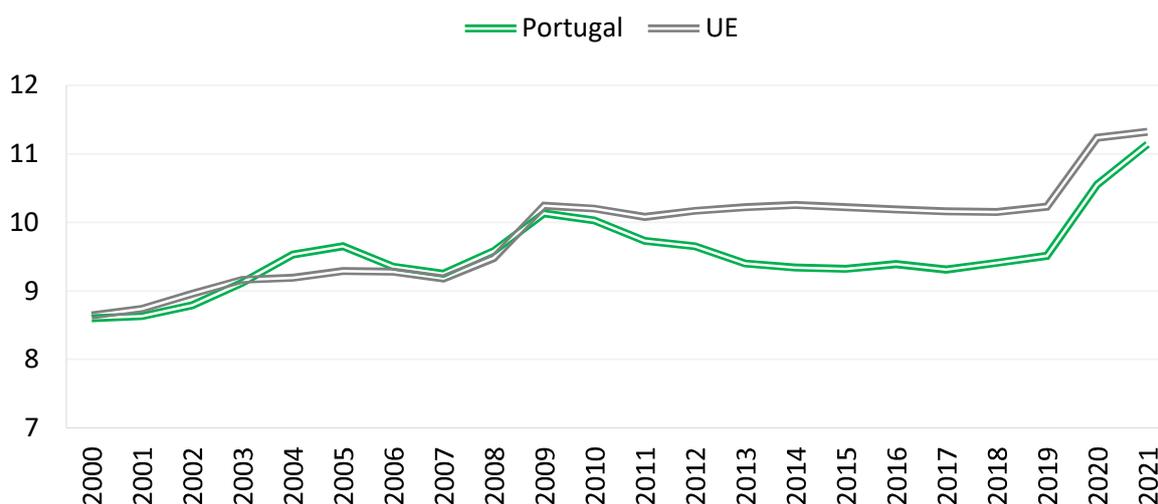


Figura 4.3 – Gastos em saúde em % do PIB, de Portugal e da UE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do *World Bank Open Data*

O Ministério da Saúde é o órgão competente por distribuir os recursos financeiros no SNS. Segundo os dados de 2021 (Figura 4.4), os cuidados ambulatoriais representaram cerca de 44% do orçamento para a saúde, sendo que os cuidados de internamento hospitalar consumiram aproximadamente 27% dos gastos em saúde (DGS, 2022; OECD, 2023c). Portugal é o país da UE que destina uma maior percentagem do seu orçamento de saúde aos cuidados de saúde de ambulatório (Direção-Geral da Saúde, 2022). Contrariamente, os cuidados de prevenção e, sobretudo, os cuidados de longa duração representam um valor inferior à média da UE (Direção-Geral da Saúde, 2022).

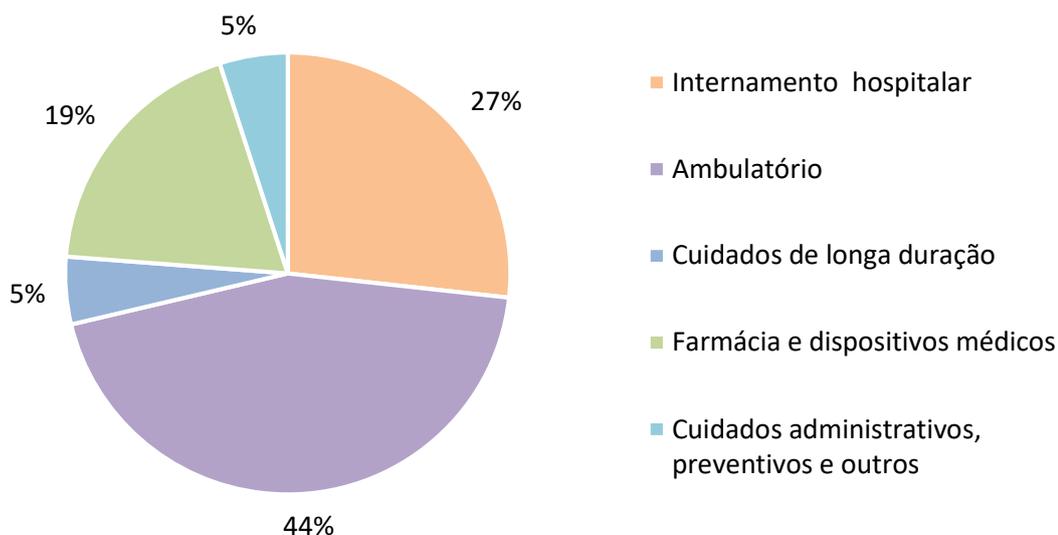


Figura 4.4 – Gastos em saúde em % por tipo de serviço em 2021, em Portugal

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

O financiamento dos cuidados de saúde primários é baseado numa contratualização anual com um sistema de remuneração misto que combina o financiamento por capitação com um regime de incentivos relacionado com o desempenho medido através de indicadores de acessibilidade e qualidade de cuidados negociados entre os Centros de Saúde e as ARS (OECD, 2023c). Já o financiamento hospitalar é, desde 2003, baseado na classificação por grupos de diagnósticos homogéneos (Simões, 2017). Os profissionais que trabalham no SNS são funcionários da administração pública e são pagos por meio de um salário fixo, não relacionado com o desempenho, que é estabelecido de acordo com uma matriz que associa a categoria profissional e o tempo de serviço.

Nos últimos anos verificou-se uma diminuição da despesa pública em saúde e um crescimento da despesa privada (Direção-Geral da Saúde, 2022), tendo o financiamento público em 2021 sido de aproximadamente 63,2%, inferior à média de 76% da OCDE (Figura 4.5). Em 2021, o financiamento privado foi maior do que a média da OCDE, representando cerca de 36,8% da despesa total em saúde e refletindo maioritariamente as despesas das famílias, que tem vindo a aumentar (Nunes, 2019) e é uma das mais elevadas da UE (OCDE, 2023a), tendo chegado aos 29% da despesa total em saúde em 2021. Existe ainda influência dos prémios de seguros de saúde privados e de associações mutualistas, embora com menor expressão, tendo representado em 2021 cerca de 7,8% da despesa em saúde.

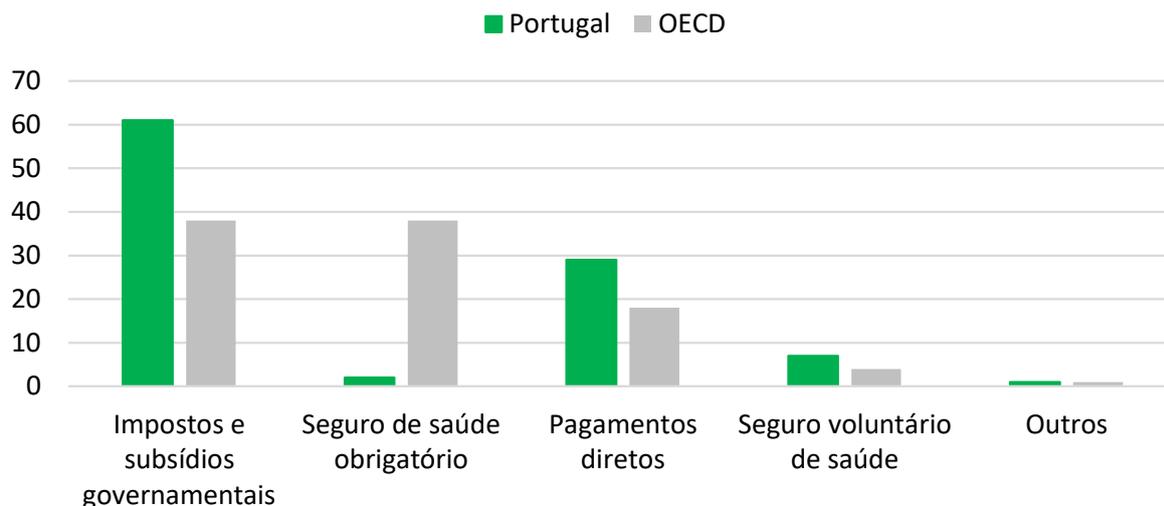


Figura 4.5 – Gastos em saúde em % por tipo de financiamento em 2021, em Portugal

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Relativamente às despesas das famílias, referem-se aos pagamentos diretos (Figura 4.6) para aceder maioritariamente a exames e consultas médicas no sector privado e a medicamentos (Nunes, 2019). De referir que os cuidados dentários têm um peso significativo nas despesas de ambulatório, uma vez que não são praticamente cobertos pelo SNS.

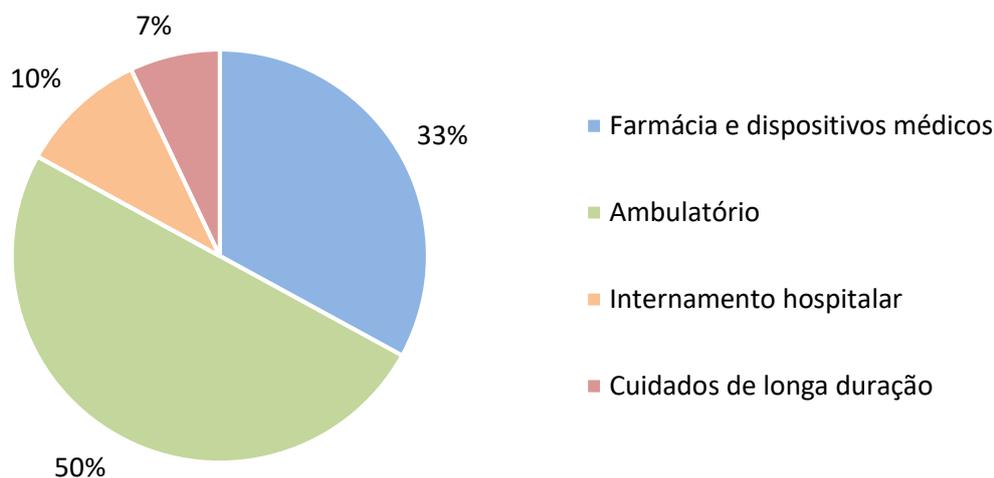


Figura 4.6 – Divisão dos pagamentos diretos em % por tipo de serviço em 2021, em Portugal

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

4.4. Indicadores de Saúde

Portugal fez um progresso significativo no âmbito da melhoria dos indicadores de saúde nos últimos anos, em virtude não só da natural melhoria das condições de vida, mas especialmente atribuído ao desenvolvimento do SNS e à introdução de um Plano Nacional de Vacinação de cobertura universal (Nunes, 2019).

Verificou-se, a par com outros países da UE, um aumento da EMV à nascença e uma diminuição da taxa de mortalidade infantil, com um progresso significativo na qualidade da saúde materna e infantil. Em contraste, assim como em outros países da UE, as doenças não transmissíveis têm tido uma importância crescente nos últimos anos, representando 85,9% da carga de doença em Portugal medida em DALY's, em 2015, e tendo-se tornado uma expressiva causa de morbimortalidade. Portugal é, assim, um dos países da UE com menor número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2018).

O número de internamentos evitáveis por todas as causas em 2021 foi de 266 por 100 000 pessoas, inferior ao valor médio observado na UE que ficou nos 463 por 100 000 pessoas (OECD, 2023a).

Relativamente às hospitalizações por asma, DPOC e diabetes, Portugal tem uma das taxas mais baixas entre os países da UE, refletindo a qualidade dos cuidados de saúde primários na gestão das doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2021; OECD, 2023c). As hospitalizações por asma e DPOC por 100 000 pessoas (Figura 4.7) diminuíram significativamente na última década, sendo menos de metade da média da OCDE. O mesmo se pode referir para as hospitalizações por diabetes por 100 000 pessoas (Figura 4.8), que representam atualmente cerca de metade da média da OCDE.

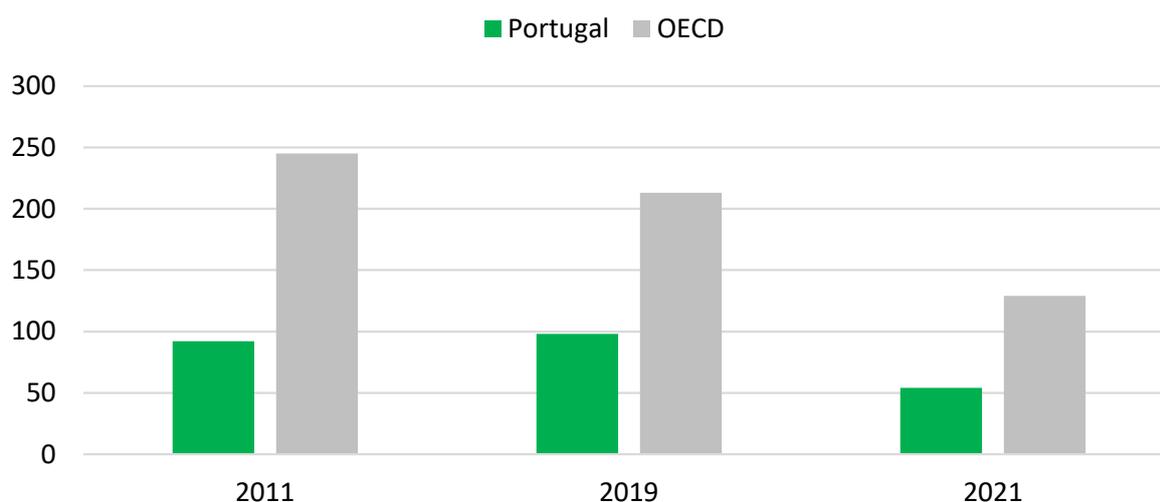


Figura 4.7 – Hospitalizações por Asma e DPOC por 100 000 pessoas, em Portugal e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

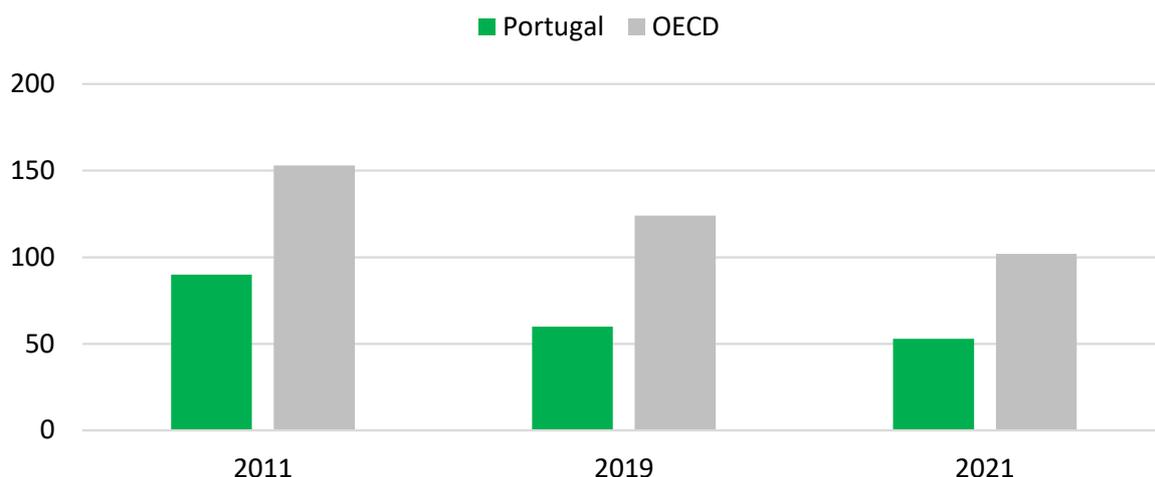


Figura 4.8 – Hospitalizações por Diabetes por 100 000 pessoas, em Portugal e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

No âmbito da prescrição de antibióticos (Figura 4.9), Portugal está sobreponível com a média da OCDE em 2021, tendo o seu volume de prescrição diminuído 5,5 doses diárias definidas por 1000 habitantes nos últimos anos. Esta redução relaciona-se com a diminuição da prescrição em contexto comunitário que representa cerca de 90% do consumo total de antibióticos no país (OECD, 2023c), tendo-se verificado um decréscimo de cerca de 23% do consumo de antibióticos em ambulatório entre 2019 e 2020 (Ministério da Saúde, 2021).

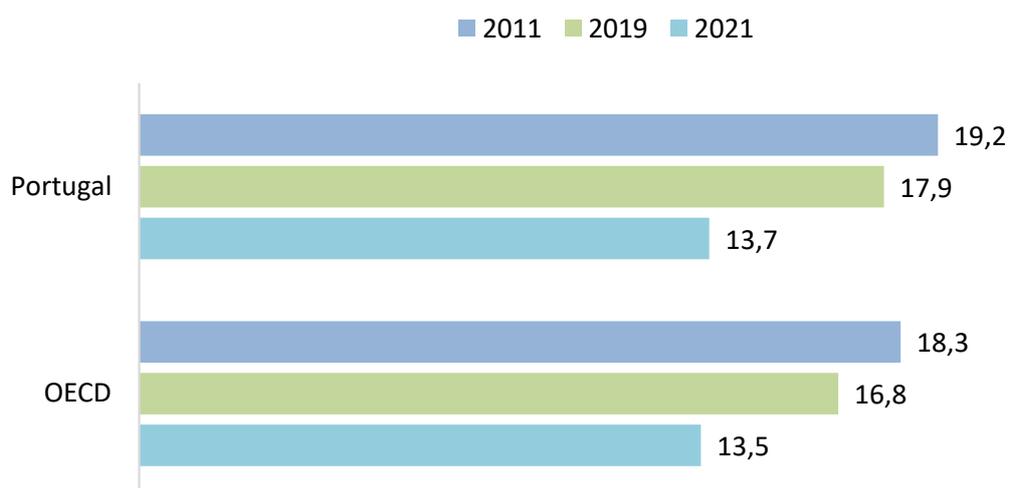


Figura 4.9 – Volume de antibióticos prescritos, expresso em dose diária definida por 1000 pessoas, em Portugal e na OCDE

Fonte: Elaboração própria com base em dados do OECD *Health Statistics*

Relativamente aos indicadores de qualidade dos cuidados hospitalares, as taxas padronizadas de mortalidade por EAM (8% em 2021) e por AVC (10,4% em 2021) nos 30 dias após admissão hospitalar são maiores que a média da OCDE (OECD, 2023a).

Os avanços no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, a par das campanhas de sensibilização e de rastreio a que assistimos nos últimos anos, contribuíram para o aumento da sobrevivência dos doentes oncológicos, especialmente na última década (Simões, 2017). Assim, observa-se que Portugal apresenta um melhor desempenho do que a média da UE no que diz respeito às taxas de sobrevivência 5 anos após o diagnóstico de doença oncológica, sendo de aproximadamente 88% para o cancro da mama e de 61% para o cancro colorretal (OECD, 2023a, 2023d). De referir ainda que a taxa de adesão aos rastreios precoces do cancro da mama e do cancro colorretal são superiores à média da UE (OECD, 2023d).

Pelo contrário, e apesar da incidência das doenças oncológicas ser uma das mais baixas da UE, continua a ser a segunda principal causa de morte em Portugal, sendo que no período entre 2011 e 2019 a diminuição da taxa de mortalidade foi de 1% em comparação com uma redução média de 8% da UE (OECD, 2023d).

4.5. Acessibilidade e Satisfação da população

Tendo em conta a existência de um SNS universal, Portugal continua a revelar um grande problema de desigualdade de acesso a cuidados de saúde, situando-se abaixo da média da UE (Nunes, 2019). A distribuição dos recursos não é equitativa sobretudo a nível geográfico, sendo as regiões fora das áreas metropolitanas das grandes cidades e mais envelhecidas, com menos literacia e menos acesso a informação, as mais afetadas (Direção-Geral da Saúde, 2022).

De acordo com Simões (2017), no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, foi realizado pela Direção-Geral da Saúde em 2014, um estudo de satisfação dos utentes para com os cuidados prestados no SNS. Quase a totalidade da população (91%), referiu ter sido bem atendida pelos prestadores de cuidados de saúde, sendo que aproximadamente 74% consideraram que o problema de saúde que os levou a procurar cuidados, foi resolvido. Relativamente às consultas, cerca de 87% dos inquiridos referiram estar satisfeitos com o tempo de consulta, 89% afirmaram ter tido oportunidade para fazer perguntas, 94% consideraram que as indicações e explicações do médico foram claras e 87% sentiram-se envolvidos nas decisões sobre os cuidados de saúde e tratamentos. Já os dados da OECD (2023a) revelam que, em 2021, aproximadamente 63% da população residente estava satisfeita com a disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade, um valor inferior ao valor médio de 67% verificado nos países da OCDE.

Relativamente às necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, verifica-se um aumento de 1,7% em 2019 para 2,9% em 2022, referindo-se essencialmente à população que não conseguiu ter acesso a cuidados de saúde (consultas, exames ou tratamentos médicos) por barreiras financeiras, distância de deslocação ou tempo de espera, sendo um valor superior à média de 2,2% da UE (OECD, 2023c). Em 2022, 45,8% das famílias considerou as despesas de saúde como um encargo algo pesado ou muito pesado principalmente devido ao custo dos medicamentos e dos cuidados dentários (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

No Inquérito às Condições de Vida e Rendimento realizado em 2022, 75,5% da população com idade igual ou superior a 16 anos tinha consultado um médico de medicina geral e familiar ou de clínica geral nos últimos 12 meses, um valor que diminuiu cerca de 6% face a 2017. Cerca de 52,5% tinha consultado um médico de outra especialidade, valor igualmente inferior ao apurado em 2017 (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A falta de cobertura de cuidados dentários no SNS reflete-se nos dados obtidos, sendo que em 2022 pouco mais de metade da população residente com 16 ou mais anos (57,4%) foi a uma consulta de cuidados dentários nos 12 meses anteriores (Instituto Nacional de Estatística, 2023) e 8,2% da população referiu não ter conseguido ter acesso a cuidados dentários pelo custo excessivo, um dos valores mais elevados entre os países da UE (OECD, 2023c).

Análise comparativa entre os Sistemas de Saúde da Bélgica e de Portugal

Como vários países europeus e a maioria dos países desenvolvidos, a Bélgica e Portugal assistem desde há alguns anos a um período de transição social e demográfica sem precedentes, ao observar-se um envelhecimento da população que terá tendência a aumentar nos próximos anos trazendo inúmeros desafios a vários níveis, nomeadamente na organização e na prestação dos cuidados de saúde. Após terem sido descritas as principais características dos sistemas de saúde e os resultados de alguns indicadores de saúde dos dois países, o que se pretende neste Capítulo é fazer uma análise comparativa do descrito anteriormente.

Apesar de os dois países terem uma EMV à nascença em anos igual, Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos da UE. Contribuem para este facto, o baixo índice de fecundidade e a emigração crescente da população ativa, que levam não só à diminuição da população como a uma trajetória de aumento da população idosa e, naturalmente, do índice de envelhecimento populacional. Pelo contrário, a Bélgica assiste a uma trajetória de crescimento populacional, consequência de uma diminuição menos acentuada do índice de fecundidade que permite uma taxa de natalidade relativamente estável, e ao aumento da imigração.

Relativamente ao contexto socioeconómico, a economia da Bélgica tem vindo a crescer de uma maneira robusta e estável na última década, como se pode constatar pelo PIB *per capita* ajustado ao poder de compra crescente e constantemente superior à média da UE. A realidade portuguesa é diferente, na medida em que se verifica um crescimento consistente do PIB *per capita* ajustado ao poder de compra sendo, no entanto, mais lento e sempre inferior à média da UE e, evidentemente, da Bélgica. Neste contexto, podemos afirmar que a população da Bélgica tem mais recursos económicos, resultando num padrão e qualidade de vida superiores em relação a Portugal.

É importante notar que os indicadores socioeconómicos não devem ser avaliados de forma isolada, devendo ser considerados em conjunto com outros dados. Além do PIB *per capita*, que avalia o nível de desenvolvimento económico dos países, podemos avaliar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Bélgica e de Portugal. Este índice, avalia o desenvolvimento de um país em três dimensões: rendimento, saúde e educação. Ambos os países apresentam um IDH muito alto em 2021, sendo que a Bélgica com um valor de 0,938 supera Portugal com o valor de 0,865 (United Nations Development Programme, 2023), oferecendo melhores condições de vida em termos de padrão de vida, saúde e educação.

Outro fator importante a ser considerado e tendo em conta que, como vimos ao longo deste trabalho, nos dois países existem importantes desigualdades sociais e económicas, é o Coeficiente de Gini, que é um indicador de desigualdade na distribuição do rendimento e que visa demonstrar a assimetria dessa distribuição num determinado país. Os países com valores mais próximos de 100 apresentam uma alta desigualdade de distribuição e, portanto, maiores disparidades socioeconómicas. Neste indicador, a Bélgica situa-se igualmente numa posição mais favorável em relação a Portugal nos dados de 2021 (World Bank, 2023), apresentando um valor de 26,6 (vs 34,6 de Portugal).

Relativamente ao modelo de organização, os sistemas de saúde da Bélgica e de Portugal são baseados em modelos conceptuais diferentes e que se organizam e se financiam de maneira distinta. A Bélgica adotou um sistema de saúde baseado no modelo de Bismarck desde a sua génese, enquanto o sistema de saúde português sofreu uma transição de um modelo Bismarckiano inicial para o modelo de Beveridge atual.

O sistema de saúde da Bélgica consiste em seguros sociais obrigatórios, geridos por mutualidades privadas sem fins lucrativos, que cobrem praticamente toda a população e cujo financiamento principal advém das contribuições sociais proporcionais aos salários, pagas pelo empregador e pelo trabalhador. Os cuidados de saúde são prestados de igual modo por prestadores públicos e privados que trabalham de modo independente numa perspetiva maioritariamente de remuneração ao ato, existindo o pagamento de uma taxa de serviço reembolsável por parte dos cidadãos. O acesso aos cuidados de saúde é livre e direto, não havendo necessidade de referência através dos cuidados de saúde primários.

De modo diferente, o sistema de saúde português baseia-se num Serviço Nacional de Saúde universal e gratuito, cuja principal fonte de financiamento são os impostos geridos pelo Estado. Assim, o financiamento do sistema de saúde, está sujeito ao custo de oportunidade, competindo com outras áreas de financiamento prioritárias, podendo facilmente ficar sob pressão. Os cuidados de saúde são prestados por uma rede de prestadores públicos e privados com prestação pública, através de acordos com o Estado. Contrariamente ao modelo belga, em Portugal, os cuidados de saúde primários funcionam como contacto primordial da população com o sistema de saúde, gerindo o acesso aos cuidados de saúde secundários/hospitalares através da referência. Os cidadãos têm, no entanto, o direito de livre acesso e circulação dentro do SNS, podendo escolher para que hospital pretendem ser referenciados, desde que estejam disponíveis os tipos de cuidados que os mesmos necessitam. No sistema de saúde português, existe ainda a particularidade dos subsistemas de saúde que causam um mecanismo de dupla cobertura (e por vezes tripla, se adicionarmos os seguros de saúde voluntários), podendo aumentar o acesso a uma determinada parte da população e, conseqüentemente, ter impacto nas desigualdades de acesso.

No âmbito do financiamento dos sistemas de saúde, tem-se verificado nos dois países um crescimento contínuo das despesas como consequência, entre outros, do envelhecimento populacional, que gera maior procura dos serviços de saúde, e dos avanços tecnológicos das últimas décadas que são naturalmente mais dispendiosos. Ambos os países tiveram um gasto em saúde de aproximadamente 11% do PIB em 2021, no entanto, quando analisamos os gastos *per capita*, a Bélgica supera Portugal no investimento com um valor de 4168 € vs 2630 €.

A percentagem de despesa pública nos gastos em saúde, indica-nos a forma como os governos intervêm para assegurar o financiamento da saúde pública básica através de programas públicos (Gottret, 2006). Apesar da maior parte da despesa em saúde nos dois países ser pública, na Bélgica é significativamente maior, sendo o serviço de saúde financiado com mais de dois terços de dinheiro público. Em Portugal, a maior fatia do orçamento provém de financiamento público, mas tem havido um aumento considerável da despesa privada, sendo mesmo considerada uma das mais elevadas da UE. As despesas privadas são maioritariamente devidas aos pagamentos diretos das famílias, que atingem um valor superior em Portugal (29%) em comparação com a Bélgica (18%). A distribuição dos pagamentos diretos, indica-nos as principais lacunas de cobertura dos sistemas de saúde respetivos (Gerken, 2020). Em Portugal, estes gastos são principalmente em medicamentos e cuidados de saúde de ambulatório, enquanto na Bélgica se distribuem por medicamentos, cuidados de internamento e cuidados de saúde de ambulatório.

Quando analisamos a despesa total em saúde, verificamos que os cuidados de internamento hospitalar, de ambulatório e de longa duração são os tipos de serviços de saúde para onde é alocada a maior parte da despesa na Bélgica. Já Portugal é um dos países da UE que mais investe nos cuidados de ambulatório, seguidos dos cuidados hospitalares. A prevenção e saúde pública é, para ambos os países, a área para onde menos recursos financeiros são alocados.

Relativamente aos indicadores de saúde de ambos os países, podemos observar algumas diferenças que refletem os diferentes modelos de organização dos cuidados de saúde e que se analisam de seguida.

No que se refere aos internamentos evitáveis, Portugal tem um número consideravelmente menor de internamentos evitáveis por todas as causas em comparação com a Bélgica. Além disso, as hospitalizações por asma, DPOC e diabetes em Portugal têm vindo a diminuir, sendo atualmente um dos países com menos hospitalizações por estas causas na OCDE. Na Bélgica, verifica-se uma estabilização das hospitalizações por asma e DPOC e uma diminuição nas hospitalizações por diabetes, estando no entanto os três valores acima da média da OCDE. Na área da prescrição de antibióticos, ambos os países têm feito esforços visíveis para diminuir a sua prescrição e consumo, sendo a diminuição mais evidente no caso de Portugal que registou um consumo total sobreponível ao da média da OCDE, ao contrário da Bélgica cujo valor é superior.

Como já referido acima, Portugal faz um investimento considerável nos cuidados de ambulatório, tendo uma rede de cuidados de saúde primários desenvolvida e multidisciplinar bem integrada que constitui um pilar central do SNS e que permite a instituição de programas de saúde específicos para a gestão das doenças crónicas e de programas preventivos de base populacional. Os cuidados de saúde primários têm uma grande importância na gestão de necessidades da população, ao providenciarem cuidados integrados e contínuos com o objetivo de prevenir, atrasar ou minimizar o impacto das comorbilidades crónicas na saúde da população. Estas razões contribuem para um bom desempenho do país ao nível dos indicadores de qualidade acima referidos.

Pelo contrário, na Bélgica, o papel de gestor de cuidados não está bem desenvolvido, havendo muitos intervenientes que não estão coordenados entre si, causando uma dificuldade maior no papel preventivo e de gestão das doenças crónicas que leva por vezes à utilização excessiva dos serviços e, consequentemente, ao uso ineficiente dos recursos de saúde. Com o objetivo de melhorar o seu desempenho, a Bélgica tem vindo a fortalecer o papel dos cuidados de saúde primários como ponto de acesso ao sistema de saúde, com a implementação da opção de um médico generalista único de referência que funciona como gestor de cuidados. Este médico, além de gerir o processo clínico do utente, permite que o mesmo aceda aos cuidados de saúde hospitalares com um menor custo, desde que exista uma referência (Gerkens, 2020; Hassenteufel, 2007).

Quanto aos cuidados de saúde secundários, as taxas de mortalidade padronizada 30 dias após admissão hospitalar por EAM e por AVC têm descido em ambos os países, tendo tido em 2021 valores mais favoráveis na Bélgica do que em Portugal (EAM: 4,3% vs 8%, respetivamente e AVC: 8,2% vs 10,4%, respetivamente). De referir que, na Bélgica, se verificou uma melhoria substancial da mortalidade por AVC, apesar de ainda se encontrar em valores elevados, consequência da elaboração de um protocolo com critérios de acreditação e licenciamento para programas de cuidados especializados em AVC agudo (Gerkens, 2020).

A doença oncológica tem uma expressão significativa na mortalidade de ambos os países, tendo havido uma diminuição de cerca de 15% na taxa de mortalidade por esta causa na Bélgica, posicionando-a num dos países com menor taxa de mortalidade por doença oncológica da UE. Além do desenvolvimento tecnológico e farmacêutico que permitiu um melhor diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, a par do rastreio precoce, a implementação em 2009 de um Plano Nacional para as Doenças Oncológicas com a adoção de medidas que não só monitorizam e integram os dados clínicos ao longo do tempo, mas também favorecem uma abordagem multidisciplinar e psicossocial de cuidados, tiveram um importante contributo nesta diminuição e na melhor gestão da doença. As taxas de sobrevivência 5 anos após o diagnóstico de neoplasias são elevadas em ambos os países e superiores às taxas de sobrevivência médias da UE, sendo ligeiramente superiores em Portugal no que toca ao cancro da mama (88% vs 86%) e na Bélgica no cancro colorrectal (68% vs 61%).

A respeito da acessibilidade aos cuidados de saúde, na Bélgica a distribuição dos recursos encontra-se de acordo com a distribuição da população tanto nos cuidados de saúde da comunidade como dos cuidados de saúde hospitalares. A exceção está na distribuição dos médicos generalistas na região de Bruxelas e do Brabante Valão que é inferior à desejada. Portugal neste âmbito, não está bem posicionado, já que se verifica uma grande desigualdade de acesso e distribuição dos recursos de saúde principalmente comparando as grandes cidades com as cidades mais pequenas e do interior, em que a resposta é pouco eficiente.

Em ambos os países, a maioria da população revela estar satisfeita com a disponibilidade dos cuidados de saúde, sendo a percentagem de 90% bastante mais significativa na Bélgica (vs 63% em Portugal). De referir, no entanto, que na Bélgica a percentagem da população que refere que os atrasos no acesso aos cuidados são problemáticos, tem aumentado nos últimos anos, nomeadamente na disponibilização de cuidados de saúde mental que são os que mais têm atrasos.

As necessidades não satisfeitas relatadas pela população de ambos os países são principalmente devidas a questões relacionadas com o custo dos cuidados de saúde, sendo o tempo de espera e a distância de deslocação fatores igualmente relatados embora com menor significância. O valor de Portugal é superior ao da UE, contrariamente ao da Bélgica, e é fundamentalmente devido ao custo dos cuidados dentários e dos medicamentos.

As diferenças acima encontradas refletem, em parte, a organização dos sistemas de saúde. Na Bélgica, fruto do seu modelo de organização de tipo Bismarckiano, existe uma maior flexibilidade na escolha dos prestadores de saúde, com uma ampla rede de hospitais e de profissionais disponíveis levando a tempos de espera mais curtos para cuidados de ambulatório e procedimentos eletivos, com um elevado grau de satisfação da população. Nos últimos anos, no entanto, tem havido um aumento dos tempos de espera resultado da diminuição do número de profissionais disponíveis e, por vezes, da duplicação de cuidados. No modelo Beveridgiano português, sendo o financiamento gerido maioritariamente pelo Estado, a alocação de recursos públicos é limitada e feita de acordo com as prioridades, levando a um subfinanciamento do SNS que gera maior pressão no sistema e incapacidade de atender a todas as necessidades crescentes da população, resultando em listas de espera longas e diminuição do acesso da população com o conseqüente aumento das necessidades não satisfeitas. O aumento das listas de espera e do tempo necessário para aceder aos cuidados de saúde públicos é uma das razões pelas quais existe uma procura crescente pelos cuidados de saúde privados que garantem um acesso mais rápido e flexível aos cuidados de saúde.

Tendo em conta o acima referido, podemos constatar que o sistema de saúde da Bélgica e o sistema de saúde Português enfrentam vários desafios comuns. Um dos principais desafios de sustentabilidade e de eficiência dos sistemas será o envelhecimento da população e o consequente aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas com o aumento dos custos associados. Assim, os decisores políticos terão de fazer esforços no sentido do desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados que sejam custo-eficazes e que passem necessariamente pelo desenvolvimento de programas de educação e de literacia em saúde que incidam na prevenção dos fatores de risco das doenças que têm um impacto mais significativo nas despesas em saúde, como as doenças do aparelho circulatório e as doenças oncológicas, melhorando os indicadores de saúde e, consequentemente, a saúde da população. Ainda neste sentido, o desenvolvimento dos cuidados de longa duração terá de ser uma área primordial de investimento. Na Bélgica, onde 21% da despesa em saúde é alocada aos cuidados de longa duração, existe desde há alguns anos um esforço neste sentido, com uma maior proximidade e integração dos serviços sociais e de saúde além do apoio dos serviços comunitários e privados, permitindo a expansão e melhoria dos cuidados paliativos e de longa duração que têm tido progressivamente maior cobertura e acesso. Em Portugal, pelo contrário, o investimento é de apenas 5% da despesa de saúde, existindo uma escassez de recursos financeiros e humanos que cria muitas vezes uma descoordenação de articulação entre os serviços sociais e de saúde. Um sistema mais integrado entre os serviços sociais e de saúde, um aumento do apoio privado e a capacitação e atração de profissionais na área da geriatria e dos cuidados paliativos e continuados, torna-se assim fundamental para melhorar e desenvolver os cuidados de saúde de longa duração. Os cuidados de longa duração e os cuidados preventivos e de promoção da saúde são essenciais para garantir bons padrões de saúde da população e permitir ganhos em saúde (Tulchinsky, 2018).

A distribuição não equitativa de recursos é outro desafio que ambos os sistemas de saúde enfrentam, embora por razões distintas. No caso da Bélgica, as desigualdades socioeconómicas continuam a ser um importante problema, havendo diferenças regionais evidentes. Os grupos com um estatuto socioeconómico mais desfavorecido são caracterizados por um nível de escolaridade baixo e baixos rendimentos que consequentemente geram uma maior percentagem de necessidades de saúde não satisfeitas por motivos financeiros, comparando com os outros países da UE (Gerken, 2020). A população com um estatuto socioeconómico mais elevado vive geralmente mais tempo, relatando comportamentos de saúde mais saudáveis e menos doenças crónicas (Gerken, 2020). Em Portugal, a distribuição não equitativa de recursos relaciona-se com a evidente escassez de recursos humanos e de infraestruturas, dificultando a cobertura e acessibilidade não só do ponto de vista geográfico como também económico.

A expansão da cobertura de cuidados e melhoria das áreas carenciadas, nomeadamente os cuidados de saúde dentários e os cuidados de saúde mental, são uma prioridade para ambos os países. Na Bélgica, os cuidados dentários preventivos são gratuitos até aos 18 anos, sendo reembolsados até 80% após essa idade e havendo um reembolso maior para a população mais carenciada. Pelo contrário, os cuidados dentários mais complexos, só por si mais dispendiosos, têm uma menor cobertura, constituindo um obstáculo no acesso principalmente para as populações mais carenciadas. Em Portugal, os cuidados dentários são prestados essencialmente pelo setor privado (OECD, 2023c). Em 2008, a cobertura foi aumentada através da criação do “cheque-dentista” como parte do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral que permite o acesso a um número limitado gratuito de cuidados dentários, a determinados grupos mais vulneráveis da população, como crianças em idade escolar, grávidas, idosos que recebem benefícios sociais, doentes com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e doentes oncológicos. Existem ainda esforços no sentido de organizar uma rede de cuidados dentários que trabalhe em articulação com os cuidados de saúde primários (Winkelmann, 2022).

No que se refere aos cuidados de saúde mental, no caso da Bélgica, foram implementadas reformas nos últimos anos que pretendem melhorar a integração de cuidados e a acessibilidade principalmente no âmbito ambulatorio, no entanto a descentralização de responsabilidades e a burocracia da regulamentação tem dificultado a aplicação prática destas medidas, dificultando o acesso atempado aos cuidados e aumentando as listas de espera (OECD, 2023b). Portugal, por seu lado, está entre os países da UE com maior prevalência de doenças mentais, nomeadamente ansiedade e depressão. Os principais problemas residem no número reduzido de profissionais de saúde mental especializados e na falta de critérios de referenciação normalizados, contribuindo para a difícil gestão das longas listas de espera. Assim, o desenvolvimento recente do Plano Nacional de Saúde Mental, com uma prestação de serviços descentralizada, prevê melhorar a disponibilidade de cuidados nos próximos anos (OECD, 2023c).

Por último, a área dos recursos humanos é um fator igualmente desafiante. A Bélgica tem um dos valores mais elevados da UE de médicos no ativo desempenho das suas funções com uma idade igual ou superior a 55 anos, tendo aumentado de 24,1% em 2000 para 44,3% em 2018 segundo dados da OCDE (Gerkens, 2020), prevendo-se uma diminuição do número de profissionais de saúde nos próximos anos. Portugal, sobretudo após a crise financeira de 2008 e das medidas do programa de ajustamento económico, assistiu a um aumento da taxa de emigração dos profissionais de saúde, paralelamente a um aumento da taxa de saída de profissionais para o sector privado. De modo a não comprometer a prestação de cuidados de saúde, os decisores políticos terão assim de inverter esta tendência, que passará pela formação de mais profissionais de saúde na Bélgica e pela criação de condições para reter e atrair os profissionais de saúde em Portugal.

Conclusão

As necessidades em saúde estão a sofrer mudanças significativas como resposta às transições sociodemográficas e epidemiológicas caracterizadas pela baixa taxa de fertilidade, aumento da EMV e alteração no paradigma das doenças com um peso maior das doenças crónicas e degenerativas (Gottret, 2006). Estas mudanças, num mundo cada vez mais imprevisível e complexo, além de causarem uma pressão nos próprios sistemas, levantam várias questões no que toca à sua sustentabilidade. Encontrar o equilíbrio entre a contenção de custos, a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a equidade no acesso, é um desafio que tem servido como principal motor das reformas da saúde nos países europeus (Or, 2010).

Perante esta realidade, os diferentes sistemas de saúde com a sua organização, modo de financiamento e recursos distintos, reagem a desafios semelhantes com a adoção de políticas diferentes no sentido de alcançarem ganhos em saúde e de irem ao encontro das necessidades e exigências da sua população. Os sistemas que se organizam segundo o modelo de Bismarck, e que privilegiam a descentralização da gestão com a pluralidade de escolha e o livre acesso dos doentes, têm sido confrontados com a necessidade de contenção dos custos, havendo um esforço crescente no desenvolvimento de medidas que permitem uma maior gestão do Estado com mais e melhor regulamentação que tem em vista limitar esta liberdade para um maior controlo da despesa associada. Por outro lado, os países que adotaram um sistema do tipo Beveridgiano, têm uma cobertura universal à custa de oferecerem menor escolha aos utilizadores e de, conseqüentemente, terem um desempenho muito inferior no âmbito do acesso, nomeadamente, pelo facto da cobertura universal dos cuidados não garantir que estes sejam acessíveis e equitativos na sua distribuição, tornando assim as listas de espera uma enorme problemática que pressiona o sistema.

A comparação entre diferentes sistemas de saúde permite-nos um enriquecimento do conhecimento na compreensão de como os variados modelos de organização, de financiamento e as diferentes políticas de saúde podem influenciar os resultados em saúde, além de permitir a identificação das melhores práticas perante desafios comuns em realidades distintas. Estes estudos permitem ajudar os decisores políticos nas reformas com vista à adaptação do sistema para melhor servir as necessidades da população, garantido a sustentabilidade, otimizando os ganhos em saúde e melhorando a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados.

Neste trabalho, comparou-se os sistemas de saúde da Bélgica e de Portugal, tendo-se encontrado diferenças estruturais e de desempenho, características do tipo de modelo organizativo.

O sistema de saúde belga, baseado no modelo de Bismarck, é um sistema com uma gestão descentralizada, caracterizada pela maior flexibilidade, liberdade e capacidade de resposta às necessidades imediatas dos utilizadores, com um acesso geralmente rápido, refletindo-se na grande satisfação evidenciada pela população. Existe, no entanto, um trabalho a fazer no sentido do maior desenvolvimento dos cuidados de saúde primários que permitirá uma melhoria da integração e coordenação dos cuidados e da gestão das doenças crónicas que levará a uma melhoria dos resultados e à possibilidade de contenção de custos tendo em vista a viabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde.

Em contraste, o sistema de saúde português que tem como base o modelo de Beveridge, tem uma gestão centralizada dos recursos financeiros e humanos, sendo o Estado o responsável pela organização e prestação dos cuidados. Apesar de ter uma cobertura universal, há um crescimento significativo do financiamento por fontes privadas, nomeadamente dos pagamentos diretos das famílias, que pode ser explicado pela escassez de recursos existentes maioritariamente devidas às limitações e prioridades orçamentais. Esta situação tem como consequência a dificuldade e desigualdade no acesso, culminando nas longas listas de espera e no aumento das necessidades não satisfeitas da população.

Há ainda desafios comuns e prioritários para ambos os países, nomeadamente a reforma e desenvolvimento dos cuidados de saúde preventivos e de longa duração, assim como a maior cobertura e extensão dos cuidados de saúde dentária e de saúde mental.

Tal como a literatura sugere, em termos de desempenho, não há um país que se destaque em todos os indicadores analisados. Dentro do seu contexto, tanto a Bélgica como Portugal, têm áreas em que se destacam mais e outras em que existe oportunidade de melhoria. A identificação destes pontos permite delinear estratégias de gestão com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de saúde, fator essencial para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

Para concluir, os sistemas de saúde são entidades complexas com vários níveis de interação que enfrentam desafios de adaptação e de sustentabilidade significativos, impulsionados pelas mudanças sociodemográficas, políticas e tecnológicas. Apenas com a aprendizagem e uma abordagem integrada e colaborativa dos vários intervenientes, será possível adotar políticas de saúde que visem assegurar cuidados de saúde eficientes, acessíveis, equitativos e de qualidade que estejam adaptados às necessidades crescentes e mais exigentes da população, produzindo uma otimização dos resultados em saúde.

Existem algumas limitações a este estudo que poderão ter influenciado direta ou indiretamente a análise crítica e as conclusões, e que serão referidas de seguida. Entre as várias publicações e bases de dados existentes, por vezes o ano ou período de recolha dos dados não coincide entre os dois países, pelo que pode haver um viés na análise, interpretação e comparação dos dados. Por outro lado, o sistema de saúde tem influência de vários fatores como a cultura, tradições, contexto político e modo de vida, que apesar de terem sido mencionados, não foram objeto de estudo nesta análise.

Não foi utilizada uma metodologia específica descrita para a comparação, uma vez que, tendo em conta a complexidade da avaliação dos sistemas de saúde, não foi encontrada na literatura consultada uma metodologia única padronizada e sólida em todas as dimensões que permita o seu uso independentemente do contexto, existindo variados trabalhos com metodologias diversas que são utilizados de acordo com contextos e objetivos diferentes.

O impacto da pandemia Covid-19 nos sistemas de saúde não foi tido em conta de modo exaustivo, uma vez que não era o objetivo deste estudo e que muitos dos dados para esse período não estão ainda totalmente disponíveis. No entanto, tendo em conta que foi um período extremamente desafiante e com repercussões que colocaram todos os países em igualdade de circunstâncias no sentido do desconhecimento, incerteza e pressão com a necessidade de uma rápida adaptação, torna-se um período de excelência para fazer comparações entre os diferentes sistemas de saúde e perceber os resultados das diferentes medidas e políticas adotadas.

Assim, de futuro, sugere-se como continuidade deste trabalho, a análise específica do período da pandemia Covid-19 nestes dois países além do estudo das implicações que as políticas de saúde no âmbito do estilo de vida podem ter nos indicadores de saúde.

Referências Bibliográficas

- AB, M. F., & Juni, M. H. (2019). Determinants of out-of-pocket expenditure for health care: a systematic review. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 6(2), 44-57.
- 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, 669038.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. *Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa.*
- Barros, P. P., Machado, S. R., Simões, J. D. A., & World Health Organization. (2011). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*.
- Bjornberg, A., & Phang, A. Y. (2019). Euro health consumer index 2018. *Euro Health Consumer Index. Marseillan: Helath Consumer Powerhouse Ltd, 90.*
- Blyth, F. M., & Schneider, C. H. (2018). Global burden of pain and global pain policy—creating a purposeful body of evidence. *Pain*, 159, S43-S48.
- Bloomberg Rankings. (2014). *Most efficient health care 2014*. <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), 258-269.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Busoi, C. (2010). Health systems in the European Union: an overview. *Physiology/Fiziologia*, 20(2).
- Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G., & Cid, C. (2019). National health insurance: a conceptual framework from conflicting typologies. *Health Policy*, 123(7), 621-629.
- de Boer, D., van den Berg, M., Ballester, M., Bloemeke, J., Boerma, W., de Bienassis, K., Groenewegen, P., Groene, O., Kendir, C., Klazinga, N., Porter, I., Sunol, R., Thomas, L., Valderas, J. M., Williams, R., & Rijken, M. (2022). Assessing the outcomes and experiences of care from the perspective of people living with chronic conditions, to support countries in developing people-centred policies and practices: study protocol of the international survey of people living with chronic conditions (PaRIS survey). *BMJ open*, 12(9), e061424.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano nacional de saúde 2021-2030 – saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Portugal.
- Eurostat. (2023). Eurostat Database. European Commission.
- Gaeta, M., Campanella, F., Capasso, L., Schifino, G. M., Gentile, L., Banfi, G., Pelissero, G., & Ricci, C. (2017). An overview of different health indicators used in the european health systems. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 58(2), E114.
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 22(5).

- Gerkens S., & Merkur S. (2024). Belgium: Health system summary, 2024. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Gottret, P. E., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide* (Vol. 41181, No. 4). World Bank Publications.
- 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.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Conta Satélite da Saúde – 2000-2020Pe – Base 2016. Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Inquérito às Condições de Vida e Rendimento – Saúde 2022. Portugal.
- Jacobzone, S. (2003). Ageing and the challenges of new technologies: Can OECD social and healthcare systems provide for the future?. *The Geneva papers on risk and insurance-issues and practice*, 28, 254-274.
- Jalali, F. S., Bikineh, P., & Delavari, S. (2021). Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: a scoping review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19, 1-22.
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 3-9.
- Leite, A. M. R., de Almeida Leite, E. M., Ribeiro, H. N. R., Alves, S. R. P., & Sardinha, L. F. (2022). From Bismarck to Beveridge: contributions for the understanding of diferente social security models. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, 255-264.
- Liaropoulos, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14, 1-4.
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2021). Relatório Anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2022). Relatório Anual: Relatório e contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Portugal.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., & World Health Organization. (2002). Funding health care: options for Europe. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Nolte, E., Wait, S., & McKee, M. (2006). *Investing in health. Benchmarking Health Systems*. The Nuffield Trust.
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 196-215.
- OECD. (2023). OECD Health Statistics. *OCDE Publishing*.
- OECD. (2023a). Health at a Glance 2023: OCDE Indicators. *OCDE Publishing*.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023b). Belgium: Country health profile 2023. State of Health in the EU. *OCDE Publishing*.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023c). Portugal: Country health profile 2023. State of Health in the EU. *OCDE Publishing*.
- OECD. (2023d). Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023. EU Country Cancer Profiles. *OCDE Publishing*.
- OECD. (2023e). EU country cancer profile: Belgium 2023. EU Country Cancer Profiles. *OCDE Publishing*.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). Saúde: um direito humano. Relatório de Primavera 2019.
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U., & Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), 269-293.
- Papancolas, I., & Smith, P. (2013). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research: an agenda for policy, information and research. *McGraw-Hill Education* (UK).
- 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.
- Rosengren, K., Brannefors, P., & Carlstrom, E. (2021). Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 265-280.
- Schütte, S., Acevedo, P. N. M., & Flahault, A. (2018). Health systems around the world—a comparison of existing health system rankings. *Journal of global health*, 8(1).
- Simões, J. D. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., Hernández-Quevedo, C., & World Health Organization. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*.
- Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894.
- Stevens, F. (2010). The convergence and divergence of modern health care systems. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, 434-454.
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., Bryndová, L., & World Health Organization. (2009). Addressing financial sustainability in health systems.
- Tulchinsky, T. H. (2018). Bismarck and the long road to universal health coverage. *Case Studies in Public Health*, 131.
- United Nations Development Programme. (2023). Human Development Data (1990-2022). Human Development Reports.
- Winkelmann, J., van Ginneken, E., & Gomez Rossi, J. (2022). Oral health care in Europe: financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 24(2): pp. 1–169.
- World Bank. (2023). World Bank Open Data. World Bank
- World Health Organization. (1995). Constitution of the world health organization.
- World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. *World Health Organization*.