INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Priorização no Acesso à Saúde

Luís Pedro Reis Gonçalves Andrade

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora associada, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa
Professora Doutora Cláudia Isabel Rêgo Gonçalves Vajão da Cruz Dias, Investigadora associada integrada do Dinâmia'CET

Setembro, 2025

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Priorização no Acesso à Saúde

Luís Pedro Reis Gonçalves Andrade

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa
Professora Doutora Cláudia Isabel Rêgo Gonçalves Vajão da Cruz Dias, Investigadora Associada integrada do Dinâmia'CET-ISCTE

Setembro, 2025

Agradecimentos

A conclusão desta tese representa não apenas o fim de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio e incentivo de muitas pessoas que me acompanharam ao longo deste caminho.

Em primeiro lugar, agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Generosa do Nascimento e Professora Doutora Cláudia Vajão, pela orientação rigorosa, pela disponibilidade constante e pelas sugestões valiosas que contribuíram decisivamente para a concretização deste trabalho.

Aos amigos que conheci ao longo do mestrado, Maria, Inês, Pedro e as Marianas, obrigado por tornarem esta jornada mais leve e divertida. E à Francisca Sérgio, um agradecimento especial, por todas as horas a fio na biblioteca, pelos cafés que quebraram o cansaço e, sobretudo, pela tua presença constante. Foste um verdadeiro pilar neste percurso e sem ti este caminho teria sido mais duro. Obrigado por estares sempre lá.

Aos meus amigos de sempre, Pedro, Daniel, Benjamin, Afonso e Simão, o meu obrigado por estarem sempre por perto, por ouvirem os desabafos e por nunca deixarem que desistisse. A vossa amizade, motivação e presença constante foram fundamentais em todas as etapas deste percurso.

E, por fim, mas com o maior dos agradecimentos, aos meus pais e à minha irmã. Por tudo. Pela base sólida, pelos valores e pelo apoio sem limites. Esta conquista é tão minha como vossa.

Obrigado a todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso.

Resumo

O acesso equitativo aos cuidados de saúde é um dos princípios estruturantes dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos, especialmente num contexto marcado pelo envelhecimento populacional, pelo aumento da procura e pela limitação de recursos. A necessidade de gerir eficientemente o acesso torna a priorização um instrumento essencial para garantir que os cuidados são prestados de forma justa e adequada às necessidades dos utentes.

A presente investigação tem como objetivo analisar a priorização no acesso à saúde, comparando o setor público e o privado, bem como diferentes tipos de sistemas em quatro países desenvolvidos: Portugal, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos. Esta problemática assume particular relevância em Portugal, dada a sua realidade demográfica e o modelo misto de financiamento e prestação de cuidados.

A metodologia adotada foi de natureza qualitativa, com base numa revisão de literatura e análise comparativa de dados secundários provenientes de fontes oficiais, com o intuito de identificar padrões, desigualdades e boas práticas nos modelos de priorização.

Os resultados evidenciam que Portugal, apesar de ter um número elevado de médicos por habitante, apresenta indicadores desfavoráveis ao nível da perceção de saúde dos idosos, da utilização das urgências e do tempo de internamento. Como propostas, destaca-se a necessidade de reforçar os cuidados primários, melhorar a articulação entre níveis de cuidados e investir em políticas de prevenção e literacia em saúde.

Palavras-chave: Bismarckiano; Beveridgiano; Modelo de Mercado; Modelo Misto; Equidade; Acesso à Saúde

JEL Classification: H51 (Despesas públicas e saúde); I11 (Análise dos mercados de cuidados de saúde); I14 (Saúde e desigualdade); I18 (Saúde: política governamental; regulamentação; saúde pública)

Abstract

Fair access to healthcare is one of the structuring principles of healthcare systems in developed countries, especially in a context characterised by an ageing population, increasing demand and limited resources. The need to manage access efficiently makes prioritisation an essential tool for ensuring that care is provided fairly and adequately to the needs of users.

This research aims to analyse prioritisation in access to healthcare, comparing the public and private sectors, as well as different types of systems in four developed countries: Portugal, Germany, the United Kingdom and the United States. This issue is particularly relevant in Portugal, given its demographic reality and the mixed model of financing and providing care.

The methodology adopted was qualitative in nature, based on a literature review and comparative analysis of secondary data from official sources, with the aim of identifying patterns, inequalities and good practices in prioritisation models.

The results show that Portugal, despite having a high number of doctors per inhabitant, has unfavourable indicators in terms of the health perception of the elderly, the use of emergency rooms and the length of hospital stays. Proposals include the need to strengthen primary care, improve coordination between levels of care and invest in prevention and health literacy policies.

Keywords: Bismarck; Beveridge; Market Model; Mixed Model; Equity; Access to Healthcare

JEL Classification: H51 (Government Expenditures and Health); I11 (Analysis of Health Care Markets); I14 (Health and Inequality); I18 (Health: Government Policy; Regulation; Public Health)

Índice

AGRADECIMENTOS ..... **I**
RESUMO ..... **III**
ABSTRACT ..... **V**
ÍNDICE ..... **VII**
ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... **IX**
GLOSSÁRIO ..... **XI**
1. INTRODUÇÃO **1**
2. REVISÃO DE LITERATURA **3**
2.1. Importância do Acesso Equitativo na Saúde e Domínio Político 3
2.2. Sistema de Saúde Beveridgiano 5
2.2.1 Caso do Reino Unido 6
2.3 Sistema de Saúde Bismarckiano 8
2.3.1 Caso da Alemanha 9
2.4 Sistema de Saúde de Mercado 11
2.4.1 Caso dos Estados Unidos da América 12
2.5 Situação de Portugal 14
3. METODOLOGIA **19**
4. RESULTADOS **21**
4.1 EVOLUÇÃO DOS PAÍSES **21**
4.1.1 REINO UNIDO **21**
4.1.2 ALEMANHA **22**
4.1.3 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA **23**
4.1.4 PORTUGAL **25**
4.2 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS PAÍSES **26**
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS **39**
5.1 EVOLUÇÃO AO LONGO DOS ANOS **39**
5.2 IMPACTO DA PANDEMIA **40**
5.3 PORTUGAL COMPARADO COM OUTROS PAÍSES **42**
6. CONCLUSÕES **44**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **47**

Índice de Gráficos

Gráfico 1: % do PIB em Saúde 27
Gráfico 2: Despesa Per Capita em Saúde 28
Gráfico 3: % da População com Acesso à Saúde 29
Gráfico 4: % da População Coberta por Seguro de Saúde 30
Gráfico 5: Nº de Médicos por 10000 Habitantes 31
Gráfico 6: Nº de Camas por 10000 Habitantes 32
Gráfico 7: Nº de Idas às Urgências por 10000 Habitantes 33
Gráfico 8: Nº de Dias de Internamento 34
Gráfico 9: Esperança Média de Vida 35
Gráfico 10: % da População > 65 Anos 36
Gráfico 11: % da População > 65 Anos Saudável 37

Glossário

ACA – *Affordable Care Act*

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado

ARS – Administrações Regionais de Saúde

GKV – Sistema de Saúde Alemão (*Gesetzliche Krankenversicherung*)

NHS – *National Health Service*

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PKV – Seguro de Saúde Privado Alemão (*Private Krankenversicherung*)

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidades Locais de Saúde

1. Introdução

O acesso aos cuidados de saúde constitui um dos alicerces centrais das políticas públicas nos países desenvolvidos, refletindo preocupações sociais, económicas e éticas que se intensificam à medida que as populações envelhecem, as doenças crónicas tornam-se mais prevalentes e os recursos são limitados. A prestação de cuidados de saúde enfrenta, atualmente, o desafio de responder a uma procura crescente com recursos limitados, exigindo uma gestão criteriosa da entrada dos utentes no sistema e uma organização eficaz dos serviços. Neste cenário, o conceito de priorização no acesso à saúde ganha relevância enquanto mecanismo de regulação do sistema, promovendo a alocação eficiente dos recursos disponíveis e garantindo, a desejada, equidade no acesso.

A priorização na saúde remete para a definição de critérios que determinam a ordem com que os utentes acedem aos cuidados, sendo influenciada por fatores clínicos, sociodemográficos, institucionais e, frequentemente, por características do setor de prestação (público ou privado). Apesar da sua importância, a forma como a priorização é operacionalizada varia substancialmente entre países, setores e tipos de serviços, o que pode originar desigualdades no acesso, ineficiências nos cuidados prestados e, em casos extremos, riscos para a segurança dos utentes.

Neste contexto, o presente trabalho tem como problema de investigação a análise da priorização no acesso à saúde, com particular enfoque na comparação entre os setores público e privado, e entre os diferentes tipos de serviços de saúde nos países mais desenvolvidos. Pretende-se compreender como a priorização é aplicada em diferentes sistemas, que critérios são utilizados e que impactos resultam para a equidade, eficiência e qualidade dos cuidados prestados. A pertinência deste tema torna-se ainda mais evidente no caso português, atendendo à sua realidade demográfica, organização do sistema de saúde e desafios estruturais.

O principal objetivo desta investigação é analisar e comparar os mecanismos de priorização no acesso aos cuidados de saúde, destacando as diferenças entre o setor público e o setor privado, bem como entre os países mais desenvolvidos. Paralelamente, procura-se identificar boas práticas e padrões que possam contribuir para uma reflexão crítica sobre a realidade portuguesa. Este estudo visa, assim, contribuir para o debate académico e para a formulação de políticas públicas mais equitativas e eficientes no domínio da saúde.

De modo a realizar esta dissertação e responder às questões e aos objetivos de investigação propostos, foi realizada uma divisão do trabalho por tópicos, de modo a obter uma organização

mais eficiente da informação, permitindo, assim, uma articulação mais coerente e consistente dos dados analisados.

O primeiro capítulo, apresenta a introdução do tema, assim como a contextualização e a definição do problema de investigação.

No segundo capítulo será realizada a revisão de literatura, que se encontra dividida em oito tópicos. A revisão da literatura assume um papel fundamental em qualquer trabalho científico, uma vez que permite enquadrar o tema de investigação no estado atual do conhecimento, identificar lacunas existentes, teorias relevantes e contributos prévios de outros autores. Este processo não só sustenta a fundamentação teórica do estudo, como também orienta a formulação de hipóteses e a definição metodológica, garantindo rigor académico e coerência na abordagem adotada.

De seguida será realizada a descrição da metodologia utilizada, justificando a abordagem escolhida.

Após a metodologia, no quarto capítulo serão apresentados os resultados obtidos com base na análise comparativa dos dados recolhidos.

Feita a análise no quinto capítulo iremos proceder à discussão crítica dos resultados, confrontando-os com a literatura e os objetivos delineados.

Por fim, no sexto capítulo, serão apresentadas as conclusões do estudo, as implicações práticas e científicas e são propostas sugestões para investigações futuras.

2. Revisão de Literatura

2.1. Importância do Acesso Equitativo na Saúde e Domínio Político

A equidade na saúde refere-se à redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre diferentes grupos populacionais, garantindo que fatores como a situação socioeconómica, a localização geográfica ou o contexto cultural não condicionem o bem-estar da população (Dahlgren & Whitehead, 1991; Marmot & Wilkinson, 2006; Kutzin *et al*., 2009; OMS, 2010; Weale, 2015; Bodenheimer & Grumbach, 2020). Este conceito parte do princípio de que a saúde é um direito humano fundamental e visa garantir que todos tenham as mesmas oportunidades no que diz respeito ao acesso à saúde, independentemente das suas necessidades. Deste modo, a equidade na saúde revela-se fundamental para a sustentabilidade e eficácia dos sistemas de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2010), a equidade na saúde é essencial para promover o bem-estar da população. Este princípio baseia-se no prossuposto de que os recursos e os serviços de saúde devem ser distribuídos de formal equitativa, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde.

Por equidade na saúde entende-se uma distribuição equitativa e adaptada às necessidades de cada pessoa. Combater desigualdades no acesso à educação, as condições laborais e habitacionais, são essenciais para contribuir para a uma sociedade mais equilibrada, promovendo a equidade e reduzindo as desigualdades, dando assim um passo crucial para uma sociedade onde todos têm um acesso igual à saúde (Marmot & Wilkinson, 2006). A promoção da equidade na saúde contribui não só na qualidade de vida da população, assim como também beneficia a sociedade em geral (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Políticas públicas que promovam a equidade contribuem para uma efetividade dos sistemas de saúde e para melhores resultados globais, ao reduzir os custos associados e desigualdades evitáveis (Bodenheimer & Grumbach, 2020). O conceito de política pública na saúde pode ser definido como o conjunto de decisões, ações e estratégias implementadas pelos governos e organizações para atingir objetivos relacionados à melhoria da saúde da população (Weale, 2015). A definição de prioridades, a alocação de recursos e a organização de serviços são essenciais para responder de forma eficiente às necessidades de saúde (Kutzin, 2001). Esta política não é apenas uma ferramenta administrativa, mas também um reflexo dos valores de uma sociedade, incluindo equidade, justiça e solidariedade (Bodenheimer & Grumbach, 2020). O objetivo principal de qualquer nação, ao desenhar o seu sistema de saúde, é alcançar a

cobertura universal, assegurando que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde necessários (Kutzin *et al*., 2009).

Em momentos de crise, como durante uma pandemia, é responsabilidade do governo reagir de forma rápida e eficiente, minimizando o impacto tanto na população como na economia nacional. Embora a ciência disponha do conhecimento técnico e prático para abordar estas situações, cabe aos políticos implementar medidas adequadas, baseando-se na sua avaliação da gravidade e urgência do contexto (Oliver, 2006). Este enquadramento tornou-se particularmente evidente durante a pandemia da COVID-19, onde a capacidade de resposta dos governos foi determinante para mitigar os efeitos sanitários e socioeconómicos (Cowan, 2021; OECD, 2023).

Os sistemas de saúde surgem como resposta organizada das sociedades à necessidade de garantir cuidados médicos à população, assegurando proteção contra os riscos associados à doença e ao acesso desigual aos cuidados. A sua evolução está historicamente ligada ao desenvolvimento do Estado social no século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de promover a justiça social, proteger os mais vulneráveis e melhorar os indicadores de saúde pública (Beveridge, 1942; Campos, 2017).

Estes sistemas assumem diferentes configurações conforme os contextos políticos, económicos e culturais de cada país, podendo ter uma lógica predominantemente pública, privada ou mista (Wendt *et al*., 2009; WHO, 2010).

Sistemas de saúde como o modelo Beveridgiano (Beveridge), adotado em Portugal, são concebidos para assegurar o acesso universal através do financiamento público por impostos. Este modelo visa reduzir desigualdades sociais e económicas, promovendo a justiça social (Bodenheimer & Grumbach, 2020).

Por outro lado, os sistemas do modelo Bismarckiano (Bismarck) como é o caso da Alemanha, são baseados em seguros sociais obrigatórios, procurando garantir equidade através de contribuições proporcionais ao rendimento. No entanto, estes sistemas podem enfrentar desafios no que respeita à equidade no acesso, sobretudo quando certos grupos populacionais ficam excluídos por não reunirem os requisitos necessários para beneficiarem da cobertura do sistema (Burau & Blank, 2006).

A comparação entre o acesso universal e liberdade de escolha constitui um tema recorrente na política de saúde. Nos sistemas Beveridge, o acesso universal é assegurado como um direito fundamental, embora a liberdade de escolha possa ser limitada devido à centralização e a desafios de gestão, como as listas de espera. Por outro lado, nos sistemas Bismarck, a maior

flexibilidade no acesso a prestadores de serviços privados pode originar desigualdades regionais e sociais, sobretudo em grupos mais vulneráveis (Weale, 2015).

Embora as abordagens variem, há um consenso crescente de que a equidade requer a implementação de estratégias direcionadas aos grupos mais vulneráveis da sociedade (Weale, 2015). Por exemplo, políticas que priorizem cuidados de saúde primários ou a alocação proporcional de recursos com base em necessidades específicas são consideradas eficazes para reduzir desigualdades (Blank & Burau, 2006).

Os cuidados de saúde primários representam a base de qualquer sistema, sendo geralmente o primeiro ponto de contacto entre os cidadãos e o sistema, cuidados esses que incluem a prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento e gestão contínua de doenças crónicas, cuja a função principal permite não só reduzir a pressão sobre os serviços hospitalares, mas também promover intervenções atempadas, evitando complicações clínicas que exigiriam recursos mais especializados e dispendiosos (McGinnis *et al*., 2002; WHO, 2010). Assim sendo os cuidados de saúde primários são reconhecidos como pilares da sustentabilidade dos sistemas de saúde, ao permitirem uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis. Políticas que reforçam os cuidados primários, demonstrando um impacto positivo na equidade e na redição de desigualdades na saúde (Berwick, 2022).

2.2. Sistema de Saúde Beveridgiano

O Sistema Beveridgiano é um modelo de organização dos cuidados de saúde em que o Estado assume um papel central na prestação, financiamento e regulação dos serviços. Este sistema caracteriza-se por garantir o acesso universal aos cuidados de saúde através do financiamento público, maioritariamente por via fiscal, sendo os serviços fornecidos de forma gratuita no ponto de utilização (Saltman *et al*., 2004; Rüdiger, 2023).

Inspirado no princípio do "estado de bem-estar social", o modelo tem como principal objetivo assegurar que todos os cidadãos, independentemente da sua condição socioeconómica, tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde. A proposta foi inicialmente delineada no relatório *Social Insurance and Allied Services*, publicado por William Beveridge em 1942, com o intuito de combater as grandes carências sociais da época e promover a coesão social através de um sistema de proteção abrangente (Beveridge, 1942; McManus, 2023).

O modelo distingue-se pela prestação pública de serviços, sendo os prestadores maioritariamente instituições do setor público e os profissionais de saúde, regra geral, funcionários do Estado (Lameire *et al*., 1999; Kutzin, 2001). A gestão do sistema é centralizada,

o que permite um controlo rigoroso sobre os custos, padrões de qualidade e regulação de preços (Ikegami & Campbell, 2002). Esta centralização também assegura uma menor dependência do setor privado e promove a estabilidade dos custos, ao alinhar as despesas com a capacidade fiscal do Estado (Burau & Blank, 2006; Tiachristas *et al*., 2023).

Adicionalmente, o modelo tem dado ênfase à promoção da saúde e à prevenção de doenças, através de programas de educação para a saúde, considerados estratégicos para a sustentabilidade do sistema (Koh & Sebelius, 2010). Estes programas têm contribuído para aumentar a literacia em saúde da população e reduzir a incidência de doenças crónicas evitáveis (McGinnis *et al*., 2002).

Apesar dos seus pontos fortes, o modelo Beveridgiano não está isento de limitações. Entre os principais desafios identificados destacam-se as listas de espera prolongadas, a rigidez burocrática e a possibilidade de perda de eficiência em contextos de monopólio estatal (Hassenteufel & Palier, 2007). Além disso, a concentração da prestação de cuidados nas mãos do Estado pode dificultar a inovação e a adaptação às necessidades locais. Ainda assim, algumas vantagens adicionais são apontadas na literatura, nomeadamente a possibilidade de utilização do conhecimento acumulado e padronização de procedimentos como mecanismos de eficiência em determinadas condições de saúde (Minor, 2010).

No Reino Unido, a implementação deste modelo através da criação do National Health Service (NHS) em 1948 foi considerada um marco histórico, tornando o país uma referência internacional na prestação universal de cuidados de saúde (Weale, 2015). O modelo foi subsequentemente adotado, com variações, por outros países europeus como Espanha, Noruega e Finlândia, reforçando a sua influência na arquitetura dos sistemas de saúde contemporâneos (Blank & Burau, 2006; WHO, 2011).

2.2.1 Caso do Reino Unido

O Sistema Nacional de Saúde (National Health Service – NHS) do Reino Unido foi implementado em 1948, tornando-se um dos primeiros sistemas de saúde universais financiados por via impostos no mundo. Criado com base nos princípios de universalidade e equidade no ponto de acesso, o NHS tem sido um modelo de referência internacional em termos de prestação de cuidados de saúde, uma vez que o mesmo se foca nas necessidades da população e não na capacidade económica individual para o pagamento dos serviços, diminuindo as desigualdades no acesso à saúde (Anderson *et al*., 2022).

O NHS está organizado em quatro sistemas distintos que operam de forma independente nas diferentes nações constituintes do Reino Unido: Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. Embora estes países partilhem os mesmos princípios fundamentais, existem variações nas políticas de gestão, financiamento e prestação de serviços em cada território (Grosios *et al*, 2010). De uma forma geral, o NHS oferece uma vasta gama de serviços, incluindo cuidados de saúde primários, hospitalares, de emergência e serviços especializados, com um forte enfoque na medicina preventiva e nos cuidados comunitários (Wallace, 2013).

À semelhança do SNS, o NHS é financiado predominantemente através da tributação geral, ou seja, a maior parte dos custos do sistema de saúde é coberta pelos impostos coletados pelo estado (Kutzin, 2001). No entanto, existem também outras fontes de financiamento, como contribuições da Segurança Social e pagamentos diretos por determinados serviços específicos, como medicamentos sujeitos a receita médica, cuidados dentários e óticos, embora estes custos sejam fortemente subsidiados pelo Estado (Wendt *et al*, 2009).

Uma característica distintiva do modelo britânico é a alocação de fundos baseada na capitação, ou seja, os recursos são distribuídos às unidades de saúde em função do número de utentes e das suas necessidades específicas. Este método visa garantir equidade no acesso, ajustando os recursos consoante as desigualdades regionais e as necessidades demográficas (Saltman & Figueras, 1997).

No que diz respeito à cobertura universal o NHS assegura que todos os residentes no Reino Unido, independentemente da sua condição socioeconómica têm acesso à saúde. Os cuidados de saúde são prestados gratuitamente no ponto de acesso, o que reduz significativamente as barreiras financeiras para a população (Lameire *et al*, 1999). No entanto, nas últimas décadas, tal como no SNS, o sistema tem enfrentado desafios significativos, como tempos de espera prolongados, escassez de profissionais de saúde e dificuldades no financiamento adequado da crescente procura por serviços de saúde (Anderson *et al*., 2022).

Além da cobertura pública, existe um setor privado complementar que oferece serviços de saúde para aqueles que pretendem evitar listas de espera ou aceder a tratamentos não cobertos pelo NHS. Embora apenas uma pequena percentagem da população britânica utilize seguros de saúde privados, este setor tem registado um crescimento progressivo, especialmente para procedimentos eletivos e serviços especializados (Grosios *et al*, 2010).

Esta realidade tem gerado debates políticos, sobretudo em torno de três dimensões: a equidade no acesso, a sustentabilidade do sistema público e o papel do setor privado como elemento complementar ou concorrente. Por um lado, o recurso ao setor privado permite aos utentes evitar longos tempos de espera ou aceder a tratamentos não abrangidos pelo NHS, o

que pode representar uma solução para responder à crescente procura por cuidados de saúde (Grosios *et al*., 2010). Por outro lado, levanta-se a preocupação quanto à criação de um sistema a duas velocidades, no qual apenas os utentes com capacidade financeira conseguem aceder mais rapidamente aos cuidados, agravando potenciais desigualdades (Anderson *et al*., 2022).

A reforma introduzida pela *Health and Social Care Act* de 2012 intensificou esta dinâmica, ao permitir uma maior participação de prestadores privados na resposta ao utente, com o objetivo de aumentar a eficiência e a flexibilidade do sistema. No entanto, tal medida foi criticada por alguns autores por incentivar a fragmentação do sistema e enfraquecer a lógica de solidariedade que sustenta o modelo Beveridgiano (Appleby, 2016; Anderson *et al*., 2022).

Nos últimos anos, o modelo do NHS tem sido alvo de uma significativa reformulação com o objetivo de reforçar a integração dos cuidados e simplificar a estrutura de governação. A *Health and Care Act de 2022* consolidou os Integrated Care Systems (ICSs) e os Integrated Care Boards (ICBs), substituindo os Clinical Commissioning Groups e eliminando a obrigação de concorrência interna, conferindo maior poder ao Secretário de Estado para reconfigurar serviços locais e fundir entidades como o NHS England e o NHS Improvement em estruturas mais eficientes e menos burocráticas. Estas alterações procuram melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados e a responsabilização política num contexto em que se pretende responder à crescente pressão sobre o sistema, reduzindo redundâncias administrativas e canalizando recursos para o atendimento direto ao utente (House of Commons Library, 2022; NHS England, 2023).

2.3 Sistema de Saúde Bismarckiano

O Sistema de saúde Bismarckiano deve o seu nome ao chanceler alemão Otto Von Bismarck que, em 1883, introduziu as primeiras reformas baseadas num seguro de saúde financiado por contribuições obrigatórias dos trabalhadores e empregadores (Hassenteufel & Palier, 2007). Este sistema surge como resposta à necessidade de proteção social no contexto da indústria e das crescentes reivindicações da classe trabalhadora, com o propósito de manter os trabalhadores aptos a nível produtivo (Hassenteufel & Palier, 2007). Desde então, este sistema foi adaptado, sofrendo algumas mudanças, sendo hoje adotado por vários países europeus, como a Alemanha, França, Bélgica e Países Baixos (WHO, 2011).

Este modelo distingue-se por ser baseado em seguros sociais obrigatórios, nos quais a cobertura de saúde é financiada por contribuições provenientes dos rendimentos do trabalho, ao contrário do modelo Beveridgiano, que é financiado por impostos. O sistema Bismarckiano

depende de associações ou de fundos de seguro de saúde, geralmente não lucrativos, que negociam com prestadores de serviços, permitindo uma maior descentralização e autonomização da gestão da saúde (Burau & Blank, 2006; Wendt, *et al*, 2009; Minor, 2010; Schut *et al*., 2023).

Um dos principais benefícios deste sistema é a ampla cobertura populacional, garantindo acesso à saúde à maior parte da população através de contribuições, o que promove uma maior equidade entre os utilizadores do sistema. Outro aspeto positivo é a competição entre seguros de saúde, que pode incentivar a eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Weale, 2015).

Apesar das suas vantagens, o sistema Bismarckiano também enfrenta desafios significativos. Um dos principais problemas reside na sustentabilidade financeira, pois está diretamente dependente do mercado de trabalho. Em contextos de desemprego elevado ou de crise económica, a angariação de fundos pode ser insuficiente para cobrir os custos crescentes dos cuidados de saúde (Kutzin, 2001).

Outro desafio é a desigualdade no acesso aos cuidados, pois os sistemas Bismarckianos tendem a favorecer trabalhadores formais, com contrato de trabalho, deixando aqueles que trabalham em setores informais com menor proteção uma vez que estes não possuem qualquer tipo de vinculação contratual (Burau & Blank, 2006). A coexistência de prestadores de seguros, pode ser visto como uma desvantagem, uma vez que pode levar à fragmentação do sistema, dificultando a coordenação dos cuidados de saúde e aumentando a complexidade administrativa (Lameire *et al*, 1999).

2.3.1 Caso da Alemanha

O sistema de saúde alemão, conhecido como Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), foi implementado em 1883 sob a liderança do chanceler Otto von Bismarck, tornando-se o primeiro sistema de seguro de saúde obrigatório no mundo (Giovanella, 1998). Inicialmente, este sistema cobria apenas uma parte da população trabalhadora, mas ao longo das décadas expandiu-se para incluir a maioria dos cidadãos alemães (Stegmüller, 2007).

Atualmente, o GKV oferece uma ampla gama de serviços médicos, incluindo cuidados preventivos, tratamentos hospitalares, serviços de reabilitação e medicamentos prescritos. Os serviços são prestados por uma rede de médicos, hospitais e outros profissionais de saúde que têm contratos com os fundos de seguro de saúde, além disso o sistema também cobre serviços

de saúde mental, cuidados dentários e programas de prevenção e promoção da saúde (Wallace, 2013; Blümel *et al*., 2020).

Este sistema distingue-se pela separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde. Os fundos de seguro de saúde (Krankenkassen) assumem a responsabilidade pelo financiamento e pela aquisição de serviços, enquanto a prestação dos cuidados é realizada por médicos e hospitais independentes. Este modelo assegura uma gestão descentralizada, permitindo que os fundos de seguro e os prestadores de serviços celebrem contratos de forma autónoma, no entanto, o governo tem um papel regulador, garantindo que estas negociações respeitam as leis, asseguram a qualidade dos serviços e mantêm a sustentabilidade do sistema. (Giovanella, 1998; Blümel *et al*., 2020).

O financiamento do GKV é baseado em contribuições obrigatórias dos empregados e empregadores, calculadas como uma percentagem do salário bruto do trabalhador. Atualmente, a taxa de contribuição é de 14,6%, sendo que o empregado e o empregador dividem o valor, ou seja, ambas as partes pagam 7,3% (Deutsche Welle, 2018,). Além disso, os fundos de seguro podem cobrar uma contribuição adicional (*Zusatzbeitrag*), para cobrir necessidades financeiras específicas. Esta contribuição adicional visa não só equilibrar financeiramente o fundo em caso de despesas superiores à média, mas também financiar serviços suplementares que diferenciem a oferta entre os fundos. Entre esses serviços adicionais encontram-se programas de promoção da saúde, terapias alternativas, cobertura dentária alargada ou melhores condições de internamento, como a escolha do médico ou quarto privado (Blümel *et al*., 2020). Este modelo de financiamento baseia-se no princípio da solidariedade, onde os indivíduos com rendimentos mais elevados contribuem para apoiar aqueles com menores rendimentos e maiores necessidades de saúde (Stegmüller, 2007; Blümel *et al*., 2020).

No que diz respeito à cobertura da população, o sistema de saúde alemão é universal e obrigatório. Todos os residentes legais na Alemanha são obrigados a ter um seguro de saúde, seja através do GKV ou de um seguro de saúde privado (PKV). Cerca de 90% da população está coberta pelo GKV, enquanto os restantes 10% optam pelo PKV, geralmente indivíduos com rendimentos mais elevados ou trabalhadores independentes. Este sistema garante que todos os cidadãos possuam acesso a cuidados de saúde abrangentes, independentemente da sua situação económica (Blümel *et al*., 2020; Deutschland.de, 2024).

2.4 Sistema de Saúde de Mercado

O sistema de mercado na saúde é um modelo em que a oferta e a procura dos serviços de saúde são reguladas pela procura do mercado, tendo uma intervenção mínima por parte do Estado. Este sistema baseia-se no princípio da concorrência entre prestadores de serviços, seguradoras e fornecedores de cuidados de saúde, sendo os preços e a acessibilidade determinados essencialmente por mecanismos de mercado (Reinhardt, 2000; Cutler, 2002).

A origem deste sistema de mercado surge com o desenvolvimento das economias capitalistas, em especial a dos Estados Unidos, onde a prestação de cuidados de saúde sempre foi predominantemente privada. Outro fator que ajudou este sistema a crescer foi a expansão dos seguros privados de saúde e o crescimento do setor hospitalar com fins lucrativos, que consolidaram um modelo de financiamento baseado na competição entre diferentes agentes do mercado (Fuchs, 1998; Tuohy, 1999). Nos Países Baixos, cujo sistema de saúde assenta tradicionalmente no modelo Bismarckiano, foi implementado um sistema de concorrência gerida (*managed competition*), que introduz mecanismos de mercado regulados pelo Estado com o objetivo de promover maior equidade, eficiência e liberdade de escolha. Esta abordagem combina os princípios do seguro social com incentivos de concorrência entre seguradoras e prestadores, mantendo simultaneamente a supervisão pública para garantir a universalidade do acesso e a proteção dos grupos mais vulneráveis (Enthoven, 2000; Kroneman *et al*., 2016).

Este modelo distingue-se por várias características, das quais a competição entre prestadores de saúde, onde hospitais, médicos e seguradoras competem de forma a atrair pacientes e oferecer serviços de qualidade a preços competitivos (Reinhardt, 2000). Outra característica é o facto de o financiamento ser predominantemente privado, ou seja, o acesso aos cuidados de saúde é, na maioria dos casos, assegurado através de seguros privados, pagos pelos indivíduos ou pelos seus empregadores (Cutler, 2002). Os cidadãos têm a possibilidade de escolher entre diferentes prestadores e seguradoras, o que incentiva a inovação e a melhoria da qualidade dos serviços, garantido uma liberdade de escolha (Mossialos *et al*., 2016). Por fim existe uma menor intervenção por parte do estado, uma vez, que o governo assume sobretudo um papel regulador, e não de financiador ou de prestador de serviços de saúde (Glied, 2008).

No entanto, essa regulação é fundamental para garantir o funcionamento do sistema de mercado, abrangendo áreas como a definição de normas de qualidade e segurança dos serviços, a regulamentação dos seguros de saúde, a proteção dos consumidores contra práticas abusivas e a fiscalização de preços e contratos. Além disso, o Estado intervém na cobertura de

populações vulneráveis através de programas públicos como o Medicare e o Medicaid, assegurando uma rede mínima de proteção social (Blumenthal *et al*, 2020; CMS, 2021).

Apesar das vantagens associadas à eficiência e inovação, o sistema de mercado na saúde também apresenta desvantagens significativas como a desigualdade no acesso, pois os cuidados de saúde são pagos pelo cidadão diretamente ou através de seguros privados, o que faz com que as populações mais vulneráveis possam ter mais dificuldades em aceder aos serviços de saúde (Fuchs, 1998; Tuohy, 1999).

Os custos elevados são outra das desvantagens, embora os sistemas de mercado defendam que a concorrência entre seguradoras e prestadores contribui para uma maior eficiência, preços competitivos e melhores níveis de qualidade, essa mesma concorrência pode conduzir a uma duplicação de estruturas administrativas, à fragmentação dos cuidados e ao aumento da complexidade do sistema, o que resulta em custos administrativos elevados e desperdício de recursos (CMS, 2021). Por sua vez existe um maior foco no lucro em detrimento da saúde publica, fazendo com que se privilegie tratamentos mais lucrativos em detrimento de cuidados preventivos e de saúde pública (Reinhardt, 2000). Por fim a multiplicidade de seguradoras e prestadores torna o sistema burocraticamente exigente, dificultando o acesso a cuidados de saúde de forma eficiente (Mossialos *et al*., 2016).

2.4.1 Caso dos Estados Unidos da América

O sistema de saúde dos Estados Unidos distingue-se por ser predominantemente baseado no mercado, com uma forte presença do setor privado na prestação e no financiamento dos serviços de saúde. Comparado com outros países desenvolvidos, os EUA não possuem um sistema universal de saúde financiando pelo governo, em vez disso, a saúde é acessível através de seguros privados e programas públicos (Mossialos *et al*, 2016).

Foram realizadas diversas tentativas de implementação de um seguro universal de saúde nos Estados Unidos ao longo do século XX, no entanto, estas fracassaram devido a uma forte resistência política e social. Esta resistência esteve ligada, por um lado, ao receio de um aumento da intervenção do Estado na vida dos cidadãos, e, por outro, à poderosa influência da indústria dos seguros privados (Cutler, 2002). Enquanto alguns setores progressistas, sindicatos e movimentos sociais defendiam a criação de um sistema nacional para garantir cuidados de saúde equitativos, os grupos mais conservadores, aliados a interesses empresariais e ao setor segurador, opunham-se veementemente, invocando a defesa do livre mercado, da liberdade individual e da concorrência como valores fundamentais (Cutler, 2002).

No entanto a criação do Medicare e do Medicaid, em 1965, durante a presidência de Lyndon B. Johnson, marcou um avanço significativo na cobertura de grupos específicos da população (Tuohy, 1999). O Medicare destina-se a pessoas com mais de 65 anos e a indivíduos com determinadas condições médicas, como insuficiência renal terminal (ESRD) ou esclerose lateral amiotrófica (ALS), que garantem elegibilidade automática ou após um período de invalidez reconhecida, enquanto o Medicaid destina-se às pessoas com baixos rendimentos, sendo financiado conjuntamente pelo governo e pelos estados, funcionando através de uma fórmula de correspondência (*matching funds*), onde o governo federal comparticipa uma percentagem das despesas elegíveis realizadas pelos estados, sendo essa percentagem variável de acordo com o rendimento médio de cada estado (CMS, 2021).

Atualmente, os serviços de saúde nos Estados Unidos são oferecidos por uma ampla rede de hospitais privados, clínicas, médicos independentes e organizações de saúde geridas por seguradoras. Este sistema é altamente descentralizado e caracterizado por uma forte competitividade entre seguradoras e prestadores de serviços (Enthoven, 2000; Reinhardt, 2000). Além disso, os custos dos cuidados de saúde nos EUA são os mais elevados do mundo, refletindo a predominância do setor privado e a ausência de uma regulação centralizada na fixação de preços (Fuchs, 1998; Anderson *et al*., 2003).

Embora a teoria económica defenda que a concorrência entre seguradoras e prestadores de cuidados de saúde, num sistema orientado pelo mercado, leva à redução de custos e à melhoria da qualidade dos serviços, a realidade dos Estados Unidos revela um cenário mais complexo. A lógica concorrencial nem sempre gera os efeitos esperados de eficiência e contenção de custos. Pelo contrário, a multiplicidade de seguradoras, a negociação individualizada de preços com hospitais e médicos, e a assimetria de informação entre utentes e prestadores resultam frequentemente em práticas inflacionárias e custos administrativos excessivos (Cutler, 2002; CMS, 2021).

O financiamento do sistema de saúde norte-americano é baseado, na maioria, por seguros privados, seguros estes que são adquiridos pelos próprios indivíduos ou oferecidos como forma de benefício por parte dos empregadores. Os únicos programas financiados pelo governo através de impostos são o Medicare e Medicaid, que por sua vez têm as suas limitações que impedem a cobertura eficaz da população (CMS, 2021). O Medicare, embora abrangente para idosos, não cobre todos os tipos de cuidados, levando muitos beneficiários a depender de seguros complementares (Blumenthal *et al*, 2020). O Medicaid, por sua vez, está condicionado a critérios de elegibilidade que variam entre estados, deixando de fora muitas pessoas com baixos rendimentos que não se enquadram nas exigências legais (CMS, 2021)

Ao longo dos anos houve melhorias no sistema como foi o caso da aprovação da Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente (Affordable Care Act - ACA) em 2010, com o intuito de expandir a cobertura dos seguros de saúde e reduzir o número de não segurados, impondo penalizações para aqueles que não adquirissem um plano de saúde e subsidiando planos para famílias com baixos (Mossialos *et al*., 2016; CMS, 2021).

No que diz respeito à cobertura da população, os Estados Unidos apresentam uma das taxas mais elevadas de população não coberta entre os países desenvolvidos. Antes da implementação da ACA, cerca de 15% da população não possuía qualquer tipo de seguro de saúde. Com a expansão do Medicaid e a criação de subsídios para aquisição de seguros privados, essa percentagem diminuiu, mas a cobertura universal ainda não foi alcançada (Kroneman *et al*., 2016).

O sistema de saúde dos Estados Unidos continua a enfrentar desafios significativos, nomeadamente os elevados custos dos serviços, as desigualdades no acesso e a complexidade burocrática associada aos seguros de saúde. Apesar de alguns avanços legislativos, a ausência de um modelo de financiamento universal mantém o debate aberto quanto à equidade e à sustentabilidade do sistema (Glied, 2008; Mossialos *et al*., 2016). Este sistema de forma a conseguir uma cobertura universal teria de sofrer alterações, o que não é possível devido à resistência que existe por parte da influência das seguradoras privadas e da indústria farmacêutica, pois estas não querem reduzir os seus lucros (Tuohy, 1999; Reinhardt, 2000). Alem disso a cultura norte-americana é caracterizada por um forte individualismo e desconfiança no que toca à intervenção do governo, o que dificulta a aceitação de um modelo mais centralizado (Tuohy, 1999).

2.5 Situação de Portugal

Em Portugal o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi formalmente instituído em 1979 pela lei nº 56/79, de 15 de setembro, como resultado da Constituição da República Portuguesa de 1976, que consagrou o direito universal à saúde. A criação do SNS permitiu garantir a todos os cidadãos um acesso equitativo aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição socioeconómica (Barros *et al*., 2011).

O SNS é um sistema público de prestação de cuidados de saúde, assentes no princípio da universalidade, garantindo acesso gratuito aos serviços de saúde, oferecendo uma ampla variedade de serviços, incluindo cuidados primários, hospitalares, urgências, entre outros (Ata Paulista de Enfermagem, 2009). Adicionalmente, integra programas de vacinação, rastreio e

saúde materno-infantil, bem como tratamentos especializados e serviços de reabilitação (Simões *et al*., 2017).

Em Portugal, as políticas e normas de saúde são definidas pelo Ministério da Saúde, que recentemente iniciou uma reestruturação profunda do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a implementação do modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS). Este novo modelo visa substituir a organização anteriormente fragmentada, em que os cuidados primários eram geridos pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e os cuidados hospitalares se encontravam sob a alçada dos hospitais públicos e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), frequentemente sem articulação eficaz entre níveis de cuidados (Simões *et al*., 2017). Essa segmentação contribuiu para ineficiências no sistema e dificuldades na continuidade dos cuidados, fatores que, em conjunto com tempos de espera prolongados, incentivaram a população a recorrer ao setor privado e à contratação de seguros de saúde. A criação das ULS pretende integrar os diferentes níveis de cuidados numa única entidade gestora, promovendo maior coordenação e proximidade ao utente (Ministério da Saúde, 2023), mas o seu impacto real na redução da pressão sobre o setor privado ainda se encontra por avaliar.

Assim as ULS integram, uma única entidade de gestão, unidades de cuidados de saúde primários, hospitais e outros serviços de saúde, promovendo uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados, cujo principal objetivo desta mudança é garantir uma abordagem mais centrada no utente, proporcionando um percurso mais fluido e eficiente dentro do SNS (Ministério da Saúde, 2023).

Esta transição paras as ULS tem por base a necessidade de melhorar a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, uma vez que o sistema anterior gerava desafios significativos, como a duplicação de exames, a descontinuidade no acompanhamento dos utentes e dificuldades na partilha de informação clínica entre instituições (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Atualmente, a implementação deste modelo está em fase de expansão, sendo considerada uma das principais reformas estruturais do SNS nos últimos anos. O objetivo a médio prazo é que todas as unidades de saúde passem a integrar-se no modelo ULS, de modo a reforçar a coordenação entre os diferentes níveis a e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população (Ministério da Saúde, 2023).

No que diz respeito à alocação de recursos, esta é maioritariamente assegurada pelo Orçamento de Estado, sendo este financiado através de impostos (Carmo, 2012). Este modelo de financiamento é caracterizado pela solidariedade, onde a contribuição dos cidadãos não depende do risco individual, mas sim da capacidade contributiva. Embora o SNS seja predominantemente público, admite a contratualização com o setor privado e social para a

prestação de serviços em áreas específicas, como exames complementares de diagnóstico ou tratamentos de especialidade (Barros *et al*., 2011).

A cobertura o SNS abrange praticamente toda a população residente em Portugal, promovendo a universalidade e equidade no acesso. Contudo, existem alguns desafios, como tempos de espera prolongados em certos serviços e desigualdades regionais na distribuição de recursos, que têm sido alvo de críticas e reformas contínuas (Simões *et al*., 2017).

Apesar da universalidade do SNS, atualmente este sistema tem algumas limitações na resposta eficaz às necessidades da população, fazendo com que haja uma maior procura do setor privado, o que por sua vez permite o seu crescimento, como tem vindo a acontecer ao longo dos últimos anos (Gouveia, 2023).

Este aumento da procura por serviços privados está relacionado com tempos de espera prolongados, dificuldades no acesso a consultas especializadas e a escassez de recursos humanos no setor público (Maia, 2019). Esta tendência tem resultado numa reconfiguração do panorama da saúde em Portugal, com um aumento substancial da oferta privada de cuidados médicos.

Segundo Maia (2019), os grandes grupos económicos que dominam o setor da saúde beneficiaram das falhas do sistema público. Este fenómeno surge como consequência de uma transferência indireta de recursos do setor público para o privado, através de parcerias, subsistemas de saúde e incentivos fiscais (Gouveia, 2015). Como resultado, hospitais e clínicas privadas expandiram-se, tornando-se uma alternativa viável para muitos utentes que enfrentam dificuldades no SNS (Gouveia, 2023).

A incapacidade do SNS em atender de forma adequada e atempada às necessidades da população tem levado muitos portugueses a recorrerem ao setor privado, seja por meio de seguros de saúde ou do pagamento direto de serviços (Mateus & Associados, 2016). Esta realidade tem contribuído para o fortalecimento das instituições privadas de saúde, que oferecem tempos de espera reduzidos e maior flexibilidade na marcação de consultas e exames (Maia, 2019). Como consequência, observa-se uma segmentação nas formas de acesso aos cuidados de saúde, onde os cidadãos com maior capacidade económica tendem a recorrer ao setor privado, nomeadamente através da aquisição de seguros de saúde, como forma de contornar as limitações do SNS (Mateus & Associados, 2016; Gouveia, 2023). No entanto esta escolha não implica a substituição do sistema publico, já que todos os cidadãos continuam obrigatoriamente a contribuir para o SNS através da tributação. Assim, muitos enfrentam um duplo encargo financeiro, pagando simultaneamente impostos e seguros, o que revela não

necessariamente um sistema alternativo, mas sim uma estratégia de complementaridade ou resposta à insuficiência do setor público (Campos, 2021).

Face às limitações crescentes na capacidade de resposta do SNS, tem-se verificado em Portugal uma tendência para a valorização de formas alternativas de financiamento e prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através do fortalecimento do setor privado e da adesão crescente a seguros de saúde (Campos, 2021). No entanto, importa distinguir estes seguros privados dos tradicionais subsistemas públicos, como a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores do Estado) e o SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social), criados no seio da administração pública e de setores sindicais, respetivamente, onde os mesmos não implicavam um duplo financiamento, uma vez que os beneficiários contribuíam para os subsistemas em vez da Segurança Social. Atualmente, assiste-se à substituição parcial desses subsistemas por seguros privados, o que tem vindo a introduzir uma lógica de mercado mais marcada no acesso aos cuidados de saúde, com implicações na equidade do sistema (Maia, 2019; Gouveia, 2023).

A medicina privada tem vindo a expandir-se não apenas como complemento ao SNS, mas como alternativa real para um número crescente de portugueses. O crescimento das seguradoras de saúde reflete esta tendência, com cada vez mais pessoas a subscreverem seguros privados como forma de garantir um acesso mais rápido a serviços de saúde de qualidade. Este fenómeno é particularmente visível nas classes média e alta, que procuram maior previsibilidade nos cuidados de saúde, enquanto os grupos mais vulneráveis permanecem dependentes de um SNS cada vez mais pressionado (Campos Fernandes, 2020).

Correia de Campos (2017) argumenta que a tendência de substituição dos subsistemas públicos por seguros privados representa uma mudança estrutural na forma como a saúde é financiada e fornecida em Portugal, aproximando-se do modelo bismarckiano. Esta transformação levanta questões sobre a equidade do sistema de saúde português, uma vez que pode agravar as desigualdades no acesso aos cuidados médicos, favorecendo aqueles que possuem capacidade financeira para aderir a seguros privados.

Com o crescimento da oferta privada e a diminuição do papel de subsistemas como a ADSE e o SAMS, é possível observar um enfraquecimento progressivo do papel do Estado na regulação do acesso à saúde. Esta mudança reflete não apenas um movimento económico, mas também uma mudança sobre o papel do Estado na prestação de serviços de saúde. Se este caminho continuar a ser seguido, Portugal poderá transitar para um sistema mais segmentado, no qual a saúde deixa de ser vista como um direito universal financiado pelo Estado e passa a ser tratada como um serviço adquirido de forma diferenciada conforme a capacidade económica de cada cidadão (Fernades, 2022).

3. Metodologia

Este trabalho de pesquisa recorre a um método de carácter qualitativo e de natureza exploratória. Pretende-se analisar como é gerido o acesso à saúde em alguns países, comparando as semelhanças e diferenças em diferentes modelos de saúde. Para este estudo foram selecionados quatro países, especificamente, Portugal, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos da América.

A escolha dos quatro países tem por base os diferentes modelos utilizados pelos mesmos, onde temos presentes o modelo Bismarckiano, Beveridgiano, Modelo de Mercado e no caso de Portugal um modelo misto, assim a comparação entre estes quatro países permite ter uma melhor perceção de como cada país gere o seu acesso à saúde e o papel de cada modelo.

De modo a realizar esta análise, foi selecionado um intervalo de tempo de dez anos, com início em 2013 e fim em 2022. Este intervalo de tempo permite-nos perceber como é que o os modelos se situavam em comparação aos outros antes do Covid-19, durante o Covid-19, de modo a entender como é que o Covid-19 afetou cada modelo e ainda após o Covid-19, o que permite ter uma noção das alterações provocadas e como cada modelo reagiu durante e após a pandemia, assim como, ver a evolução do modelo de mercado ao longo dos anos e ainda analisar a restruturação do modelo de Portugal que surge com modelo Beveridgiano mas que, ao longo dos anos começa a adotar características do modelo Bismarckiano, tornando-se um modelo misto.

Para responder às questões de investigação, foram analisadas cerca de 30 fontes bibliográficas, que abordam a evolução dos diferentes modelos de saúde nos países selecionados ao longo dos anos considerados, assim como a situação de cada país.

Para concluir foi feita uma comparação com vários indicadores entre os quatro países, com fundamento nos dados recolhidos de diversas bases de dados e relatórios, permitindo perceção melhor de cada modelo. No que que diz respeito a indicadores económicos foram utilizados o PIB per capita em saúde e a percentagem do PIB alocada à saúde. Estes dados foram recolhidos com a consulta das bases de dados Databank: World Development Indicators, do The World Bank, Pordata, Eurostat e OCDE Stat no caso do PIB per capita e gastos com saúde (%). De seguida foi analisado a percentagem da população com acesso aos cuidados de saúde de modo a refletir sobre a abrangência dos serviços de cada modelo e da sua acessibilidade.

Por sua vez foram analisados o número de camas por dez mil habitantes, de modo a avaliar a capacidade de internamento dos sistemas de saúde, o número de médicos por dez mil habitantes, para medir a disponibilidade de profissionais de saúde, o número de idas às

urgências por dez mil habitantes que traduz na utilização dos serviços de urgência, podendo indicar dificuldades no acesso a cuidados primários ou ineficiências no sistema de saúde e o número de dias nos hospitais, que reflete a duração média das hospitalizações, sendo um indicador relevante para avaliar a eficiência dos serviços hospitalares. Foi ainda analisado a esperança média de vida que ajuda a entender a qualidade dos sistemas de saúde e o seu impacto na longevidade da população, a percentagem da população com mais de 65 anos que ajuda a compreender os desafios demográficos e o impacto do envelhecimento na sustentabilidade dos sistemas de saúde e a percentagem da população com mais de 65 anos que se encontra saudável, que permite avaliar a qualidade do envelhecimento e a eficácia das políticas de promoção da saúde ao longo da vida. Estes dados foram obtidos através de uma pesquisa dos relatórios disponabilizados pela World Health Statistics, da World Health Organization (WHO).

Por fim com base nos dados recolhidos do Observatório dos Seguros de Saúde, da Eurostats e da OCDE Stat, foi analisado a percentagem da população coberta por seguros de saúde de forma a aferir o peso do setor privado na cobertura dos cuidados de saúde e a sua relevância no acesso aos serviços de saúde.

4. Resultados

4.1 Evolução dos Países

4.1.1 Reino Unido

O Sistema de saúde do Reino Unido tem por base o modelo Biveridgiano, com financiamento público através de impostos e prestação de serviços pelo National Health Service (NHS). Entre 2013 e 2022, o NHS enfrentou desafios significativos, desde restrições orçamentais e reformas políticas até à pandemia de COVID-19, que colocou uma enorme pressão sobre o sistema.

Durante este período, o NHS enfrentou um financiamento cada vez mais restrito, enquanto a procura por serviços de saúde continuava a crescer devido ao envelhecimento da população e ao aumento de doenças crónicas (Anderson *et al*., 2022). A rigorosidade imposta pelo governo britânico após a crise financeira de 2008 teve um impacto significativo nos orçamentos do setor da saúde, limitando a capacidade de expansão dos serviços nos anos seguintes (Klein, 2013).

Uma das reformas mais relevantes foi a *Health and Social Care Act de 2012*, que promoveu um maior envolvimento de prestadores privados e mudanças na estrutura de governação do NHS (Wallace, 2013). Embora esta reforma visasse melhorar a eficiência e integração dos serviços, gerou críticas devido ao aumento da fragmentação e à falta de clareza nas responsabilidades de gestão (Weale, 2015).

Nos anos que antecederam a pandemia, o NHS enfrentava uma escassez crónica de pessoal e tempos de espera crescentes, particularmente nos serviços de urgência (Mossialos *et al*., 2016). Estas dificuldades foram agravadas a partir de 2020 com o impacto do *Brexit*, que contribuiu para a saída de um número significativos de profissionais de saúde do Reino Unido, agravando ainda mais o défice de recursos humanos (Anderson *et al*., 2022). Além disso, o financiamento do NHS manteve-se consistentemente abaixo da média de outros países desenvolvidos, suscitando preocupações quanto à sustentabilidade e capacidade de resposta do modelo vigente (Appleby, 2016; Mossialos *et al*., 2016; Anderson *et al*., 2022).

A pandemia veio representar um dos maiores desafios na história do NHS. A rápida propagação do vírus levou a um aumento exponencial da procura por cuidados intensivos e ventiladores, pressionando a capacidade hospitalar ao limite (Anderson *et al*., 2022). O governo lançou *o NHS COVID-19 Response Plan*, que incluiu medidas emergenciais, como o aumento do financiamento, a criação de hospitais temporários (Nightingale Hospitals) e o recrutamento de pessoal extra. No entanto, a pandemia também expôs desigualdades no acesso à saúde, com grupos socioeconómicos mais desfavorecidos a sofrerem desproporcionalmente os impactos da crise. Estes grupos apresentaram maiores taxas de infeção, hospitalização e mortalidade por

COVID-19, resultado de múltiplos fatores estruturais, como habitação precária, maior exposição em empregos essenciais e menos protegidos, menor acesso a cuidados médicos regulares e níveis inferiores de literacia em saúde (McGinnis *et al*., 2002; Berwick, 2022). Além disso, a suspensão ou redução de serviços de saúde não urgentes durante os períodos críticos da pandemia teve um impacto mais acentuado nos utentes com condições crónicas, frequentemente concentrados em camadas mais pobres da população (WHO, 2020; Anderson *et al*., 2022).

Ainda assim um dos pontos positivos que evidenciou a capacidade do NHS em responder rapidamente a desafios de saúde publica foi a implementação eficaz da campanha de vacinação em larga escala. Esta resposta demonstrou a agilidade do sistema em situações críticas, apoiada por um modelo de organização centralizada e uma infraestrutura de atenção primária bem distribuída (Anderson *et al*., 2022).

No período pós-pandemia, no entanto, o NHS enfrentou novas pressões, como o aumento da procura reprimida, a exaustão dos profissionais de saúde e o agravamento das listas de espera, o que veio acentuar os desafios estruturais pré-existentes e reforçar o debate sobre a necessidade de reformas profundas no sistema de saúde britânico (Anderson *et al*., 2022).

4.1.2 Alemanha

No caso da Alemanha, o seu sistema baseia-se no modelo Bismarckiano, onde existe uma obrigatoriedade de seguros de saúde financiados por contribuições dos empregadores e dos trabalhadores, Este sistema ao longo dos anos tem sido amplamente reconhecido pela sua capacidade de oferecer cobertura universal e acesso equitativo aos cuidados de saúde. Entre o período estudado, a Alemanha passou por várias transformações no seu sistema de saúde, impulsionadas por reformas políticas, avanços tecnológicos e desafios emergentes, como o envelhecimento populacional e a pandemia de COVID-19.

Durante este período, o governo alemão procurou reforçar a sustentabilidade financeira do sistema, garantindo simultaneamente a equidade no acesso aos cuidados de saúde, destacando as melhorias do sistema de seguros GKV, com o objetivo de reduzir as desigualdades e aumentar a eficiência na alocação de recursos (Blümel *et al*., 2020).

O envelhecimento da população na Alemanha resultou num aumento da procura dos seus cuidados de longo prazo, o que resultou numa revisão dos benefícios, através das reformas de 2015 e 2017, juntamente com a introdução do *First Strengthening Long-Term Care Act*. Estas alterações expandiram os apoios aos cuidados de longa duração, especialmente para pessoas com demência, aumentando assim os custos do sistema. Para garantir a sustentabilidade

financeira, as contribuições para o seguro de dependência foram ajustadas, passando de 2,05% em 2013 para 3,05% em 2019. Este aumento permitiu manter a viabilidade e fiabilidade do sistema de cuidados de longa duração na Alemanha (Antunes, 2023).

Outro desenvolvimento importante foi a digitalização dos serviços de saúde, nomeadamente com a introdução, em 2019 do Dossier Eletrónico do Paciente (Elektronische Patientenakte - ePA). Este sistema permitiu um melhor acompanhamento clínico dos doentes e facilitou a comunicação entre diferentes prestadores de cuidados de saúde (Blümel *et al*., 2020).

À semelhança dos outros países estudados a pandemia voltou a representar um dos maiores desafios para o sistema alemão. No início pandemia, a Alemanha destacou-se pela sua capacidade de resposta, sustentada por uma rede hospitalar bem estruturada e um elevado número de unidades de cuidados intensivos por habitante (Blümel *et al*., 2020). No entanto, com a evolução da pandemia surgiram dificuldades como a sobrecarga dos hospitais, a escassez de profissionais de saúde e dificuldades na implementação de medidas de confinamento e vacinação (Weale, 2015).

De modo a mitigar os efeitos da pandemia, o governo alemão, implementou um conjunto robusto de medidas de resposta, incluindo um forte investimento financeiro nas unidades hospitalares, com o objetivo de reforçar a capacidade de internamento, alargar os cuidados intensivos e garantir a disponibilidade de equipamentos médicos essências. Paralelamente, promoveu-se a expansão da telemedicina como estratégia para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde durante os períodos de confinamento e para minimizar o risco de contágio em ambientes clínicos. E a campanha de vacinação foi igualmente acelerada, com uma logística bem estruturada e uma comunicação pública clara, permitindo à Alemanha alcançar rapidamente elevadas taxas de cobertura vacinal (Blümel *et al*., 2020; OECD, 2023).

4.1.3 Estados Unidos da América

Os Estados Unidos da América ao contrário dos países mencionados anteriormente, caracteriza-se por ser um Sistema de Mercado, ou seja, há uma forte presença do setor privado, em pareceria com programas públicos para grupos específicos da população, como o Medicare e o Medicaid. Ao longo dos anos este sistema sofreu diversas mudanças e desafios que moldaram este sistema, influenciadas por reformas políticas, avanços tecnológicos e crises de saúde pública.

Um dos momentos mais marcantes deste período foi a consolidação do Affordable Care Act (ACA), conhecido como “Obamacare”, implementado a partir de 2010. O ACA visava ampliar o acesso aos cuidados de saúde, reduzindo o número de indivíduos sem seguro. Foram introduzidas várias medidas estruturais de modo a alcançar esse objetivo, das quais, a criação

de subsídios para a aquisição de seguros em mercados regulados e a proibição da recusa de cobertura por condições pré-existentes. Estas medidas facilitaram o acesso à saúde para pessoas com baixos rendimentos e grupos anteriormente excluídos (Blumenthal *et al*, 2020; CMS, 2021). Posteriormente em 2014, entraram em vigor as trocas de seguros de saúde e a expansão do Medicaid em vários estados, levando a uma redução significativa da taxa de não segurados (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2016; KFF, 2019).

Apesar do ACA ter reduzido o número de indivíduos sem acesso aos cuidados de saúde, o mesmo enfrentou algumas resistências políticas e tentativas de revogações após a eleição presidencial de 2016. Em 2017, a administração de Trump eliminou a obrigatoriedade do seguro de saúde individual, reduzindo a eficácia do ACA (Blumenthal, Abrams, & Nuzum, 2020).

Entre 2017 e 2019, o governo norte-americano introduziu várias medidas com o objetivo de enfraquecer o ACA, nomeadamente a flexibilização das regras para planos de saúde de curto prazo e a redução do financiamento para programas de educação e apoio à inscrição. Esta flexibilização permitiu a proliferação de planos com coberturas muito limitadas e sem as proteções previstas no ACA. Como consequência, muitos cidadãos adquiriram seguros mais baratos, mas com menor proteção, aumentando o risco de subseguro. Paralelamente, a diminuição do investimento em campanhas de informação dificultou o acesso das populações vulneráveis às opções de cobertura disponíveis, contribuindo para o aumento do número de pessoas sem seguro (Blumenthal *et al*, 2020; Oberlander, 2020).

Além disso, análises comparativas com sistemas de saúde de outros países, que também incorporam elementos de mercado, como o modelo dos Países Baixos, demonstraram que os EUA continuavam a enfrentar desafios significativos no que toca à acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde. Embora ambos os sistemas assentem na concorrência entre seguradoras, o caso neerlandês caracteriza-se por uma regulação pública mais robusta, subsídios ajustados ao rendimento e uma cobertura universal obrigatória, o que contribui para melhores resultados ao nível do acesso e da proteção financeira da população (Enthoven, 2000; Kroneman *et al*., 2016).

A pandemia expôs fragilidades no sistema de saúde dos EUA, incluindo a dependência do seguro privado para acesso a cuidados de saúde, o que fez com que, durante a pandemia, o Congresso aprovasse medidas temporárias para aumentar os níveis de acesso à saúde, incluindo subsídios para seguros e expansão do Medicaid, através do *American Rescue Plan Act* (Cowan, 2021). Estas medidas permitiram reduzir temporariamente os custos dos prémios e aumentar o número de pessoas com cobertura, especialmente entre os grupos de baixos rendimentos (Blumenthal *et al*, 2020; CMS, 2021). No ano seguinte com o *American Rescue Plan Act, de*

2021, houve um aumento nos subsídios para seguros de saúde, reduzindo custos para milhões de americanos (KFF, 2022).

A pandemia não só veio expor as fragilidades do sistema, como também veio impulsionar a adoção da telemedicina, no entanto, esta transição digital veio expor mais desigualdades, especialmente entre os grupos populacionais com menores recursos económicos, que enfrentaram maiores dificuldades no acesso a tecnologias (Berwick, 2022). Paralelamente, os dados do U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, 2021) evidenciaram um aumento expressivo dos gastos nacionais com saúde, refletindo tanto os custos do impacto da pandemia como as dificuldades estruturais de um sistema fortemente dependente do setor privado e fragmentado na sua organização.

4.1.4 Portugal

Portugal adota o modelo Beveridgiano criando em 1979 o SNS, que visa garantir um acesso universal aos cuidados de saúde, financiado principalmente por impostos, onde nos últimos anos, este sistema passou a coexistir com uma crescente oferta de cuidados por parte do setor privado e do setor social, que funcionam como complemento à resposta pública. No período temporal de 2013 a 2022, o sistema de saúde em Portugal sofreu diversas mudanças, impulsionadas por constrangimentos financeiros, reformas estruturais e pela crise de saúde pública resultante da pandemia de COVID-19. Nos anos que sucederam o Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) imposto pela *Troika* (2011-2014), o SNS enfrentou restrições orçamentais que afetaram o investimento em infraestruturas, recursos humanos e equipamentos. Durante este período, verificou-se um aumento da participação do setor privado na prestação de cuidados de saúde, assim como um crescimento da atividade hospitalar privada e do recurso a seguros de saúde privados (Maia, 2019; Gouveia, 2023).

A necessidade de garantir a sustentabilidade financeira do SNS levou à implementação de medidas de contenção de custos, como a renegociação de contratos com prestadores privados e a centralização das compras de medicamentos e dispositivos médicos (Simões *et al*., 2017). Apesar destas medidas, verificaram-se dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente tempos de espera elevados e falta de profissionais em algumas especialidades e regiões (Fernandes, 2020).

O reforço do papel das parecerias Público-Privadas foram um passo importante na gestão hospitalar, que tiveram como intuito melhorar a eficiência e reduzir custos (Gouveia, 2015). No entanto este modelo gerou algum debate, com críticas sobre o impacto na equidade do sistema (Augusto Mateus & Associados, 2016).

Mais uma vez a pandemia veio trazer novos desafios para o SNS, relevando tanto a resiliência do SNS como as suas fragilidades. A rápida reorganização hospitalar, o reforço da capacidade das Unidades de Cuidados Intensivos e a criação de circuitos dedicados à COVID-19 foram fundamentais para responder à crise (Campos, 2021).

A escassez de profissionais, agravada pela sobrecarga de trabalho e pela emigração de médicos e enfermeiros veio expor alguns problemas estruturais do SNS, assim como atrasos nos cuidados de saúde, como foi o caso com os adiamentos de consultas e cirurgias e ainda a dependência do setor privado que veio intervir para reduzir a pressão sobre o SNS (Gouveia, 2023).

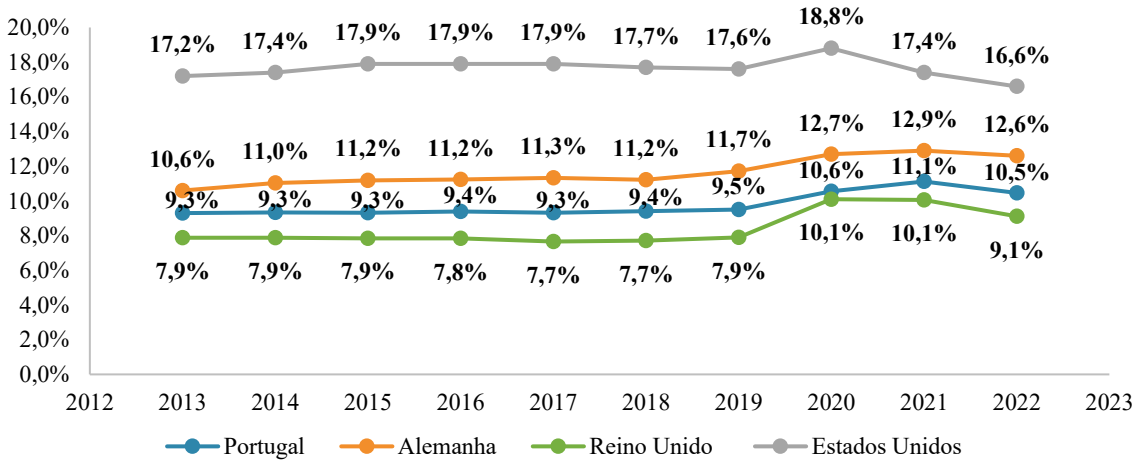
Em resposta à pandemia e de modo a reduzir os efeitos da mesma, nos anos seguintes o governo lançou medidas como a contratação de profissionais de saúde, o aumento do financiamento do SNS e a aceleração da digitalização dos serviços, com a expansão da telemedicina (Fernandes, 2022). Além disso, o sucesso da campanha de vacinação, coordenada pelo Vice-Almirante Gouveia e Melo, foi um marco importante na gestão da pandemia (Campos, 2021).

4.2 Análise comparativa entre os Países

Ao longo do período temporal estudado os países em questão sofreram mudanças e desenvolvimentos, quer nos seus modelos de saúde, quer no contexto político e económico, estas mudanças resultaram em diversas oscilações dos indicadores socias e económicos estudados.

A percentagem do PIB alocada à saúde ao longo dos anos nos quatro países seguiu um crescimento linear, apresentado duas oscilações semelhantes entre os países.

Gráfico 1: % do PIB em Saúde



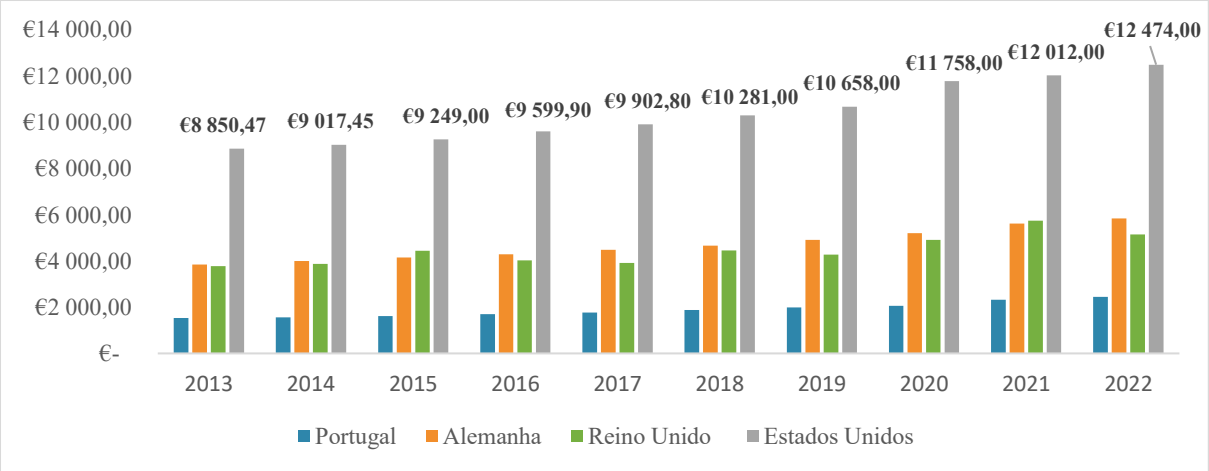
No gráfico 1, é possível observar um crescimento substancial do PIB nos anos 2020 e 2021 que estão associados ao aumento das despesas em saúde que a pandemia veio trazer, assim como a diminuição das mesmas no ano posterior. Também é possível observar que, o país com maior percentagem do PIB alocada à saúde são os Estados Unidos da América enquanto o país com menos percentagem é o Reino Unido, ainda que quando comparado com Portugal e a Alemanha, esta percentagem não represente uma grande variação.

No caso dos EUA a elevada percentagem do PIB deve-se a vários fatores, embora a despesa pública nos EUA seja inferior à de países com sistemas universais, o governo norte-americano ainda financia programas como o *Medicare*, *Medicaid* e subsídios para seguros privados no âmbito do *Affordable Care Act*. Além disso, os gastos administrativos e os custos elevados com inovação tecnológica e hospitalização contribuem para este peso significativo no PIB (Anderson *et al*., 2020).

Por outro lado, sendo o modelo britânico público financiado por impostos, onde existe uma maior regulamentação, assim como limitações nos preços dos medicamentos e dos serviços de saúde, o que resulta num maior controlo das despesas com a saúde (Appleby, 2016).

O outro indicador económico estudado foi a despesa per capita em saúde, este indicador permite-nos ter uma perceção das despesas em saúde da população. À semelhança do indicador anterior, a despesa per capita teve uma evolução progressiva positiva ao longo da linha temporal estudada, com exceção do Reino Unido que consta com algumas reduções da despesa seguidas de aumentos.

Gráfico 2: Despesa Per Capita em Saúde



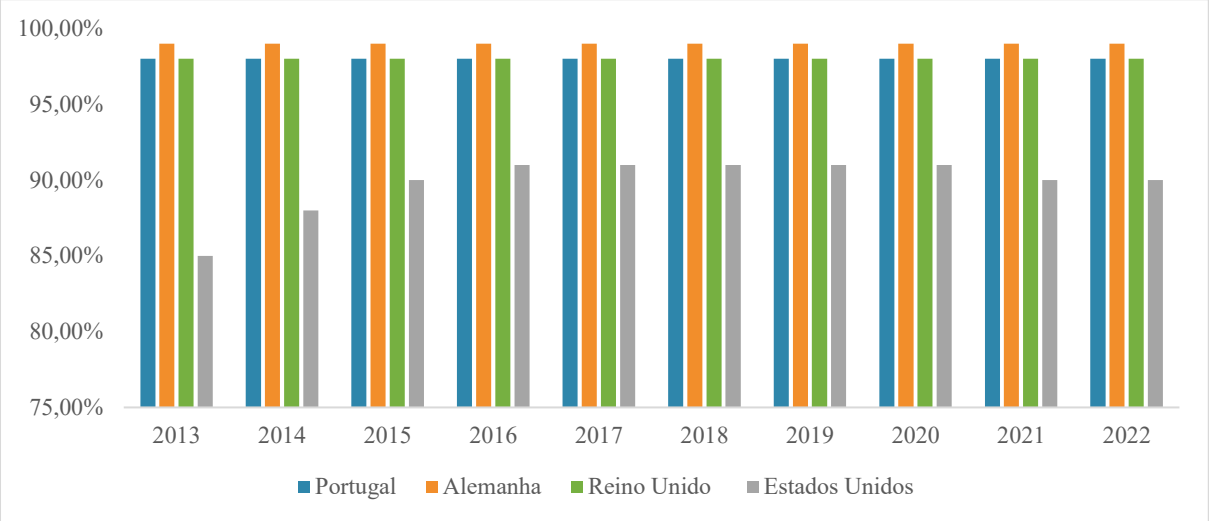
No gráfico 2 é possível observar esta evolução progressiva dos quatro países, onde mais uma vez os EUA são o país com a maior despesa entre eles, mas ao contrário do indicador anterior o país que apresenta a menor despesa é Portugal. Já a Alemanha e o Reino Unido apresentam despesas com valores idênticos, com especial atenção ao Reino Unido, onde é possível observar um aumento significativo da despesa no ano de 2015 face ao ano anterior, seguida de uma diminuição nos dois anos posteriores, o mesmo acontece no ano de 2019 e 2021.

O aumento da despesa em 2015 resultou do reforço orçamental no NHS para mitigar o subfinanciamento acumulado após a crise de 2008 (Weale, 2015; Anderson *et al*., 2022). Em 2020, um novo aumento pode ser justificado pela necessidade de fortalecer o NHS face às dificuldades identificadas em anos anteriores, como a escassez de profissionais de saúde e longos tempos de espera para atendimento especializado (Wallace, 2013). No que diz respeito às reduções registadas no ano de 2016- 2017, 2019 e 2022 estiveram ligadas a medidas de contenção orçamental, reorganização dos recursos e, no caso de 2022, à descontinuação de investimentos extraordinários relacionados com a pandemia (Anderson *et al*., 2022).

Nos EUA estes valores podem ser justificados por o sistema de saúde ser maioritariamente privado, com diversos seguros de saúde de múltiplas seguradoras, o que leva a que as despesas com a saúde sejam mais elevadas, alem disso o preço dos serviços médicos e dos medicamentos são significativamente mais altos do que em países europeus (Anderson *et al*., 2003, Sarnak *et al*., 2017).

O primeiro indicador social estudado foi a percentagem da população com acesso a cuidados de saúde, este indicador permite-nos entender qual é o nível de cobertura de cada modelo de saúde.

Gráfico 3: % da População com Acesso à Saúde

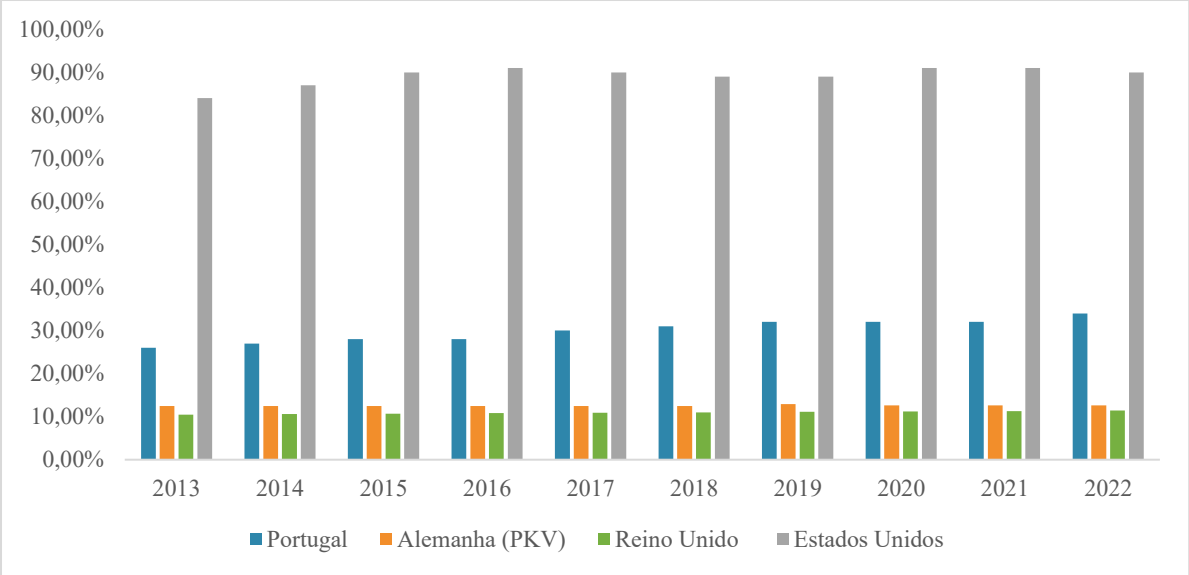


No gráfico 3 é possível observar que os países europeus cobrem quase a totalidade da sua população, enquanto o EUA não garante que toda a sua população tenha acesso à saúde. A apesar deste número ter vindo a melhorar ao longo dos anos, com o valor mais elevado registado no período de 2016 a 2020, com 91% da população coberta, deixando 9% da população sem acesso a cuidados de saúde.

Estes valores são inferiores aos dos restantes países estudados, devido à forte presença do setor privado no financiamento e prestação de serviços, ao contrário dos sistemas universais, o modelo norte-americano baseia-se em seguros de saúde privados, deixando parte da população sem cobertura adequada, especialmente indivíduos com baixos rendimentos (Cutler, 2002; Glied, 2008). Além disso os elevados custos dos serviços de saúde agravam esta situação, tornando o acesso financeiramente inacessível para muitos (Mossialos *et al*., 2016). Berwick (2022) destaca que a lógica de mercado no sistema de saúde dos EUA propaga desigualdades, contrastando com a visão da saúde como um direito fundamental.

No gráfico 4 foi analisado o nível de população coberta por seguros de saúde, onde o EUA se destaca com o maior número de seguros privados e os Reino Unido com o menor número de seguros.

Gráfico 4: % da População Coberta por Seguro de Saúde



Em Portugal verificou-se uma grande presença de seguros privados, com 34% da população coberta por um seguro privado em 2022, também podemos verificar que ocorreu uma evolução acentuada de 8 pontos percentuais num período de 10 anos. No caso da Alemanha, sendo o modelo Bismarckiano com base nos seguros obrigatórios, apenas foram estudados os seguros privados, de modo a fazer uma comparação entre seguros privados, onde podemos observar que apenas cerca de 12,5% da população opta por ter seguro privado de saúde, número este que não sofrem muitas alterações ao longo dos anos.

Portugal regista este aumento de cerca de oito pontos percentuais devido à perceção de ineficiência por parte do SNS, como é o caso dos tempos de espera elevados, o que leva so cidadãos a recorrer ao setor privado (Gouveia, 2023). Esta falta de resposta por parte do SNS contribuiu para o crescimento do setor privado, impulsionado pelo aumento da oferta de seguros acessíveis (Campos, 2021). Em 2022, a população portuguesa com seguro de saúde, divide-se de forma relativamente equilibrada entre apólices individuais e apólices de grupo contratadas por empresas, o que demonstra também a crescente valorização destes seguros como benefício laboral (APS, 2022).

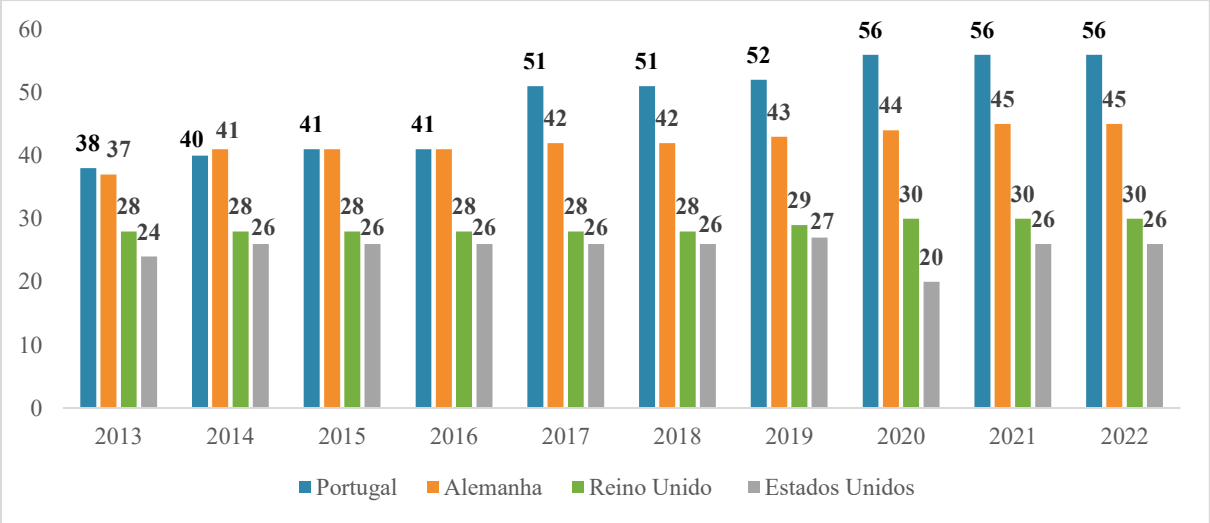
O EUA tem este número de cobertura, pois o seu sistema de saúde apoia-se predominantemente em seguros privados, com um modelo fragmentado e custos elevados para quem não possui cobertura (Oberlander, 2020).

Na Alemanha o seguro público obrigatório (GKV) cobre quase toda a população devido ao seu modelo, onde os trabalhadores e empregadores financiam o sistema através de contribuições

obrigatórias. O seguro privado (PKV), destina-se a funcionários públicos e indivíduos com rendimentos mais elevados, que podem optar por sair do sistema público (Wallace, 2013).

No gráfico 5 é possível observar o número de médicos por dez mil habitantes. Este indicador é importante analisar por permitir saber a capacidade de resposta do sistema de saúde.

Gráfico 5: Nº de Médicos por 10000 Habitantes



Posto isto é possível verificar que o país com mais médicos por habitantes é Portugal, seguido da Alemanha e por fim temos o Reino Unido e os EUA com valores semelhantes, ainda que, os EUA apresentem o menor número de médicos. Estes números têm vindo a evoluir de forma progressiva ao longo dos anos, onde verificamos em Portugal um aumento considerável no ano de 2017 face aos anos anteriores, já os Estados Unidos da América apresentam uma diminuição significativa do número de médicos em 2020.

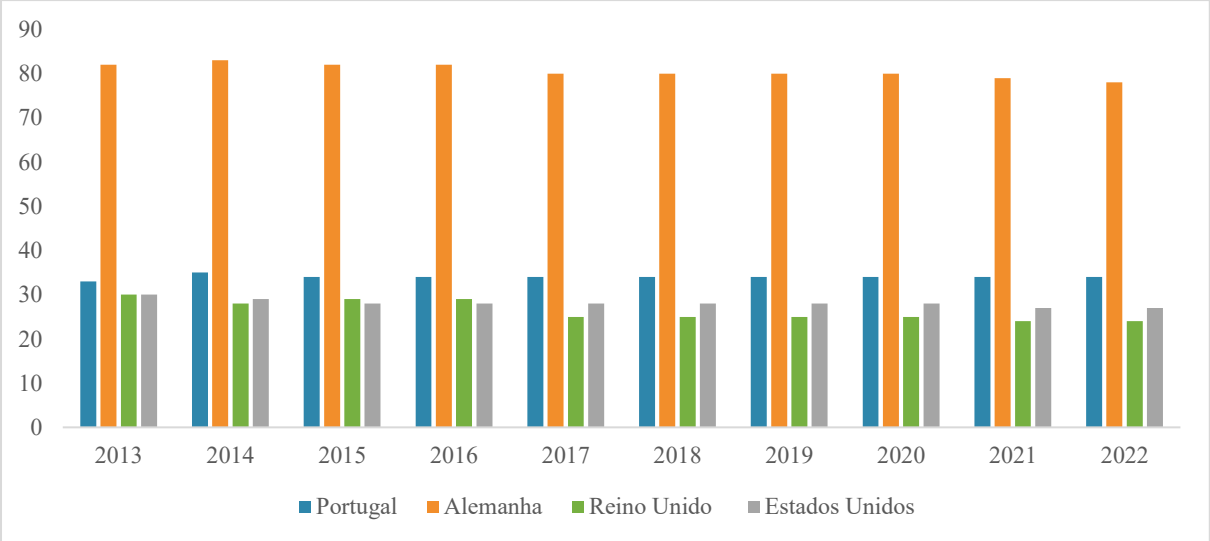
Em Portugal este aumento abruto pode estar ligado à expansão do setor privado, que, segundo Gouveia (2023), tem atraído cada vez mais profissionais de saúde. Além disso, Campos (2021) destaca reformas no setor que incentivaram a formação e contratação de médicos. Fernandes (2020) aponta ainda para um reforço na formação médica e melhorias na retenção de profissionais.

Nos EUA a descida de 2020 pode estar relacionada com o impacto da pandemia de COVID-19. Segundo Cowan (2021), a crise sanitária alterou significativamente o financiamento e a alocação de recursos na saúde, levando à exaustão e saída de profissionais, muitas clínicas privadas enfrentaram dificuldades financeiras, resultando no encerramento de unidades e de uma redução de médicos ativos (KFF, 2022). Além disso, Oberlander (2020) aponta incertezas

na política de saúde, como a instabilidade do *Obamacare*, que pode ter afetado a atração e retenção de profissionais no setor.

O gráfico 6 diz respeito ao número de camas por dez mil habitantes, o que permite medir a capacidade do sistema para acolher doentes.

Gráfico 6: Nº de Camas por 10000 Habitantes

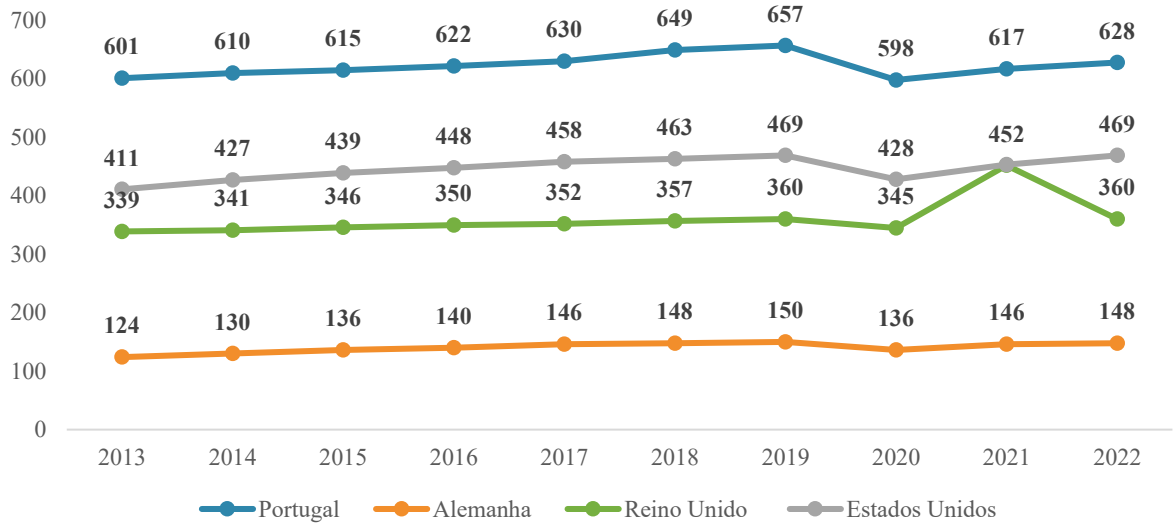


O país que apresenta o maior número de camas é a Alemanha tendo mais do dobro de camas, quando comparado com os restantes países. Já o que apresenta um menor número é o Reino Unido, conjuntamente com os EUA. Estes números ao longo dos anos foram sempre contantes, não variando muito.

A Alemanha tendo um modelo de seguros sociais obrigatórios, garante um elevado investimento em infraestruturas, além disso, o planeamento hospitalar descentralizado e a forte presença do setor privado asseguram maior disponibilidade de internamento, assim como permitem alternativas como cuidados domiciliários ou ambulatoriais. Por outro lado, países como o Reino Unido apostam mais nos cuidados primários, reduzindo a necessidade de hospitalização (Wallace, 2013).

Já o gráfico 7 diz respeito ao número de idas as urgências por dez mil habitantes, este indicador permite-nos analisar o nível de acessibilidade e a resposta do sistema, assim como o comportamento da população.

Gráfico 7: Nº de Idas às Urgências por 10000 Habitantes

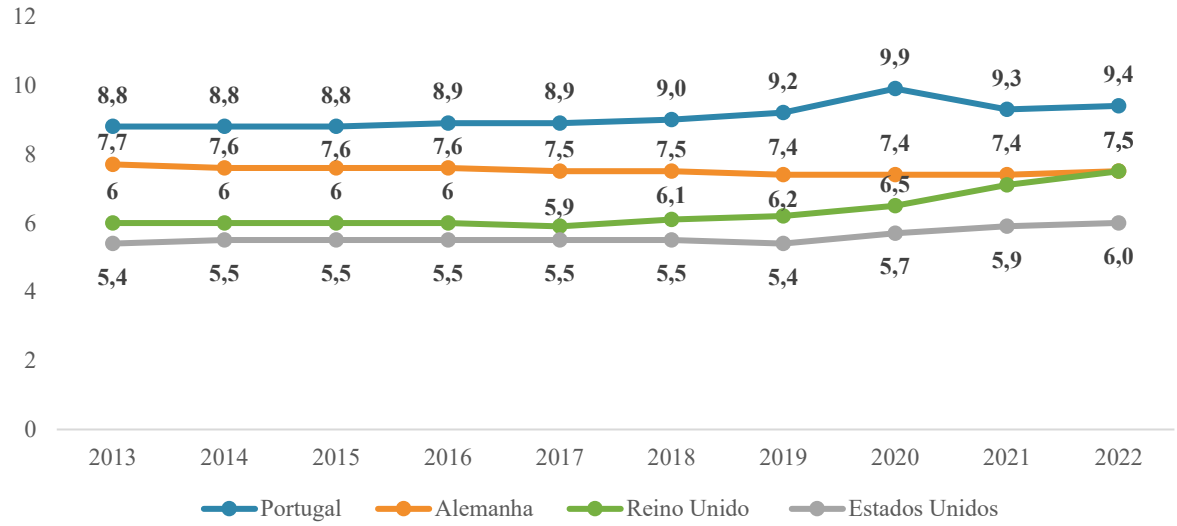


Feita uma análise ao gráfico podemos verificar que o país com maior número de idas as urgências é Portugal, enquanto o país com menos é a Alemanha, que à semelhança de outros indicadores, observamos uma descida de idas às urgências em todos os países durante a pandemia, com exceção do Reino Unido que registou um aumento significativo de idas as urências no ano de 2021, face ao ano anterior.

O elevado número de idas às urgências em Portugal pode ser justificado pelas dificuldades no acesso aos cuidados primários e à perceção das urgências como a forma mais rápida de obter assistência (Fernandes, 2020; Campos, 2021). Já na Alemanha, o forte investimento nos cuidados primários e ambulatórios reduz a necessidade de recorrer às urgências (Wallace, 2013). Além disso, o modelo de seguros sociais obrigatórios garante um acesso melhor a consultas programadas, evitando a sobrecarga dos hospitais.

De modo a complementar os dois gráficos anteriores, foi analisado o número médio de dias de internamento, com o objetivo de avaliar a duração media dos internamentos num hospital. Este indicador ajuda-nos a identificar a eficiência na gestão dos recursos hospitalares, assim como a qualidade dos cuidados de saúde e ainda como é que recursos hospitalares são geridos.

Gráfico 8: Nº de Dias de Internamento



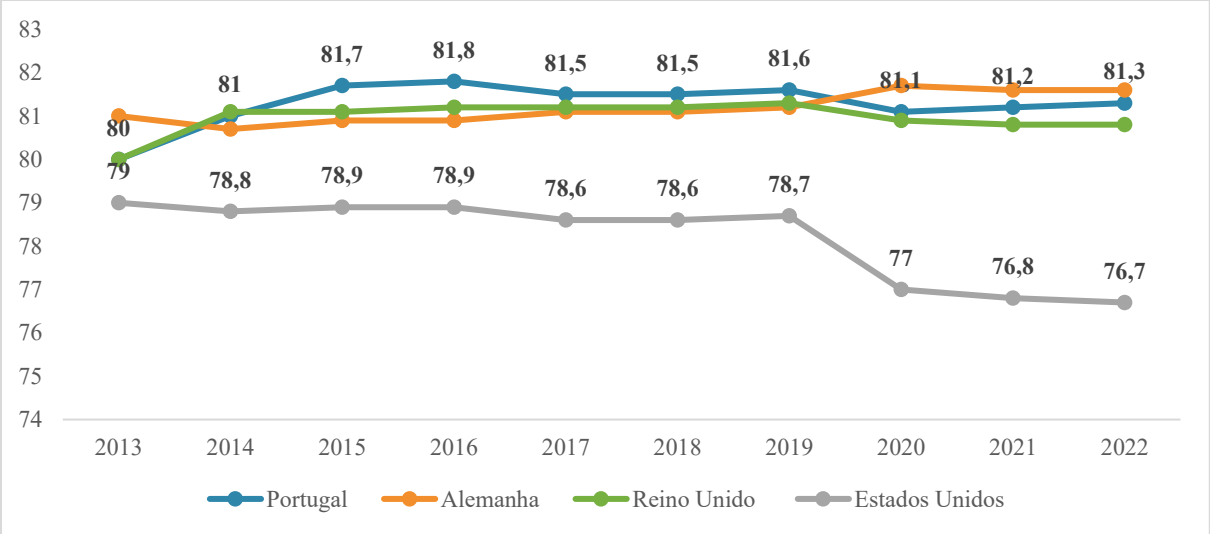
No gráfico 8 podemos observar que o país que regista os internamentos mais longos é Portugal, ao contrário dos EUA, que é quem apresenta o menor número de dias de internamento. A Alemanha ao longo dos anos manteve os números médios de internamentos, enquanto o Reino Unido foi aumentado estes números de forma progressiva.

Em Portugal, o internamento tem uma duração mais longa devido à forte dependência do setor público, onde os hospitais tendem a prolongar a hospitalização para garantir uma recuperação adequada antes da alta (Fernandes, 2020). Além disso, a maior prevalência de doenças crónicas e o envelhecimento da população contribuem para internamentos mais longos (Campos, 2021). A esta realidade acresce o fenómeno dos internamentos socias, que segundo os dados representam cerca de 11,1% do número de internamentos.

Já os EUA, como o seu modelo baseia-se num modelo de seguros privados com custos elevados de internamento, incentiva a que haja altas precoces de modo a reduzir as despesas hospitalares (Cowan, 2021). Outro aspeto é o foco nos cuidados ambulatórios e a hospitalização domiciliar designada por *hospital at home*, que tem vindo a crescer, diminuindo a necessidade de longos períodos de internamento (Oberlander, 2020).

De modo a entender a qualidade de vida da população e refletir não só nos avanços médicos e tecnológicos, mas também as condições socioeconómicas e a eficácia dos sistemas de saúde, foi elaborado o gráfico 9.

Gráfico 9: Esperança Média de Vida



Neste gráfico podemos observar que os países europeus partilham uma esperança media de vida idêntica, cerca de 81 anos, enquanto os norte americanos apresentam uma esperança media de vida menor com uma média de 78 anos.

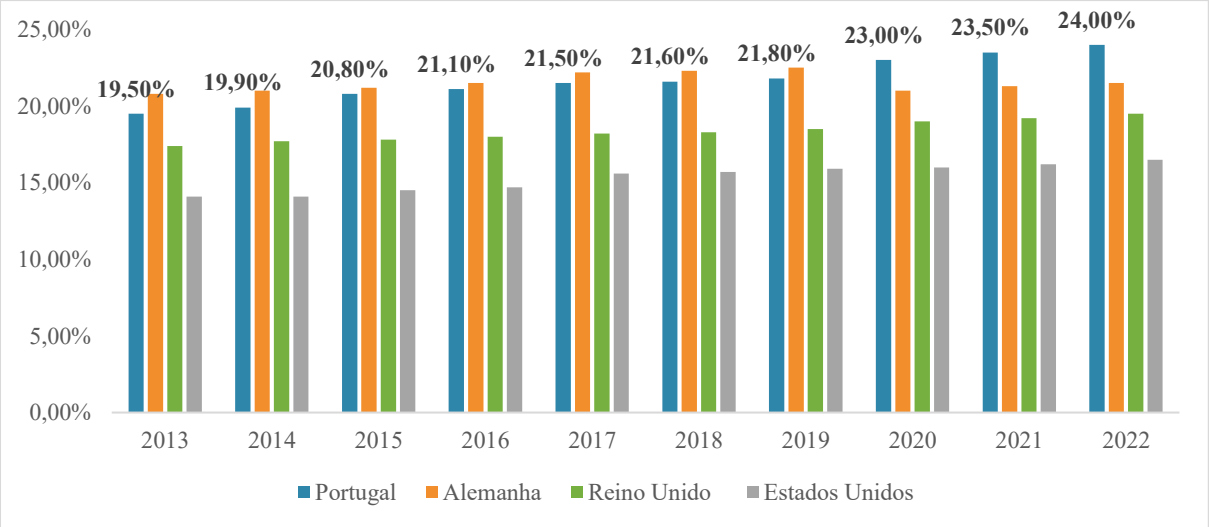
Uma das razões para estes valores poderá ser o facto de Portugal, Alemanha e Reino Unido possuírem sistemas universais de saúde, garantindo acesso equitativo a cuidados médicos, prevenindo doenças e promovendo qualidade de vida (Simões *et al*., 2020). Em contraste, os EUA têm um sistema fragmentado e dependente do setor privado, dificultando o acesso a cuidados preventivos e contribuindo para doenças crónicas mal controladas (Oberlander, 2020). Ainda nos EUA, maiores desigualdades económicas dificultam o acesso a alimentação saudável e exercício físico, aumentando a prevalência de doenças crónicas como diabetes e obesidade (Cohen *et al*., 2017).

Ainda nos EUA, a descida da esperança média de vida nos Estados Unidos a partir de 2019 deve-se, em grande parte, ao impacto da pandemia de COVID-19. O país foi um dos mais afetados pela crise sanitária, registando elevadas taxas de mortalidade devido à rápida propagação do vírus e à resposta inicial fragmentada (Woolf *et al*., 2021).

Por outro lado, no Reino Unido, a esperança média de vida aumentou ligeiramente antes da pandemia devido a melhorias no sistema de saúde e na prevenção de doenças crónicas (Public Health England, 2019). No entanto, a COVID-19 também teve um impacto significativo no país, embora atenuado pelo acesso garantido ao NHS.

Uma vez analisada a esperança média de vida foi estudada a percentagem da população com mais de 65 anos (Gráfico 10), de modo a entender o envelhecimento da população em cada país, uma população mais envelhecida, pois uma população envelhecida exige um maior investimento em cuidados de saúde.

Gráfico 10: % da População > 65 Anos



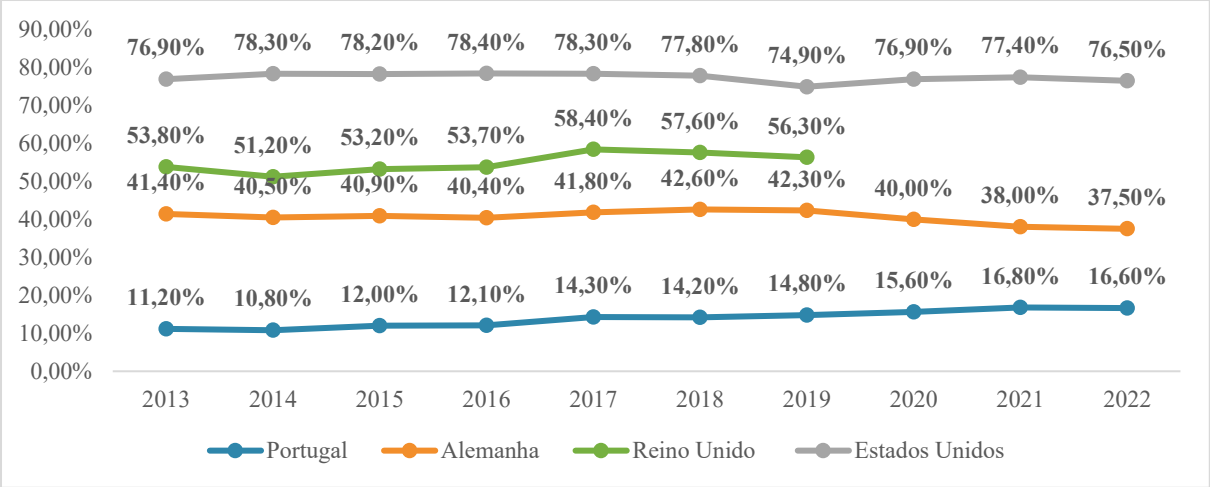
Dos quatros países, Portugal é quem apresenta uma taxa de envelhecimento mais elevada (24% em 2022), enquanto os Estados Unidos possuem a população mais jovem (16,5% em 2022).

Portugal tem enfrentado um duplo fenómeno, o aumento da esperança média de vida e a baixa taxa de natalidade. Este declínio da natalidade resulta de fatores como a instabilidade económica e imigração dos jovens, reduzindo a renovação geracional (Simões *et al*., 2020). Simultaneamente, os avanços nos cuidados de saúde e as melhorias nas condições de vida aumentaram a longevidade, contribuindo para um envelhecimento populacional acelerado.

Nos Estados Unidos, a população mantém-se mais jovem devido a uma taxa de natalidade mais elevada e a um fluxo migratório contínuo. A imigração tem desempenhado um papel essencial no rejuvenescimento da população, uma vez que os imigrantes tendem a ser mais jovens e a ter mais filhos em comparação com a população nativa (Cohen *et al*., 2017).

Por fim foi analisado dentro da percentagem da população com mais de 65 anos, qual era a sua perceção do nível de saúde (Gráfico 11). Este indicador baseia-se numa autoavaliação feita pelos próprios indivíduos, que respondem subjetivamente sobre como avaliam o seu estado de suade, permitindo ter uma perceção sobre o seu bem-estar.

Gráfico 11: % da População > 65 Anos Saudável



É possível constatar que Portugal é o país onde a sua população se sente menos saudável, tendo apenas 16,60% (2022) da população com mais de 65 anos a auto avaliar-se como saudável. Aperar deste valor ter vindo a crescer ao longo dos anos, ainda está muito distante dos números dos outros países, onde temos a Alemanha com 37,50% em 2022, número esse que desde a pandemia veio a diminuir e o Reino Unido com 56,30%. Já os EUA apresentam os valores mais elevados com 76,50% em 2022, onde, tal como nos outros países viu este número a diminuir após a pandemia.

Portugal como referido apresenta a menor perceção de saúde, esta realidade deve-se a vários fatores, incluindo um elevado índice de multimorbilidade, dificuldades no acesso a cuidados continuados e fatores socioeconómicos adversos, como baixas pensões e condições de habitação precárias (Simões *et al*., 2020). Além disso, estilos de vida menos saudáveis, como sedentarismo e má alimentação, contribuem para um envelhecimento mais debilitado (Marmot *et al*., 2012).

Os EUA encontram-se no cenário oposto, com os valores mais elevados. Este cenário reflete a forte aposta em prevenção, tecnologia médica avançada e maior autonomia económica dos idosos, que lhes permite aceder a serviços médicos e terapias de reabilitação (Cohen *et al*., 2017). No entanto, estas estatísticas podem ocultar desigualdades internas, uma vez que a população idosa saudável está concentrada entre os grupos socioeconómicos mais favorecidos (Oberlander, 2020).

No caso dos restantes países europeus, o Reino Unido mantém valores relativamente elevados (acima de 50%), beneficiando de políticas de saúde pública focadas na prevenção e de um Serviço Nacional de Saúde (NHS) que assegura assistência médica gratuita para a população idosa (Busse *et al*., 2017). Por outro lado, a Alemanha, apesar do sistema de seguros

de saúde obrigatórios, a perceção caiu de 41,4% em 2013 para 37,5% em 2022. Esta tendência pode estar relacionada com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas, exigindo um reforço nas políticas de envelhecimento ativo e cuidados geriátricos (WHO, 2022).

5. Discussão de Resultados

5.1 Evolução ao longo dos anos

Os resultados obtidos permitem comparar os sistemas de saúde do Reino Unido, Alemanha, Portugal e Estados Unidos, destacando diferenças significativas no investimento, acesso à saúde, capacidade hospitalar, utilização dos serviços e perceção da população sobre a sua saúde.

No que diz respeito ao investimento em saúde, verificou-se que o Reino Unido apresenta a menor percentagem do PIB investida no setor, enquanto os Estados Unidos lideram nesse indicador (Appleby, 2016; OECD, 2023). Essa diferença também se reflete nas despesas per capita, onde os Estados Unidos apresentam um valor significativamente superior aos demais países analisados (Anderson *et al*., 2003). Contudo, essa elevada despesa não se traduz num maior acesso aos cuidados de saúde, dado que cerca de 10% da população norte-americana permanece sem acesso a serviços de saúde, contrastando com os países europeus, onde a cobertura é praticamente universal (Kaiser Family Foundation, 2019).

Relativamente à capacidade hospitalar, a Alemanha destaca-se com o maior número de camas por dez mil habitantes, apresentando mais do dobro do que Portugal, o segundo país com maior capacidade (Blümel *et al*., 2020). Esta diferença pode ser justificada por diferenças na contagem de camas hospitalares, incluindo a contabilização de camas para cuidados de longa duração e domiciliares na Alemanha (Deutsche Welle, 2018; Blümel *et al*., 2020). Além disso, este número tem-se mantido estável ao longo dos anos, sugerindo um planeamento de longo prazo nos sistemas de saúde europeu.

Quanto ao número de médicos por dez mil habitantes, Portugal lidera, seguido da Alemanha, enquanto o Reino Unido e os Estados Unidos apresentam valores inferiores. Uma possível explicação para esta realidade pode estar na distribuição de tarefas dentro das equipas de saúde, uma vez que, em Portugal, os médicos desempenham um papel mais abrangente, enquanto noutros países há uma maior distribuição de tarefas entre enfermeiros e outros profissionais de saúde (Barros, 2007; Gouveia, 2015; Simões *et al*., 2017).

Já a frequência de idas às urgências, Portugal regista o maior número de idas, seguido dos Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha. Este fenómeno pode ser explicado por uma menor literacia em saúde da população portuguesa e pela perceção de que o recurso às urgências é a forma mais eficaz de obter atendimento médico (Fernandes, 2020). Paralelamente, a duração do internamento hospitalar também difere entre os países, com Portugal a apresentar o maior tempo de permanência nos hospitais, seguido da Alemanha e

do Reino Unido, enquanto os Estados Unidos registam os menores tempos de internamento. Esta diferença pode estar relacionada com o facto de os custos hospitalares serem significativamente mais elevados nos Estados Unidos, incentivando estadias mais curtas para reduzir despesas (Cowan, 2021).

No que respeita a cobertura por seguros de saúde privados, os Estados Unidos lideram com 90% da população coberta, enquanto Portugal tem mostrado um crescimento expressivo, aumentando oito pontos percentuais no período estudado. Este aumento em Portugal pode ser justificado pela incapacidade de resposta do SNS, o que tem levado uma porção crescente da população a recorrer ao setor privado (Maia, 2019). Em contraste, a Alemanha e o Reino Unido apresentam percentagens relativamente baixas de cobertura privada, na ordem dos 12% e 11%, respetivamente, refletindo a robustez dos seus sistemas públicos de saúde (Antunes, 2023).

Em relação à esperança média de vida, tem-se vindo a registar um aumento ligeiro ao longo dos anos, sendo semelhante entre os países europeus analisados, enquanto os Estados Unidos apresentam valores inferiores. A menor esperança de vida nos Estados Unidos pode estar relacionada com fatores demográficos e padrões migratórios, que tendem a reduzir a idade média da população (Berwick, 2022). Em contraste, a Alemanha regista a maior esperança de vida, seguida de perto por Portugal, possivelmente devido aos avanços médicos e à melhoria das condições de vida (WHO, 2010).

Já a percentagem da população com mais de 65 anos, Portugal é o país mais envelhecido do grupo, enquanto os Estados Unidos apresentam a população mais jovem. Este envelhecimento acentuado em Portugal pode ser explicado pela elevada taxa de emigração nos jovens e pelos avanços na medicina, que têm prolongado a longevidade da população (Fernandes, 2022).

Por fim, na percentagem da população com mais de 65 anos que se considera saudável, os Estados Unidos apresentam os melhores resultados, seguidos pelo Reino Unido e pela Alemanha, enquanto Portugal aparece com a pior classificação. Esta diferença pode estar relacionada com o acesso desigual a cuidados preventivos e ao grau de satisfação com o sistema de saúde em cada país (Blumenthal *et al*., 2020).

5.2 Impacto da Pandemia

A pandemia (COVID-19) teve um impacto marcante e transversal nos sistemas de saúde de todo o mundo, assim como nos países estudados, que apresentam alterações significativas em vários indicadores.

Um dos efeitos mais visíveis foi o aumento da despesa em saúde, tanto na percentagem do PIB como na despesa per capita. No caso de Portugal, verificou-se um aumento do investimento em saúde de 9,51% do PIB em 2019 para 10,55% em 2020, atingindo os 11,12% em 2021. Este padrão de aumento exponencial, impulsionado pela necessidade de resposta à pandemia, à aquisição de equipamentos médicos e ao reforço das infraestruturas hospitalares, repetiu-se nos restantes países, sendo particularmente expressivo no EUA, onde a despesa em saúde atingiu 18,8% do PIB em 2020 (Cowan, 2021).

Contudo, após este pico de investimento, verificamos uma tendência retrativa nos anos posteriores, como evidenciado em Portugal, onde a despesa desceu para 10,47% do PIB em 2022. Este comportamento poderá indicar um regresso progressivo à normalidade orçamental, embora os efeitos estruturais da pandemia possam persistir a médio e longo prazo, exigindo atenção contínua por parte dos decisores políticos.

A pandemia também impactou o padrão de utilização dos serviços de urgência. Em 2020, o número de idas às urgências por dez mil habitantes diminuiu substancialmente em todos os países, resultado de restrições sanitárias, receio de contágio e reconfiguração dos serviços de saúde (Cowan, 2021). Em Portugal, estas visitas reduziram-se de 657 em 2019 para 598 em 2020. No entanto, os dados de 2021 e 2022 mostram um retorno gradual à normalidade, com os números a atingirem novamente os níveis pré-pandémicos, exceto no Reino Unido, que registou um aumento anormal em 2021 (452), seguido de uma nova redução em 2022 (360).

Paralelamente, as durações médias dos internamentos hospitalares também aumentaram durante a pandemia, refletindo a gravidade clínica dos casos de COVID-19 e o impacto consequente nos recursos hospitalares (Cowan, 2021). Portugal viu este indicador subir de 9,2 dias em 2019 para 9,9 dias em 2020, mantendo-se relativamente elevado nos anos seguintes, com 9,4 dias em 2022.

Outro impacto da pandemia foi a redução da esperança média de vida. O Reino Unido e os Estados Unidos registaram quebras acentuadas e perseverantes, nos EUA, a esperança média de vida desceu de 78,7 anos em 2019 para 76,7 em 2022. Em contraste, Portugal evidenciou uma quebra em 2020 (81,1 anos), mas recuperou nos anos seguintes, atingindo 81,3 anos em 2022. Já Alemanha apresentou um comportamento mais resiliente, com um ligeiro aumento em 2020 (81,7 anos), seguido de uma descida marginal (81,6 em 2022).

No que diz respeito ao envelhecimento da população, a pandemia ao contrário dos outros indicadores, não causou grande impacto na percentagem de população com mais de 65 anos que tem vindo a sofrer um crescimento ao longo dos anos. Portugal continuou a

liderar entre os países estudados, com 24% da sua população acima dos 65 anos em 2022, enquanto o Reino Unido e os Estados Unidos apresentaram igualmente aumentos, enquanto a Alemanha estabilizou ligeiramente neste indicador. Embora a percentagem de população idosa tenha vindo a aumentar, a quebra da esperança média de vida referida anteriormente, em Portugal, resultou numa redução da idade legal da reforma, refletindo a sensibilidade do sistema a variações demográficas.

No entanto, este envelhecimento não tem sido acompanhado por uma melhoria correspondente na perceção de saúde entre os mais idosos. A percentagem da população com mais de 65 anos que se considera saudável continuou a ser especialmente baixa em Portugal, com apenas 16,6% em 2022, apesar de uma ligeira melhoria face a anos anteriores. Em contraste, os Estados Unidos mantêm valores bastante superiores (76,5% em 2022), ilustrando disparidades significativas na perceção e potencialmente na qualidade de vida na velhice

5.3 Portugal Comparado Com Outros Países

Portugal destaca-se entre os países desenvolvidos pela elevada percentagem da população com mais de 65 anos. De acordo com os dados apresentados, em 2022, 24% da população portuguesa tinha mais de 65 anos, superando significativamente os valores registados na Alemanha (21,5%), no Reino Unido (19,5%) e nos Estados Unidos (16,5%). Este fenómeno demográfico tem implicações diretas na perceção da saúde, na utilização dos serviços de urgência e na duração média de internamento hospitalar, tornando-se um desafio central para o sistema de saúde português (Barros *et al*., 2011).

Um dos aspetos mais preocupantes desta realidade é a perceção da saúde dos idosos em Portugal. A percentagem da população com mais de 65 anos que se considera saudável é consideravelmente inferior à dos restantes países analisados. Em 2022, apenas 16,6% dos idosos portugueses consideravam-se saudáveis, enquanto na Alemanha este valor era de 37,5%, no Reino Unido de 53,8% (último dado disponível) e nos Estados Unidos de 76,5%. Estes números sugerem que os idosos portugueses experienciam uma qualidade de vida inferior, possivelmente associada a fatores como o acesso a cuidados de saúde preventivos, estilos de vida e desigualdades socioeconómicas (Carmo, 2012; Fernandes, 2020).

A elevada percentagem da população idosa e a perceção negativa do seu estado de saúde refletem-se diretamente no uso dos serviços de urgência. Em 2022, Portugal registou 628 idas às urgências por cada dez mil habitantes, um número substancialmente superior ao da Alemanha (148), do Reino Unido (360) e dos Estados Unidos (469). Esta elevada procura

pelos serviços de urgência pode ser explicada por dificuldades no acesso a cuidados primários eficazes, levando a uma maior dependência das urgências hospitalares (Simões *et al*., 2017; Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Outro fator relevante é a duração média dos internamentos hospitalares. Em 2022, Portugal registou uma média de 9,4 dias de internamento por doente, superando a Alemanha (7,5 dias), o Reino Unido (7,5 dias) e os Estados Unidos (6,0 dias). Este fenómeno pode estar relacionado com a complexidade dos casos hospitalizados, a menor eficácia na transição dos doentes para os cuidados continuados e a falta de recursos para uma alta hospitalar atempada e segura (Augusto Mateus & Associados, 2016; Ministério da Saúde, 2023).

Em contrapartida, Portugal é o país com o maior número de médicos por dez mil habitantes, com 56 médicos registados em 2022, ultrapassando a Alemanha (45), o Reino Unido (30) e os Estados Unidos (26). Contudo, este elevado número de médicos nem sempre traduz uma melhoria no acesso ou na eficiência dos cuidados de saúde, uma vez que a distribuição dos profissionais e a organização dos serviços podem não estar alinhadas com as necessidades da população idosa (Barros, 2007; Gouveia, 2023).

Portugal enfrenta desafios significativos decorrentes do envelhecimento populacional. A elevada percentagem de idosos, a perceção negativa da sua saúde, a grande procura por serviços de urgência e os longos períodos de internamento hospitalar demonstram a necessidade de políticas eficazes para reforçar a prevenção, a gestão integrada dos cuidados e a adequação da resposta do sistema de saúde. Estes desafios exigem uma abordagem integrada que envolva o fortalecimento dos cuidados primários, a reorganização dos serviços hospitalares e o investimento em cuidados continuados e paliativos, assegurando uma resposta mais eficiente e sustentável para a população envelhecida (WHO, 2010; OECD, 2023).

6. Conclusões

Este estudo teve como objetivo analisar de forma comparativa a priorização no acesso à saúde entre diferentes modelos de sistemas de saúde, com foco em quatro países desenvolvidos: Portugal, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos da América. A investigação teve uma abordagem que considerou não apenas as características estruturais dos sistemas em si (Beveridgiano, Bismarckiano, de mercado e modelo misto), mas também o seu desempenho relativamente à equidade no acesso, eficiência, cobertura e perceção de saúde da população.

Foi possível concluir que os sistemas com base nos princípios da universalidade, como o britânico e o alemão, têm uma cobertura alargada da população, garantido um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde. Portugal, apesar de inspirado no modelo Beveridgiano, apresenta um sistema misto em que a complementaridade entre o setor público e privado tem vindo a crescer, nomeadamente através do aumento da população coberta por seguros de saúde privados, tendo ao longo dos anos se aproximado de um sistema de mercado. Esta tendência, segundo diversos autores, pode indicar falhas de resposta do SNS às necessidades dos utentes, levando a uma maior procura pelo setor privado (Maia, 2019; Gouveia, 2023)

Em contrapartida, os Estados Unidos, com um sistema essencialmente baseado no mercado, demonstram uma elevada despesa em saúde, mas continuam a ter cerca de 10% da população sem qualquer tipo de cobertura, revelando fragilidades na garantia do direito à saúde (Anderson *et al*., 2003; Blumenthal *et al*., 2020). Este contraste evidencia que o maior investimento financeiro não se traduz, por si só, em melhores resultados em termos de acesso equitativo.

A pandemia de COVID-19 veio intensificar e expor algumas das fragilidades estruturais destes sistemas. Observou-se, num primeiro momento, um aumento abrupto do investimento em saúde em todos os países analisados, com destaque para 2020, seguindo-se um recuo nos anos subsequentes (Cowan, 2021; OECD, 2023). Do ponto de vista assistencial, verificou-se uma diminuição das idas às urgências durante o período mais crítico da pandemia, bem como uma ligeira subida na duração dos internamentos, devido à gravidade dos casos e à reorganização da oferta de serviços hospitalares.

Em relação à esperança média de vida, os dados demonstram que o Reino Unido e os Estados Unidos sofreram uma quebra nos anos pós-pandemia, enquanto Portugal, após um decréscimo em 2020, recuperou ligeiramente nos anos seguintes. A Alemanha apresentou uma maior estabilidade neste indicador. Estes dados refletem não só a capacidade de resposta dos sistemas à pandemia, mas também diferenças na qualidade global dos cuidados de saúde, na prevenção e no estado de saúde da população.

Portugal surge como um caso singular nesta análise comparativa. É o país com a maior percentagem de população com mais de 65 anos (24% em 2022), mas simultaneamente aquele onde os idosos apresentam uma perceção de saúde mais negativa (apenas 16,6% consideram-se saudáveis). Acresce que Portugal é o país com o maior número de idas às urgências por dez mil habitantes e com o maior tempo médio de internamento hospitalar. Este cenário, em contradição, ocorre apesar de Portugal ter o maior rácio de médicos por dez mil habitantes entre os países analisados.

Esta contradição sugere uma utilização pouco eficiente dos recursos humanos e estruturais, podendo estar relacionada com a organização dos serviços, falhas na integração de cuidados e lacunas ao nível da prevenção e literacia em saúde (Barros *et al*., 2011; Fernandes, 2020). Para além disso, a dependência excessiva dos serviços de urgência revela uma necessidade de reforço dos cuidados primários, enquanto a duração dos internamentos aponta para a necessidade de uma maior articulação com os cuidados continuados e domiciliários.

Neste contexto, é possível responder às três questões de investigação que orientaram este estudo. Em primeiro lugar, a forma como o SNS português gere a priorização no acesso ainda se baseia, em grande medida, na resposta à procura imediata, com critérios clínicos pouco estruturados e pouca integração entre níveis de cuidados. A recente implementação das ULS pretende melhorar essa articulação e racionalizar a entrada no sistema, mas os resultados da sua aplicação ainda necessitam de ser avaliados (Goiana-da-Silva *et al*., 2024)

Em segundo lugar, foram identificadas desigualdades no acesso entre o setor público e o setor privado. A crescente procura por seguros de saúde privados, em parte contratualizados através do emprego, mostra que a resposta do SNS não está a ser suficiente para todos os segmentos da população. A coexistência de dois sistemas, um público sobrecarregado e um privado acessível apenas a quem pode pagar, que conduz a um modelo de acesso assimétrico, onde os cidadãos não usufruem da mesma oportunidade de resposta, comprometendo os princípios da equidade.

Por fim, comparando Portugal com os restantes países analisados, é possível afirmar que o país assegura uma cobertura formalmente universal, mas continua a registar fragilidades na sua capacidade de resposta, sobretudo para os grupos mais vulneráveis. Em contraste, a Alemanha demonstra maior eficiência organizacional e melhores resultados em saúde, o Reino Unido enfrenta desafios similares aos de Portugal, apesar de uma história consolidada de política de saúde pública e os Estados Unidos, apesar de apresentarem elevados níveis de investimento, mantêm desigualdades acentuadas no acesso.

Tendo em conta as conclusões obtidas no presente estudo e as limitações inerentes ao seu âmbito e metodologia, considera-se pertinente apresentar algumas sugestões para futuras investigações que possam aprofundar a compreensão sobre o acesso e a utilização dos cuidados de saúde em Portugal, com especial enfoque na priorização dos serviços.

Em primeiro lugar, seria de particular interesse a realização de estudos qualitativos centrados na perceção dos utentes relativamente ao acesso e à qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo entre os grupos populacionais mais vulneráveis, como os idosos e a população com baixos rendimentos. Estes grupos enfrentam frequentemente barreiras acrescidas no acesso aos serviços de saúde, o que pode comprometer a equidade e a eficácia das respostas do sistema. Investigações que recorram a entrevistas em profundidade ou a grupos focais poderão proporcionar uma melhor compreensão e contextualizada das experiências vividas por estes utentes, permitindo identificar fatores subjetivos, sociais e estruturais que influenciam a sua relação com o sistema de saúde.

Adicionalmente, reveste-se de grande importância a análise do impacto das reformas em curso no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a implementação do modelo das ULS. Este modelo, ao integrar cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados numa mesma unidade de gestão, visa promover uma maior coordenação, eficiência e proximidade nos cuidados prestados. Assim, futuras investigações poderão avaliar em que medida estas reformas estão a contribuir para a melhoria da eficiência dos serviços, a redução da dependência das urgências hospitalares e o reforço da resposta dos cuidados primários, nomeadamente no que respeita à priorização do acesso aos cuidados.

A análise longitudinal do desempenho das ULS, bem como a comparação entre regiões onde o modelo já foi implementado e outras onde ainda não o foi, poderá fornecer evidência relevante para informar políticas públicas mais eficazes e orientadas para os princípios da equidade, eficiência e acessibilidade.

Estas sugestões de investigação complementarão o presente estudo, fornecendo um quadro mais robusto e multifacetado sobre os desafios e oportunidades na gestão do acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

Assim, a priorização no acesso à saúde não depende apenas da natureza do sistema, mas também da sua capacidade de resposta, eficiência organizacional e da adequação às necessidades reais da população. Portugal enfrenta, por isso, um desafio duplo: assegurar a equidade no acesso, mantendo a sustentabilidade, reforçando os cuidados primários, assegurando que o acesso à saúde seja um direito efetivo para todos os cidadãos.

Referências Bibliográficas

Acta Paulista de Enfermagem. (2009). O sistema de saúde português foi consolidado como um dos pilares do Estado Social, enfrentando ao longo das décadas desafios associados à universalidade e à acessibilidade. *Acta Paulista de Enfermagem, 22*(6), 1-6.

Anderson, G. F., Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Petrosyan, V. (2003). It's the prices, stupid: Why the United States is so different from other countries. *Health Affairs, 22*(3), 89-105.

Anderson, M., Alderwick, H., Pitchforth, E., McGuire, A., Edwards, N., & Mossialos, E. (2022). *United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 24*(1).

Antunes, A. B. (2023). *Beveridge vs. Bismarck: Um estudo comparativo entre o Reino Unido e a Alemanha.* Repositório ISCTE-IUL.

Associação Portuguesa de Seguradores. (2022). *Relatório Anual da Atividade Seguradora – Ramo Saúde*.

Appleby, J. (2016). *Spending on health and social care over the next 50 years.* The King's Fund.

Augusto Mateus & Associados. (2016). *Setor privado da saúde em Portugal.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barros, P. P. (2007). The slow and unnoticed changes in the funding mix. *Health Economics, 16*, 437-440.

Barros, P. P., Machado, S., & Simões, J. (2011). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 13*(4), 1-156.

Berwick, D. M. (2022). The moral determinants of health. *JAMA, 327*(7), 623-624.

Beveridge, W. (1942). *Social insurance and allied services.*

Blumenthal, D., Abrams, M., & Nuzum, R. (2020). The Affordable Care Act at 10 years: What's the score? *New England Journal of Medicine, 382*(10), 936-940.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition, 22*(6).

Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2020). *Understanding health policy: A clinical approach.* McGraw Hill.

Burau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis, 8*(1), 63-76.

Carmo, I. (Org.). (2012). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: As ameaças, a crise e os desafios do futuro.* Coimbra: Edições Almedina.

Campos, A. C. (2017). *Administração pública e saúde.* Almedina.

Campos, A. C. (2021). *Gaveta de reformas.* Almedina.

Cowan, C. (2021). Health spending growth during the COVID-19 pandemic. *Health Affairs, 40*(1), 3-6.

Cutler, D. M. (2002). Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature, 40*(3), 881-906.

Deutsche Welle. (2018, novembro 14). *Princípio da solidariedade rege sistema de saúde na Alemanha.*

Enthoven, A. C. (2000). In the Netherlands, managed competition and individual mandates for universal coverage provide a model for the United States. *Health Affairs, 19*(3), 25-38.

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Avaliação do impacto das ULS no Serviço Nacional de Saúde.* Porto: ERS.

Eurostat. (s.d.). *Estatísticas da Saúde.* https://ec.europa.eu/eurostat

Fernandes, A. C. (2020). *Saúde em Portugal - Pensar o Futuro.* Leya.

Fernandes, A. C. (2022). *Portugal - Crónicas de um País em Mudança.* Bertrand Editora.

Fuchs, V. R. (1998). Health care for the elderly: How much? Who will pay for it? *Health Affairs, 17*(1), 11-21.

Giovanella, L. (1998). Entre a solidariedade e a subsidiariedade: Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a "terceira etapa da reforma da saúde". *Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.*

Gouveia, M. (2015). Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português. *Acta Médica Portuguesa, 28*(4), 396-403.

Gouveia, M. (2023). *Saúde e hospitais privados em Portugal.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

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.

House of Commons Library. (2022). *Health and Care Act 2022: Final stages in Parliament*

INE – Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). *Estatísticas de Saúde.* https://www.ine.pt

Kaiser Family Foundation (KFF). (2019). *The uninsured and the ACA: A look at coverage gains and gaps.* Disponível em https://www.kff.org

Koh, H. K., & Sebelius, K. G. (2010). Promoting prevention through the Affordable Care Act. *The New England Journal of Medicine, 363*(14), 1296-1299.

Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., De Jong, J., & Van Ginneken, E. (2016). *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 18*(2), 1-240.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy, 56*, 171-204.

NHS England. (2023). *Record recruitment and reform to boost patient care under first NHS Long Term Workforce Plan*

Maia, B. (2019). *O negócio da saúde: Como a medicina privada cresceu graças ao SNS.* Lisboa: Bertrand Editora.

McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs, 21*(2), 78-93.

McManus, P. T. (2023). *Is the 1948 model of access to free healthcare still appropriate today? Journal of the Royal Society of Medicine*, 116(5)

Ministério da Saúde. (2023). *Plano estratégico do SNS: O modelo das unidades locais de saúde.* Lisboa: Ministério da Saúde.

OECD. (2023). *Health at a glance: Europe 2023.*

OECD Statistics. (s.d.). *Health expenditure.* https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

PORDATA. (s.d.). *Estatísticas da saúde.* https://www.pordata.pt

Rüdiger, A. (2023). *The Equity Effect of Universal Health Care. Health and Human Rights Journal*, 25(2), 171–176.

Schut, F. T., Henschke, C., & Or, Z. (2023). Changing roles of health insurers in France, Germany, and the Netherlands: any lessons to learn from Bismarckian systems? *Health Economics, Policy and Law.*

Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 19*(2), 1-184.

Tiachristas, A., Vrangbæk, K., Gongora-Salazar, P., & Kristensen, S. R. (2023). *Integrated care in a Beveridge system: experiences from England and Denmark*. *Health Economics, Policy and Law*, 18(4), 345–361

Tuohy, C. H. (1999). *Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada.* Oxford University Press.

U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2021). *National health expenditure data.* Recuperado de https://www.cms.gov/

WHO. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage.*

Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration, 43*(1), 70-90.