Universidade do Minho
Escola de Economia, Gestão e Ciência Política

Margarida Malheiro das Neves

Determinantes do Acesso aos Cuidados de Saúde na União Europeia

abril de 2026

Determinantes do Acesso aos Cuidados de Saúde na União Europeia
Margarida Malheiro das Neves
UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola de Economia, Gestão e Ciência Política

Margarida Malheiro das Neves

Determinantes do Acesso aos Cuidados de Saúde na União Europeia

Dissertação
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:
Professora Doutora Paula Alexandra Correia Veloso da Veiga

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações
CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que me acompanharam nesta etapa e que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização desta dissertação.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Veiga, pela disponibilidade, apoio e orientação constante ao longo deste percurso. A sua experiência, sugestões e incentivo foram essenciais para o desenvolvimento desta dissertação.

Ao meu parceiro de vida, um agradecimento muito especial pela paciência, compreensão e apoio incondicional. Obrigada por estares sempre ao meu lado, por me motivares diariamente e por seres o meu suporte.

À minha família, em especial aos meus pais, por me incentivarem desde sempre a investir na minha formação, por me darem a oportunidade de continuar a estudar e por todo o apoio incondicional.

Conciliar o mestrado com a vida profissional foi um desafio exigente, que me permitiu crescer tanto a nível pessoal como profissional. Assim, agradeço também a todas as pessoas com quem me cruzei profissionalmente e que fizeram parte desta jornada.

A todos, o meu sincero obrigada.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio
nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua
elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de
utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados,
resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente
assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo
integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de
integridade académica e de proteção de dados

Determinantes do Acesso aos Cuidados de Saúde na Europa

RESUMO

O presente estudo analisa os principais determinantes das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde nos países da União Europeia, com base numa abordagem empírica de dados em painel.

A amostra inclui dados de países da União Europeia observados por anos, no período compreendido entre 2011 e 2023, permitindo explorar simultaneamente a dimensão temporal e transversal dos dados. A variável dependente corresponde à proporção de indivíduos que reportam necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, usada como proxy para as dificuldades de acesso.

Os resultados evidenciam que a estrutura de financiamento dos sistemas de saúde assume um papel central na explicação das desigualdades no acesso. Em particular, a despesa privada em saúde apresenta um efeito positivo e estatisticamente significativo, indicando que um maior peso dos pagamentos diretos está associado a um aumento da proporção de indivíduos que enfrentam dificuldades no acesso aos cuidados.

Por outro lado, o nível de desenvolvimento económico, medido pelo PIB per capita, revela um efeito negativo e significativo, sugerindo que países mais ricos tendem a apresentar menores níveis de necessidades não satisfeitas. Adicionalmente, a capacidade instalada dos sistemas de saúde, medida pelo número de camas hospitalares, apresenta um efeito negativo com significância marginal, indicando que uma maior disponibilidade de infraestruturas pode contribuir para a redução das barreiras de acesso. Em contrapartida, não se encontra evidência robusta de um impacto estatisticamente significativo das variáveis relativas aos recursos humanos ou aos fatores demográficos.

Palavras-chave: Acesso a cuidados de saúde, Número de médicos por 100 mil habitantes, Número de camas por 100 mil habitantes, Despesa em saúde em percentagem do PIB, Educação, Aumento da População, Envelhecimento, PIB per capita, Dívida Pública.

Determinants of Access to Health Care in Europe

ABSTRACT

This study analyzes the main determinants of inequalities in access to healthcare in European Union countries, based on an empirical panel data approach.

The sample includes data from European Union countries observed over the years, between 2011 and 2023, allowing for the simultaneous exploration of the temporal and cross-sectional dimensions of the data. The dependent variable corresponds to the proportion of individuals reporting unmet healthcare needs, used as a proxy for access difficulties.

The results show that the financing structure of health systems plays a central role in explaining inequalities in access. In particular, private healthcare expenditure has a positive and statistically significant effect, indicating that a greater weight of direct payments is associated with an increase in the proportion of individuals facing difficulties in accessing care.

On the other hand, the level of economic development, measured by GDP per capita, reveals a significant negative effect, suggesting that wealthier countries tend to have lower levels of unmet needs. Additionally, the installed capacity of health systems, measured by the number of hospital beds, has a marginally significant negative effect, indicating that greater availability of infrastructure can contribute to reducing access barriers. Conversely, no robust evidence was found of a statistically significant impact of variables related to human resources or demographic factors.

Keywords: Access to healthcare, Number of doctors per 100,000 inhabitants, Number of hospital beds per 100,000 inhabitants, Healthcare spending as a percentage of GDP, Education, Population growth, Aging population, GDP per capita, Public debt.

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS 2
Licença concedida aos utilizadores deste trabalho 2
AGRADECIMENTOS 3
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE 2
DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) 2
RESUMO 3
ABSTRACT 4
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 6
ÍNDICE DE TABELAS 7
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO 8
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 10
Acesso a cuidados de saúde 11
Recursos humanos 14
Capacidade física 15
Distribuição geográfica dos recursos 16
Despesa em saúde 17
Níveis de educação da população 20
Indicadores demográficos 22
Aumento da população 23
Indicadores macroeconómicos 25
CAPÍTULO III - METODOLOGIA 29
Amostra 30
Variável dependente 31
Variáveis independentes 31
Especificação do modelo 32
Estatística descritiva 33
Matriz de correlação 36
CAPÍTULO IV - Resultados e discussão 38
Resultados 38
Discussão 40
Conclusão 42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OLS	Ordinary Least Squares
ONU	Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
UE	União Europeia

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Apresentação dos países introduzidos na amostra

Tabela 2 Variáveis independentes a ser utilizadas no estudo empírico

Tabela 3 Estatística descritiva da variável dependente “Necessidades não satisfeitas”

Tabela 4 Evolução da variável dependente “Necessidades não satisfeitas” entre 2011 e 2023

Tabela 5 Estatística descritiva das variáveis independentes

Tabela 6 Matriz de correlação

Tabela 7 Resultados do modelo econométrico

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O acesso a cuidados de saúde nos países europeus membros da União Europeia (UE), constitui uma problemática de grande relevância na área das políticas de saúde e das políticas sociais. A disponibilidade, a acessibilidade, a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde refletem tanto o grau de desenvolvimento de cada sistema nacional, assim como a capacidade coletiva de responder de forma justa e eficaz às necessidades da população (Marmot, 2014; Amaro & Costa, 2023). Embora os sistemas de saúde da UE partilhem alguns princípios fundamentais, diferem amplamente nos mecanismos de financiamento, na organização da oferta de serviços e no modo como garantem a acessibilidade a diferentes grupos populacionais, refletindo a diversidade de contextos históricos, culturais, económicos e políticos de que a Europa é composta. (Ruijter et al., 2024; Suorsa, 2025).

Ao longo das últimas décadas, a integração europeia e a crescente circulação de pessoas, bens e serviços acentuaram a necessidade de harmonizar políticas e de criar mecanismos que assegurem padrões mínimos de proteção social em todos os Estados-membros (Troitiño et al., 2024). Ainda assim, as disparidades continuam a ser visíveis, tanto entre países do Norte e do Sul, como entre o Leste e o Oeste da Europa, refletindo desigualdades socioeconómicas históricas e contemporâneas que influenciam diretamente a capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Enquanto alguns países conseguiram estruturar modelos robustos, financiados de forma sustentável e com forte investimento em saúde primária e prevenção, outros enfrentam limitações orçamentais, escassez de profissionais, falhas nas infraestruturas hospitalares e barreiras de ordem administrativa que dificultam o acesso equitativo. Estas desigualdades evidenciam-se de forma mais acentuada em segmentos populacionais vulneráveis, nomeadamente emigrantes e idosos, que frequentemente se deparam com obstáculos adicionais para usufruir dos serviços de saúde em condições de igualdade (Mackenbach et al., 2011).

Assim, a questão de investigação que orienta este trabalho pode ser formulada da seguinte forma:

- Quais são os fatores que explicam as desigualdades no acesso a cuidados de saúde na UE?

Considero que este é um trabalho relevante, uma vez que os países da UE consideram o acesso universal aos cuidados de saúde como um direito humano fundamental. Num continente marcado por grande diversidade económica, social e cultural, persistem desigualdades significativas que se refletem na oferta e no acesso

aos serviços, sobretudo entre populações vulneráveis tais como migrantes, idosos e pessoas em situação de pobreza. Do ponto de vista académico, ainda são escassos os estudos capazes de explicar de forma aprofundada as causas estruturais dessas disparidades. Adicionalmente, a presente investigação justifica-se também pelas mudanças demográficas e sociais que pressionam os sistemas de saúde, como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e as transformações nos padrões de mobilidade.

A estrutura desta investigação seguirá a seguinte organização: no capítulo 2, será realizada uma revisão de literatura das principais determinantes do acesso aos cuidados de saúde por parte da população; no capítulo 3 será descrita a metodologia e os dados usados; o capítulo 4 apresentará e discutirá os resultados obtidos. Por fim, serão destacadas as conclusões centrais do estudo, bem como as suas limitações, acompanhadas de sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença” (OMS, 1946). No entanto, é necessário ter acesso a cuidados de saúde para que cada pessoa e que cada comunidade consiga preservar o bem-estar físico, mental e social. Trata-se de um direito fundamental que deve ser independentemente da posição socioeconómica, raça ou etnia e localização geograficamente dos indivíduos (Söyler & Çavmak, 2023). O acesso aos cuidados de saúde foi reconhecido, como um dos pilares dos direitos sociais na União Europeia (European Commission, 2017).

A falta de acesso a cuidados preventivos ou a intervenção adequada para doenças pode resultar em problemas de saúde mais graves e custos mais elevados para os serviços de saúde a longo prazo. Além disso, a falta de acesso a cuidados de saúde pode ter um efeito negativo considerável na qualidade de vida dos indivíduos. (Amaro & Costa, 2023; Söyler & Çavmak, 2023).

O acesso aos cuidados de saúde pode também servir para melhorar os resultados de saúde da população assim como os impactar no desenvolvimento social e económico. Isto porque ter acesso a cuidados de saúde pode ajudar os indivíduos a manterem a sua saúde e a contribui para a economia do país (Amaro & Costa, 2023; Söyler & Çavmak, 2023). Assim, o acesso aos cuidados de saúde é um fator que desempenha um papel significativo na determinação da saúde em geral e do nível de bem-estar de uma comunidade.

A atenção à análise dos determinantes do acesso a cuidados médicos de saúde tem crescido nas últimas décadas, resultante de valores e perceções relacionadas, tais como: (i) crescente consenso de que todas as pessoas têm direito a cuidados de saúde, independentemente da sua capacidade de pagar por eles (Aday & Andersen, 1974); (ii) aumento das desigualdades no acesso aos cuidados (Mackenbach et al., 2018).

O acesso a cuidados de saúde está associado também a questões de equidade. A redução das desigualdades em saúde constitui um dos principais objetivos das estratégias europeias em matéria de saúde (Comissão europeia, 2007). A UE tem por princípio assegurar cobertura universal, pelo que todos os cidadãos devem beneficiar de um acesso universal e equitativo aos serviços de cuidados de saúde (Stirbu et al., 2011). No entanto, vários estudos têm indicado que tal desígnio não se tem verificado, uma vez que o direito formal à cobertura nem sempre garante o acesso real aos serviços

de saúde (Goddard, M., & Smith, 2001; Doorslaer & Jones, 2004; Van Doorslaer et al., 2006; Mackenbach et al., 2018). Face ao exposto, revela-se importante perceber o que se entende quando se fala de acesso a cuidados de saúde.

Acesso a cuidados de saúde

O acesso a cuidados de saúde é um conceito multidimensional que tem sido discutido na literatura académica ao longo dos anos.

Aday e Andersen (1974) na sua abordagem inicial ao conceito, defenderam que o acesso à saúde pode ser compreendido a partir de dois fatores distintos: O primeiro é determinado pelas características da população, como o rendimento, seguro e educação; o segundo são os fatores relacionados com a oferta instalada, como é exemplo o pessoal de saúde, as instalações e a distribuição dos recursos a nível geográfico.

Salkever (1976) analisou a acessibilidade aos serviços de saúde a partir de duas vertentes: acessibilidade financeira e acessibilidade física. O autor definiu a acessibilidade financeira como "a capacidade do indivíduo de arcar com os custos monetários dos cuidados médicos", enquanto a acessibilidade física como "o tempo de transporte e os custos incorridos na obtenção de cuidados". De acordo com o autor, o acesso a cuidados de saúde pode ser descrito como o grau de adequação entre os sistemas de prestação de cuidados de saúde e as necessidades dos utilizadores, sendo operacionalizado através de cinco dimensões fundamentais: 1) disponibilidade, 2) acessibilidade, 3) acomodação, 4) aceitabilidade e 5) capacidade de pagamento.

A disponibilidade refere-se à existência suficiente de serviços, profissionais e recursos de saúde; a acessibilidade diz respeito à localização geográfica dos serviços e à facilidade de deslocação; a acomodação relaciona-se com a organização dos serviços, onde se inclui os horários de funcionamento e os sistemas de marcação; a aceitabilidade envolve fatores culturais, sociais e psicológicos que influenciam a perceção dos cuidados; e a capacidade de pagamento refere-se à relação entre o custo dos serviços e os recursos financeiros dos indivíduos. Para os autores, o acesso não depende exclusivamente da existência de infraestruturas, mas resulta da interação dinâmica entre fatores individuais, sociais, económicos, culturais e organizacionais.

Andersen (1995), ao reformular o seu modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde, reforça esta visão abrangente ao considerar que o acesso resulta

da conjugação de fatores predisponentes, capacitantes e necessidades percebidas ou avaliadas clinicamente.

Os fatores predisponentes incluem características sociodemográficas, crenças e atitudes em relação à saúde; os fatores capacitantes englobam os recursos individuais, familiares e comunitários, como rendimento, cobertura de seguro de saúde e disponibilidade de serviços; e a necessidade representa o principal determinante da procura e utilização dos cuidados. Neste sentido, o acesso é entendido não apenas como a entrada no sistema de saúde, mas como a capacidade de obter cuidados adequados, oportunos e eficazes que respondam às necessidades específicas de cada indivíduo. Esta abordagem destaca ainda que desigualdades sociais e económicas podem limitar severamente o acesso, perpetuando disparidades nos resultados em saúde.

Por sua vez, Gulliford et al. (2002) defendem que o acesso deve ser conceptualizado a partir da perspetiva do utilizador, enfatizando a importância da experiência subjetiva, da perceção de barreiras e da qualidade da interação com os serviços. Segundo estes autores, o verdadeiro acesso só se concretiza quando os cuidados são efetivamente utilizados de forma atempada e apropriada, produzindo benefícios reais para a saúde. Assim, barreiras financeiras, geográficas, organizacionais, culturais ou linguísticas podem comprometer o acesso, mesmo em sistemas de saúde aparentemente universais, revelando que a equidade formal nem sempre se traduz em equidade real.

Levesque et al. (2013) propõem um modelo conceptual integrador, que articula as características dos serviços de saúde com as capacidades dos indivíduos para interagir com esses serviços. Neste modelo, o acesso resulta da interação entre cinco dimensões do sistema: aproximação, aceitabilidade, disponibilidade e organização dos serviços, acessibilidade financeira e adequação, assim como de cinco capacidades dos utilizadores, que são a de perceber, de procurar, de alcançar, de pagar e de envolver-se nos cuidados. Esta perspetiva reforça a ideia de que o acesso não se limita à presença de serviços, mas depende da literacia em saúde, das competências individuais, da autonomia, do suporte social e das condições estruturais que permitem transformar a necessidade em utilização efetiva.

Para Aday e Andersen (1974), Aday (1975), Andersen et al. (1983) e Andersen (1995) a utilização dos serviços de saúde pode ser considerada um indicador objetivo

de acesso a cuidados de saúde, sendo que os autores definem o acesso a cuidados de saúde quando os indivíduos necessitam e obtêm efetivamente os cuidados que precisam.

Diversos estudos empíricos evidenciam que a melhoria do acesso aos cuidados de saúde está associada a melhores resultados clínicos, maior satisfação dos utentes, a uma redução da mortalidade evitável e a uma maior eficiência dos sistemas de saúde (Marmot, 2014). A existência de cuidados primários acessíveis, contínuos e centrados na pessoa revela-se particularmente relevante, uma vez que este mecanismo funciona como a porta de entrada no sistema, facilita o acompanhamento mais próximo, a coordenação dos cuidados, o que contribui para uma utilização mais racional dos recursos e para a diminuição das desigualdades socioeconómicas em saúde (Aguirre-Duarte, 2025).

Nos últimos anos, tem-se verificado na Europa um interesse crescente pela avaliação dos cuidados de saúde prestados aos utentes, com o desenvolvimento de diversos inquéritos centrados exclusivamente na experiência do doente. Estes instrumentos procuram analisar aspetos individuais da experiência do utente, permitindo, assim, avaliar o estado da saúde em cada país e identificar prioridades concretas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Xesfingi & Vozikis, 2016; Vodă et al., 2018; Amaro & Costa, 2023).

Na prática a medição do acesso aos cuidados de saúde constitui um desafio complexo, dada a sua natureza multidimensional e a dificuldade em captar, de forma direta, as barreiras efetivamente enfrentadas pelos indivíduos. Um dos indicadores mais usados para para avaliar o acesso aos cuidados de saúde consiste na identificação de necessidades de cuidados não satisfeitas auto reportadas pelos indivíduos (Allin & Masseria, 2009) (Antunes, Ramos, Lourenço, & Quintal, 2020), isto é, às diferenças entre os serviços de saúde julgados necessários para lidar de modo apropriado com problemas de saúde específicos e os serviços efetivamente recebidos (Allin & Masseria, 2009).

Apesar da sua relevância, este indicador de necessidades não satisfeitas tem limitações metodológicas importantes. Por ser uma medida autorrelatada, depende das perceções individuais e de diferentes interpretações do conceito de necessidade não satisfeita, variando também conforme o modo como o inquérito é construído e aplicado.

Em suma, a literatura sugere que o acesso dos indivíduos aos sistemas de cuidados de saúde pode ser explicado por várias dimensões, tornando-se, portanto, relevante analisar os indicadores relacionados com os recursos humanos, a

disponibilidade física, os gastos nesta área, os indicadores de qualidade, de educação, demográficos e os fatores macroeconómicos.

Recursos humanos

Segundo El-Awaisi et al. (2021) e Amaro e Costa (2023), os recursos humanos representam um pilar essencial para o êxito de qualquer sistema de saúde. Nesta linha, Bleich et al. (2009) analisaram o grau de satisfação dos utentes de 21 países da UE no ano de 2003, concluindo que os indicadores de prestação de cuidados de saúde desempenham um papel particularmente relevante na perceção positiva dos serviços.

Tsawe e Susuman (2014) sublinham que um número relativamente reduzido de médicos per capita, pode traduzir-se numa diminuição da satisfação dos utentes, dado que os recursos disponíveis se revelam insuficientes para responder de forma adequada às necessidades da população.

A situação da União Europeia é diversa. Antunes (2025) Portugal apresenta uma situação paradoxal, mas típica dos países mais pobres da UE, no que diz respeito aos recursos profissionais. Por muito que pareça contradizer as representações sociais mais mediáticas, Portugal tinha em 2021 mais médicos do que a média europeia sendo o segundo país com mais médicos por habitante, com 562 médicos por 100 mil habitantes. A Grécia ocupava o primeiro lugar. Já a França era o país que apresenta menos médicos por habitante. Relativamente aos enfermeiros, Portugal apresentava rácios de enfermeiros por habitantes e por médicos baixo, que o afasta da média da UE. A Alemanha, que tinha em 2021 o menor número de médicos por habitante do que Portugal, e quase o dobro dos enfermeiros. O autor argumenta assim que países que apresentam um PIB mais baixo tendem a concentrar na profissão médica os seus recursos em saúde e, por oposição, diversificam pouco a disponibilização de cuidados de saúde em outras áreas profissionais. É notório que este modelo, porque está mais centrado na profissão médica, acabe por sentir carências exatamente na falta de médicos e dificuldades.

Xesfingi e Vozikis (2016) examinaram a relação entre a satisfação dos utentes com os sistemas de saúde e um conjunto de indicadores socioeconómicos e de prestação de cuidados. Para tal, construíram uma base de dados que englobava 31 países europeus para os anos 2007, 2008 ,2009 e 2012. Os resultados destes estudos sugerem que alguns dos indicadores associados ao melhor acesso aumentam a satisfação evidenciando uma associação positiva forte entre a satisfação dos cidadãos

e o número de enfermeiros e médicos por 100 mil habitantes, sendo este último indicador o que apresenta maior relevância. Por outro lado, os resultados do estudo sugerem que número de camas hospitalares por 100 mil habitantes está associado de forma negativa ao nível de satisfação. Os autores destacam ainda uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a despesa pública em saúde e a satisfação dos utentes, enquanto uma maior proporção de custos em saúde suportada diretamente pelas famílias tende a diminuir a perceção positiva do sistema de saúde.

Ortega et al. (2025) procuraram medir o impacto da qualidade dos cuidados de saúde, no estado de saúde nos países europeus, usando dados de 2011 e 2021. Os resultados mostram que o número de médicos especialistas é a variável que mais afeta o acesso a cuidados de saúde, sendo estes resultados robustos para qualquer especificação ou controlo para variáveis socioeconómicas

Vodă et al. (2018) procuraram compreender o impacto de indicadores macroeconómicos e de prestação de cuidados de saúde na satisfação dos utentes europeus. Para tal, analisaram dados 31 países entre 2012 e 2014. Os resultados sugerem que alguns dos indicadores associados com o melhor acesso aumentam a satisfação e confirmam uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o número de médicos e de enfermeiros por 100 mil habitantes e a satisfação dos utentes. Em contrapartida, o número de camas hospitalares por 100 mil habitantes apresenta um efeito negativo e significativo nesse mesmo indicador. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores, como os de Popescu et al. (2007), Jørgensen et al. (2020), Pardhan e Drydakis (2021), Amaro e Costa (2023), Roffia et al. (2023), Söyler e Çavmak (2023), Bammert et al. (2024) que enfatizam a relevância do número de médicos e enfermeiros na determinação do acesso e na qualidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes.

Capacidade física

Outro indicador amplamente referido na literatura como relevante para a prestação de cuidados de saúde é o número de camas hospitalares por 100 mil habitantes. O número de camas hospitalares por habitantes tem vindo a diminuir, nos países da União Europeia, traduzindo uma mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde (Antunes 2025). A Suécia, por exemplo, em 1985, tinha 1460 camas por 100 mil habitantes; em 2021 tinha menos 75%, com apenas 200 camas hospitalares por cada 100 mil habitantes. Portugal acompanha esta tendência de

diminuição; em2021 o país tinha 351,1 camas hospitalares por 100 mil habitantes, um valor abaixo da média da UE. (Antunes, 2025).

Os estudos não apresentam resultados consensuais. Diversos estudos indicam que um excesso de camas hospitalares pode conduzir à subutilização dos recursos disponíveis, traduzindo-se numa gestão ineficiente suscetível de comprometer a qualidade dos serviços prestados (Xesfingi & Vozikis, 2016; Vodă et al., 2018; Jørgensen et al., 2020; Iuga et al., 2024).

Por outro lado, alguns estudos sugerem que o aumento do número de camas hospitalares disponíveis pode contribuir para a diminuição da percentagem de utentes que reportam dificuldades no acesso a cuidados de saúde, uma vez que maior capacidade instalada tende a facilitar o atendimento e a reduzir listas de espera (Popescu et al., 2007; Pardhan & Drydakis, 2021; Amaro & Costa, 2023). De acordo com Iuga et al. (2024), a capacidade adequada de camas hospitalares, é um fator relevante para garantir o acesso efetivo à saúde, em particular para as populações mais idosas que tendem a precisar de mais cuidados de saúde. De acordo com o autor, a insuficiência de camas leva a tempos de espera prolongados e à redução da qualidade da assistência, o que prejudica o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes.

Distribuição geográfica dos recursos

Outra importante determinante estrutural do acesso aos cuidados de saúde é a distribuição dos serviços de saúde. Essa dimensão está diretamente relacionada com distribuição geográfica dos profissionais e infraestruturas de saúde, bem como com a acessibilidade dos serviços em vários locais. Para Iuga et al. (2024), a distribuição geográfica dos recursos de saúde, varia consideravelmente quer entre países, quer dentro dos países, refletindo desigualdades territoriais na oferta de cuidados. Indivíduos que vivem em locais remotos tendem a enfrentar maiores desafios no acesso aos serviços de saúde, principalmente em países com sistemas de saúde inadequados. As barreiras ao acesso podem incluir, ainda o horário das instalações de saúde, a disponibilidade de transporte público e o estacionamento ou outras opções de acessibilidade (Tsawe & Susuman, 2014; Söyler & Çavmak, 2023; Bammert et al., 2024).

Despesa em saúde

Dada a pressão económica sobre os sistemas públicos e privados de saúde, muitos países enfrentam pressões e debates em torno da sustentabilidade das suas políticas de saúde e de proteção social, avaliando reformas que garantam a cobertura universal sem comprometer a qualidade dos cuidados (Mackenbach et al., 2011; Amaro & Costa, 2023).

A despesa total em saúde em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) é indica nível de recursos canalizados para a saúde em relação à riqueza de um país, seja através de investimento público, privado ou de uma combinação de ambos e, por conseguinte. Por conseguinte é um dos principais indicadores para descrever um sistema de saúde, sendo frequentemente utilizado em comparação entre países a nível internacional (Iacobuţă, 2012; Xesfingi & Vozikis, 2016; Vodă et al., 2018; Amaro & Costa, 2023).

Trata-se igualmente de uma determinante muito importante do acesso aos cuidados. Garrido e Puig-Junoy (2014) evidenciaram que a redução das despesas públicas em Espanha durante a recessão, provocou o aumento das listas de espera, comprometendo o acesso aos serviços e resultando na não satisfação das necessidades médicas da população.

Iacobuţă (2012) no seu estudo para os países da UE que incidiu sobre o ano de 2009, estimou uma correlação positiva forte entre o acesso a cuidados de saúde e o PIB per capita, despesa total em saúde em percentagem do PIB e a despesa das administrações públicas em saúde.

Amaro e Costa (2023) analisam os fatores que explicam as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde entre cidadãos europeus, considerando motivos financeiros, listas de espera e distância, salientando que o acesso é frequentemente avaliado mediante indicadores de necessidades não satisfeitas. A investigação recorreu a dados anuais de 19 países europeus, no período entre 2008 e 2020. Entre os fatores analisados, destacaram-se de forma significativa o número de médicos por 100 mil habitantes e o PIB per capita, ambos associados a uma diminuição substancial da inacessibilidade. O aumento de médicos revelou-se particularmente relevante, uma vez que um acréscimo de 1% neste indicador correspondeu a uma redução de 4,49% na percentagem de pessoas sem acesso. Também o número de camas teve um efeito positivo, ainda que de menor magnitude, enquanto o número de enfermeiros não

apresentou impacto relevante. No que toca à despesa em saúde, a sua proporção em relação ao PIB está associada a menores dificuldades de acesso aos cuidados. No entanto, o aumento da despesa pública em saúde não se traduziu em melhorias no acesso, sugerindo limitações na eficiência da gestão dos sistemas públicos. De acordo com os autores, a existência de seguros de saúde voluntários, está também associada a melhor acesso a serviços mais céleres e diversificados.

Xesfingi e Vozikis (2016) e Iuga et al. (2024) indicam que uma maior percentagem do PIB dedicada aos cuidados de saúde tem como resultado um melhor nível de prevenção, tratamento e manutenção do bem-estar principalmente entre a população mais idosa. Neste sentido, os países que dedicam uma maior percentagem do PIB aos cuidados de saúde são tipicamente mais hábeis em dar resposta às necessidades da sua população envelhecida, o que se leva a uma melhoria no acesso a cuidados de saúde.

Além disso, Iacobuţă (2012) e Kim et al. (2017) salientam que a desigualdade de rendimento nos países, traduz-se em desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Para os autores os gastos públicos com saúde podem mudar o nível de acesso a cuidados de saúde em certas camadas da população que exibem um nível de rendimento inferior, reduzindo o impacto da desigualdade económica nas desigualdades em saúde. Adicionalmente, Aisa et al. (2014) e Linden e Ray (2017) concluíram que níveis mais elevados de gastos públicos estão associados a uma maior esperança de vida nas populações residentes nesses países. Linden e Ray (2017), concluíram ainda que os gastos de saúde privados e públicos, têm efeitos positivos semelhantes na expectativa de vida, nos países com mais gastos públicos em saúde.

De igual modo, Malinowski (2024) refere que o grau de financiamento público dos cuidados de saúde e a qualidade geral do sistema de saúde pode influenciar a disponibilidade dos serviços de saúde para a população. Por exemplo, em países onde o governo não investe suficientemente em cuidados de saúde, pode haver uma escassez de profissionais, particularmente em áreas rurais e negligenciadas, resultando numa falta de acessibilidade para aqueles que residem nesses territórios.

De acordo com um relatório da OMS, pelo menos metade da população mundial não pode obter serviços essenciais de saúde, sendo que a cada ano, um grande número de famílias está a ser empurrada para a pobreza por causa dos gastos

familiares em saúde (Söyler & Çavmak, 2023). A situação de pobreza, por outro lado aumenta as necessidades de cuidados e dificulta o acesso a cuidados. De acordo com os resultados de Malinowski (2024) rendimento é um dos determinantes individuais mais importantes do acesso aos cuidados de saúde. Indivíduos de famílias com baixos rendimentos são mais propensos a enfrentar obstáculos financeiros para o acesso à saúde, como a falta de seguro de saúde ou pagamentos diretos excessivos. Além disso, os utentes que vivem na pobreza podem ser incapazes de pagar o transporte para as instalações de saúde ou podem ser forçados a escolher entre pagar os cuidados de saúde e satisfazer outras necessidades essenciais. Esta situação pode levar as pessoas a adiar ou a renunciar a serviços de saúde críticos, o que pode conduzir a problemas de saúde mais graves e a custos de saúde mais elevados a longo prazo.

As políticas de financiamento da saúde referem-se a recursos alocados para cobrir as necessidades de saúde da população. Do ponto de vista de Söyler e Çavmak (2023) o objetivo de um sistema de cuidados de saúde é disponibilizar o financiamento aos prestadores e garantir que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde, evitando assim desafios financeiros significativos. Para garantir que os países alcancem uma cobertura universal de saúde, as despesas privadas de saúde devem ser reduzidas, competindo aos estados cobrar impostos para suprir as necessidades de saúde que parte da sua população pode vir a ter (Söyler & Çavmak, 2023).

Políticos e analistas políticos defendem que as coberturas universais de cuidados de saúde nas últimas décadas facilitaram a implementação de sistemas de saúde e políticas de saúde mais inclusivas (Lee, 2003). Nas últimas décadas, as leis dos países da OCDE permitiram-lhes alcançar mais de 90% de cobertura de saúde, que é o nível atualmente considerado "universal" para a população. A única exceção (excluindo México e Chile, membros recentes da OCDE) são os Estados Unidos, onde uma proporção significativa da população ainda não tem cobertura de saúde (Moreno-Serra & Smith, 2015). A universalidade ambicionada não significa que os cidadãos sejam dispensados de pagar todas as suas despesas de saúde, especialmente quando decidem procurar cuidados extras especializados ou quando compram medicamentos de venda livre. As despesas não reembolsáveis correspondem a estas despesas e são habitualmente comunicadas como uma percentagem das despesas globais em saúde. O peso dos pagamentos diretos das famílias no total da despesa em saúde é um importante indicador de dificuldades de acesso.

Ranabhat et al. (2018), encontraram evidência de impacto negativo das despesas privadas não reembolsáveis na esperança de vida da população dos 193 países que pertencem às Nações Unidas (ONU). Nos países da OCDE, os pagamentos diretos são igualmente considerados um encargo que cria barreiras de acesso aos cuidados de saúde (Galbraith et al., 2005; Xesfingi & Vozikis, 2016; Roffia et al., 2023). Os resultados trabalhos de Tengilimoğlu (2015), Söyler e Çavmak (2023) e Malinowski (2024) indicam que quando maior for a percentagem de despesas em saúde que as famílias suportam maior é a dificuldade para os utentes acederem aos cuidados de aúde.

Tengilimoğlu (2015), Söyler e Çavmak (2023) e Malinowski (2024) no seu estudo para a Turquia indicam que o número de médicos, enfermeiros e de camas hospitalares, são indicadores importantes e que impactam positivamente o acesso a cuidados de saúde no país.

Amaro e Costa (2023) no seu estudo concluíram que, em média, e mantendo constantes as restantes variáveis, um acréscimo de 1% na proporção da despesa em saúde suportada por seguros de saúde voluntários associa-se a uma redução de aproximadamente 0,15% na percentagem de indivíduos que reportam dificuldades de acesso a cuidados de saúde. Estes resultados sugerem que o incremento da despesa através de seguros voluntários poderá contribuir para uma melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde, possibilitando aos utentes um acesso mais célere e abrangente a cuidados médicos diferenciados, infraestruturas de maior qualidade e tratamentos mais personalizados.

Níveis de educação da população

A educação é um elemento nuclear da organização do quotidiano das sociedades na atualidade e pode ser considerada um recurso ou mesmo um capital. A educação aumenta um poder real que cada qual pode mobilizar na sociedade; capacita a pessoa para novos desafios e permite maior independência dos condicionalismos estruturais (Antunes, 2025). Se é verdade que os recursos financeiros se traduzem em poder de compra e maior acesso a uma diversidade de bens e recursos de saúde, por outro lado, maiores níveis de escolaridade permitem uma maior aquisição de saberes, uma melhor interpretação da informação e um aumento do controlo sobre as escolhas a realizar no campo da saúde. E por isso é que se defende que a escolarização funciona como um capital, tal como um recurso financeiro (Antunes, 2025).

Antunes (2025) indica que a educação é um importante preditor individual do acesso aos cuidados de saúde. Para o autor, indivíduos com níveis mais baixos de educação podem ter dificuldade em navegar em sistemas de saúde complexos e podem ser incapazes de tomar decisões de saúde informadas. Podem ter dificuldade em interpretar as informações de saúde e podem não saber como obter assistência médica. Além disso, as pessoas com menos habilitações têm maior probabilidade de ter profissões mal remuneradas e sem seguro de saúde.

A literacia em saúde constitui um determinante individual relevante do acesso aos cuidados de saúde, na medida em que influencia a capacidade dos indivíduos para compreender, interpretar e utilizar informação de saúde, bem como para interagir eficazmente com os serviços. Níveis reduzidos de literacia estão associados a dificuldades no acesso, piores resultados em saúde e maior utilização de cuidados hospitalares (Norman & Skinner, 2006; Yeung et al., 2022).

Com o desenvolvimento das tecnologias digitais, emergiu o conceito de literacia em saúde digital, que envolve a capacidade de aceder, compreender e utilizar informação de saúde através de meios digitais, como registos eletrónicos, telemedicina e aplicações móveis (Van Deursen et al., 2015; Karnoe et al., 2018; Estrela et al., 2023). Esta forma de literacia depende de fatores sociodemográficos, como o nível de educação, rendimento e apoio social, sendo geralmente mais limitada entre grupos socioeconomicamente desfavorecidos e populações migrantes (Estrela et al., 2023).

Neste contexto, as desigualdades na literacia em saúde, particularmente no domínio digital, contribuem para a existência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde, reforçando o seu papel como um fator explicativo das desigualdades no acesso (Latulippe et al., 2017).

Adicionalmente, os resultados dos estudos de Avendano et al. (2009) e Roffia et al. (2023) apontaram que níveis de educação mais elevados levam de modo geral a um comportamento mais saudável, menor exposição a fatores que ameaçam a vida (ou seja, tabagismo, consumo de álcool, má alimentação); e melhores condições de trabalho que frequentemente permitem um acesso mais amplo às opções de seguro de saúde, enquanto a posição social traz mais recursos económicos.

Antunes (2025) analisou a relação entre rendimento, educação e saúde na população portuguesa, concluindo que indivíduos com maiores rendimentos, nomeadamente empresários bem-sucedidos, não apresentavam necessariamente maior longevidade. Pelo contrário, grupos com níveis de escolaridade mais elevados

e inseridos em profissões técnico-científicas evidenciavam melhores resultados em saúde. Estes resultados sugerem que a educação desempenha um papel determinante, podendo superar o efeito do rendimento na promoção da saúde.

Para o autor o que faz estas classes socioprofissionais mais escolarizadas obterem mais ganhos em saúde é o facto de adotarem comportamentos saudáveis em fases mais precoces das suas vidas. No caso analisado, a adoção de comportamentos saudáveis em fases mais precoces da vida situava-se entre os 40 e os 50 anos e englobava a redução do consumo do álcool, a cessação do tabagismo, a alteração da dieta, com menos sal e mais vegetais, e a prática de exercício físico. Deste modo, a investigação de Antunes (2025) revelou que os rendimentos, por si só, não explicavam a totalidade dos ganhos em saúde, e fez com que o autor traçasse um perfil social benéfico para a saúde: o casamento entre rendimentos económicos e a escolarização.

Mais a nível empírico, Predescu (2008) no seu estudo teve como objetivo avaliar de que forma o sistema de financiamento da saúde influencia o acesso aos serviços de saúde na Roménia. O autor constatou que existem grandes diferenças no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde nas zonas urbanas e rurais. Entre os fatores que explicam esta diferença, destacam-se o baixo número de profissionais médicos, infraestruturas precárias, os baixos rendimentos dos utentes e a baixa escolaridade.

Ortega et al. (2025) indicam que além do número de médicos, e dos gastos em saúde em proporção do PIB, o nível de educação da população em idade ativa tem um impacto positivo no acesso a cuidados de saúde. Resultados semelhantes têm sido apresentados na literatura por Andersen (1968), Kert et al. (2015), Xesfingi e Vozikis (2016), Lee et al. (2020), De Santis et al. (2021).

Indicadores demográficos

O envelhecimento populacional tem sido um dos fenómenos demográficos mais marcantes do século XXI, resultante da combinação do aumento da esperança de vida e da redução das taxas de natalidade. Este processo, identificado em praticamente todas as regiões do mundo, especialmente na Europa, Japão e em alguns países da América Latina, tem implicações diretas e profundas no setor da saúde (Chenic et al., 2018; Malinowski, 2024).

O envelhecimento da população na UE apresenta desafios significativos para a saúde pública, a estabilidade económica e o bem-estar social. À medida que

aumenta o número de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, é crucial desenvolver estratégias eficazes que respondam às necessidades económicas e de cuidados de saúde deste grupo demográfico, a fim de assegurar sistemas sociais e de saúde sustentáveis (Iuga et al., 2024).

A literatura tem-se debruçado de forma consistente sobre os impactos desta transformação, sobretudo no que respeita ao acesso, equidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde (Chenic et al., 2018; Hanssens et al., 2017).

Um dos pontos mais discutidos é o aumento da procura por serviços médicos e sociais. O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, neoplasias e demências. Pessoas com mais de 65 anos consomem uma proporção significativamente maior dos recursos de saúde em comparação com outros grupos etários. Em consequência, os sistemas de saúde enfrentam pressões acrescidas para responder a uma procura crescente e mais complexa (Cylus & Papanicolas, 2015; Hanssens et al., 2017; Chenic et al., 2018).

No entanto, a literatura também evidencia que o impacto do envelhecimento nos sistemas de saúde não homogéneo, dada a heterogeneidade significativa entre os idosos: muitos mantêm autonomia e funcionalidade elevada durante longos períodos, enquanto outros desenvolvem múltiplas condições crónicas e fragilidade precoce. Esta diversidade reforça a necessidade de sistemas de saúde flexíveis, que consigam ajustar os serviços às diferentes necessidades, promovendo a prevenção, a promoção da saúde e o envelhecimento ativo (Cylus & Papanicolas, 2015; Chenic et al., 2018; Hanssens et al., 2017).

Aumento da população

As migrações económicas estão ligadas às diferenças existentes entre países em termos de rendimento e qualidade de vida. Estas migrações internacionais compreendem fluxos populacionais de países de rendimentos mais baixos para países de rendimentos mais elevados e colocam o imigrante num ambiente social, cultural, de trabalho e de vida completamente novo que, por vezes, conduz a uma situação de segregação social. Estudos recentes no domínio da imigração e da saúde constatam que as desigualdades nos fatores sociais e económicos entre os indivíduos do país de acolhimento determinam as diferenças na morbilidade assistida e na utilização dos

serviços de saúde entre os imigrantes e a população nativa. Uma vez integrados à sua nova realidade, os imigrantes tendem a identificar e adotar o comportamento da população nativa; no entanto, certas restrições relacionadas com a educação, emprego, cultura, comunicação ou legislação geram comportamentos diferentes no acesso e na utilização dos serviços de saúde (Goddard & Smith, 2001; Costa & Garcia, 2003; Fennelly, 2006; Scheppers et al., 2006; Roffia et al., 2023; Bammert et al., 2024; Crawshaw et al., 2022).

Saurina et al. (2012) referem que o aumento da população proveniente do estrangeiro tem gerado um intenso debate sobre as consequências económicas da migração em serviços públicos como a saúde, onde estão a ser criadas novas e específicas exigências. Esta nova procura de cuidados de saúde suscita a necessidade de identificar os fatores que influenciam a decisão do utente de contactar os serviços de saúde e os que determinam a quantidade de serviços consumidos. Neste sentido, os autores no seu estudo para a Região de Saúde de Girona, onde a população imigrante representava 21,96% da população total à época, indica que o envelhecimento da população dificulta o acesso a cuidados de saúde. Adicionalmente, os autores indicam que os cidadãos que nasceram fora de Espanha tendem a apresentar uma situação mais precária, como é o caso de terem um trabalho sem um contrato efetivo, viverem num alojamento arrendado ou até mesmo estarem desempregados e, por isso, tendem a ter mais dificuldade no acesso a cuidados de saúde. Num estudo baseado em dados americanos do início da década de 1990 entre as faixas etárias mais velhas (Dunlop et al., 2002), também houve diferenças consideráveis na utilização de acordo com a etnia. Além disso, um estudo italiano sobre a utilização por imigrantes mostra que eles são menos propensos a usar consultas especializadas e por videoconferência, mas a sua probabilidade de usar salas de emergência é maior do que os nativos (De Luca et al., 2013).

As disparidades nas experiências e resultados em matéria de saúde entre as populações migrantes e nativas colocam desafios significativos tanto aos profissionais como aos decisores políticos em muitos países desenvolvidos, como os países europeus (Hargreaves et al., 2006). Neste sentido, Puthussery (2016) no seu artigo examinou o acesso e a utilização dos serviços de saúde por parte das mães migrantes no Reino Unido e explora potenciais contribuintes para as disparidades centradas na gravidez, no parto e no primeiro ano de vida dos filhos. Os resultados estão em linha com os de Gray et al. (2009) sugerem que os fatores socioeconómicos são importantes para perceber o acesso a cuidados de saúde. Adicionalmente, os autores demonstraram de modo consistente que as mães de minorias étnicas, em especial as

migrantes recém-chegadas, as refugiadas e as requerentes de asilo apresentam mais dificuldades na utilização de cuidados de saúde.

Mesmo nos países onde o acesso aos cuidados de saúde é garantido, os imigrantes não tiram regularmente partido dos serviços disponíveis. Um corpo crescente de literatura indica que os imigrantes enfrentam barreiras individuais, socioculturais, económicas, administrativas e políticas ao usar os serviços de saúde (Goddard & Smith, 2001; Fennelly, 2006; Scheppers et al., 2006; Kert et al., 2015; Crawshaw et al., 2022).

Dias et al. (2008) indicam que a crescente diversidade da população nos países europeus coloca novos desafios aos sistemas nacionais de saúde. Adicionalmente, os autores referem que faltam dados sobre a acessibilidade, a utilização dos serviços de saúde pelos migrantes, a adequação dos cuidados prestados, a satisfação dos utentes e os problemas sentidos quando confrontados com o sistema de cuidados de saúde. Isso limita o conhecimento sobre os múltiplos determinantes do acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o objetivo do seu estudo foi descrever o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde e os seus determinantes em Portugal. A amostra do estudo incluiu 1513 imigrantes (53% homens), que foram entrevistados no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, em Lisboa. Os dados foram obtidos por meio de questionários. Os resultados demonstraram que entre os participantes, 3,6% afirmaram não saber para onde ir se depararem com algum problema de saúde. Cerca de 20% dos inquiridos referiram nunca ter recorrido ao Serviço Nacional de Saúde, sendo esta percentagem mais elevado em homens do que mulheres. Entre os participantes que já utilizaram os serviços de saúde, 22,4% relataram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Os autores concluíram assim que os emigrantes têm maior dificuldade no acesso a cuidados de saúde do que os utentes residentes.

Roffia et al. (2023) na sua investigação para 36 países da OCDE, que incidiu no período de 1999 a 2018, utilizaram a metodologia de dados em painel para aferir a evolução da esperança de vida da população. Os resultados indicam que os gastos em saúde, o número de médicos, o número de camas, o nível de educação e o PIB per capita têm um impacto positivo na esperança de vida da população. Por outro lado, o aumento da população tem um impacto negativo na esperança de vida.

Indicadores macroeconómicos

O PIB é um dos indicadores centrais da economia, pois mede o nível de riqueza gerada por num país (Amaro & Costa, 2023). Quando analisado em termos per capita e ajustado pela paridade do poder de compra, este indicador fornece uma medida mais precisa do poder de compra relativo entre países, já que elimina as distorções

resultantes de diferenças de preços e taxas de câmbio, permitindo perceber em que contextos os cidadãos conseguem adquirir uma maior quantidade de bens e serviços com o seu rendimento (UE, 2023, Roffia et al., 2023).

O PIB per capita é um determinante fundamental da capacidade de um país suportar o envelhecimento da sua população (Iuga et al., 2024). Os países com PIB elevado podem financiar mais eficazmente os cuidados de saúde, os serviços sociais e as pensões, o que beneficia a sua população idosa (Iuga et al., 2024). O crescimento económico é importante para garantir o acesso. Para além disso, os países com PIB elevado dispõem frequentemente de sistemas de saúde bem financiados, capazes de prestar cuidados e assistência extensivos aos idosos, aumentando assim a sua longevidade e qualidade de vida, e aumentando a proporção de idosos na sociedade (Tur-Sinai et al., 2022; Iuga et al., 2024).

Yardim e Uner (2018) avaliaram o acesso a cuidados de saúde na Turquia de 2006 a 2013. Os autores demonstraram que a prevalência de necessidades não satisfeitas diminuiu entre 2006 e 2013, mas ainda assim 9% das pessoas ainda declararam necessidades não satisfeitas em 2013, sendo este valor quase quatro vezes superior à média da UE na época. A nível empírico, os autores indicam que o nível de educação e principalmente o nível de rendimento dos cidadãos são os indicadores determinantes do acesso a cuidados de saúde dos utentes da Turquia.

O estudo de Iacobuţă (2012) foi dos primeiros estudos a nível europeu a avaliar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde nos países na UE. Para isso os autores, investigaram a relação entre vários indicadores macroeconómicos relacionados com a despesa pública em saúde e o contexto institucional. Os resultados mostram diferenças significativas na perceção do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde entre os cidadãos da UE. Os cidadãos dos países desenvolvidos têm uma opinião positiva sobre a qualidade dos cuidados de saúde no seu país, enquanto os doentes dos países em desenvolvimento a avaliam de forma bastante negativa. Além disso, os resultados confirmam a existência de uma relação entre vários fatores macroeconómicos e institucionais e as avaliações dos inquiridos sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

Antunes (2025) indica que as populações com menores rendimentos tendem a apresentar níveis mais elevados de obesidade. Este fenómeno, sendo complexo, desdobra-se em outros paradoxos: os alimentos açucarados surgem em embalagens

atrativas e práticas, fáceis de transportar e de consumir em qualquer lado, sendo, em muitos casos, mais baratos do que os alimentos saudáveis. Portanto, a conclusão é inequívoca: “a pobreza não faz bem à saúde”. Contudo, o autor sugere que a educação e a literacia em saúde são ferramentas cruciais para reduzir desigualdades e promover uma vida mais saudável e mais longa.

Iuga et al. (2024) no seu estudo investigaram a influência das condições económicas, da capacidade do sistema de saúde e das variáveis relacionadas à saúde na proporção da população idosa (população com 65 anos ou mais) nos países da UE. Para tal os autores utilizaram fatores como o PIB, a taxa de desemprego, a taxa de inflação, os gastos em saúde em função do PIB e a disponibilidade de camas hospitalares como variáveis independentes. A metodologia foi a de dados em painel e incidiu sobre 27 países da UE entre 2000 e 2021. Os resultados revelam associações positivas significativas entre prosperidade económica, o número de camas e a despesa em saúde com a proporção da população idosa. Em contrapartida, o elevado desemprego e a inflação estão associados a resultados negativos para a população idosa, reduzindo os recursos disponíveis e o acesso aos cuidados de saúde. O estudo destaca a importância de políticas económicas e de saúde integradas para apoiar a crescente população idosa. Garantir a estabilidade económica, melhorar as infraestruturas de cuidados de saúde e gerir eficazmente as doenças crónicas são essenciais para melhorar a qualidade de vida e promover o envelhecimento sustentável nas sociedades da UE.

Assim, a literatura existente tem mostrado de forma consistente que países com níveis mais elevados de riqueza tendem a oferecer melhores condições de acesso a cuidados de saúde. Estudos realizados em diferentes períodos e contextos (Iacobuţă, 2012; Garrido & Puig-Junoy, 2014; Xesfingi & Vozikis, 2016; De Santis et al., 2021; Pardhan & Drydakis, 2021; Roffia et al., 2023; Bammert et al., 2024) sugerem que economias mais robustas apresentam maior capacidade de garantir serviços de saúde acessíveis e em tempo oportuno. Esta associação traduz-se, pela facilidade com que os recursos económicos e o poder têm em abrir portas, permitindo um maior acesso a recursos de saúde, nomeadamente aos cuidados mais especializados e mais caros (Antunes, 2025).

Por outro lado, a situação económica de um país não depende apenas do nível de riqueza produzida, mas também da forma como são geridas as finanças públicas. Um país pode apresentar um PIB per capita elevado e, em simultâneo, acumular

elevados níveis de dívida pública, em consequência de crises económicas ou sanitárias, como a crise financeira internacional de 2008, a crise pandémica de 2020, o surgimento do conflito armado na Ucrânia e o aumento substancial da inflação (Pardhan & Drydakis, 2021; Amaro & Costa, 2023). Quando os governos enfrentam défices orçamentais persistentes, ou seja, quando a despesa pública supera a receita obtida através de impostos, a tendência é o aumento progressivo da dívida. Caso esta dívida atinja níveis descontrolados, pode comprometer o equilíbrio das contas públicas, sobretudo devido ao peso do serviço da dívida, que inclui os juros a pagar (Amaro & Costa, 2023).

Vários estudos têm associado este contexto de endividamento excessivo a dificuldades acrescidas no financiamento adequado dos sistemas de saúde, afetando assim o acesso dos cidadãos aos serviços de que necessitam (Xesfingi & Vozikis, 2016; Vodă et al., 2018; Pardhan & Drydakis, 2021; Amaro & Costa, 2023; Amaro & Costa, 2023).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se descrever a investigação e apresentar os dados deste trabalho que pretende apresentar os determinantes do acesso aos cuidados de saúde na União Europeia.

Os dados utilizados foram retirados da PORDATA (https://www.pordata.pt/), que centraliza informação proveniente de várias fontes oficiais, incluindo Eurostat, Instituto Nacional de Estatística (INE) e Direção-Geral da Saúde (DGS). A escolha desta base de dados justifica-se pela sua abrangência, fiabilidade e capacidade de consolidar indicadores comparáveis entre diferentes países da UE, permitindo uma análise consistente dos determinantes do acesso aos cuidados de saúde.

A recolha dos dados foi realizada diretamente através da plataforma PORDATA, selecionando os indicadores relevantes para a análise do acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente variáveis relacionadas com necessidades não satisfeitas, fatores socioeconómicos e características dos sistemas de saúde. Após a recolha, os dados foram organizados, limpos e estruturados, recorrendo ao Microsoft Excel, de modo a assegurar a sua consistência, integridade e adequação aos procedimentos estatísticos subsequentes.

A análise empírica foi realizada com recurso ao pacote estatístico STATA, uma ferramenta utilizada para análises econométricas. O software foi utilizado para estimar os modelos econométricos definidos, testar a robustez dos resultados e verificar a significância estatística das variáveis consideradas.

À luz dos contributos, da revisão, da literatura e da evidência empírica disponível, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H1): O número de médicos por 100 mil habitantes exerce uma influência positiva e estatisticamente significativa sobre o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 2 (H2): O número de camas hospitalares por 100 mil habitantes está positivamente associado ao acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 3 (H3): A despesa em saúde em proporção do PIB apresenta uma relação positiva com o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 4 (H4): A despesa em saúde pública em proporção do PIB apresenta uma relação positiva com o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 5 (H5): A despesa em saúde privada em proporção do PIB apresenta uma relação negativa com o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 6 (H6): O nível de educação da população apresenta uma relação positiva com o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 7 (H7): O envelhecimento da população faz aumentar a dificuldade de acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 8 (H8): O aumento da população faz aumentar a dificuldade de acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Hipótese 9 (H9): Existe uma relação positiva entre o PIB per capita, medido em paridade do poder de compra, e o acesso a cuidados de saúde por parte dos cidadãos dos países da UE.

Hipótese 10 (H10): Existe uma relação negativa entre o nível da dívida pública e o acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes dos países da UE.

Amostra

A amostra é constituída por países da União Europeia observados ao longo do período compreendido entre 2011 e 2023. Tendo em consideração os estudos de Saurina et al. (2012), Vodă et al. (2018) e Roffia et al. (2023) considera-se que a metodologia de dados em painel se revela a mais adequada para o presente estudo empírico, permitindo explorar simultaneamente a dimensão temporal e transversal dos dados. A tabela 1 apresenta os países utilizados na amostra:

Tabela 1. Países da União Europeia

Áustria	Grécia
Alemanha	Hungria
Bélgica	Irlanda
Bulgária	Itália
Chéquia	Letónia
Chipre	Lituânia

Croácia	Luxemburgo
Dinamarca	Malta
Eslováquia	Países Baixos
Eslovénia	Polónia
Espanha	Portugal
Estónia	Roménia
Finlândia	Suécia
França	

Os dados utilizados neste estudo foram retirados da PORDATA, que disponibiliza informação para os países europeus referidos.

Considerando o enquadramento teórico exposto no capítulo II, identificam-se diversos fatores que podem exercer influência na explicação do acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Neste sentido, procede-se, de seguida, à apresentação da variável dependente, bem como das variáveis independentes selecionadas para o desenvolvimento da investigação.

Variável dependente

A variável dependente considerada neste estudo corresponde à proporção de indivíduos com 16 ou mais anos em cada país que, ao responderem aos inquéritos realizados a nível europeu, reportam necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde devido a limitações financeiras, listas de espera ou à distância geográfica. Importa referir que esta variável foi originalmente medida em percentagem (intervalo [0,100]), tendo sido posteriormente transformada para o intervalo [0,1], de forma a garantir a sua adequação ao modelo fracional utilizado. Para efeitos de interpretação económica, os resultados são apresentados em pontos percentuais, correspondentes à escala original da variável.

Variáveis independentes

A tabela 2 identifica cada uma das variáveis independentes utilizadas neste trabalho.

Tabela 2. Variáveis independentes a ser utilizadas no estudo empírico

Indicadores	***Descrição***	***Sigla***
Prestação de cuidados de saúde	Logaritmo natural do número de médicos por 100 mil habitantes	LNMed
Prestação de cuidados	Logaritmo natural do número de camas por 100 mil	LNCam

de saúde	habitantes	
Despesa	Despesas em saúde (% do PIB)	Des_PIB
Despesa	Despesa privada / total da despesa	DesPriv
Educação	Percentagem da população entre os 15 e os 64 anos com ensino superior	Edu
Demográficos	Número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos)	Env
Populacionais	Evolução anual da população a residir no país: $\left(\frac{População\ t - População\ t-1}{1000000}\right)$	Pop
Macroeconómicos	Logaritmo natural do PIB per capita com valores expressos em paridade do poder de compra	LNPIB
Macroeconómicos	Dívida pública em relação ao PIB	Div

Especificação do modelo

Atendendo à natureza fracionária da variável dependente, opta-se pela utilização de um modelo fracional com função de ligação logística. Adicionalmente, dado que os dados apresentam uma estrutura de painel, a estimação é efetuada através do método Generalized Estimating Equations (GEE). A escolha do método GEE justifica-se pelas características da base de dados e pelos objetivos da investigação. Neste estudo, a amostra é constituída por um painel de países da União Europeia observados entre 2011 e 2023, o que implica que as observações de um mesmo país ao longo do tempo não são independentes, apresentando uma correlação intra-país (Liang & Zeger, 1986; Zeger & Liang, 1986; Wang, 2014). Ignorar esta dependência estrutural conduziria à subestimação dos erros padrão e a inferências estatísticas inválidas (Ballinger, 2004). O GEE, desenvolvido por Liang e Zeger (1986) é particularmente adequado para modelos de dados em painel com variáveis dependentes não normais, uma vez que permite estimar os parâmetros de forma consistente sem exigir a especificação completa da distribuição conjunta dos dados, corrigindo a correlação entrapais através da aplicação dos erros padrão robustos com o estimador sandwich (Hardin & Hilbe, 2013).

No presente caso, dado que variável dependente corresponde a uma proporção (indivíduos que reportam necessidades de saúde não satisfeitas), cuja natureza fracionária e assimétrica torna inadequados os modelos lineares tradicionais; o GEE, com função de ligação logística, acomoda esta especificação sem recorrer a transformações artificiais (Papke & Wooldridge, 1996). Adicionalmente, assume-se uma

estrutura de correlação autorregressiva de primeira ordem (AR(1)), que capta o padrão temporal segundo o qual observações mais próximas no tempo são mais correlacionadas do que observações mais afastadas, hipótese plausível para fenómenos socioeconómicos e de saúde, que evoluem de forma gradual (Ballinger, 2004). De seguida é apresentado o modelo estocástico 1:

$$\text{logit}\,(E\,(\text{Acesso_it} \mid \text{X_it})) = \beta_0 + \beta_1\text{LNMed_it} + \beta_2\text{LNCam_it} + \beta_3\text{SaúdePIB_it} + \beta_4\text{DesPriv_it} + \beta_5\text{LNPIBpc_it} + \beta_6\text{IndDep_it} + \beta_7\text{DívPubPIB_it} + \beta_8\text{ESupe_it} + \beta_9\text{VarPop_it} + \gamma\text{_t}$$

em que i representa os países e t o período temporal.

A estimação é efetuada utilizando o comando xtgee do Stata®, assumindo-se uma estrutura de correlação autoregressiva de primeira ordem (AR (1)). São igualmente incluídos efeitos fixos de ano para controlar choques comuns. Tal como está descrito na tabela 2, o número de médicos por 100 mil habitantes, o número de camas por 100 mil habitantes e o PIB per capita com valores expressos em paridade do poder de compra foram expressos através do logaritmo natural.

Estatística descritiva

De modo a ser possível compreender como tem evoluído a percentagem de pessoas que reporta necessidades não satisfeitas (NNS), de seguida será analisada especificamente a estatística descritiva deste indicador que é a variável dependente deste estudo empírico.

Tabela 3. Estatística descritiva da variável dependente “Necessidades não satisfeitas”.

Variável	Média	Mediana	D.P.	Min	Máx
Necessidades não satisfeitas	3,16	1,90	3,37	0,10	16,40

Entre 2011 e 2023, a percentagem de pessoas na Europa que afirmaram necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde apresenta uma média de 3,16%. Este valor indica que, em média, pouco mais de 3% da população europeia referiu enfrentar algum tipo de barreira no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, a mediana, situada em 1,9%, mostra que em mais de metade dos casos os valores são inferiores a esse, o que sugere que, para a maioria dos países ou períodos analisados, a dificuldade de acesso é relativamente baixa. O desvio padrão de 3,37 revela, uma grande variabilidade entre países e anos, o que significa que há realidades muito distintas dentro da Europa. Enquanto alguns contextos apresentam valores mínimos de

apenas 0,1%, praticamente inexistentes, outros atingem níveis muito elevados, chegando a 16,4%, o que indica que em certos países ou períodos até cerca de um em cada seis cidadãos afirmou não ter conseguido aceder a cuidados de saúde.
Assim, o conjunto dos dados revela que o acesso aos cuidados de saúde na UE, apesar de globalmente satisfatório, continua a ser desigual e vulnerável a circunstâncias económicas e sociais adversas.

De modo a aprofundar a análise, e tal como nos estudos de Cicea e Pirlogea (2009) e Iacobuţă (2012) é analisada a evolução deste indicador entre 2011 e 2023 (Tabela 4).

Tabela 4. Evolução da variável dependente “Necessidades não satisfeitas” (NNS) entre 2011 e 2023.

País	Necessidades não satisfeitas em 2011 (%)	Necessidades não satisfeitas em 2023 (%)	Diferença (pontos percentuais)
Áustria	0,7	0,6	-0,1
Alemanha	2,2	0,2	2
Bélgica	0,5	1,1	-0,6
Bulgária	15,3	1,1	14,2
Chéquia	0,7	0,4	0,3
Chipre	2,8	0,1	2,7
Croácia		1	-1
Dinamarca	0,6	2,7	-2,1
Eslováquia	1,3	3,2	-1,9
Eslovénia	0,2	3,8	-3,6
Espanha	0,4	1,8	-1,4
Estónia	7,3	12,9	-5,6
Finlândia	0,8	7,9	-7,1
França	1,9	3,7	-1,8
Grécia	5,4	11,6	-6,2
Hungria	3,4	1	2,4
Irlanda	1,8	2,7	-0,9
Itália	5,2	1,8	3,4
Letónia	9,9	7,8	2,1
Lituânia	5,7	3,8	1,9
Luxemburgo	0,6	0,8	-0,2
Malta	0,7	0,1	0,6
Países Baixos	0,3	0,3	0
Polónia	6	3,6	2,4
Portugal	1,1	2,8	-1,7
Roménia	11,1	5,2	5,9
Suécia	2,6	2,1	0,5

Entre 2011 e 2023, a percentagem de pessoas que referem necessidades não satisfeitas, apresenta uma tendência positiva já que a média em 2011 era de 3,40% e em 2023 era de 3,11%. Ainda assim, uma análise mais fina dos dados revela diferenças marcadas entre países, com alguns a registarem progressos significativos e outros a evidenciarem um agravamento das dificuldades de acesso.

Em termos gerais, observa-se uma tendência de melhoria em vários países, sobretudo na Europa de Leste. A Bulgária destaca-se de forma notável, passando de 15,3% em 2011 para apenas 1,1% em 2023, o que representa uma redução de 14,2 pontos percentuais e traduz um avanço muito expressivo na eliminação de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Também a Roménia e a Itália registaram melhorias relevantes, com diminuições de 5,9 e 3,4 pontos percentuais, respetivamente. Estes resultados sugerem que, ao longo do período em análise, alguns países implementaram políticas eficazes de reforço dos sistemas de saúde e de combate às desigualdades no acesso.

Por outro lado, em países como a Finlândia, a Grécia e a Estónia verifica-se um agravamento acentuado. Na Finlândia, a percentagem de pessoas que reporta necessidades não satisfeitas aumentou 7,1 pontos percentuais, enquanto na Grécia o aumento foi de 6,2 e na Estónia de 5,6.

Nos restantes países europeus, as variações são pequenas, refletindo uma situação de estabilidade. Países como a Áustria, o Luxemburgo, Malta e os Países Baixos mantiveram valores praticamente inalterados entre 2011 e 2023, o que indica uma continuidade nas condições de acesso aos cuidados de saúde.

De seguida é apresentada a estatística descritiva para as variáveis independentes.

Tabela 5. Estatística descritiva das variáveis independentes.

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
LNMed	5,894	0,225	5,312	6,493
LNCam	6,18	0,362	5,233	6,762
Des_PIB	8,548	1,876	4,47	12,72
DesPriv	0,21	0,092	0,084	0,477
LNPIB	10,071	0,643	8,495	11,706
Env	27,712	4,76	15,6	37,8
Div	66,398	37,548	4,7	209,4
Edu	27,322	8,018	10,7	46,6
Pop	0,027	0,125	-0,885	0,978

Através da análise da Tabela 5, observa-se que a despesa média em saúde nos países da União Europeia corresponde a aproximadamente 8,55% do PIB, variando entre um mínimo de 4,47% e um máximo de 12,72%. Estes valores evidenciam alguma heterogeneidade entre países no esforço de financiamento do setor da saúde. No que

respeita à estrutura de financiamento, a despesa privada em saúde apresenta um valor médio de 0,21, indicando que, em média, cerca de 21% da despesa total em saúde é suportada por particulares. Este resultado sugere que, apesar do predomínio do financiamento público nos sistemas de saúde europeus, os pagamentos diretos e os mecanismos privados continuam a desempenhar um papel relevante. No domínio da educação, a variável Edu apresenta uma média de 27,3%, indicando que, em média, cerca de 27% da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos possui ensino superior completo. Este indicador revela níveis relativamente elevados de qualificação da população europeia, embora com alguma variabilidade entre países. No que concerne à estrutura demográfica, o índice de dependência de idosos (Env) apresenta um valor médio de 27,7, indicando que existem, em média, cerca de 28 indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa. Este resultado evidencia o envelhecimento demográfico da população europeia, com potenciais implicações na procura por cuidados de saúde. Relativamente à dinâmica populacional, a variável Pop apresenta um valor médio de 0,027 milhões, o que corresponde a um crescimento médio anual de aproximadamente 27 mil pessoas por país e ano, embora com variações significativas, incluindo casos de crescimento negativo. Por fim, no que respeita à situação macroeconómica, a dívida pública (Div) apresenta um valor médio de 66,4% do PIB, variando entre 4,7% e 209,4%. Estes valores evidenciam diferenças substanciais entre países no que diz respeito à sustentabilidade das finanças públicas.

Matriz de correlação

De seguida é realizada uma análise à matriz de correlação entre as variáveis.

Tabela 6. Matriz de correlação

NNS	LNMed	LNCam	Des_PIB	DesPriv	LNPIB	Env	Div	Edu	Pop	
1										Acesso
-0,0807	1									LNMed
0,0662	-0,1056	1								LNCam
-0,427	0,2814	-0,2152	1							Des_PIB
0,3845	0,2959	0,1259	-0,366	1						DesPriv
-0,4572	0,0232	-0,4413	0,5238	-0,5934	1					LNPIB
0,0657	0,4308	0,0559	0,3354	0,1331	-0,1378	1				Env
-0,0128	0,392	-0,2466	0,3734	0,1079	0,0658	0,2277	1			Div
-0,1447	-0,0544	-0,3946	0,1723	-0,1645	0,5566	-0,1961	-0,1293	1		Edu
-0,263	0,0049	-0,0457	0,4594	-0,3395	0,4201	0,0377	0,0497	0,2067	1	Pop

A matriz de correlação apresentada permite avaliar as relações lineares entre as variáveis incluídas no modelo, ajudando a identificar possíveis problemas de multicolinearidade isto é, quando duas ou mais variáveis estão fortemente

correlacionadas entre si, comprometendo a estabilidade e a interpretação dos coeficientes da regressão (Mansfield & Helms, 1982; Paul, 2006).

Ao observar os coeficientes, verifica-se que nenhuma variável apresenta uma correlação extremamente elevada com outra, o que significa que podemos ter as todas variáveis no mesmo modelo estatístico. Esta escolha preserva a capacidade explicativa e a estabilidade do modelo econométrico (Mansfield & Helms, 1982; Paul, 2006).

CAPÍTULO IV - Resultados e discussão

Resultados

Neste ponto serão apresentados e discutidos os resultados empíricos desta dissertação.

Tabela 7 - Resultados do modelo econométrico (Efeitos marginais)

Variável	Acesso
Modelo	-1
Tipo de modelo	GEE (logit, AR(1))
Constante	—
LMed	-0,0073
LCam	-0,0207*
Des_PIB	-0,0029
DesPriv	0,0436**
LPIB	-0,0382***
Env	0,0006
Div	-0,00008
Edu	0,0011
Pop	0,012
Efeitos fixos de ano	Não
Observações	240
Nº de países	21
Wald χ^2	—

Estatísticas: *** nível de significância de 1%, ** nível de significância de 5%, * nível de significância de 10%. Erros padrão robustos clusterizados por país.

A Tabela 7 apresenta os resultados da estimação do modelo GEE e os respetivos efeitos marginais médios.

Embora a amostra inicial inclua 27 países da União Europeia, a amostra efetivamente utilizada na estimação do modelo econométrico é composta por 21 países, em resultado da exclusão de observações com valores em falta em algumas das variáveis consideradas. Assim, ficaram excluídos da análise a Áustria, a Chéquia, a Dinamarca, a Eslováquia, a Itália e Malta.

A percentagem de gastos privados apresenta um efeito positivo e estatisticamente significativo. Em termos de efeitos marginais, um aumento de 1 ponto percentual na percentagem de despesa privada em saúde está associado a um aumento de aproximadamente 0,0436 pontos percentuais na proporção de indivíduos que reporta necessidades não satisfeitas de acesso. Este resultado está em linha com evidência empírica, de que os pagamentos diretos constituem uma barreira relevante ao acesso, afetando de forma desproporcional os agregados de menor rendimento (Galbraith et al. (2005), Xesfingi e Vozikis (2016) e Ranabhat et al. (2018)).

A riqueza dos países, medida pelo Pibpercapita, apresenta um efeito negativo e estatisticamente significativo. Um aumento de 10% no PIB per capita está associado a uma redução de aproximadamente 0,0038 (ou 0,38 pontos percentuais) na proporção de indivíduos que reporta necessidades não satisfeitas de acesso. Este resultado está em consonância com a literatura que evidencia o papel da riqueza económica na melhoria da cobertura e acessibilidade dos sistemas de saúde (Amaro e Costa, 2023; Roffia et al., 2023; Xesfingi e Vozikis, 2016). Ainda assim, a magnitude do efeito é relativamente reduzida.

No que respeita aos indicadores de recursos humanos, os resultados não evidenciam um efeito estatisticamente significativo do número de médicos por 100 mil habitantes na falta de acesso aos cuidados de saúde.

Embora estes resultados não confirmem a evidência empírica de estudos como El-Awaisi et al. (2021) e Amaro e Costa (2023), que identificam os recursos humanos como determinantes centrais do desempenho dos sistemas de saúde, podem refletir limitações na variabilidade dos dados ou diferenças estruturais entre países europeus. Adicionalmente, como salientam Bleich et al. (2009) e Popescu et al. (2007), o impacto da densidade de profissionais de saúde pode manifestar-se mais ao nível da qualidade e eficiência dos cuidados do que no acesso percebido, o que poderá justificar a ausência de significância estatística no presente modelo.

No que respeita à capacidade física dos sistemas de saúde, a variável LNCamas apresenta um efeito negativo, com significância estatística marginal (p=0,078). Em termos de efeitos marginais, um aumento de 10% no número de camas hospitalares por 100 mil habitantes está associado a uma redução de aproximadamente 0,002 (ou 0,2 pontos percentuais) na proporção de indivíduos que reportam falta de acesso. Este resultado encontra-se em linha com a literatura (Popescu et al., 2007; Pardhan e Drydakis, 2021; Hussain et al., 2023), que evidencia o papel das infraestruturas na redução das listas de espera e na melhoria da capacidade de resposta dos sistemas de saúde.

No que respeita à variável de variação populacional, não se encontra evidência robusta de um impacto estatisticamente significativo sobre a falta de acesso. Este resultado sugere que o crescimento populacional, por si só, pode não ser suficiente para explicar as dificuldades de acesso no contexto europeu, sendo necessário considerar fatores institucionais e organizacionais, tal como referido por Dias et al. (2008) e Roffia et al. (2023).

Relativamente aos efeitos temporais, embora os coeficientes associados a cada ano não sejam individualmente significativos, o teste conjunto evidencia que estes são

globalmente relevantes (Prob > chi2 = 0.0000), confirmando a importância de controlar por choques comuns que afetam simultaneamente todos os países ao longo do período em análise.

A não significância de algumas variáveis pode refletir limitações de variabilidade ou correlação entre indicadores. A análise do fator de inflação da variância (VIF) efetuada com base numa regressão linear simples (pooled OLS) não identifica problemas de multicolinearidade.

Com base nos resultados empíricos é possível validar três hipóteses de investigação. A Hipótese 2 (H2) confirmou que o número de camas hospitalares está positivamente associado ao acesso (coeficiente negativo e marginalmente significativo). A Hipótese 5 (H5) foi suportada: a despesa privada em saúde apresenta uma relação negativa com o acesso (efeito positivo e significativo sobre as necessidades não satisfeitas). A Hipótese 9 (H9) também se confirmou: o PIB per capita está positivamente associado o acesso (coeficiente negativo para necessidades não satisfeitas e estatisticamente significativo). As restantes hipóteses (H1, H3, H4, H6, H7, H8, H10) não obtiveram suporte empírico.

Discussão

Tendo por base os resultados apresentados, é possível extrair um conjunto alargado de contributos relevantes para a gestão das unidades de saúde, com especial enfoque nas aplicabilidades práticas no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, tendo em conta as suas especificidades estruturais, organizacionais e demográficas. A evidência empírica demonstrou de forma clara que o acesso aos cuidados de saúde resulta de uma combinação complexa de fatores relacionados com recursos humanos, capacidade instalada, financiamento, estrutura demográfica e contexto socioeconómico, o que implica que as estratégias de gestão devem ser integradas, articuladas e orientadas para a eficiência, equidade e sustentabilidade.

Desde logo, a relevância da capacidade física, medida pelo número de camas hospitalares, tem implicações diretas na gestão hospitalar e no planeamento da rede de cuidados. Em Portugal, onde se tem assistido a um processo prolongado de encerramento de camas e concentração de serviços, muitas vezes sem um reforço proporcional dos cuidados continuados e domiciliários, estes resultados alertam para os riscos associados à redução excessiva da capacidade instalada. A gestão eficiente da lotação hospitalar exige um equilíbrio entre eficiência produtiva e margem de segurança operacional, capaz de absorver picos de procura, crises sanitárias e flutuações sazonais. Torna-se, assim, essencial investir em modelos de gestão de

camas baseados em sistemas preditivos de procura, articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados, e reforço das unidades de convalescença e cuidados paliativos. Esta abordagem integrada permitiria reduzir internamentos evitáveis, libertar camas hospitalares para situações agudas e melhorar a fluidez do percurso do doente no sistema, com impactos diretos na perceção de acesso.

No domínio do financiamento, os resultados obtidos sugerem que o aumento da despesa total em saúde, por si só, não garante melhorias significativas no acesso, o que coloca em evidência a necessidade de reforçar a eficiência no SNS. Para os gestores das unidades de saúde, isto traduz-se na importância crescente da gestão por objetivos, da contratualização baseada em resultados e da monitorização sistemática de indicadores de desempenho clínico, económico e organizacional. A adoção de modelos de financiamento orientados para o valor, que privilegiem ganhos em saúde, qualidade e satisfação dos utentes, pode contribuir para uma utilização mais racional dos recursos públicos. Em paralelo, o combate ao desperdício, à duplicação de exames, à prescrição inadequada e às ineficiências logísticas assume um papel central na sustentabilidade financeira do SNS.

É fundamental também que as administrações hospitalares deixem de ser fortemente condicionadas por critérios políticos e passem a assentar numa lógica de profissionalização, mérito e competência técnica. A frequente substituição das equipas de gestão em função dos ciclos governativos tem contribuído para a instabilidade organizacional, descontinuidade estratégica e fraca responsabilização por resultados, comprometendo a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados no SNS. Neste sentido, devem ser introduzidas mudanças estruturais claras. Em primeiro lugar, os processos de nomeação dos conselhos de administração devem basear-se em concursos públicos transparentes, com critérios objetivos de seleção, valorizando a experiência em gestão da saúde, liderança, planeamento estratégico e economia da saúde. Em segundo lugar, é necessário garantir maior estabilidade dos mandatos, protegendo-os de interferências políticas, desde que os objetivos contratualizados sejam cumpridos. Em terceiro lugar, deve reforçar-se a autonomia de gestão das unidades hospitalares, permitindo uma utilização mais flexível dos recursos humanos, financeiros e materiais, sempre acompanhada por sistemas rigorosos de monitorização e avaliação de desempenho. Estas mudanças permitiriam uma gestão mais eficiente, previsível e orientada para resultados, favorecendo a implementação de reformas estruturais, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e o aumento da confiança dos profissionais e dos cidadãos no SNS.

A evidência de que o aumento da despesa direta das famílias constitui uma barreira significativa ao acesso reforça a centralidade do SNS enquanto instrumento de equidade social. Para a gestão das unidades de saúde, este resultado implica uma atenção particular à eliminação de custos indiretos para os utentes, como tempos de espera excessivos, deslocações prolongadas, múltiplas consultas fragmentadas e circuitos administrativos complexos. A simplificação dos processos, a melhoria da articulação entre níveis de cuidados e a aposta na proximidade territorial podem reduzir os encargos financeiros e temporais suportados pelos cidadãos. Só este tipo de estratégia pode evitar que se criem circuitos paralelos de acesso que aprofundem desigualdades e fragilizem o princípio da universalidade do SNS.

Finalmente, a influência positiva do PIB per capita no acesso aos cuidados de saúde reforça a importância do desenvolvimento económico regional como determinante indireto da saúde. Este estudo demonstrou que não há convergência social sem convergência económica, pelo que os governos nacionais dos países devem primar pelo crescimento económico de modo que seja criada a riqueza para proporcionar uma maior facilidade de acesso a cuidados de saúde aos cidadãos.

Conclusão

A presente investigação teve como objetivo analisar os principais determinantes das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre países europeus, evidenciando de que forma fatores económicos, financeiros, estruturais e demográficos influenciam a capacidade dos sistemas de saúde em garantir um acesso equitativo e efetivo. Para tal, foi utilizada uma abordagem de dados em painel, considerando um conjunto de países da União Europeia ao longo do período mais recente disponível. Atendendo à natureza fracionária da variável dependente, que se cifra na proporção de indivíduos que reportam necessidades não satisfeitas de acesso a cuidados de saúde, optou-se pela estimação de um modelo fracional com função de ligação logística, através do método GEE, o que permitiu acomodar a correlação intra-país e obter efeitos marginais médios diretamente interpretáveis.

Os resultados evidenciam que a estrutura de financiamento do sistema de saúde desempenha um papel central na explicação das desigualdades no acesso. Em particular, a despesa privada em saúde apresenta um efeito positivo e estatisticamente significativo, indicando que um aumento do peso dos pagamentos diretos está associado a um agravamento das dificuldades de acesso. Este resultado reforça a evidência de que os encargos financeiros suportados diretamente pelos utentes

constituem uma barreira relevante, afetando de forma desproporcional os indivíduos com menor capacidade económica.

Por outro lado, o nível de desenvolvimento económico, medido pelo PIB per capita, revela um efeito negativo e significativo, sugerindo que países mais ricos tendem a apresentar menores níveis de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde. Este resultado confirma o papel do crescimento económico na melhoria da capacidade dos sistemas de saúde, quer através do reforço do financiamento público, quer pela melhoria das condições gerais de vida da população.

No que respeita à capacidade instalada dos sistemas de saúde, medida pelo número de camas hospitalares, observa-se um efeito negativo com significância estatística marginal, indicando que uma maior disponibilidade de infraestruturas pode contribuir para a redução das dificuldades de acesso, nomeadamente através da diminuição dos tempos de espera e do aumento da capacidade de resposta.

Relativamente aos recursos humanos em saúde, os resultados não evidenciam um efeito estatisticamente significativo do número de médicos sobre o acesso aos cuidados. A variável relativa aos enfermeiros foi testada em especificações alternativas, mas não foi mantida no modelo final devido à ausência de significância estatística e ao impacto na estabilidade das estimativas. Estes resultados podem refletir limitações na variabilidade dos dados, bem como diferenças institucionais e organizacionais entre os sistemas de saúde europeus, sugerindo que o impacto dos recursos humanos poderá manifestar-se mais ao nível da qualidade e eficiência dos cuidados do que no acesso percecionado.

No que concerne às variáveis demográficas e restantes indicadores considerados, não se encontrou evidência robusta de efeitos estatisticamente significativos, sugerindo que, no contexto europeu, fatores estruturais e económicos assumem um papel mais determinante na explicação das desigualdades no acesso.

A análise dos efeitos temporais revela que, embora os coeficientes associados a cada ano não sejam individualmente significativos, o teste conjunto confirma a sua relevância estatística, evidenciando a importância de controlar choques comuns que afetam simultaneamente todos os países, como crises económicas ou eventos sanitários.

Do ponto de vista das implicações práticas, os resultados destacam a importância de políticas públicas orientadas para a redução dos pagamentos diretos pelos utentes, o reforço da equidade no financiamento dos sistemas de saúde e a promoção do crescimento económico como fator indireto de melhoria do acesso. Adicionalmente, sublinham a necessidade de um planeamento eficiente da capacidade instalada, garantindo um equilíbrio entre eficiência e capacidade de resposta.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas e que abrem caminho para futuras investigações. Em primeiro lugar, deve ser reconhecido que o estudo não incorporou variáveis clínicas ou epidemiológicas relacionadas com a prevalência de doenças crónicas, como a diabetes, as doenças circulatórias e as doenças respiratórias, que, segundo Iuga et al. (2024), representam um dos principais fatores de pressão sobre os sistemas de saúde europeus, especialmente entre a população idosa. A elevada prevalência destas patologias influencia diretamente a procura por cuidados médicos, os custos de saúde e, consequentemente, o acesso efetivo. A sua ausência impede uma análise mais precisa. Além disso, a análise agregada ao nível dos países não permite explorar desigualdades entre regiões, como as existentes entre zonas urbanas e rurais, ou entre diferentes grupos socioeconómicos, étnicos e de género (Ladwig et al., 2000; Dunlop et al., 2002; Nie et al., 2010; Van Hemelrijck & Schröder-Bäck, 2014).

Deste modo, futuras investigações devem integrar indicadores relacionados com a prevalência de doenças crónicas, como diabetes, doenças circulatórias e respiratórias, dada a sua influência direta sobre a procura e utilização dos serviços de saúde. Adicionalmente, as futuras investigações deviam analisar as desigualdades regionais e locais. Este tipo de abordagem possibilitaria identificar disparidades significativas entre zonas urbanas e rurais, que são frequentemente mascaradas em análises agregadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday, L. A. (1975). *Development of indices of access to medical care*. Health Administration Press.

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, *9*(3), 208–220.

Aguirre-Duarte, N. (2025). Connecting the dots: Digital ecosystems and interoperability's essential role in achieving integrated care and person-centred care. *International Journal of Integrated Care*, *25*(1).

Aisa, R., Clemente, J., & Pueyo, F. (2014). The influence of (public) health expenditure on longevity. *International Journal of Public Health*, *59*(5), 867–875. https://doi.org/10.1007/s00038-014-0574-6

Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*, *15*(3), 7–9. https://eurohealth.org/wp-content/uploads/2015/05/Eurohealth_15_3.pdf

Antunes, M., Ramos, L., Lourenço, O., & Quintal, C. (2020). Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise: Nem tudo é dinheiro? *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(2), Artigo e00248418. https://doi.org/10.1590/0102-311X00248418

Amaro, M., & Costa, L. M. (2023). Determinants of access to healthcare in European countries. *European Journal of Applied Business and Management*, *9*(4), 71–88. https://doi.org/10.58869/EJABM9(4)/05

Andersen, R. (1968). *A behavioral model of families' use of health services* (Research Series No. 25). Center for Health Administration Studies, University of Chicago.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*, 1–10. https://doi.org/10.2307/2137284

Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research*, *18*(1), 49–74.

Antunes, R. S. (2025). *Desigualdades em saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Avendano, M., Glymour, M. M., Banks, J., & Mackenbach, J. P. (2009). Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: A comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health*, *99*(3), 540–548. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.139469

Ballinger, G. A. (2004). Using generalized estimating equations for longitudinal data analysis. *Organizational Research Methods*, *7*(2), 127–150. https://doi.org/10.1177/1094428104263361

Bammert, P., Schüttig, W., Novelli, A., Iashchenko, I., Spallek, J., Blume, M., ... & Sundmacher, L. (2024). The role of mesolevel characteristics of the health care system and socioeconomic factors on health care use: Results of a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, *23*(1), Article 37. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02122-6

Bleich, S. N., Özaltin, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, *87*(4), 271–278. https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401

Chenic, A. Ș., Crețu, A. I., & Tescan, L. (2018). A long-term analysis of two undeniable realities of the XXI century: Global economic crisis and demographic aging. *Revista de Management Comparat International*, *19*(2), 196–212. https://doi.org/10.24818/RMCI.2018.2.196

Cicea, C., & Pirlogea, C. (2009). Factors of access to public health services in Romania. *Economia: Seria Management*, *12*(2), 32–39.

Comissão Europeia. (2007). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013* (White Paper). https://health.ec.europa.eu/publications/white-paper-together-health-strategic-approach-eu-2008-2013_en

Costa, J., & Garcia, J. (2003). Demand for private health insurance: How important is the quality gap? *Health Economics*, *12*(7), 587–599. https://doi.org/10.1002/hec.756

Crawshaw, A. F., Farah, Y., Deal, A., Rustage, K., Hayward, S. E., Carter, J., ... & Hargreaves, S. (2022). Defining the determinants of vaccine uptake and undervaccination in migrant populations in Europe to improve routine and COVID-19 vaccine uptake: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, *22*(9), e254–e266. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00066-4

Cylus, J., & Papanicolas, I. (2015). An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? *Health Policy, 119*(9), 1133–1144.

De Luca, G., Ponzo, M., & Andrés, A. R. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, *13*(1), 1–31. https://doi.org/10.1007/s10754-012-9119-9

De Santis, K. K., Jahnel, T., Sina, E., Wienert, J., & Zeeb, H. (2021). Digitization and health in Germany: Cross-sectional nationwide survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, *7*(11), e32951. https://doi.org/10.2196/32951

Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, *8*(1), Article 207. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207

Doorslaer, E. V., & Jones, A. M. (2004). Income-related inequality in health and health care in the European Union. *Health Economics*, *13*(7), 605–608. https://doi.org/10.1002/hec.917

Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Song, J., & Chang, R. W. (2002). Gender and ethnic/racial disparities in health care utilization among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, *57*(4), S221–S233. https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.S221

El-Awaisi, A., Awaisu, A., Aboelbaha, S., Abedini, Z., Johnson, J., & Al-Abdulla, S. A. (2021). Perspectives of healthcare professionals toward interprofessional collaboration in primary care settings in a Middle Eastern country. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *14*, 363–379. https://doi.org/10.2147/JMDH.S286960

Estrela, M., Semedo, G., Roque, F., Ferreira, P. L., & Herdeiro, M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, *177*, 105124. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105124

European Commission. (2017). *European Pillar of Social Rights*. Publications Office of the European Union. https://commission.europa.eu/system/files/2017-11/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf

Fennelly, K. (2006). Listening to the experts: Provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity*, *13*(4), 190–201.

Galbraith, A. A., Wong, S. T., Kim, S. E., & Newacheck, P. W. (2005). Out-of-pocket financial burden for low-income families with children: Socioeconomic disparities and effects of insurance. *Health Services Research*, *40*(6 Pt 1), 1722–1736. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00445.x

Garrido, R. U., & Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, *28*, 81–88. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.013

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, *53*(9), 1149–1162. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9

Gray, R., Headley, J., Oakley, L., Kurinczuk, J. J., Brocklehurst, P., & Hollowell, J. (2009). *Towards an understanding of variations in infant mortality rates between different ethnic groups in England and Wales*. National Perinatal Epidemiology Unit.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does access to health care mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*(3), 186–188. https://doi.org/10.1258/135581902760082517

Hanssens, L. G., Detollenaere, J. D., Van Pottelberge, A., Baert, S., & Willems, S. J. (2017). Perceived discrimination in primary healthcare in Europe: Evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. *Health & Social Care in the Community*, *25*(2), 641–651. https://doi.org/10.1111/hsc.12353

Hardin, J. W., & Hilbe, J. M. (2013). *Generalized estimating equations* (2nd ed.). CRC Press.

Hargreaves, S., Friedland, J. S., Gothard, P., Saxena, S., Millington, H., Eliahoo, J., ... & Holmes, A. (2006). Impact on and use of health services by international migrants: Questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Services Research*, *6*(1), 153. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-153

Hussain et al. (2023). The role of healthcare infrastructure in reducing barriers to healthcare access.

Iacobuță, A. O. (2012). Patients' evaluation of access and quality healthcare in EU countries: A comparative analysis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *62*, 896–900. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.151

Iuga, I. C., Nerișanu, R. A., & Iuga, H. (2024). The impact of healthcare system quality and economic factors on the older adult population: A health economics perspective. *Frontiers in Public Health*, *12*, Article 1454699. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1454699

Jørgensen, K., Bonde Dahl, M., & Frederiksen, J. (2020). Healthcare professionals' and users' experiences of intersectoral care between hospital and community mental healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6510. https://doi.org/10.3390/ijerph17186510

Karnoe, A., Furstrand, D., Christensen, K. B., Norgaard, O., & Kayser, L. (2018). Assessing competencies needed to engage with digital health services: Development of the eHealth literacy assessment toolkit. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(5), e178. https://doi.org/10.2196/jmir.8347

Kert, S., Švab, I., Sever, M., Makivić, I., & Pavlič, D. R. (2015). A cross-sectional study of socio-demographic factors associated with patient access to primary care in Slovenia. *International Journal for Equity in Health*, *14*(1), Article 39. https://doi.org/10.1186/s12939-015-0166-y

Kim, T. J., Vonneilich, N., Lüdecke, D., & von dem Knesebeck, O. (2017). Income, financial barriers to health care and public health expenditure: A multilevel analysis of 28 countries. *Social Science & Medicine*, *176*, 158–165. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.044

Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology, 16*(6), 511–518. https://doi.org/10.1023/A:1007629920752

Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social health inequalities and eHealth: A literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(4), e136. https://doi.org/10.2196/jmir.6731

Lee, J. C. (2003). Health care reform in South Korea: Success or failure? *American Journal of Public Health*, *93*(1), 48–51. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.48

Lee, O. E. K., Kim, D. H., & Beum, K. A. (2020). Factors affecting information and communication technology use and eHealth literacy among older adults in the US and South Korea. *Educational Gerontology*, *46*(9), 575–586. https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1790162

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*, 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, *73*(1), 13–22. https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13

Linden, M., & Ray, D. (2017). Life expectancy effects of public and private health expenditures in OECD countries 1970–2012: A panel time series approach. *Economic Analysis and Policy*, *56*, 101–113. https://doi.org/10.1016/j.eap.2017.06.005

Mackenbach, J. P., Slobbe, L., Looman, C. W. N., van der Heide, A., Polder, J., & Garssen, J. (2011). Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: Effect of more health care for the elderly? *European Journal of Epidemiology*, *26*(12), 903–914. https://doi.org/10.1007/s10654-011-9633-y

Mackenbach, J. P., et al. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 115*(25), 6440–6445. https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115

Malinowski, P. (2024). Determinants of healthcare expenditure: A cross-sectional analysis at the country level. *Journal of Education, Health and Sport*, *70*, 55541. https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.70.55541

Mansfield, E. R., & Helms, B. P. (1982). Detecting multicollinearity. *The American Statistician*, *36*(3a), 158–160. https://doi.org/10.1080/00031305.1982.10482818

Marmot, M. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report*. WHO Regional Office for Europe.

Moreno-Serra, R., & Smith, P. C. (2015). Broader health coverage is good for the nation's health: Evidence from country level panel data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A*, *178*(1), 101–124. https://doi.org/10.1111/rssa.12048

Nie et al. (2010). Gender and age differences in the utilization of health care services.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(2), e9. https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. https://www.who.int/about/governance/constitution

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. World Health Organization.

Ortega Perals, P., Cruz Rambaud, S., & Sánchez García, J. (2025). How macroeconomic factors and educational level impact on the quality of healthcare status: Some dynamic panel data evidence from Europe. *Quality & Quantity*, *59*(3), 2053–2067. https://doi.org/10.1007/s11135-024-02017-2

Papke, L. E., & Wooldridge, J. M. (1996). Econometric methods for fractional response variables with an application to 401(k) plan participation rates. *Journal of Applied Econometrics*, *11*(6), 619–632. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1255(199611)11:6<619::AID-JAE418>3.0.CO;2-1

Pardhan, S., & Drydakis, N. (2020). Associating the change in new COVID-19 cases to GDP per capita in 38 European countries in the first wave of the pandemic. *Frontiers in Public Health*, *8*, 582140. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582140

Paul, R. K. (2006). *Multicollinearity: Causes, effects and remedies*. Indian Agricultural Statistics Research Institute (IASRI).

Popescu, L., Raț, C., & Rebeleanu, A. D. (2007). Self-assessed health status and satisfaction with health care services in the new member states of the European Union. *Studia UBB Sociologia*, *52*(2), 125–150.

Predescu (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services* (Country report for Romania). Institute of Public Health, Bucharest.

Puthussery, S. (2016). Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *32*, 39–49. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.003

Ranabhat, C. L., Atkinson, J., Park, M. B., Kim, C. B., & Jakovljevic, M. (2018). The influence of universal health coverage on life expectancy at birth (LEAB) and healthy life expectancy (HALE): a multi-country cross-sectional study. *Frontiers in pharmacology*, *9*, 960. https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00960

Roffia, P., Bucciol, A., & Hashlamoun, S. (2023). Determinants of life expectancy at birth: A longitudinal study on OECD countries. *International Journal of Health Economics and Management*, *23*(2), 189–212. https://doi.org/10.1007/s10754-022-09338-5

Ruijter, A., Hervey, T., & Prainsack, B. (2024). Solidarity and trust in European Union health governance: Three ways forward. *The Lancet Regional Health – Europe*, *46*, 101068. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101068

Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine*, *10*(9–10), 469–475. https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90114-1

Saurina, C., Vall-Llosera, L., & Saez, M. (2012). Factors determining access to and use of primary health care services in the Girona Health Region (Spain). *The European Journal of Health Economics*, *13*(4), 419–427. https://doi.org/10.1007/s10198-011-0313-3

Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, *23*(3), 325–348. https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113

Söyler, S., & Çavmak, D. (2023). An evaluation of access to healthcare services in Türkiye. *Aurum Journal of Health Sciences*, *5*(2), 69–76.

Stirbu, I., Kunst, A. E., Mielck, A., & Mackenbach, J. P. (2011). Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Services Research*, *11*(1), Article 288. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-288

Suorsa, H. (2025). *Unity in diversity of European healthcare systems: A legal perspective on common values and principles* (Doctoral dissertation). University of Antwerp.

Tengilimoğlu, D. (2015). Informal payments in health systems: Purpose and occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research, 41*(5), 684–696.

Troitiño, D. R., Mazur, V., & Kerikmäe, T. (2024). E-governance and integration in the European Union. *Internet of Things*, *27*, 101321. https://doi.org/10.1016/j.iot.2024.101321

Tsawe, M., & Susuman, A. S. (2014). Determinants of access to and use of maternal health care services in the Eastern Cape, South Africa: A quantitative and qualitative investigation. *BMC Research Notes*, *7*, 723. https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-723

Tur-Sinai, A., Paz, A., & Doron, I. (2022). Self-rated health and socioeconomic status in old age: The role of gender and the moderating effect of time and welfare regime in Europe. *Sustainability*, *14*(7), 4240. https://doi.org/10.3390/su14074240

União Europeia. (2023). *GDP per capita, consumption per capita and price level indices*. Eurostat.

Van Deursen, A. J., & Helsper, E. J. (2015). The third-level digital divide: Who benefits most from being online? In *Communication and Information Technologies Annual* (Vol. 10, pp. 29–52). Emerald Group Publishing. https://doi.org/10.1108/S2050-206020150000010002

Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(2), 177–183. https://doi.org/10.1503/cmaj.050584

Van Hemelrijck & Schröder-Bäck (2014). *Gender and healthcare accessibility in Europe*.

Vodă, A. I., Bostan, I., & Țigănaș, C. G. (2018). Impact of macroeconomic and healthcare provision factors on patient satisfaction. *Current Science*, *115*(1), 43–48.

Wang, M. (2014). Generalized estimating equations in longitudinal data analysis: A review and recent developments. *Advances in Statistics*, *2014*, Article 303728. https://doi.org/10.1155/2014/303728

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, *16*, Article 94. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4

Yardim, M. S., & Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, *122*(6), 645–651. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.016

Yeung, A. W. K., Tosevska, A., Klager, E., Eibensteiner, F., Tsagkaris, C., Parvanov, E. D., ... & Atanasov, A. G. (2022). Medical and health-related misinformation on social media:

Bibliometric study of scientific literature. *Journal of Medical Internet Research*, *24*(1), e28152. https://doi.org/10.2196/28152

Zeger, S. L., & Liang, K. Y. (1986). Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*, *42*(1), 121–130. https://doi.org/10.2307/2531248