



**Perfil dos utentes e consumos de uma instituição de saúde  
privada**

XIX Curso de Mestrado Gestão da Saúde

**Ana Rita Campos Lopes**

**Outubro, 2025**





**Perfil dos utentes e consumos de uma instituição de saúde  
privada**

XIX Curso de Mestrado Gestão da Saúde

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação  
científica de Prof<sup>o</sup> Doutor Julian Perelman (ENSP-UNL)

**Outubro, 2025**



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar a minha mais profunda gratidão a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Julian Perelman, pela orientação, pelos desafios lançados e pelas valiosas direções que me foi dando ao longo de todo este percurso. Um sincero agradecimento também ao Professor Doutor Paulo Boto, à Professora Doutora Joana Alves, ao Professor Doutor Pedro Aguiar e à Dra. Isabel Andrade pela disponibilidade, apoio e contributos prestados sempre que deles precisei.

A todos os colegas do XIX Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, obrigada pela partilha de momentos, aprendizagens e companheirismo. Um agradecimento muito especial à Cristiana, pela amizade e pela presença constante ao longo desta jornada. Foi com ela que partilhei de perto todas as etapas deste processo — as dúvidas, as conquistas, os desafios e até as horas menos fáceis. A sua força, incentivo e boa disposição tornaram este caminho muito mais leve e feliz. Sem ela, tudo teria sido mais solitário e difícil. Depois disto, merecemos celebrar!

Agradeço à minha família e amigos, que sempre se mostraram disponíveis para apoiar, ouvir e encorajar, mesmo à distância. Um obrigado especial à Maria, pelos conselhos e contributos tão importantes para a organização e cumprimento das orientações deste trabalho.

E à Adriana, o meu reconhecimento profundo e carinhoso — pela paciência, pela dedicação e pela ajuda essencial na organização da base de dados e respetiva análise. A sua colaboração foi determinante, e sem ela este projeto teria sido bem mais difícil e demorado.

A todos, o meu sincero obrigada!



## RESUMO

**Introdução:** Nas últimas décadas, o setor da saúde em Portugal tem atravessado profundas transformações demográficas e estruturais, marcadas pelo envelhecimento da população, aumento das doenças crónicas e crescente procura de cuidados no setor privado. Apesar da universalidade do SNS, os pagamentos diretos das famílias têm aumentado. A adesão a seguros de saúde privados e subsistemas tem crescido de forma expressiva. O presente trabalho tem como objetivo compreender os perfis dos utentes que recorrem ao setor privado, as suas formas de financiamento, analisando os níveis de copagamento e valores médios pagos.

**Métodos:** Foi desenvolvido um estudo ecológico analítico retrospectivo através do qual foram analisados os episódios não pediátricos, em ambulatório ocorridos numa instituição privada na AML, em 2023. Inicialmente realizou-se a caracterização do perfil do utente por faixa etária, sexo e entidade financiadora mais utilizada. Posteriormente foi analisada a associação entre a faixa etária e a entidade financiadora mais utilizada, bem como o valor médio pago por utente, por entidade, total e a percentagem de copagamento por entidade. Por fim, realizou-se a análise dos fatores associados ao valor total pago por utente.

**Resultados:** No ano de 2023 foram atendidos em ambulatório 68 361 utentes, dos quais 60,2% eram do sexo feminino. O SNS e a ADSE foram as entidades financiadoras mais utilizadas. A análise revelou diferenças estatisticamente significativas associadas ao sexo, idade e tipo de entidade financiadora no valor total pago por utente. Os utentes cuja entidade financiadora foi a ADSE apresentaram o copagamento mais reduzido (27%), enquanto as entidades financiadoras privadas registaram encargos médios superiores a 70%.

**Conclusão:** Este estudo mostra que existem diferenças no perfil, nas entidades financiadoras mais utilizadas e nos níveis de copagamento dos utentes que frequentam a instituição de saúde em estudo.

**Palavras-Chave:** serviços de saúde privados; perfil do utente; entidade financiadora; copagamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, the health sector in Portugal has undergone profound demographic and structural transformations, marked by population ageing, the growing prevalence of chronic diseases, and an increasing demand for healthcare services in the private sector. Despite the universality of the National Health Service (NHS), out-of-pocket household payments have been rising. The uptake of private health insurance and occupational health subsystems has also grown significantly. This study aims to understand the profiles of users who resort to the private sector and their modes of financing, analysing the levels of cost-sharing and the average amounts paid.

**Methods:** An analytical retrospective ecological study was conducted to analyse non-paediatric outpatient episodes that occurred in a private healthcare institution in the Lisbon Metropolitan Area (AML) in 2023. Initially, patients were characterised by age group, sex, and the most frequently used financing entity. Subsequently, the association between age group and the main financing entity was examined, as well as the average amount paid per user, by entity and in total, and the percentage of cost-sharing by entity. Finally, factors associated with the total amount paid by each user were analysed.

**Results:** In 2023, a total of 68,361 outpatients were treated, of whom 60.2% were female. The National Health Service (NHS) and ADSE were the most frequently used financing entities. The analysis revealed statistically significant differences in the total amount paid per user, associated with sex, age, and type of financing entity. Users whose financing entity was ADSE showed the lowest cost-sharing level (27%), while those covered by private financing entities recorded average out-of-pocket expenses exceeding 70%.

**Conclusion:** This study shows that there are differences in the profile, the most frequently used financing entities, and the levels of cost-sharing among users attending the healthcare institution under study.

**Key-words:** private healthcare services; patient profile; funding entity; copayment.

# Índice

<b>RESUMO</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	viii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b> .....	ix
<b>1. Introdução</b> .....	1
1.1. Enquadramento Teórico .....	4
1.1.1 Evolução do sistema de saúde em Portugal .....	4
1.1.2 Financiamento do Setor da Saúde em Portugal .....	4
1.1.3 Despesa em saúde .....	5
<b>2. Problemas e objetivos de investigação</b> .....	12
2.1. Objetivos de investigação .....	12
<b>3. Metodologia</b> .....	13
3.1. Desenho do estudo .....	13
3.2. Fonte de dados .....	13
3.3. População e critérios de seleção da população .....	14
3.3.1. Definição da população em estudo .....	14
3.3.2. Critérios de exclusão .....	14
3.4. Definição das variáveis .....	14
3.5. Recolha e tratamento da base de dados .....	17
3.6. Análise Estatística .....	17
3.6.1. Caracterização do perfil do utente .....	17
3.6.2. Fatores associados ao valor total pago por utente .....	18
<b>4. Apresentação dos resultados</b> .....	19
4.1 Caracterização do perfil do utente .....	19
4.2 Associação entre a faixa etária e a entidade financiadora .....	20
4.3 Valor médio pago pelo utente, entidade e total, com percentagem de copagamento ajustados à entidade financiadora .....	22
4.4 Fatores associados ao valor pago por utente .....	23
<b>5. Discussão de resultados</b> .....	25
5.1 Caracterização do perfil do utente .....	26
5.2 Análise da associação entre o perfil demográfico e a entidade financiadora mais utilizada 28	
5.3 Análise do valor médio pago por utente, valor médio total e os percentuais de copagamento ajustados à entidade financiadora .....	29
5.4 Fatores associados ao valor total pago por cada utente .....	31
5.5 Limitações do estudo .....	33
<b>6. Conclusão</b> .....	35
<b>7. Referências</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	40



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Despesa corrente em saúde, pública e privada .....	5
Gráfico 2: Despesa corrente em saúde por agentes financiadores .....	6
Gráfico 3: Distribuição relativa das entidades financiadoras por faixa etária .....	17

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Descrição, tipo e categorias das variáveis .....	12
Tabela 2: Caracterização demográfica da população .....	15
Tabela 3: Distribuição dos utentes pela entidade financiadora mais frequentemente utilizada .....	15
Tabela 4: Distribuição dos utentes pela segunda entidade financiadora mais frequentemente utilizada .....	16
Tabela 5: Despesas médias por entidade, valor total e copagamento .....	18
Tabela 6: Fatores associados ao valor total pago por utente: modelo generalizado com distribuição gama e função logarítmica .....	19

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

AML - Área Metropolitana de Lisboa

APHP - Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP - Desvio-Padrão

IC - Intervalo de Confiança

INE - Instituto Nacional de Estatística

MLG - Modelo Linear Generalizado

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

RGPD - Regime Geral sobre Proteção de Dados

RMN – Ressonância Magnética

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRS - Serviços Regionais de Saúde

SVS - Seguros Voluntários de Saúde

UE - União Europeia

USF - Unidade de Saúde Familiar



# 1. Introdução

Nas últimas décadas, o setor da saúde em Portugal tem sofrido transformações profundas, impulsionadas por fatores demográficos, tecnológicos e económicos. O envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e a crescente exigência dos utentes relativamente à qualidade e eficiência dos cuidados de saúde têm contribuído para uma maior procura dos serviços de saúde privados, sobretudo nas áreas urbanas como a Área Metropolitana de Lisboa (AML).<sup>1,2</sup> Apesar de todos os cidadãos residentes em Portugal terem acesso a cuidados de saúde providenciados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), os pagamentos diretos têm vindo a crescer ao longo do tempo.<sup>3</sup>

Em 2022, 30% da despesa em saúde em Portugal foi financiada através de pagamentos diretos dos cidadãos, o que corresponde ao dobro da média da União Europeia (UE).<sup>4</sup> Adicionalmente, Portugal é o terceiro país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em que as despesas diretas em saúde mais pesam na despesa total dos agregados familiares: 5,2%, percentagem esta apenas superada pelas registadas na Suíça (5,5%) e na Coreia (6,1%).<sup>5</sup> Como possível resposta a esta elevada percentagem de pagamentos diretos estima-se que entre  $\frac{1}{5}$  e  $\frac{1}{4}$  da população tenha uma segunda (ou mais) opção de cobertura através de outros subsistemas de saúde e Seguros Voluntários de Saúde (SVS).<sup>4,6</sup>

Verificou-se entre o ano de 2021 e 2023 um crescimento significativo da despesa corrente privada em saúde, estimado em 6,6%, impulsionado pelo aumento da atividade assistencial dos prestadores privados, como hospitais e clínicas de ambulatório. Esta tendência é acompanhada por um crescimento expressivo no financiamento por parte de entidades privadas, com destaque para as sociedades de seguros (+16,9%) e os subsistemas públicos voluntários (+11,1%). Paralelamente, a despesa das famílias aumentou 5,1%, enquanto a do SNS e dos Serviços Regionais de Saúde (SRS) cresceu apenas 3,1%, com uma redução da sua importância relativa em 0,9 pontos percentuais.<sup>7</sup>

Entre 2000 e 2020, a contribuição dos seguros de saúde privados para o financiamento dos cuidados de saúde aumentou substancialmente, ultrapassando o dobro do seu valor inicial. A crescente adesão a seguros de saúde é outro indicador do reforço da presença do setor privado no financiamento da saúde.<sup>8</sup> Em 2023, a subscrição de seguros de

saúde em Portugal aumentou 17,3%, com o setor segurador a registar um crescimento global de 23% nos prémios recebidos, totalizando 13,1 mil milhões de euros.<sup>9</sup>

Estes dados refletem uma mudança estrutural no sistema de saúde, marcada por um reforço do papel das entidades privadas na prestação e financiamento dos cuidados de saúde em Portugal. Mesmo após este crescimento relativo substancial, em 2020 os fundos movimentados pelos seguros de saúde privados não chegaram a representar 4% da despesa total em cuidados de saúde, o que contrasta de forma muito evidente com o número de contratos de seguro de saúde privado. A proporção mais elevada alcançada historicamente foi em 2018 com 4,1% da despesa total em cuidados de saúde financiada por seguros de saúde privados. Dito de uma forma simplificada, são muitos contratos, mas cobrem em média quantitativamente pouco.<sup>9</sup>

Neste contexto, compreender quem são os utentes que recorrem aos serviços de saúde privados, quais os seus perfis sociodemográficos, padrões de consumo e formas de financiamento, é essencial para informar a gestão estratégica das instituições de saúde e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a equidade no seu acesso. Será também relevante compreender melhor o porquê de existir um paradoxo no que diz respeito aos seguros de saúde. A existência de um número elevado de pessoas seguradas ao nível da saúde em Portugal e o contributo desses seguros ao nível do financiamento das despesas ser considerado baixo e muitas vezes insuficiente.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral identificar e compreender a associação dos perfis, consumos e fontes de financiamento dos utentes que frequentam os serviços de saúde privados numa instituição localizada na AML, com base em dados do ano de 2023. Serão analisadas variáveis como idade, sexo, entidade financiadora mais frequente e valores pagos pelo utente e pela entidade, bem como o valor total pago por utente dos atos consumidos.

De forma a responder aos objetivos propostos, a presente dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos.

O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde se apresenta o enquadramento geral do tema, sua relevância no contexto da gestão da saúde, compreende o enquadramento teórico, abordando as temáticas da evolução do sistema de saúde em Portugal, do financiamento do setor da saúde e da despesa em saúde.

No segundo capítulo são apresentados o problema e os objetivos de investigação.

O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada, detalhando o desenho do estudo e os procedimentos adotados.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos os quais são posteriormente analisados e discutidos no quinto capítulo, onde se refletem também as principais limitações do estudo e se sugerem orientações para futuras investigações.

Por fim, o sexto capítulo é dedicado às conclusões, destacando os principais contributos deste estudo para a área da gestão da saúde.

## 1.1. Enquadramento Teórico

### 1.1.1 Evolução do sistema de saúde em Portugal

No ano de 1990 deu-se uma das principais reformas na saúde em Portugal, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, que define o sistema de saúde português como um sistema que visa a efetivação e acesso ao direito à proteção da saúde.<sup>10</sup> Este foi um período de expansão do SNS que estava integrado numa ampla rede de prestadores de cuidados do setor social e privado. Através de serviços próprios, o Estado assume um papel ativo na prestação de cuidados de saúde, estabelecendo parcerias com entidades privadas para assegurar essa prestação, ao mesmo tempo que apoia e supervisiona a atividade privada desenvolvida no setor da saúde. Deste modo, tanto os cidadãos como as entidades públicas e privadas são chamados a cooperar na criação de condições que garantam o exercício do direito à proteção da saúde e promovam a adoção de estilos de vida saudáveis.<sup>10</sup>

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS passam a ser definidas as entidades a intervir no sistema de saúde.<sup>11</sup> O sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde tutelados pelo Ministério da Saúde); subsistemas de saúde (regimes especiais de seguro de saúde que proporcionam cobertura a determinadas profissões como é o caso do regime de funcionários públicos); e, todas as entidades privadas bem como todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde.<sup>11,12</sup>

### 1.1.2 Financiamento do Setor da Saúde em Portugal

Atualmente continuamos a ter um sistema de saúde composto pela coexistência de três sistemas: o SNS, os subsistemas de saúde e os regimes privados de Seguro Voluntário de Saúde, sendo que a principal diferença entre eles é o tipo de financiamento.

O financiamento do SNS é assegurado por “verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.” A legislação em vigor define critérios objetivos e quantificáveis que orientam o financiamento do SNS, podendo prever valores mínimos ajustados a indicadores demográficos, sociais e de saúde. O investimento público no SNS segue uma lógica de planeamento plurianual, garantindo a continuidade e sustentabilidade das políticas de saúde.<sup>13</sup>

O financiamento do setor da saúde em Portugal assenta em diferentes fontes de receita. Por um lado, é assegurado pelos cidadãos através do pagamento de impostos, constituindo o denominado financiamento público. Adicionalmente, inclui as contribuições para subsistemas de saúde associados à profissão, de natureza pública, como a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), ou privada, como o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS), entre outros. O financiamento decorre ainda do pagamento de prémios de seguros de saúde contratados voluntariamente e, por fim, dos pagamentos diretos efetuados pelos utentes no momento da utilização dos cuidados de saúde.<sup>14</sup>

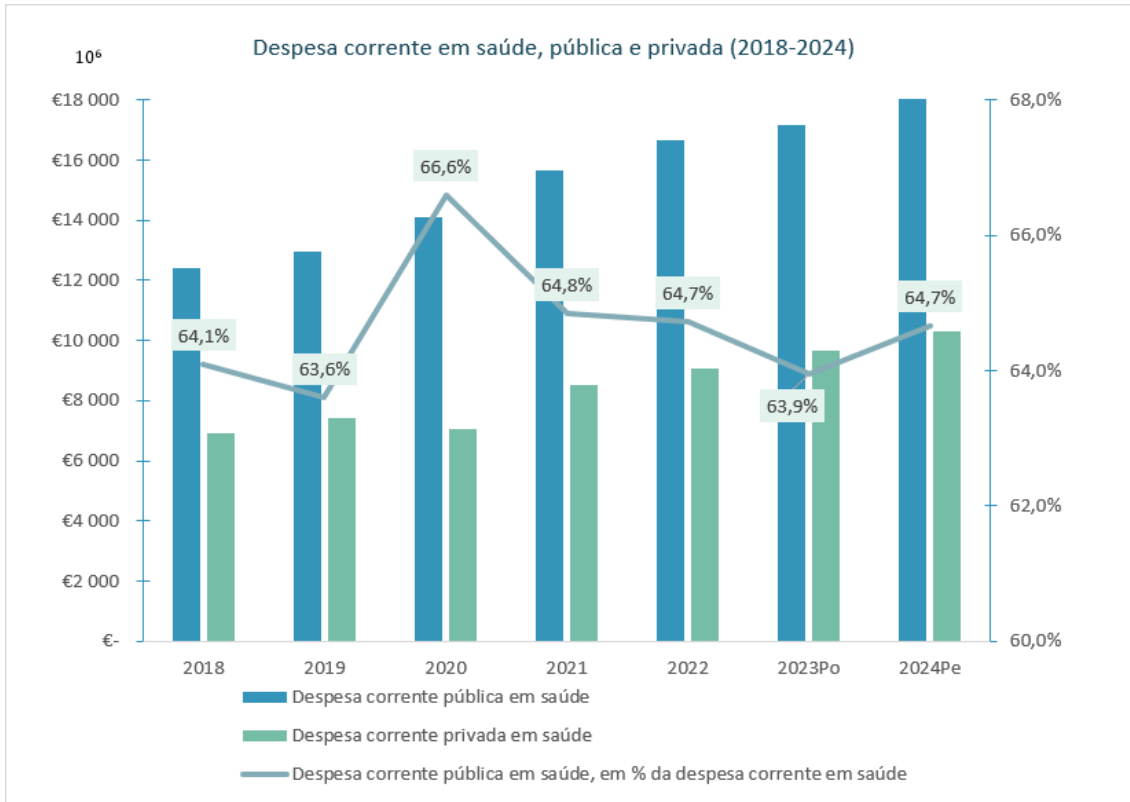
### 1.1.3 Despesa em saúde

O aumento anual da despesa corrente em saúde constitui um fenómeno comum à maioria dos países da União Europeia (EU), resultante do envelhecimento demográfico e do avanço das inovações tecnológicas no domínio dos cuidados de saúde. Em Portugal, desde 2020, esta despesa atingiu os níveis mais elevados das últimas décadas, fortemente influenciada pelo impacto da pandemia de Covid-19.<sup>7,15</sup>

De acordo com os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) na edição anual da publicação “Estatísticas da Saúde” e “Conta Satélite da Saúde” relativas aos anos de 2023 e 2024 respetivamente, a despesa em saúde tem vindo a aumentar, como tem sido tendência a nível global no que diz respeito às despesas em saúde. De acordo com os dados publicados pelo INE, em 2024 a despesa corrente em saúde deverá atingir os 29 205,1 milhões de euros, correspondendo a 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2023, a despesa corrente em saúde cresceu 4,4%, atingindo 26 866,3 milhões de euros (10,0% do PIB). As atividades dos hospitais (públicos e privados) e dos prestadores privados de cuidados de saúde, como consultórios médicos, de medicina dentária e clínicas médicas impulsionaram este crescimento.<sup>7,16</sup>

A partir da análise do gráfico 1, apresentado a seguir, verifica-se que desde o ano de 2021 se deu uma diminuição da percentagem da despesa corrente pública em saúde, a par do crescimento da percentagem da despesa corrente privada em saúde. Em 2023, o peso da despesa corrente pública diminuiu 0,6 pontos percentuais. Para 2024 estima-se um aumento na despesa corrente em saúde de 0,8%, com um maior crescimento relativo na despesa corrente pública.<sup>16</sup>

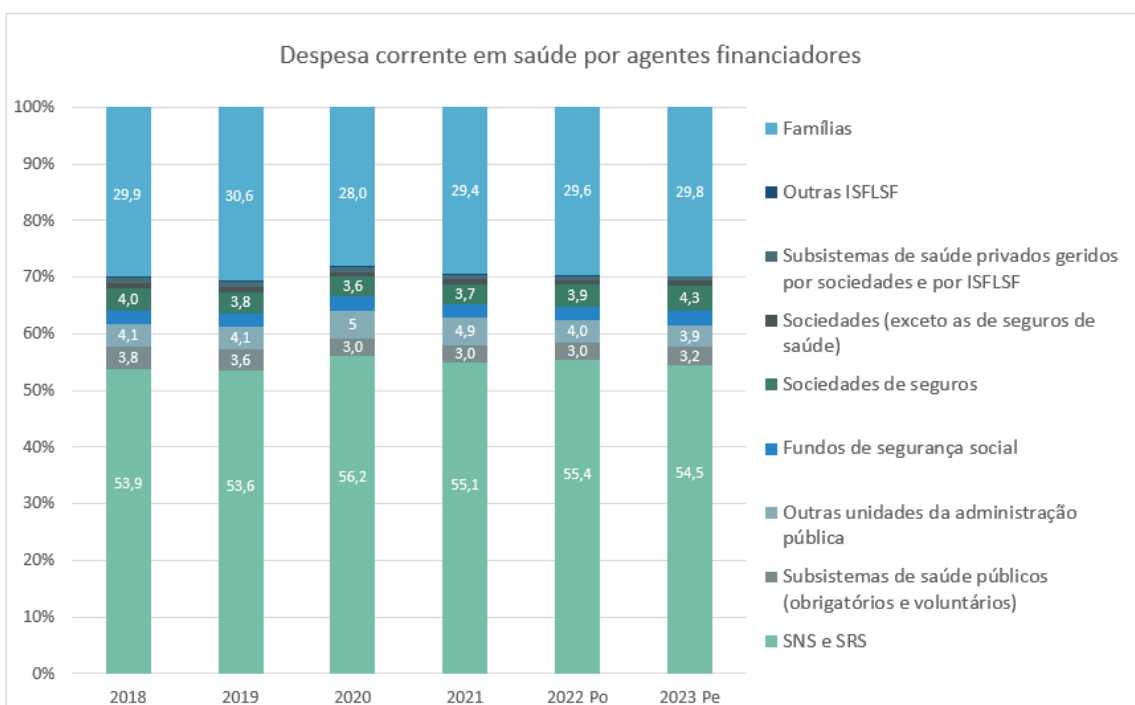
Gráfico 1-Despesa corrente em saúde, pública e privada. Fonte INE. Elaboração própria.



A análise do gráfico seguinte (Gráfico 2) permite verificar que, nos últimos anos, se manteve a tendência de o SNS e os SRS das Regiões Autónomas constituírem, em conjunto, os principais agentes financiadores da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 55,8% do total. As famílias surgem como o segundo maior agente financiador, refletindo o peso dos pagamentos diretos efetuados pelos utentes.<sup>7</sup>

Observa-se ainda uma ligeira diminuição da participação pública em 2023, acompanhada por um aumento marginal da contribuição das famílias e dos subsistemas privados, o que poderá traduzir uma maior pressão sobre o financiamento individual e o crescimento da procura por cuidados no setor privado. Apesar das oscilações anuais, a estrutura de financiamento mantém-se relativamente estável, evidenciando a predominância do investimento público, complementado por uma participação significativa das famílias.

Gráfico 1- Despesa corrente em saúde por agentes financiadores. Fonte INE. Elaboração própria.



Pe- previsto; Po- provisório

As despesas não reembolsadas permanecem bastante elevadas, bem acima da média da UE. A despesa em saúde suportada diretamente pelas famílias tem sido crescente desde o ano de 2020, estando previsto atingir em 2023 o valor de 29,8%. Em termos estruturais, entre 2021 e 2023 destaca-se a diminuição do peso relativo da despesa do SNS e dos SRS (54,5% da despesa corrente em 2023, menos 0,5 pontos percentuais do que em 2021) e o aumento de 0,4 pontos percentuais do peso relativo da despesa das famílias.<sup>7</sup>

Com o objetivo de atenuar as dificuldades financeiras das famílias portuguesas, a legislação aprovada em 2020 determinou a eliminação das taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e nos serviços prescritos no âmbito do SNS. Até então, a maioria dos serviços — incluindo urgências, consultas de medicina geral e familiar e consultas de especialidade — implicava o pagamento de taxas moderadoras de valor fixo. Contudo, considerando o reduzido montante dessas taxas e o elevado número de isenções já em vigor (abrangendo cerca de 6,1 milhões de utentes, correspondentes a aproximadamente 60% da população), é pouco provável que esta alteração legislativa tenha tido um impacto expressivo na redução das despesas diretas não reembolsadas em Portugal.<sup>17,18</sup>

Em Portugal, e à semelhança do que sucede na generalidade dos países da UE, também a contratação de seguros de saúde tem vindo a verificar um crescimento significativo nos últimos anos, estimando-se que, em 2023, 31% da população residente em Portugal beneficie de um seguro de saúde. Esta pode ser uma resposta às despesas em saúde não reembolsadas, e também, à demora no acesso a consultas de especialidade.<sup>18</sup>

Em 2023, a rede hospitalar em Portugal era composta por 130 hospitais privados — mais 28 do que em 2010 —, 111 hospitais públicos e um hospital em regime de parceria público-privada. Nesse ano, os hospitais privados representavam 53,7% do total, enquanto os hospitais públicos correspondiam a 45,9%. A predominância do setor privado verificava-se em todo o território nacional.

No que respeita à lotação total, os hospitais contabilizavam 35,7 mil camas, das quais 24,0 mil pertenciam aos hospitais públicos, 11,5 mil aos hospitais privados e 277 ao hospital em parceria público-privada, traduzindo um aumento de 235 camas face a 2013. Entre os hospitais privados, as camas de internamento em enfermarias representavam 45,9% do total, enquanto os quartos privados correspondiam a 22,1%, evidenciando uma maior aposta neste tipo de acomodação.<sup>7</sup>

Segundo o relatório elaborado pelo conselho das finanças públicas, relativo à Evolução do Desempenho do SNS no ano de 2023, o aumento de atividade verificado no setor privado pode ser explicado por diversas razões, entre elas poderá estar a seguinte: o acesso a cuidados de saúde no setor público. Os constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde primários, enquanto primeiro ponto de contacto com o SNS, é um dos principais fatores que pode ser correlacionado com um aumento da atividade do setor privado. Nomeadamente, a maior proporção de utentes não inscritos em Unidades de Saúde Familiar (USF) e o crescente número de utentes sem médico de família. Em 2023, o número de utentes do SNS aumentou para 10,6 milhões inscritos, dos quais 1,7 milhões de utentes (16%) não tinham médico de família atribuído.

Em comparação com o ano de 2022, registou-se um aumento de cerca de 230 mil utentes nesta situação, representando um fator adicional de pressão sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS. Esta realidade contribui para a sobrecarga dos serviços de urgência e internamento, levando frequentemente os hospitais a redirecionar recursos das atividades programadas para responder a episódios de carácter urgente. Paralelamente, observa-se uma saturação da resposta pública em saúde, que se traduz num risco acrescido de necessidades de saúde não satisfeitas entre a população. De

acordo com dados da OCDE (2019), cerca de 40% dos portugueses reportaram necessidades de saúde por satisfazer — a percentagem mais elevada da UE.<sup>19</sup>

Entre os principais fatores que explicam esta situação em Portugal destaca-se o aumento das listas de espera em 2023, tanto para a primeira consulta hospitalar, como para intervenções cirúrgicas e para o acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a que se somam constrangimentos de natureza financeira. Apesar do aumento do número de primeiras consultas hospitalares realizadas em 2023 (+156 mil face a 2022), tal crescimento não foi suficiente para acompanhar a procura acrescida (+263 mil pedidos), resultando assim num agravamento das listas de espera nesse ano.<sup>19</sup>

A população com menores rendimentos enfrenta as maiores restrições no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que depende, em larga medida, dos serviços prestados pelo SNS e dispõe de menor capacidade financeira para recorrer a alternativas privadas. Portugal apresenta um desempenho menos favorável face à média da OCDE nos indicadores que avaliam o acesso aos cuidados de saúde, destacando-se o peso das despesas suportadas pelas famílias, sobretudo através dos pagamentos diretos efetuados pelos utentes.

Estes pagamentos, conhecidos como *out-of-pocket*, podem ocorrer de forma discricionária ou no âmbito de acordos de copagamento, representando frequentemente uma proporção significativa dos gastos em saúde das famílias. Em 2021, os pagamentos *out-of-pocket* corresponderam a 29% da despesa total em saúde em Portugal — um valor substancialmente superior ao registado em países como França, Países Baixos e Luxemburgo, onde não ultrapassaram 10%, e acima da média da OCDE (18,4%). Nesse mesmo ano, as despesas privadas em saúde (seguros privados e pagamentos *out-of-pocket*) aumentaram 17,6% face a 2020, atingindo 1 409 euros per capita, o segundo valor mais elevado da UE27.<sup>19</sup>

O aumento das listas de espera para a atividade cirúrgica, para a RNCCI e para as primeiras consultas hospitalares evidencia uma diminuição da capacidade de resposta do SNS. Paralelamente, o papel dos cuidados de saúde primários enquanto primeiro ponto de contacto com o sistema tem vindo a enfraquecer, em resultado do crescente número de utentes sem médico de família atribuído. Estas limitações contribuem para uma dificuldade acrescida na referenciação dos utentes para os hospitais, conduzindo muitos a recorrer a alternativas de acesso, nomeadamente os serviços de urgência e o setor privado da saúde.<sup>19</sup>

De acordo com o inquérito anual à atividade dos membros da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), o setor privado da saúde em Portugal registou, em 2024, um aumento significativo da sua capacidade e volume de atividade. Os dados indicam que este crescimento se verificou em diversas áreas de intervenção, associado, em grande medida, ao investimento em novos equipamentos e ao reforço da capacidade instalada.

Em 2024, o investimento total no setor privado da saúde ultrapassou os 200 milhões de euros, representando um acréscimo de cerca de 18% face a 2023. Nesse mesmo ano, o número de hospitais privados atingiu 131 unidades, o valor mais elevado registado até à data. Estas unidades foram responsáveis pela realização de aproximadamente 10,7 milhões de consultas médicas — um aumento de 10% em relação ao ano anterior — e cerca de 1,5 milhões de episódios de urgência, o que corresponde a um crescimento de 3% face a 2023. Em média, estes valores traduzem uma atividade diária superior a 29 mil consultas e mais de 4 mil episódios de urgência em unidades privadas de saúde.<sup>20</sup>

Em 2024, o número de cirurgias realizadas em unidades privadas aumentou 6% face ao ano anterior, totalizando 286 941 intervenções — o valor mais elevado registado neste setor. Do total de cirurgias efetuadas, cerca de 5,5% foram abrangidas pelo programa do SNS, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), destinado à redução das listas de espera cirúrgicas. Este valor representa o nível mais baixo de contratualização de cirurgias pelo Estado com o setor privado até à data. Apesar da tendência de redução da natalidade em Portugal, o número de partos realizados em estabelecimentos privados aumentou aproximadamente 5% em relação a 2023, atingindo um total de 15 092 nascimentos.

A área dos exames complementares de diagnóstico apresentou o maior crescimento entre os indicadores de atividade dos hospitais privados, destacando-se a realização de mais de meio milhão de exames de ressonância magnética (RMN), o que corresponde a um aumento de 15% face ao ano anterior.<sup>20</sup>

Analisando esta tendência de crescimento dos serviços e instituições de saúde privadas apresentados é pertinente conhecer o perfil dos utentes dessas instituições, uma vez que pouco se sabe sobre os mesmos, bem como sobre a despesa geral na prestação de cuidados de saúde nestas instituições. Devido à incapacidade do SNS dar resposta a toda a população muitos utentes acabam por ser enviados ou ver-se obrigados a recorrer a estes serviços de saúde.

O principal objetivo desta dissertação será responder às questões que surgem relativamente a possíveis diferenças nas populações que frequentam as instituições públicas versus as instituições privadas, esperando que seja uma população mais jovem, saudável e com um maior poder económico visto que a maioria dos atos a realizar nestas instituições pressupõe o pagamento de pelo menos uma parte do ato (no caso de haver comparticipação por parte de uma entidade) ou até mesmo do seu pagamento na totalidade. Será também importante conseguir traçar as tendências de consumo da instituição privada em análise e perceber o que podem representar nesse contexto.

## **2. Problemas e objetivos de investigação**

O objetivo do desenvolvimento desta tese é procurar responder à questão “De que forma as características sociodemográficas se relacionam com a entidade financiadora e os consumos dos utentes numa instituição de saúde privada?”

### **2.1. Objetivos de investigação**

O objetivo geral deste estudo consiste em identificar e compreender a associação dos perfis dos utentes que frequentam os serviços de saúde privados numa instituição localizada na AML em relação às entidades financiadoras e consumos realizados pelos mesmos.

Tendo como objetivos específicos:

- Caracterizar demograficamente o perfil dos utentes (idade, sexo);
- Identificar quais as entidades financiadoras mais utilizadas;
- Analisar a associação entre o perfil demográfico e a entidade financiadora mais utilizada;
- Analisar o valor médio pago por utente, valor médio total e as percentagens de copagamento ajustados à entidade financiadora;
- Identificar os fatores estatisticamente significativos em relação ao valor total pago por cada utente.

### **3. Metodologia**

Neste capítulo serão apresentados o desenho de estudo, a fonte de dados, a população e critérios de seleção da população, a definição das variáveis e, finalmente, as etapas de análise de dados.

#### **3.1. Desenho do estudo**

De forma a realizar uma investigação que vá, não só ao encontro dos objetivos, como também, responda à questão de investigação, foi usada a metodologia quantitativa, sendo o presente estudo definido como um estudo observacional analítico retrospectivo transversal. A metodologia escolhida foi a quantitativa uma vez que esta demonstra ser mais eficaz a testar diversas hipóteses e teorias, bem como no que diz respeito à confiança no estudo. Através desta metodologia é possível generalizar os resultados obtidos por meio de análise estatística e permite também relacionar variáveis mensuráveis, submetendo-as a testes estatísticos o que permite replicar os resultados e validar as conclusões. O estudo é classificado como observacional uma vez que não existiu recolha de dados com intervenção direta por parte do investigador, tratando-se da observação/recolha de dados já existentes, sendo a unidade de análise os utentes que frequentaram a instituição de saúde privada durante o período de tempo definido. É também analítico porque se pretende identificar e analisar associações entre variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e padrões de utilização dos serviços de saúde (número de consumos realizados e entidade mais frequente). Trata-se de um estudo retrospectivo uma vez que os dados foram recolhidos anteriormente (ano de 2023), bem como de um estudo transversal por estar a ser feita uma observação de determinados utentes por um período de tempo definido, sem seguimento temporal dos utentes.

#### **3.2. Fonte de dados**

A fonte de dados utilizada neste estudo corresponde à base de dados interna de uma instituição de saúde privada, realizando exclusivamente cuidados em ambulatório, em diversas especialidades. A instituição localiza-se na AML e o período ao qual se referem os dados é de 1 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023, exportados mensalmente em ficheiros Excel. A amostra inclui todos os utentes com registo completo de dados sociodemográficos, entidade financiadora e consumos, não sendo aplicada uma técnica de amostragem probabilística, uma vez que se trata de uma amostra por conveniência, baseada na totalidade dos dados disponíveis.

As informações foram extraídas de forma anónima e agregada, garantindo a confidencialidade e o cumprimento da legislação aplicável em matéria de proteção de dados pessoais, nomeadamente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). O acesso aos dados foi autorizado pela direção da instituição, mediante pedido formal e compromisso de utilização exclusiva para fins académicos. Todos os dados foram anonimizados antes da análise, não sendo possível identificar individualmente os utentes. O estudo respeitou os princípios éticos fundamentais para a investigação em saúde e obteve parecer favorável da direção da instituição. Não foram recolhidos dados clínicos sensíveis, apenas informação administrativa e financeira relevante para os objetivos do estudo.

### 3.3. População e critérios de seleção da população

#### 3.3.1. Definição da população em estudo

A população em estudo é composta por todos os atos não pediátricos realizados numa instituição de saúde privada na AML, entre 01/01/2023 e 31/12/2023.

#### 3.3.2. Critérios de exclusão

Para o presente estudo foram excluídos os atos que contivessem as seguintes características:

-Utentes com idade inferior a 18 anos, por questões de proteção de dados e enviesamento na associação da entidade utilizada;

-Sem informação de características indispensáveis para a análise, tais como: sexo, idade, entidade mais frequente, valor pago pelo utente ou valor pago pela entidade.

A base de dados inicialmente continha 76 599 utentes que frequentaram a instituição de saúde privada em estudo no ano de 2023 e após as exclusões, obteve-se um total de 68 361 utentes.

### 3.4. Definição das variáveis

Tendo como objetivo caracterizar o perfil do doente e os seus consumos numa instituição de saúde privada na AML, foram trabalhadas características sociodemográficas e características de consumo presentes na base de dados. As variáveis são descritas na Tabela 1.

Tabela 1- Descrição, tipo e categorias das variáveis.

Variável	Descrição	Tipo de Variável	Categorias
Sexo	Refere-se ao sexo biológico dos utentes, conforme registado na base de dados da instituição.	Qualitativa nominal	1-Feminino 2-Masculino
Idade	Idade dos utentes à data da realização dos atos médicos, em anos.	Quantitativa discreta	_____
Entidade mais frequente	Identifica a entidade responsável pelo maior número de atos associado a cada utente, durante o período em análise.	Quantitativa nominal	ADSE, ADVANCECARE, MÉDIS, MULTICARE, OUTROS PRIVADOS, OUTROS SUBSISTEMAS, PARTICULARES, SNS
Segunda entidade mais frequente	Identifica a entidade responsável pelo segundo maior número de atos associado a cada utente, durante o período em análise.	Quantitativa nominal	ADSE, ADVANCECARE, MÉDIS, MULTICARE, OUTROS PRIVADOS, OUTROS SUBSISTEMAS, PARTICULARES, SNS

Valor pago pelo utente	Montante total pago diretamente pelo utente à instituição, referente aos atos realizados ao longo de 2023.	Quantitativa contínua	Euros (€)
Valor pago pela entidade	Montante total pago pela entidade mais frequente relativamente aos atos realizados pelo utente.	Quantitativa contínua	Euros (€)
Valor total pago	Soma dos valores pagos pelo utente e pela entidade, representando o custo total dos atos realizados por utente.	Quantitativa contínua	Euros (€)
Copagamento	<p>Proporção do valor total suportado pelo utente. Pode ser calculado com a seguinte fórmula:</p> <p>Copagamento (%)</p> $= \left( \frac{\text{Valor pago pelo utente}}{\text{Valor total pago}} \right) \times 100$	Quantitativa contínua	Percentagem

As faixas etárias foram definidas de forma a categorizar as idades dos utentes permitindo posteriormente realizar a análise estatística. De forma a avaliar quais os seguros que mais contribuíam no copagamento para o utente no valor pago pelos atos médicos realizados foi calculada e criada a variável copagamento (%). As entidades que apresentaram uma frequência relativa inferior a 5% foram categorizadas como Outros Privados e Outros Subsistemas dependendo da entidade.

### 3.5. Recolha e tratamento da base de dados

A base de dados, de natureza retrospectiva, foi exportada em formato digital (Excel), tendo sido posteriormente tratada e analisada com recurso a software estatístico adequado (Excel, *Python* e SPSS). Os ficheiros de Excel fornecidos continham informação relativa às seguintes variáveis: nº do processo, sexo, idade, valor pago pelo utente, valor pago pela entidade, valor total, entidade pela qual foi realizado o respetivo ato e data de realização do mesmo. Foram fornecidos 12 ficheiros Excel, cada ficheiro correspondendo a cada mês do ano de 2023. Após a agregação dos dados num ficheiro único de Excel, com recurso ao software *Python*, foi realizada uma agregação por utente, permitindo identificar qual a entidade mais frequentemente utilizada, a 2ª entidade mais frequentemente utilizada e definir a faixa etária de cada utente. No caso de o utente ter o mesmo número de atos com 2 entidades diferentes foi definido no programa de *Python* que a entidade deveria ser escolhida aleatoriamente de forma a ter uma análise não enviesada.

### 3.6. Análise Estatística

#### 3.6.1. Caracterização do perfil do utente

A análise estatística foi de carácter descritivo e realizada com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29.0.2.0. Procedeu-se à elaboração de tabelas de frequências absolutas e relativas, bem como de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas.

Foram ainda efetuadas tabulações cruzadas para explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e a entidade mais frequentemente utilizados. Na análise de despesas, calcularam-se os valores médios pagos por utente, por entidade e o valor total, com respetivos desvios-padrão (DP), incluindo a estimativa do copagamento médio. Os valores médios pagos por utente, entidade ou a soma dos dois foi expressa em euros (€).

### 3.6.2. Fatores associados ao valor total pago por utente

Para identificar os fatores associados ao valor total pago pelos cuidados de saúde, foi utilizado um Modelo Linear Generalizado (MLG), assumindo uma distribuição gamma e função de ligação logarítmica para a variável dependente. Esta abordagem é particularmente adequada para variáveis contínuas, estritamente positivas, com distribuição assimétrica à direita e sobretudo, é a distribuição mais comum quando se modelizam custos/despesas como é o caso deste estudo.

A variável dependente considerada foi:

- Valor total pago por utente (soma do valor suportado pelo utente e pela entidade financiadora).

As variáveis independentes incluídas no modelo foram:

- Sexo (masculino, feminino);
- Faixa Etária, categorizada em 4 grupos (18-30, 31-50, 51-65, >66);
- Entidade mais utilizada (ADSE, ADVANCECARE, MÉDIS, MULTICARE, OUTROS PRIVADOS, OUTROS SUSISTEMAS, PARTICULARES, SNS)

As categorias de referência foram: 18-30 anos, sexo feminino, ADSE.

Os resultados foram expressos em coeficientes exponenciados  $EXP(B)$  que se trata da razão de médias, com respetivos intervalos de confiança (IC) a 95% e os valores  $p$  do teste de Wald. Considerou-se um nível de significância de  $p < 0,05$  para determinação de efeitos estatisticamente significativos. As estimativas foram obtidas por máxima verosimilhança. Interpretou-se o  $EXP(B)$  como a razão de valores médios, representando o efeito multiplicativo em relação à categoria de referência e, no caso da variável contínua, o efeito por cada unidade adicional. Assumiu-se o nível de significância de  $\alpha=0,05$ .

## 4. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados será dividida em: caracterização do perfil do utente, associação da entidade mais utilizada e faixa etária, definição do valor médio pago pelo utente, entidade e total, com percentagem de copagamento ajustados à entidade financiadora e por último a análise dos fatores associados ao valor total pago.

### 4.1 Caracterização do perfil do utente

No ano de 2023 foram atendidos em ambulatório um total de 68 361 utentes na instituição privada em estudo. Verificou-se que 39,8% (27 227) dos utentes são do sexo masculino e 60,2% (41 134) dos utentes são do sexo feminino (Tabela 2). Obteve-se uma média de idades dos utentes de  $57,46 \pm 18,18$ DP, com idades compreendidas entre os 18 e os 111 anos. Cerca de 10% dos utentes situa-se na faixa etária dos 18-30 anos, enquanto 37,3% (25 526) dos utentes situa-se na faixa etária  $\geq 66$  anos, constituindo o grupo etário mais representativo.

Tabela 2- Caracterização demográfica da população.

		Frequência	%
Sexo	Masculino	27 227	39,8
	Feminino	41 134	60,2
Faixa Etária	18-30	6 854	10,0
	31-50	16 916	24,7
	51-65	19 065	27,9
	$\geq 66$	25 526	37,3
Total		68 361	100

Relativamente à entidade mais frequentemente utilizada por cada utente, verificou-se que o SNS foi a entidade predominante, abrangendo 44,2% (30 249) dos utentes (Tabela 3).

Seguiu-se a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), com 23,2% (15 845), e, em menor proporção, entidades como a AdvanceCare (8,1%), Multicare (7,7%) e Médis (6,2%).

A entidade “Particulares”, que correspondente a atos pagos integralmente pelos utentes, foi a menos utilizada, representando apenas 2,9% (2 001).

À exceção da entidade “Particulares”, todas as restantes apresentaram uma representatividade superior a 5%.

Tabela 3- Distribuição dos utentes pela entidade financiadora mais frequentemente utilizada.

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>ADSE</b>	15 845	23,2
<b>ADVANCECARE</b>	4 365	6,4
<b>MÉDIS</b>	3 461	5,1
<b>MULTICARE</b>	4 142	6,1
<b>OUTROS PRIVADOS</b>	4 030	5,9
<b>OUTROS SUBSISTEMAS</b>	4 268	6,2
<b>PARTICULARES</b>	2 001	2,9
<b>SNS</b>	30 249	44,2
<b>TOTAL</b>	<b>68 361</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à segunda entidade mais frequentemente utilizada pelos utentes, verificou-se que a maioria não recorreu a uma segunda entidade, sendo que em 87,0% (59 502) dos casos apenas foi registada a utilização de um único plano (Tabela 4). No entanto, nos casos em que foi utilizada uma segunda entidade o SNS continua a destacar-se como a entidade mais utilizada com 4,8% (3 250) dos utentes, seguindo-se a entidade Particulares com 4,0% (2 749) utentes.

Tabela 4- Distribuição dos utentes pela segunda entidade financiadora mais frequentemente utilizada.

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>ADSE</b>	636	0,9
<b>ADVANCECARE</b>	747	1,1
<b>MÉDIS</b>	252	0,4
<b>MULTICARE</b>	339	0,5
<b>OUTROS PRIVADOS</b>	716	1,1
<b>OUTROS SUBSISTEMAS</b>	170	0,2
<b>PARTICULARES</b>	2 749	4,0
<b>SNS</b>	3 250	4,8
<b>Não recorreu a outra entidade</b>	59 502	87,0
<b>TOTAL</b>	<b>68361</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2 Associação entre a faixa etária e a entidade financiadora

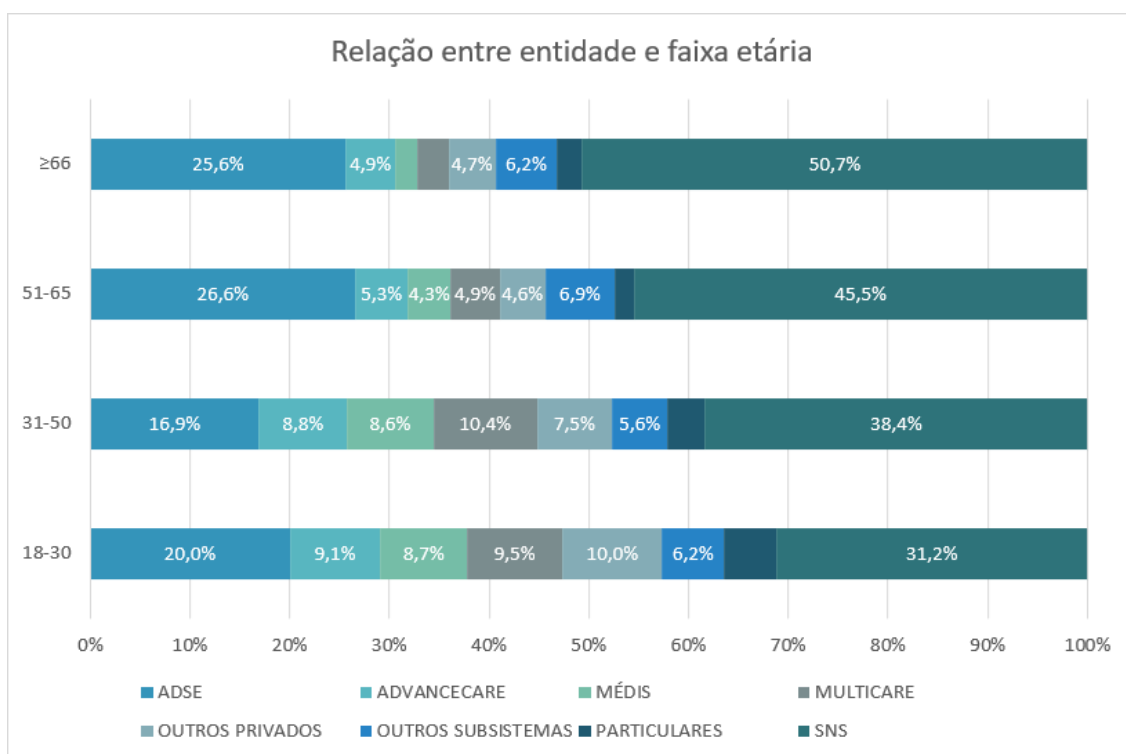
Na análise cruzada entre a faixa etária e a entidade financiadora mais frequentemente utilizada (Gráfico 3), verificou-se uma clara predominância do SNS em todos os grupos etários, com variação progressiva com a idade. Entre os 18 e 30 anos, a ADSE

destacou-se como a segunda entidade mais utilizada (20,0%; n=1 371), enquanto as restantes entidades apresentaram menor expressão. No grupo dos 31 a 50 anos, manteve-se a predominância do SNS (38,4%; n=6 492), seguido da ADSE (16,9%; n=2 861), verificando-se ainda uma maior presença de entidades privadas (AdvanceCare, Médis, Multicare e outros subsistemas), o que reflete uma diversificação das fontes de financiamento.

Nos 51 a 65 anos, a proporção de utentes que recorreram ao SNS aumentou para 45,5% (n=8 681), reforçando a tendência de crescimento com a idade, enquanto a ADSE manteve a segunda posição (26,6%; n=5 067). Finalmente, no grupo com 66 ou mais anos, observou-se a maior predominância do SNS (50,7%; n=12 936), seguido da ADSE (25,6%; n=6 546). As restantes entidades apresentaram valores residuais.

De forma global, o SNS foi o plano mais frequentemente utilizado em todas as faixas etárias, com uma proporção crescente com o avançar da idade: de 31,2% nos mais jovens até 50,7% na categoria de ≥66 anos. A ADSE destacou-se como a segunda entidade mais representativa em todas as faixas etárias, especialmente relevante nos grupos etários mais velhos. No anexo A encontra-se a tabela com a distribuição relativa das entidades financiadoras por faixa etária.

Gráfico 3- Distribuição relativa das entidades financiadoras por faixa etária



### 4.3 Valor médio pago pelo utente, entidade e total, com percentagem de copagamento ajustados à entidade financiadora

Na análise dos valores médios pagos por utente, em função da entidade financiadora mais frequentemente utilizada (Tabela 5), verificou-se que a entidade Particulares apresentou o valor médio mais elevado por utente (170,28 € ± 230,83 DP), correspondendo a um copagamento médio de 92,7%. Estes resultados refletem o peso direto do encargo financeiro suportado por este grupo de utentes.

As entidades AdvanceCare e Outros privados registaram igualmente valores médios elevados por utente (113,62 € ± 192,85 DP e 114,28 € ± 239,17 DP, respetivamente), bem como por entidade (52,65 € ± 106,69 DP), acompanhados de copagamentos médios superiores a 70%.

Por sua vez, as entidades Multicare e Médis apresentaram valores médios por utente mais moderados (77,93 € ± 161,94 DP e 61,51 € ± 112,95 DP), com copagamentos médios situados entre 48% e 52%. Estes resultados indicam uma partilha mais equilibrada dos encargos entre o utente e a entidade financiadora.

As entidades com valores médios mais baixos por utente foram a ADSE (65,01 € ± 178,30 DP) e novamente a Médis (61,51 € ± 112,95 DP). No caso da ADSE, observou-se ainda um copagamento reduzido de 27%, reforçando o papel deste subsistema na cobertura dos encargos em saúde.

O SNS apresentou o valor médio mais reduzido por utente (6,70 € ± 46,48 DP) e um copagamento praticamente nulo (5,8%), confirmando o baixo encargo direto para os utentes. Logo a seguir, destacou-se a categoria Outros subsistemas, com um valor médio por utente de 46,38 € ± 100,04 DP e um copagamento médio de apenas 23%, traduzindo a segunda maior cobertura entre todos os planos analisados.

De forma global, observa-se que o peso financeiro para os utentes é mais elevado nos planos Particulares e Outros privados, com copagamentos superiores a 70%, refletindo um maior encargo individual. Em contrapartida, os subsistemas públicos (SNS, ADSE e Outros subsistemas) apresentam os copagamentos mais reduzidos, evidenciando uma maior comparticipação institucional. Já os seguros de saúde privados (Multicare e Médis) posicionam-se num patamar intermédio, traduzindo um modelo de partilha de custos entre a entidade e o utente.

Tabela 5- Despesas médias por entidade, valor total e copagamento.

Entidade		Valor pago por utente	Valor pago pela entidade	Valor total	Copagamento (%)
ADSE	Média	65,0	144,2	209,2	27,3
	Desvio-Padrão	178,3	463,8	537,9	15,9
ADVANCECARE	Média	113,6	52,6	166,3	70,5
	Desvio-Padrão	192,9	106,7	234,8	30,6
MÉDIS	Média	61,5	94,2	155,7	48,3
	Desvio-Padrão	113,0	146,6	212,5	29,7
MULTICARE	Média	77,9	92,8	170,8	51,8
	Desvio-Padrão	161,9	390,1	437,7	30,4
OUTROS PRIVADOS	Média	114,3	42,5	156,8	76,4
	Desvio-Padrão	239,2	124,2	273,6	33,5
OUTROS SUBSISTEMAS	Média	46,4	145,5	191,8	23,5
	Desvio-Padrão	100,0	388,8	437,9	14,4
PARTICULARES	Média	170,3	9,8	180,1	92,7
	Desvio-Padrão	230,8	32,7	236,2	20,4
SNS	Média	6,7	54,7	61,4	5,8
	Desvio-Padrão	46,4	57,2	76,4	19,2
TOTAL	Média	47,7	83,3	131,0	27,7
	Desvio-Padrão	142,6	272,9	330,4	33,5

#### 4.4 Fatores associados ao valor pago por utente

A análise de regressão multivariável permitiu identificar os fatores associados ao valor total pago por utente (Tabela 6). Verificou-se que o sexo masculino esteve associado a um valor médio de despesa inferior, apresentando uma redução de 7,2% em comparação com o sexo feminino ( $\text{Exp}(B)=0,928$ ; IC95%: 0,914–0,942;  $p<0,001$ ).

No que respeita à faixa etária, tomando como referência o grupo dos 18–30 anos, observou-se um aumento progressivo do valor total pago à medida que a idade avança. Os utentes com idades entre 31 e 50 anos apresentaram um acréscimo de 25,3% na despesa relativamente à faixa etária de referência ( $\text{Exp}(B)=1,253$ ; IC95%: 1,218–1,288;

$p < 0,001$ ), enquanto os utentes entre 51 e 65 anos evidenciaram um aumento de 50,2% ( $\text{Exp}(B)=1,502$ ; IC95%: 1,461–1,544;  $p < 0,001$ ). A faixa etária de  $\geq 66$  anos registou a maior diferença, com um valor total pago 76,2% superior ao grupo mais jovem ( $\text{Exp}(B)=1,762$ ; IC95%: 1,715–1,810;  $p < 0,001$ ).

Relativamente à entidade financiadora mais frequentemente utilizada, a ADSE foi considerada como categoria de referência. Todas as restantes entidades, com exceção de Outros subsistemas ( $p=0,186$ ), apresentaram valores médios significativamente inferiores. Destacou-se o SNS, que esteve associado a uma redução de 67,9% no valor total pago ( $\text{Exp}(B)=0,321$ ; IC95%: 0,314–0,327;  $p < 0,001$ ). De igual modo, as entidades AdvanceCare, Médis, Multicare, Particulares e Outros privados revelaram reduções estatisticamente significativas, variando entre 12% e 28%.

*Tabela 6- Fatores associados ao valor total pago por utente: modelo generalizado com distribuição gama e função logarítmica.*

Variáveis	Categorias das variáveis	Exp (B)	95% Intervalo de Confiança de Wald para Exp(B)		Sig.	Δ%
			Inferior	Superior		
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	0,928	0,914	0,942	<0,001	7,2
	<b>Feminino</b>	1,000	REF	REF	REF	
<b>Faixa etária</b>	<b>18-30</b>	1,000	REF	REF	REF	
	<b>31-50</b>	1,253	1,218	1,288	<0,001	25,3
	<b>51-65</b>	1,502	1,461	1,544	<0,001	50,2
	<b><math>\geq 66</math></b>	1,762	1,715	1,810	<0,001	76,2
<b>Entidade</b>	<b>ADSE</b>	1,000	REF	REF	REF	
	<b>ADVANCECARE</b>	0,772	0,746	0,800	<0,001	22,8
	<b>MÉDIS</b>	0,827	0,797	0,858	<0,001	17,3
	<b>MULTICARE</b>	0,874	0,844	0,905	<0,001	12,6
	<b>OUTROS PRIVADOS</b>	0,721	0,695	0,748	<0,001	27,9
	<b>OUTROS SUBSISTEMAS</b>	0,977	0,945	1,011	0,186	2,3
	<b>PARTICULARES</b>	0,783	0,744	0,824	<0,001	21,7
<b>SNS</b>	0,321	0,314	0,327	<0,001	67,9	

Variável dependente: valor total pago por utente (€). Preditores: idade, sexo, entidade financiadora mais frequente. Ref.- categoria de referência/denominador da comparação. Valor  $p$  – obtido no teste de Wald. IC (95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o Exp (B).  $\Delta\% = 100 \times [\text{exp}(B) - 1]$  relativamente à categoria de referência.

## 5. Discussão de resultados

A análise dos resultados permitiu uma caracterização abrangente dos perfis e padrões de consumo dos utentes que recorreram aos serviços de saúde da instituição privada em estudo, localizada na AML, durante o ano de 2023. Os dados obtidos evidenciam a diversidade demográfica e económica dos utentes, bem como diferenças significativas no comportamento de utilização e nos valores despendidos, em função do sexo, da faixa etária e da entidade financiadora. Os resultados obtidos enquadram-se num contexto em que o setor privado da saúde tem assumido um papel crescente no sistema de saúde português, tanto pela procura de maior acessibilidade e rapidez no acesso a cuidados de saúde, como pela diversificação das modalidades de financiamento através de seguros e subsistemas de saúde. Esta tendência reflete-se nos padrões observados, nos quais coexistem utentes com perfis sociodemográficos distintos e com diferentes capacidades contributivas e níveis de copagamento.

Em resumo, os principais resultados obtidos através da realização deste estudo foram: uma predominância de utentes do sexo feminino, bem como uma maior prevalência de utentes em faixas etárias mais velhas ( $\geq 51$  anos = 65,2% da população), a entidade financiadora mais utilizada pelos utentes foi o SNS e a maioria dos utentes utilizou apenas uma entidade financiadora na realização dos atos, representando 87,0% da população. Em relação à associação entre a faixa etária e a entidade mais utilizada verificou-se que em todas as faixas etárias a entidade financiadora mais utilizada foi o SNS. A ADSE destacou-se como a segunda entidade mais representada em todas as faixas etárias, especialmente relevante nos grupos mais velhos. Na análise do valor médio pago pelo utente em relação à entidade financiadora mais utilizada concluiu-se que o peso financeiro para os utentes é mais elevado nas entidades 'Particulares' (pagamentos diretos), 'Outros privados' e 'AdvanceCare', todas elas com copagamentos superiores a 70%, traduzindo um maior encargo para o utente. Verificou-se que o sexo masculino esteve associado a um menor valor médio total pago por utente, apresentando uma redução de 7,2% relativamente ao sexo feminino ( $\text{Exp}(B)=0,928$ ;  $\text{IC}_{95\%}: 0,914-0,942$ ;  $p<0,001$ ). Também a faixa etária se relaciona com o valor médio total pago pelos utentes de forma significativa, verificando-se um aumento progressivo com a idade, com um máximo de 76,2% na faixa etária dos  $\geq 66$  anos. Quanto à entidade, a ADSE apresentou os valores médios mais altos, enquanto o SNS e os planos privados registaram valores significativamente inferiores ( $p<0,001$ ).

A análise estatística permitiu identificar fatores significativamente associados ao valor total pago por utente, destacando-se o impacto da idade, do tipo de entidade financiadora e do copagamento individual. Estes achados constituem a base para a interpretação crítica dos resultados, discutida à luz da literatura existente, permitindo identificar o perfil dos utentes que mais recorrem a este tipo de serviços e compreender as dinâmicas de consumo de cuidados de saúde em contexto privado.

## 5.1 Caracterização do perfil do utente

Os resultados deste estudo revelaram uma maior predominância de utentes do sexo feminino, que representaram mais de metade da população analisada. Esta tendência é consistente com a literatura nacional e internacional, que indica que as mulheres tendem a recorrer com maior frequência aos serviços de saúde, procurando cuidados tanto preventivos como curativos, refletindo um maior comportamento de procura de cuidados. Estas tendem também a assumir menos comportamentos de risco, tais como, o consumo de tabaco e álcool, assumindo estilos de vida mais saudáveis e revelando uma maior preocupação em relação à saúde.<sup>4,21</sup>

Verificou-se também que a média de idades dos utentes foi elevada (57,46 anos), sendo que mais de um terço da população em estudo se situou na faixa etária mais elevada ( $\geq 66$  anos), o grupo etário que apresentou ter maior representatividade. Este resultado acompanha as tendências demográficas da população portuguesa, caracterizada por um progressivo envelhecimento, e sugere que os serviços de saúde, de forma transversal, são frequentemente procurados por utentes de faixas etárias superiores, possivelmente devido à maior necessidade de cuidados, muitas das vezes procurando cuidados de saúde especializados, e à maior prevalência de doenças crónicas associadas à idade.<sup>22,23</sup> Este resultado sugere ainda que as instituições privadas desempenham um papel complementar relevante na resposta às necessidades desta faixa etária, especialmente em atos clínicos realizados em ambulatório.

Em relação à entidade mais frequentemente utilizada, o SNS foi a entidade financiadora predominante em todas as faixas etárias, seguida da ADSE e das principais entidades seguradoras privadas (AdvanceCare, Multicare e Médis). A entidade financiadora Particulares, com uma frequência relativa de apenas 2,9%, foi a menos utilizada pelos utentes. Este padrão demonstra a coexistência de diferentes modalidades de financiamento dentro do setor privado, refletindo a articulação entre o sistema público e o privado, bem como a importância dos subsistemas e seguros de saúde como facilitadores do acesso.

Este resultado pode ser explicado pelo facto de atualmente haver uma isenção do pagamento de taxas moderadoras por parte dos utentes cuja entidade financiadora seja o SNS. E apesar de existirem dificuldades no acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), estes respondem à maioria dos utentes, visto que no ano de 2023 cerca de 83,5% dos utentes inscritos nos CSP em Portugal continental tinham médico de família atribuído, corroborando o que foi observado neste estudo em que a entidade financiadora SNS revelou ser a predominante.<sup>24</sup>

A ADSE também demonstrou ter um peso significativo em relação às restantes entidades financiadoras, representando a segunda entidade mais frequentemente utilizada. Visto tratar-se de um subsistema que é acessível aos trabalhadores em funções públicas e respetivos familiares, das autarquias locais e aos trabalhadores de outras entidades legalmente previstas, sendo por isso expectável que haja um elevado número de utentes que sejam beneficiários deste subsistema, havendo cerca de 1.318.848 beneficiários no ano de 2023.<sup>25,26</sup> As restantes entidades financiadoras apresentaram frequências relativas consideravelmente inferiores, podendo estar associado a diversos fatores como por exemplo, o SNS e os subsistemas públicos, nomeadamente a ADSE, continuarem a assegurar a cobertura da maioria da população, garantindo acesso a cuidados de saúde sem custos diretos. Por outro lado, os seguros privados funcionam sobretudo como mecanismos complementares, com coberturas parciais e limites anuais de utilização, o que restringe o seu uso a determinados serviços ou perfis de utentes.

Além disso, o acesso a seguros de saúde privados está fortemente condicionado pelo rendimento, sendo mais frequente em grupos populacionais com maior capacidade económica, o que contribui para a sua menor representatividade global. Estudos anteriores realizados em Portugal apontam também para uma perceção de melhor relação custo-benefício no SNS e na ADSE, face aos seguros privados, especialmente em contextos de maior necessidade de cuidados médicos.<sup>5,27</sup>

Em relação à segunda entidade financiadora mais utilizada, verificou-se que a maioria dos utentes (87%) não utilizou nenhuma outra entidade para suportar os custos dos cuidados de saúde, o que indica uma forte predominância de utilização exclusiva de uma única fonte de financiamento. Entre os utentes que recorreram a uma segunda entidade manteve-se o SNS como a opção mais utilizada, verificando-se, contudo, alterações na hierarquia das restantes entidades: a ADSE deixou de ocupar a segunda posição, sendo substituída pela categoria “Particulares”. Este fenómeno pode dever-se, em parte, a situações em que os utentes, apesar de possuírem uma entidade

financiadora principal, não dispõem de cobertura para determinado ato médico no momento da realização do serviço. Nestes casos, optam por prosseguir com o atendimento, alterando a entidade financiadora para “Particular” e assumindo o custo diretamente. Tal comportamento é coerente com a procura crescente de acesso imediato, flexibilidade na marcação de consultas e continuidade dos cuidados, características frequentemente associadas ao setor privado.<sup>27</sup>

Para além disso, este resultado poderá refletir a influência de fatores administrativos e contratuais inerentes às entidades financiadoras, uma vez que alguns subsistemas e seguros de saúde impõem limitações de cobertura, períodos de carência, plafonds anuais ou exclusões por especialidade. Assim, quando estas restrições impedem a participação do ato, o utente tende a suportar o custo particular, garantindo a realização do exame ou consulta pretendidos sem atrasos. Adicionalmente, o recurso à modalidade “Particulares” pode ainda traduzir uma maior capacidade financeira e autonomia de decisão de determinados segmentos de utentes, que optam por suportar os custos diretamente como forma de obter um serviço mais rápido ou um profissional de confiança. Este comportamento é coerente com o perfil observado noutros estudos sobre consumo de cuidados de saúde privados, que identificam uma procura seletiva e orientada pela conveniência entre utentes com maior nível socioeconómico.<sup>15,28</sup>

## 5.2 Análise da associação entre o perfil demográfico e a entidade financiadora mais utilizada

A análise da associação entre a faixa etária e a entidade financiadora mais utilizada revelou que o SNS se manteve como a principal fonte de financiamento em todas as faixas etárias, evidenciando o seu papel central na cobertura e no acesso aos cuidados de saúde, independentemente do perfil demográfico dos utentes. Ainda assim, observaram-se variações relevantes nas restantes entidades, refletindo diferenças nas condições profissionais, económicas e nos padrões de consumo entre grupos etários.

Nos utentes mais jovens, verificou-se uma maior presença de entidades privadas, nomeadamente AdvanceCare, Médis, Multicare, Outros privados e Particulares, resultado que poderá estar associado ao facto de este grupo etário ser o que mais frequentemente possui seguros de saúde complementares disponibilizados pelas entidades empregadoras. Adicionalmente, os utentes mais jovens tendem a recorrer aos serviços de saúde de forma mais pontual e esporádica, habitualmente por episódios agudos, o que pode justificar a utilização da categoria “Particulares” em atos isolados e não associados a tratamentos continuados.

Por contraste, nas faixas etárias mais avançadas verificou-se um predomínio mais expressivo do SNS e da ADSE, o que poderá estar relacionado com a estabilidade profissional e a elegibilidade para subsistemas públicos, como a ADSE, mais prevalentes entre trabalhadores do setor público e pensionistas. Este padrão pode também refletir uma maior prevalência de doenças crónicas e, conseqüentemente, uma maior necessidade de acompanhamento médico regular, que conduz à procura de sistemas com maior continuidade e comparticipação financeira. Segundo dados do INE, 68,1% dos idosos portugueses referem ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, o que corrobora os resultados obtidos.<sup>22</sup> Assim, observa-se uma transição geracional no padrão de financiamento: os utentes mais jovens recorrem mais frequentemente a seguros privados e ao pagamento direto, enquanto os utentes de idade mais avançada recorrem predominantemente ao SNS e aos subsistemas públicos. Estes resultados encontram-se em consonância com a literatura nacional, que destaca a influência da idade, da situação profissional e do nível de rendimento na escolha e no acesso às diferentes modalidades de financiamento em saúde.<sup>5,29</sup>

De forma global, os resultados evidenciam que a idade constitui um determinante relevante na escolha e utilização das entidades financiadoras, refletindo as desigualdades estruturais do sistema de saúde português. As faixas etárias mais jovens revelam uma maior flexibilidade e diversidade de utilização, associada à oferta de seguros privados e à procura de conveniência, enquanto as faixas mais velhas privilegiam a estabilidade e a segurança financeira proporcionadas pelo SNS e pelos subsistemas públicos. Estes achados reforçam a existência de padrões geracionais distintos de consumo de cuidados de saúde, sugerindo a importância de políticas que assegurem a equidade no acesso e a sustentabilidade das diferentes modalidades de financiamento.

### 5.3 Análise do valor médio pago por utente, valor médio total e os percentuais de copagamento ajustados à entidade financiadora

Passando à análise dos valores médios pagos por utente e respetivos copagamentos, verificou-se que a entidade “Particulares” apresentou o valor médio mais elevado (170,3 € ± 230,8 DP) e um copagamento de 92,7%, refletindo o encargo financeiro direto suportado pelas famílias sem qualquer entidade financiadora. Uma possível explicação para o valor de copagamento da entidade Particulares (seria esperado que este fosse de 100%) poderá residir em situações específicas em que, apesar de o utente recorrer à entidade SNS, existe um acordo entre o Estado e os prestadores privados de cuidados de saúde, mediante o qual o utente apresenta a credencial do SNS, mas suporta um

pagamento direto — por exemplo, na realização de alguns exames complementares de diagnóstico. Nestas circunstâncias, o valor pago pelo utente é registado como despesa particular, ainda que o SNS participe uma parte substancialmente inferior. Assim, o montante total reflete simultaneamente a baixa participação pública e o encargo direto suportado pelo utente, o que contribui para o aumento do valor médio observado nesta categoria.

As entidades AdvanceCare e Outros privados registaram também valores médios elevados por utente (113,6€ ± 192,9DP e 114,3€ ± 239,2DP, respetivamente), com copagamentos superiores a 70%, o que sugere maior participação direta dos utentes nos custos e possivelmente limitações de cobertura ou plafonds reduzidos nos contratos. Este resultado evidencia o peso económico significativo que a saúde privada pode representar para os agregados familiares que recorrem a serviços de forma isolada e sem participação. Este comportamento é coerente com a literatura, que identifica nos utentes de seguros privados uma maior capacidade económica e preferência por conveniência, traduzida na escolha de prestadores privados e menor dependência do SNS.<sup>29,30</sup>

Em contraste, as entidades Multicare e Médis apresentaram valores médios mais moderados (77,9€ ± 161,9DP e 61,5€ ± 113,0DP, respetivamente) e copagamentos de aproximadamente 50%, refletindo uma partilha mais equilibrada dos encargos entre utente e entidade. A ADSE, por sua vez, destacou-se por apresentar um dos valores médios mais baixos por utente (65,0€ ± 178,3DP) e um copagamento reduzido de 27%, reforçando o seu papel enquanto subsistema solidário e protetor dos encargos em saúde.

O SNS manteve-se como a entidade com menor valor médio por utente (6,7€ ± 46,5DP) e copagamento praticamente nulo (5,8%), confirmando a função redistributiva do setor público e a proteção financeira que este oferece aos cidadãos. A seguir ao SNS, os Outros subsistemas apresentaram igualmente valores médios baixos (46,4€ ± 100DP) e um copagamento de 23%, refletindo um modelo semelhante de cobertura estável e previsível.

De forma global, verifica-se que o copagamento aumenta à medida que diminui o grau de financiamento público, reforçando a dualidade existente entre o sistema público e o privado. Estes resultados sublinham as disparidades económicas e estruturais no acesso aos cuidados de saúde e a importância dos mecanismos públicos, como o SNS

e a ADSE, na mitigação das desigualdades e na proteção financeira dos utentes com menor disponibilidade de recursos financeiros.

Em síntese, a análise dos valores médios por utente e dos respetivos copagamentos evidencia a coexistência de modelos de financiamento profundamente diferenciados no sistema de saúde português. Enquanto o SNS e a ADSE asseguram um acesso mais equitativo e financeiramente protegido, os seguros privados e o pagamento direto (“Particulares”) refletem uma maior transferência do encargo para o utente, frequentemente associada a maior rendimento, procura de conveniência e liberdade de escolha. Estes resultados reforçam a importância de preservar o papel regulador e compensatório do setor público, garantindo que a expansão do setor privado e dos seguros de saúde não amplie as desigualdades económicas no acesso aos cuidados de saúde.

#### 5.4 Fatores associados ao valor total pago por cada utente

Analisando os resultados da regressão linear multivariável, considerando como variável dependente o valor total pago por utente, verificou-se que o sexo masculino esteve associado a um menor valor médio de despesa, com uma redução de 7,2% em relação ao sexo feminino ( $\text{Exp}(B)=0,928$ ; IC95%: 0,914–0,942;  $p<0,001$ ). Este resultado, estatisticamente significativo, está em linha com a literatura, que aponta para uma menor utilização dos serviços de saúde por parte dos homens, associada a fatores comportamentais e culturais, como menor adesão a práticas preventivas e a tratamentos continuados. Noutra perspetiva, as mulheres apresentam uma utilização mais frequente e diversificada, relacionada com necessidades específicas de saúde, maior esperança média de vida e maior sensibilidade para a prevenção, o que se traduz em maiores valores médios de despesa anual.<sup>5,31</sup>

Em relação à faixa etária, tomando como referência o grupo dos 18–30 anos, observou-se um aumento progressivo do valor total pago à medida que a idade avança, sendo os utentes com  $\geq 66$  anos aqueles que apresentaram o maior acréscimo ( $\text{Exp}(B)=1,762$ ; IC95%: 1,715–1,810;  $p<0,001$ ). Este resultado confirma que o envelhecimento está fortemente associado ao aumento da despesa em saúde, refletindo a maior prevalência de doenças crónicas e multimorbilidade, bem como a necessidade de tratamentos mais prolongados e dispendiosos.<sup>22,23</sup>

No que respeita à entidade financiadora mais frequentemente utilizada, tendo a ADSE como referência, verificou-se que todas as restantes entidades, à exceção dos “Outros subsistemas” ( $p=0,186$ ), apresentaram valores médios significativamente inferiores. A maior redução foi observada no SNS, com 67,9% menos despesa total ( $\text{Exp}(B)=0,321$ ; IC95%: 0,314–0,327;  $p<0,001$ ), resultado coerente com o baixo custo dos atos participados e a forte contribuição estatal. Já os seguros privados e os pagamentos diretos apresentaram reduções intermédias, o que poderá refletir diferenças nos plafonds de cobertura e nos tipos de serviços procurados, muitas vezes de caráter pontual e com menor custo unitário.

De forma global, os resultados do modelo de regressão confirmam que o perfil sociodemográfico e o tipo de entidade financiadora são determinantes relevantes na variação do valor total pago pelos utentes. O maior peso da idade, aliado à influência significativa do sexo e do regime de financiamento, evidencia a coexistência de padrões distintos de consumo de cuidados de saúde: por um lado, os grupos mais velhos e com cobertura pública apresentam despesa mais elevada, mas fortemente participada; por outro, os utentes mais jovens e economicamente ativos recorrem com maior frequência a regimes privados, suportando uma parcela mais expressiva dos custos. Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias de planeamento e regulação que promovam a equidade financeira no acesso aos cuidados, garantindo que a diversificação das modalidades de financiamento não aprofunde as desigualdades entre grupos populacionais.

## 5.5 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo, baseado em dados administrativos recolhidos pela própria instituição de saúde. Assim, a informação disponível foi limitada às variáveis registadas nos sistemas internos, não sendo possível incluir outros fatores potencialmente relevantes, como o nível de escolaridade, a situação profissional, o rendimento ou o estado de saúde auto referido dos utentes, que poderiam contribuir para uma caracterização mais completa dos perfis de consumo em saúde.

Outra limitação prende-se com o facto de os dados se referirem a um único ano (2023) e a uma única instituição privada, localizada na Área Metropolitana de Lisboa, o que restringe a generalização dos resultados a outras regiões ou contextos institucionais. Os padrões observados podem refletir particularidades da população atendida ou das políticas de convenção e faturação da instituição estudada.

Adicionalmente, sendo um estudo de natureza retrospectiva, existe uma possibilidade de viés de registo, nomeadamente em situações de erros administrativos, dados incompletos ou classificação incorreta da entidade financiadora. Embora tenham sido efetuados procedimentos de validação e agregação dos dados através do programa *Python*, não é possível excluir totalmente pequenas inconsistências nos registos originais.

No que respeita à análise estatística, importa ainda salientar que os modelos utilizados explicam associações, mas não relações causais. A regressão linear permitiu identificar variáveis significativamente associadas ao valor total pago por cada utente, contudo, não permite inferir causalidade direta, sendo possível que outros fatores não incluídos no modelo influenciem os resultados.

Por fim, a utilização de dados agregados ao nível do utente pode ter conduzido à perda de detalhe sobre o tipo de atos clínicos realizados, não sendo possível distinguir entre consultas, exames, procedimentos ou tratamentos continuados.

Essa limitação poderá ter impacto na variabilidade observada entre entidades financiadoras e faixas etárias.

Apesar destas limitações, o estudo apresenta uma base de dados robusta e representativa da atividade de uma instituição privada, permitindo uma análise detalhada e inovadora sobre o perfil e o consumo dos utentes no setor privado de saúde em Portugal.

## 6. Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil e os padrões de consumo dos utentes de uma instituição de saúde privada na Área Metropolitana de Lisboa durante o ano de 2023, contribuindo para um melhor entendimento do funcionamento do setor privado no contexto do sistema de saúde português. Verificou-se que a maioria dos utentes eram do sexo feminino, com uma média de idade de 57,5 anos, e que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a ADSE foram as principais entidades financiadoras utilizadas, refletindo a predominância das modalidades públicas e semipúblicas de financiamento.

Os resultados revelaram ainda diferenças significativas associadas ao sexo e à idade, com as mulheres e os utentes mais idosos a apresentarem um maior valor total de despesa em saúde. Estes padrões confirmam tendências já descritas na literatura, relacionando o envelhecimento e a feminização da utilização dos cuidados com uma maior procura de serviços preventivos, diagnósticos e terapêuticos. Em contrapartida, os utentes mais jovens recorreram mais frequentemente a seguros privados e pagamentos diretos (“Particulares”), o que evidencia uma segmentação geracional no comportamento de consumo em saúde. No que respeita às entidades financiadoras, o SNS e a ADSE mantiveram-se como os regimes mais protetores em termos de copagamento, assegurando um acesso mais equitativo e financeiramente sustentável. Já os seguros privados e o pagamento particular estiveram associados a maiores encargos diretos para os utentes, traduzindo-se num peso económico mais elevado, mas também numa maior autonomia de escolha e rapidez de acesso. Estes resultados reforçam a dualidade do sistema português, onde a procura privada coexiste com uma forte dependência das estruturas públicas.

Ao relacionar estes resultados com a questão levantada na introdução — o paradoxo entre a elevada cobertura da população portuguesa por sistemas de proteção em saúde e o reduzido peso do setor privado no financiamento global —, é possível identificar diversos fatores explicativos. Em primeiro lugar, as estimativas de cobertura por seguros de saúde privados podem estar sobrestimadas, dado que refletem o número de apólices ativas e não o número efetivo de beneficiários — sendo frequente um mesmo indivíduo estar coberto por mais de uma apólice. Em segundo lugar, a cobertura é mais prevalente entre populações jovens e saudáveis, que apresentam menores necessidades de cuidados e, conseqüentemente, menor despesa média. Em terceiro lugar, os seguros de saúde não funcionam necessariamente como substitutos do SNS, sendo utilizados sobretudo para cuidados de ambulatório, exames e consultas, enquanto os cuidados de maior complexidade continuam a ser prestados no setor público.

Adicionalmente, o crescimento da cobertura privada pode refletir um efeito de substituição entre antigos subsistemas de saúde empresariais e seguros privados, sem impacto direto na redução dos pagamentos diretos das famílias. Finalmente, este aumento acompanha também uma maior sofisticação e diversificação dos serviços privados, com expansão das coberturas e dos prémios médios, traduzindo uma segmentação crescente do mercado e diferenciação dos prestadores.

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de refletir sobre o equilíbrio entre equidade e sustentabilidade financeira no sistema de saúde português. A consolidação de um modelo misto — que valorize a complementaridade entre o público e o privado, assegurando simultaneamente a proteção dos grupos mais vulneráveis — poderá ser essencial para responder às transformações demográficas e às novas exigências de consumo em saúde. Investigações futuras deverão incluir múltiplas instituições e variáveis sociodemográficas adicionais, de forma a aprofundar o conhecimento sobre os padrões de utilização e a evolução do financiamento no contexto da saúde privada em Portugal.

Do ponto de vista da gestão em saúde, torna-se igualmente relevante que este tipo de análise seja desenvolvido nas instituições de saúde, sobretudo nas privadas, de modo a permitir um conhecimento mais aprofundado sobre o perfil dos seus utentes e os padrões de utilização dos serviços. Essa informação possibilita que as ações de marketing, os objetivos de financiamento e as estratégias de produção sejam mais eficazmente direcionadas para o público-alvo e para os segmentos que recorrem com maior frequência a determinados serviços de saúde, promovendo uma gestão mais informada, eficiente e orientada para resultados.

## 7. Referências

1. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal: health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(4):1-156.
2. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. Millennium BCP. Sector privado da saúde em Portugal. Lisboa: Millennium BCP; 2017.
3. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. *Portugal: health system review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
4. OECD. Health at a glance: Europe 2024: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2024. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://doi.org/10.1787/23056088>
5. OECD. Health at a glance 2023: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35>
6. Barros PP. Economia da saúde. Coimbra: Almedina; 2013.
7. Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde 2021-2023 [Internet]. Lisboa: INE; 2024. [cited 2025 Oct 09]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=646075353&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=646075353&DESTAQUESmodo=2)
8. Barros PP, Costa E. Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos. Carcavelos: Health Economics & Management Knowledge Center. Nova School of Business & Economics; 2022. (Observatório da Despesa em Saúde; 02).
9. Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Relatório do Setor Segurador e dos Fundos de Pensões 2023. Lisboa: ASF; 2024.
10. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, I Série A (195): pp. 3452-9.
11. Decreto-Lei 11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, I Série A (12) 15 de janeiro de 1993: pp. 122-34.
12. Sousa PAF. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista Enfermagem*. 2009;22(Spe):884–94.
13. Lei nº 95/2019, de 4 de setembro de 2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (169): pp. 55-66
14. Barros PP. *Pela sua saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013. ISBN 978-989-8424-79-2.

15. OCDE. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: perfil de saúde do país 2023. Paris: OCDE. OPSS; 2023.
16. Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde 2021–2024: base 2021 [Internet]. Lisboa: INE; 2025. [cited 2025 Oct 12]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cnacionais2010b2021&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=662097209&INST=660367042](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cnacionais2010b2021&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=662097209&INST=660367042)
17. Decreto-Lei n.º 96/2020, de 4 de novembro. Diário da República, Lisboa, I Série (212): pp. 6-14.
18. Observatório dos Seguros de Saúde. Resultados do Inquérito à População 2023 [Internet]. Lisboa: Observatório dos Seguros de Saúde; 2024. [cited 2025 Oct 12]. Available from: [https://portalsegurossaude.pt/wp-content/uploads/2024/06/Resultados\\_Inquerito\\_Populacao\\_2023.pdf](https://portalsegurossaude.pt/wp-content/uploads/2024/06/Resultados_Inquerito_Populacao_2023.pdf)
19. Conselho das Finanças Públicas. Evolução do desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023: relatório n.º 07/2024 [Internet]. Lisboa: Conselho das Finanças Públicas; 2024. [cited 2025 Oct 12]. Available from: <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2023-relatorio-n-o-072024>
20. Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP). Indicadores 2024 [Internet]. Lisboa: APHP; 2025. [cited 2025 Oct 09]. Available from: <https://aphp-pt.org/atividade-dos-hospitais-privados-atingiu-recordes-em-2024/>
21. Martins A. Determinantes socioeconómicos e demográficos da procura por rastreios de saúde em Portugal [dissertação de mestrado]. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto; 2022.
22. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR): Dia Mundial do Doente 2025: 42,3% das pessoas com 16 ou mais anos referiram ter doença crónica ou problema de saúde prolongado em 2024 [Internet]. Lisboa: INE; 2025. [cited 2025 Oct 09]. Available from: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?>
23. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal: Health System Review. Health Syst Transit. 2020;22(2):1–184.
24. Entidade Reguladora da Saúde. Cuidados de Saúde Primários: acesso a médico de família, consultas e rastreios [Internet]. Porto: ERS; 2025. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.
25. PlanAPP–Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública. Estudo sobre a Sustentabilidade Financeira da ADSE: 1.º relatório. [Internet]. Lisboa: PlanAPP; 2024. [cited 2025 Sept 28]. Available from: <https://www.planapp.gov.pt/wp->

[content/uploads/2024/01/PlanAPP\\_Estudo-da-Sustentabilidade-Financeira-da-ADSE\\_Relatorio1-1.pdf](#)

26. Martins R. Revisão da tabela de preços faz aumentar despesa da ADSE com convenções [Internet]. Jornal Público; 2024 [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.publico.pt/2024/06/18/economia/noticia/revisao-tabela-precos-faz-aumentar-despesa-adse-convencoes-2094388>
27. Barros PP. Acesso a cuidados de saúde, 2020 [Internet]. Carcavelos: Health Economics & Management Knowledge Center. Nova School of Business & Economics; 2020. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www2.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/AF-HealthReport-2020-S.pdf>
28. Tavares AI, Tavares AI. Who is buying voluntary private health insurance in Portugal: a comparative analysis for 2014 and 2019. In: Tavares AI, editor. Health Insurance Across Worldwide Health Systems [Internet]. London: IntechOpen; 2023 [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/1171544>
29. Silva S. Os seguros de saúde privados no contexto do sistema. Lisboa: Associação Portuguesa de Seguradores; 2009.
30. Entidade Reguladora da Saúde. Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde [Internet]. Porto: ERS; 2015. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.ers.pt/media/a1jc1hry/file-51.pdf>
31. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. Rev Port Saúde Pública. 2011;30(1):35–46. <http://hdl.handle.net/10362/104640>

## ANEXOS

Anexo A- Tabela da distribuição relativa da faixa etária em relação à entidade financiadora

		ADSE	ADVANCE CARE	MÉDIS	MULTICARE	OUTROS PRIVADOS	OUTROS SUBSISTEMAS	PARTICULARES	SNS
Faixa Etária	18-30	20,0%	9,1%	8,7%	9,5%	10,0%	6,2%	5,2%	31,2%
	31-50	16,9%	8,8%	8,6%	10,4%	7,5%	5,6%	3,7%	38,4%
	51-65	26,6%	5,3%	4,3%	4,9%	4,6%	6,9%	1,9%	45,5%
	≥66	25,6%	4,9%	2,3%	3,1%	4,7%	6,2%	2,5%	50,7%
Total		15845	4365	3461	4142	2743	4268	2001	30249