

O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS EM PERSPETIVA INTERNACIONAL: ANÁLISE COMPARATIVA

Ana Pinheiro
Jorge Braga Ferreira

maio de 2025

Publicação ocasional n.º

02/2025

A série "Publicação Ocasional" divulga textos esporádicos sobre qualquer tema relacionado com a missão e as atribuições do Conselho das Finanças Públicas. Trata-se de trabalhos aprovados pelo Conselho Superior e assinados pelos autores.

The "Occasional Paper" series comprises sporadic articles on any topic related to the mission and tasks of the Portuguese Public Finance Council. These are approved by the Senior Board and signed by the authors.

Índice

Resumo.....	4
1 Introdução	6
2 Panorama Geral do Sistema de Saúde Português.....	7
3 Dimensões Comparativas do Sistema de Saúde.....	9
3.1 Determinantes e desempenho em saúde	10
3.2 Despesa e financiamento do sistema de saúde	16
3.3 Recursos Humanos e Materiais.....	21
3.4 Utilização, Acessibilidade e Qualidade dos Cuidados de Saúde	27
4 Comparação entre o Sistema de Saúde Português e Outros Sistemas Internacionais 39	
4.1 Análise Comparativa dos Modelos de Saúde	39
4.2 Reflexões para o Sistema de Saúde Português	47
5 Conclusão	52
Referências	55
Índice de Gráficos.....	59
Índice de Tabelas.....	60
Índice de Caixas.....	60

O sistema de saúde português em perspetiva internacional: análise comparativa

Ana Pinheiro¹, Jorge Braga Ferreira²

Conselho das Finanças Públicas

Resumo

Este estudo realiza uma análise comparativa do sistema de saúde português com outros sistemas internacionais, tendo como objetivo avaliar a sua eficácia e eficiência. A pesquisa aborda diversas dimensões do sistema, incluindo: determinantes de saúde; desempenho; financiamento; recursos humanos e materiais; e utilização, acessibilidade e qualidade dos cuidados. Com base em dados comparáveis, a análise explora as principais características dos sistemas de saúde de países com modelos diversos, incluindo Espanha, Alemanha, França, Reino Unido, Países Baixos, Suécia, Austrália e Israel, alguns dos quais são semelhantes ao sistema português, enquanto outros adotam diferentes abordagens. A análise identifica boas práticas e desafios. Portugal apresenta indicadores positivos em comparação com outros países, destacando-se pela elevada taxa de imunização, cobertura de rastreios oncológicos e pela redução de admissões hospitalares evitáveis. No entanto, apenas metade da população classifica o seu estado de saúde como bom ou muito bom. Embora o sistema de saúde português assegure acesso universal, enfrenta uma crescente pressão, em grande parte devido ao envelhecimento da população, à escassez de camas e à falta de alguns profissionais de saúde. Estes constrangimentos têm contribuído para o agravamento das listas de espera e colocado desafios à qualidade dos cuidados prestados. Os dados apontam para a necessidade de adaptação do sistema de saúde às novas exigências, através da adoção de práticas inspiradas em modelos mais descentralizados e com maior envolvimento do setor privado, de forma a reforçar a sustentabilidade e assegurar elevados padrões de qualidade no atendimento.

Classificação JEL: I10; I13; I14; I18; H51

Palavras-chave: Sistema de saúde; Serviço Nacional de Saúde (SNS); Indicadores de Saúde; Acesso à Saúde; Qualidade na Saúde; Desempenho em Saúde; Financiamento da Saúde.

¹ Ana Pinheiro (ana.pinheiro@cfp.pt)

² Jorge Braga Ferreira (jorge.ferreira@cfp.pt)

Os autores agradecem os comentários e sugestões de Nazaré da Costa Cabral, Noémia Goulart, Patrícia Semião, Carlos Marinheiro, Ariana Paulo e Helena Rua obtidos durante o processo de revisão interna. Quaisquer erros e omissões são da inteira responsabilidade dos autores. As opiniões expressas nesta publicação responsabilizam apenas os autores e não o Conselho das Finanças Públicas.

The Portuguese healthcare system in an international perspective: a comparative analysis

Ana Pinheiro³, Jorge Braga Ferreira⁴

Portuguese Public Finance Council

Abstract

This study conducts a comparative analysis of the Portuguese healthcare system in relation to international systems, aiming to assess its effectiveness and efficiency. The research addresses different dimensions of the system, including health determinants, performance, financing, human and material resources and the utilization, accessibility and quality of care. Based on comparable data, the analysis explores the main features of the health systems of countries with different models, including Spain, Germany, France, the United Kingdom, the Netherlands, Sweden, Australia and Israel, some of which are similar to the Portuguese system, while others adopt a differing approach. Portugal performs well in comparison to other countries, standing out for its high immunization rates, cancer screening coverage, and reduction in avoidable hospital admissions. However, only half of Portuguese citizens rate their health as good or very good. Although the Portuguese healthcare system ensures universal access, it faces increasing pressure, mainly due to population aging, a shortage of hospital beds, and gaps in the availability of certain healthcare professionals. These pressures have led to longer waiting lists and challenges in maintaining the overall quality of care. The findings highlight the need to adapt the Portuguese system to new demands, suggesting the incorporation of practices from more decentralized systems with greater private sector involvement, in order to strengthen sustainability and maintain high standards of service delivery.

JEL Classification: I10; I13; I14; I18; H51

Keywords: Health system, National Health Service (NHS), Health Indicators; Access to Health; Equity in Health; Performance in Health; Health Financing.

³ Ana Pinheiro (ana.pinhoiro@cfp.pt)

⁴ Jorge Braga Ferreira (jorge.ferreira@cfp.pt)

The authors would like to thank Nazaré da Costa Cabral, Noémia Goulart, Patrícia Semião, Carlos Marinheiro, Ariana Paulo and Helena Rua for their comments during the internal review process. Any errors and omissions are the sole responsibility of the authors. The views expressed in this publication are solely the responsibility of the authors and not of the Portuguese Public Finance Council.

1 Introdução

O sistema de saúde é um dos pilares fundamentais para o bem-estar de qualquer sociedade. O acesso a cuidados de saúde adequados, eficientes e de qualidade é um direito essencial que afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas e tem um impacto significativo no desenvolvimento económico e social. Nos últimos anos, os sistemas de saúde têm gerado uma crescente preocupação, tanto social quanto política. O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas demonstram que é necessário adaptar constantemente os sistemas de saúde para que possam responder de forma eficaz às necessidades das populações. Além disso, a constante pressão financeira, e a escassez de recursos, levam vários governos a implementar reformas e reestruturações nos seus sistemas de saúde, não sendo Portugal uma exceção.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é a base do sistema de saúde, oferecendo acesso universal, geral e tendencialmente gratuito a cuidados médicos. No entanto, nos últimos anos, o SNS tem enfrentado vários desafios gerando um amplo escrutínio público. Problemas como as listas de espera longas e a escassez de profissionais de saúde não são exclusivos de Portugal, mas têm sido particularmente persistentes no nosso país, mesmo após várias tentativas de reforma e reestruturação. Estes desafios têm levantado preocupações sobre a capacidade do SNS em oferecer cuidados médicos de qualidade e sobre a sua sustentabilidade futura, mostrando a urgência de encontrar soluções eficazes de melhoria.

Neste artigo, são comparados os principais aspetos dos sistemas de saúde nomeadamente a nível do financiamento, a organização dos serviços, a qualidade dos cuidados, a eficiência na utilização dos recursos e o acesso à saúde para vários países. Esta análise tem por base dados comparáveis da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que possui a fonte mais completa de estatísticas sobre saúde, bem como o Eurostat, abrangendo um conjunto de países, tanto com sistemas de saúde semelhantes ao modelo português, como com modelos distintos. O objetivo principal é analisar como Portugal se posiciona em relação a outros países, com destaque para aqueles cujos modelos de organização e financiamento apresentam diferenças significativas. A partir dessa comparação, pretende-se identificar boas práticas ou abordagens que possam ser adaptadas e implementadas no contexto português.

Após esta secção introdutória, apresenta-se uma cronologia da evolução do sistema de saúde português até aos dias de hoje (secção 2), relatando-se as várias alterações realizadas ao longo das últimas décadas até à organização atual. Na secção 3 analisam-se várias dimensões comparativas do SNS, estabelecendo um paralelismo entre o funcionamento da saúde em Portugal e outros países, através de dados do Eurostat e OCDE, abordando as dimensões de: i) determinantes e desempenho em saúde; ii) despesa e financiamento; iii) recursos humanos e materiais e iv) utilização, acessibilidade e qualidade. Na secção 4 analisam-se os modelos de organização e financiamento dos sistemas de saúde de Portugal, Espanha, Alemanha, França, Reino Unido, Países Baixos, Suécia, Austrália e Israel. Este exercício permite a identificação de desafios globais e boas práticas que podem servir de base para melhorias no sistema português, identificadas na conclusão (secção 5).

2 Panorama Geral do Sistema de Saúde Português

Desde a sua criação em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem desempenhado um papel central no sector da saúde em Portugal, garantindo acesso universal a cuidados de saúde essenciais de forma tendencialmente gratuita.

Nas décadas que precederam a criação do SNS, o sistema de saúde em Portugal encontrava-se fragmentado, estando a assistência médica sob a responsabilidade das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência. A organização da saúde pública começou a tomar forma a partir do final do século XIX, com iniciativas como as do Dr. Ricardo Jorge, que impulsionaram medidas de higiene e saúde pública. Ao longo do século XX, surgiram diversas reformas e tentativas de coordenação dos serviços de saúde, ainda que de forma parcial e limitada a determinados grupos da população. Durante o Estado Novo, a assistência médica ficou, essencialmente, ligada à Previdência, que só abrangia os trabalhadores inscritos nos seus serviços, enquanto grande parte da população permanecia sem acesso regular a cuidados médicos. Em 1971, surgiu o primeiro esboço do SNS com a reforma de Gonçalves Ferreira. Através do Decreto-Lei n.º 413/71, estabeleceu-se o direito à saúde de todos os portugueses e começou a integração das atividades de saúde e assistência de uma forma mais sistemática. Todo este processo culminou com o Decreto-Lei n.º 56/79 que, formalmente, instituiu o SNS e que garantiu o acesso universal, gratuito e geral aos cuidados de saúde, conforme determinado pela Constituição de 1976. No entanto, com a revisão constitucional de 1989, o texto foi alterado para “tendencialmente gratuito”, permitindo a aplicação de taxas moderadoras e outras formas de financiamento complementar no SNS. Desde então, o SNS passou por várias reformas, entre as quais se destacam o desenvolvimento da carreira médica, a criação de unidades de saúde familiar e a reestruturação da gestão hospitalar, marcos importantes na modernização do SNS.

O sistema de saúde em Portugal é constituído por três componentes que coexistem entre si: o SNS, os subsistemas de saúde e os seguros de saúde privados. Apesar do sistema português assentar principalmente no SNS, universal e maioritariamente financiado por impostos, os subsistemas e os seguros privados funcionam como complemento em termos de financiamento e acesso a cuidados de saúde. Os subsistemas de saúde destinam-se a determinados grupos profissionais e garantem o acesso a cuidados através de regimes próprios. Entre os subsistemas mais relevantes, destaca-se a ADSE, um sistema público de proteção na doença destinado a trabalhadores e aposentados do Estado, e o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS), o maior subsistema privado do país, dirigido aos funcionários do sector bancário e geridos por diferentes sindicatos desta área. Ambos os subsistemas de saúde e os seguros privados oferecem uma cobertura adicional à disponibilizada pelo SNS, o que resulta numa dupla proteção para os seus beneficiários. Esta situação pode gerar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, em comparação com os utentes que dependem exclusivamente do SNS.

Do lado da oferta de prestação de cuidados de saúde, o SNS é a principal estrutura no país, contudo, os setores privados e sociais têm uma presença significativa, especialmente em consultas de especialidade, exames de diagnóstico e serviços hospitalares. O SNS oferece uma ampla gama de especialidades médicas, abrangendo todos os cuidados integrados de saúde, desde a promoção e vigilância da saúde até à prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e

social. Embora o SNS procure garantir uma cobertura abrangente, existem limitações na disponibilidade de certas especialidades ou tratamentos específicos, condicionadas por fatores como a localização geográfica e a capacidade dos serviços de saúde. Em algumas situações, os utentes podem ser encaminhados para entidades convencionadas ou recorrer a serviços privados para obter cuidados não disponíveis diretamente no SNS. Assim, os seguros de saúde privados e subsistemas de saúde funcionam, muitas vezes, como complementos ao sistema público, oferecendo cobertura adicional para serviços e tratamentos não totalmente cobertos pelo SNS, como por exemplo, consultas de especialidade ou tratamentos dentários. A medicina dentária é uma das áreas com menor cobertura no SNS, tendo uma presença reduzida nos cuidados de saúde primária.⁵

As tipologias das unidades de saúde em Portugal podem ser, essencialmente, divididas em dois grandes grupos: hospitais e centros de saúde. Os hospitais prestam uma vasta gama de serviços, desde consultas de especialidade, cirurgia, urgências, até tratamentos hospitalares, incluindo internamentos. Por sua vez, os centros de saúde prestam, fundamentalmente cuidados primários de saúde, como consultas de medicina geral e enfermagem, vacinação, exames preventivos e aconselhamento familiar. Além destas unidades, existem as Unidades de Saúde Familiar (USF), que são equipas multiprofissionais organizadas dentro dos centros de saúde, focadas na prestação de cuidados primários. As USF não são entidades independentes, mas sim extensões dos centros de saúde, diferenciando-se pelo seu modelo de organização, autonomia funcional e incentivos ao desempenho. São compostas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, que trabalham de forma integrada para atender uma determinada população.⁶ Outro modelo inovador são as Unidades Locais de Saúde (ULS), que integram, numa mesma entidade, os cuidados prestados pelos centros de saúde e pelos hospitais. Este modelo, já existente em algumas regiões, foi amplamente generalizado com a reforma do SNS em 2024, promovendo uma abordagem mais integrada na prestação de cuidados de saúde. Com esta reforma, muitos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) foram integrados nas ULS, passando a funcionar como unidades dentro destas.

Em Portugal, o acesso ao sistema de saúde é idealmente realizado através dos centros de saúde, com uma consulta de médico de clínica geral, designado como médico de família. Cabe a este profissional realizar uma avaliação inicial da saúde do paciente e, quando necessário, encaminhá-lo para médicos especialistas. O médico de família, para além de ser o ponto de entrada no sistema de saúde, é responsável pela prestação de cuidados de saúde primária, monitorização contínua da saúde do paciente e gestão de doenças crónicas. Neste modelo, os centros de saúde desempenham um papel crucial, promovendo a prevenção, o tratamento precoce e a coordenação de cuidados, com o objetivo de garantir a utilização eficiente dos recursos disponíveis no SNS.

⁵No SNS existem os cheques-dentista, que funcionam como autorizações para o acesso a um conjunto de cuidados médico-dentários destinados a segmentos específicos da população. Entre estes, destacam-se as grávidas acompanhadas pelo SNS, os beneficiários do complemento solidário para idosos, crianças e jovens até aos 18 anos, os utentes portadores de infeção por VIH/SIDA e aqueles com lesões suspeitas de cancro oral. Além disso, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) possibilita a oferta de cuidados médico-dentários a grupos prioritários em situação de vulnerabilidade e a utentes do SNS.

⁶As USF funcionam de forma autónoma, mas em articulação com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que representam o modelo mais antigo de centros de saúde, em vigor antes da reforma dos cuidados de saúde primários de 2006 em Portugal.

O Ministério da Saúde é o órgão central que define e supervisiona a política de saúde no país, garantindo a regulação e o financiamento do SNS. Até 2024, a nível regional, essa gestão era assegurada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), responsáveis pelo planeamento, coordenação e execução das políticas de saúde em cada região. No entanto, no âmbito de uma reforma mais geral, as ARS foram extintas⁷ com as suas competências a serem redistribuídas por várias entidades, incluindo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS)⁸, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Esta reorganização tem como objetivo melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e aproximar a gestão das necessidades locais, nomeadamente através da expansão das ULS. A figura de ULS já existia previamente, mas foi expandida em 2024, com a criação de 31 novas ULS ficando o país inteiramente coberto por um total de 39 ULS. O objetivo das ULS é permitir uma organização mais eficiente dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso e a circulação dos utentes entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, conforme as suas necessidades.

3 Dimensões Comparativas do Sistema de Saúde

A comparação e avaliação dos sistemas de saúde é crucial para garantir que estes satisfazem as necessidades e preferências de saúde das pessoas e proporcionam cuidados acessíveis e de qualidade para todos. Contribui ainda para auxiliar os decisores políticos a identificar áreas que necessitam de melhorias, a atribuir recursos de forma eficaz e a medir o progresso dos principais objetivos. Tanto o Eurostat como a OCDE fornecem diversos dados sobre saúde, permitindo comparações entre países. O Eurostat disponibiliza informações detalhadas sobre o estado de saúde, determinantes da saúde, despesas com cuidados de saúde, recursos e atividades dos cuidados de saúde, causas de morte e saúde e segurança no trabalho na União Europeia (UE). Estes dados são frequentemente complementados por outras estatísticas sobre questões sociais, demográficas ou relacionadas com a qualidade de vida. A OCDE, por sua vez, disponibiliza indicadores de saúde, despesas com saúde, acesso e qualidade dos cuidados, e políticas de saúde.

Uma diferença notável entre as duas fontes é que o Eurostat se concentra principalmente nos países da UE, enquanto a OCDE abrange um grupo mais amplo de países, incluindo membros da UE e outros países desenvolvidos. Além disso, o Eurostat disponibiliza dados administrativos e resultados de inquéritos. A OCDE, por sua vez, oferece análises mais focadas nos sistemas de saúde e políticas de saúde dos países membros. Em resumo, ambas as organizações fornecem dados valiosos sobre saúde, mas com vertentes e metodologias diferentes.

⁷As ARS foram formalmente extintas a partir de 1 de outubro de 2024, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro.

⁸A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), cuja orgânica foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, tem como principal missão assegurar a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS. Além disso, é responsável pela gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, permitindo um acompanhamento mais abrangente e integrado das necessidades dos utentes ao longo das diferentes fases da vida.

Nesta secção foram utilizados dados de ambas as fontes, sempre que os dados estejam disponíveis para Portugal na data de divulgação mais atual para cada indicador. O grupo de países analisado é variável, consoante a disponibilidade da informação. Em função da limitação de dados, foi calculada uma média dos países para os quais os dados estavam disponíveis, a fim de estabelecer um ponto de comparação.

3.1 Determinantes e desempenho em saúde

O desempenho em saúde de um país refere-se à capacidade do sistema de saúde em atender as necessidades da população de maneira eficiente, eficaz e equitativa. A Organização Mundial de Saúde define o desempenho dos sistemas de saúde considerando três objetivos principais: 1) a melhoria da saúde da população; 2) a resposta às expectativas dos cidadãos e; 3) proteção financeira contra os custos da saúde. O desempenho em saúde de um país está dependente, *a priori*, do estado de saúde da respetiva população. Uma população com hábitos menos saudáveis, e/ou fatores genéticos menos favoráveis, terá, em princípio, um serviço de saúde cujo desempenho é mais exigente.

Esta secção procura avaliar o desempenho do sistema de saúde português, mas, antes, situa Portugal em termos de determinantes de saúde, isto é, fatores que influenciam a saúde de indivíduos e populações. Estes podem ser classificados em diferentes categorias, que interagem entre si, incluindo:

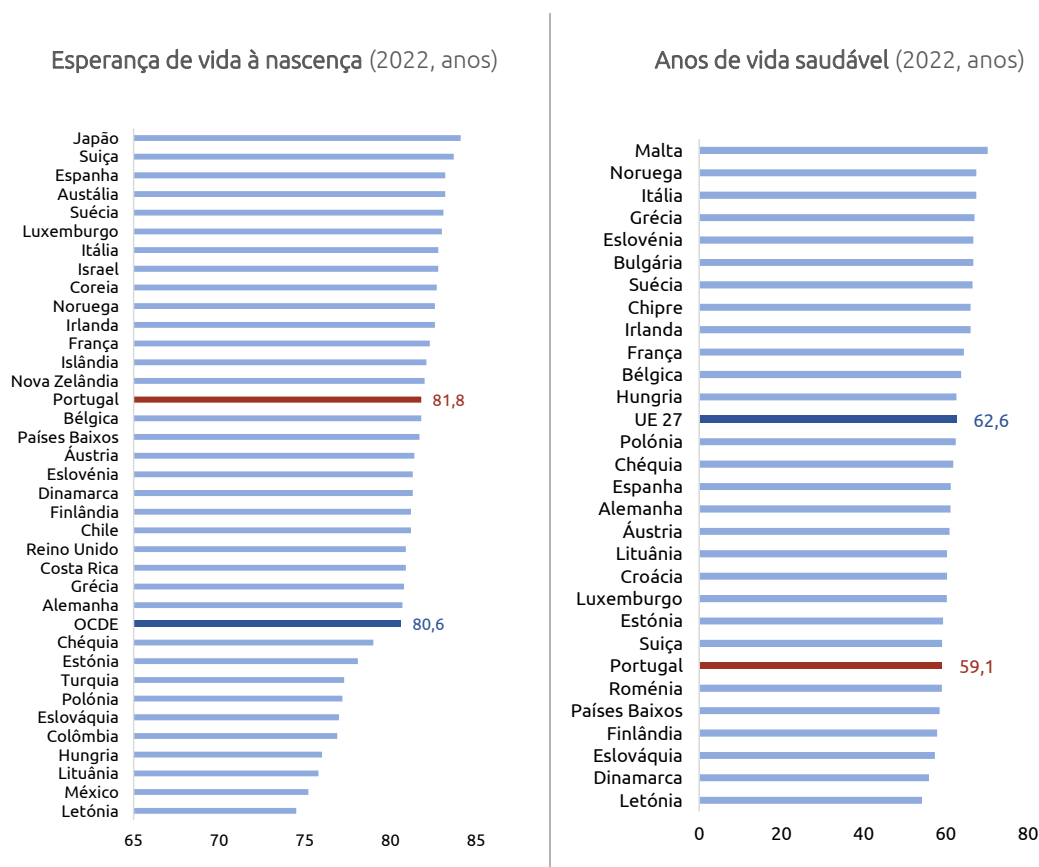
- Determinantes biológicos: características genéticas, idade, sexo e condições hereditárias;
- Determinantes comportamentais: hábitos e estilos de vida, como alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e adesão a tratamentos médicos;
- Determinantes sociais: condições socioeconómicas, nível de escolaridade, acesso a oportunidades de trabalho e redes de apoio social;
- Determinantes ambientais: qualidade do ar e da água, saneamento básico e condições de habitação;
- Determinantes políticos e institucionais: políticas públicas de saúde, acesso a serviços médicos, programas de vacinação e regulamentação sanitária.

Com o envelhecimento da população, alguns indicadores de saúde tornam-se particularmente mais relevantes para monitorizar o bem-estar da população e a capacidade do sistema de saúde em responder às suas necessidades. Entre os principais indicadores destaca-se o número de anos de vida saudável, que mede os anos que uma pessoa pode esperar viver com boa saúde, sem limitações significativas. Segundo a OCDE, é esperado que quando alguém nasce em Portugal tenha uma esperança média de vida de 81,8 anos (Gráfico 1, painel esquerdo). No entanto, destes anos, apenas 59,1 se espera que sejam de **vida saudável**, isto é, sem doenças, lesões e num estado de saúde funcional⁹ (Gráfico 1, painel direito). Este indicador de anos de vida saudável é calculado de acordo com a perceção dos próprios indivíduos, através de um inquérito, focando-se nos anos de

⁹No âmbito da esperança de vida, existe ainda um terceiro conceito, o de **esperança de vida saudável**, que é calculado pelo Eurostat através dos dados sobre mortalidade e morbilidade. Naturalmente, este último indicador apresenta um valor inferior face ao de esperança média de vida, por ser um conceito mais restritivo.

vida sem nenhuma incapacidade, diferindo da esperança média de vida, na medida em que este último não tem em conta o estado de saúde dos indivíduos. Enquanto Portugal ocupa uma posição intermédia entre os países da OCDE no que diz respeito à esperança média de vida, o Japão apresenta o melhor resultado (84,1 anos). No que respeita aos anos de vida saudável, Portugal está 3,5 anos abaixo da média da UE, na sétima posição menos favorável. A discrepância entre as posições deve-se, ainda, ao facto de que, no caso do grupo de países da OCDE, está incluído um maior número de países com menor esperança média de vida à nascença, o que favorece os países europeus. Portugal destaca-se, ainda, como um dos oito países (juntamente com Bélgica, Espanha, Luxemburgo, Suécia, Dinamarca, Finlândia e Países Baixos) em que as mulheres têm menos anos de vida saudável (58) do que os homens (60,2). Considerando apenas a população com mais de 65 anos, Portugal é o país onde as mulheres vivem menos anos sem limitações de saúde face aos homens (-1,3 anos).

Gráfico 1 – Esperança de vida



Fonte: OCDE e Eurostat.

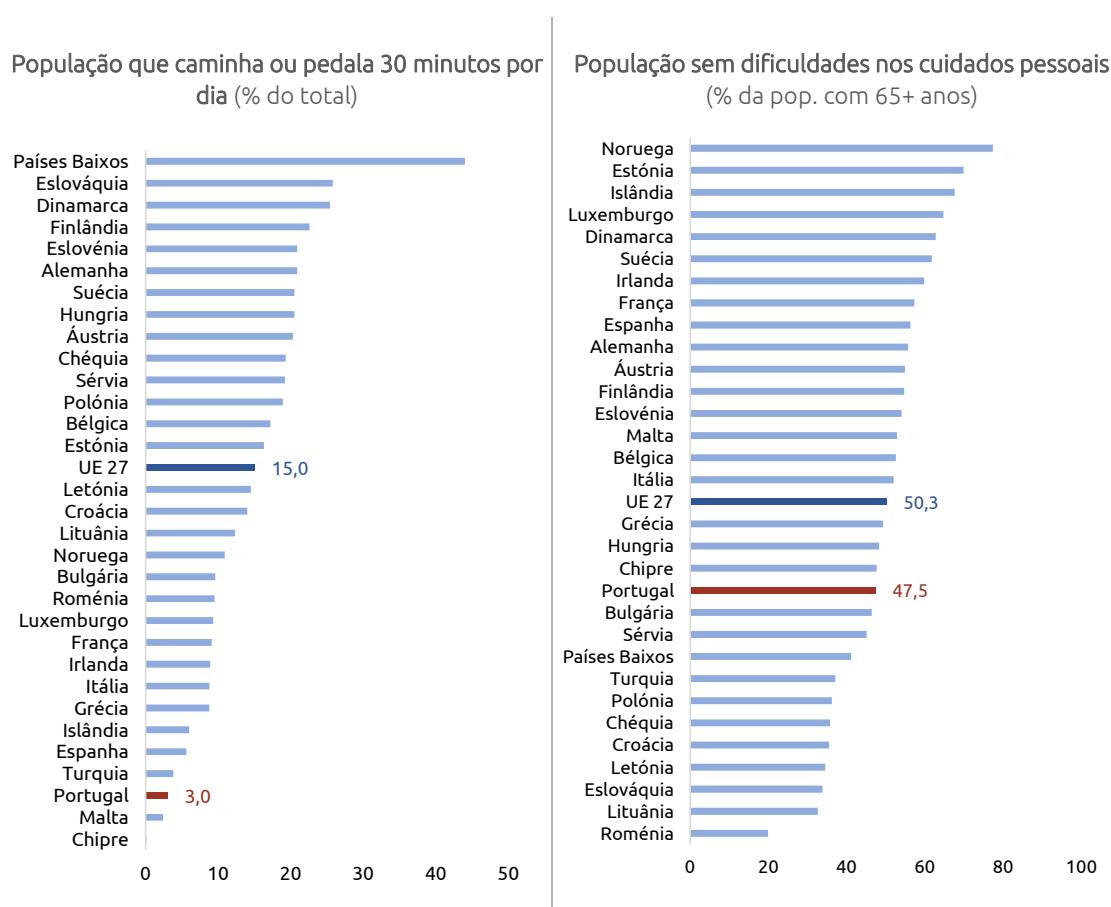
Ao longo deste capítulo, analisam-se outros indicadores que visam aferir a saúde na velhice, como:

- Prevalência de doenças crónicas, incluindo diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, osteoporose e doença pulmonar obstrutiva crónica;
- Admissões hospitalares evitáveis, um indicador da qualidade dos cuidados de saúde primários na prevenção e gestão de doenças crónicas;
- Consumo de medicamentos, como forma de medir a medicação entre idosos, indicando desafios na gestão da prescrição e adesão aos tratamentos;

- Indicadores de saúde mental, dado que a depressão e solidão são problemas frequentes entre a população idosa.

Uma das razões que poderá contribuir para um menor número de anos de vida saudável é a reduzida atividade física da população. De facto, em 2019 (dados mais recentes), apenas 3% dos portugueses declarava caminhar ou pedalar pelo menos 30 minutos por dia, o que compara com a média de 15% da população na UE e 44% nos Países Baixos (influenciada, decerto, pelo facto de frequentemente se deslocar de bicicleta) (Gráfico 2). Da mesma forma, 47,5% dos portugueses com mais de 65 anos reportaram não ter dificuldades nos cuidados pessoais ou atividades domésticas, enquanto os restantes 52,5% tinham limitações nestas áreas, dos quais 32,7% classificaram essas limitações como severas (o que compara com 26,6% da população na média da UE).

Gráfico 2 – Qualidade de vida (2019)

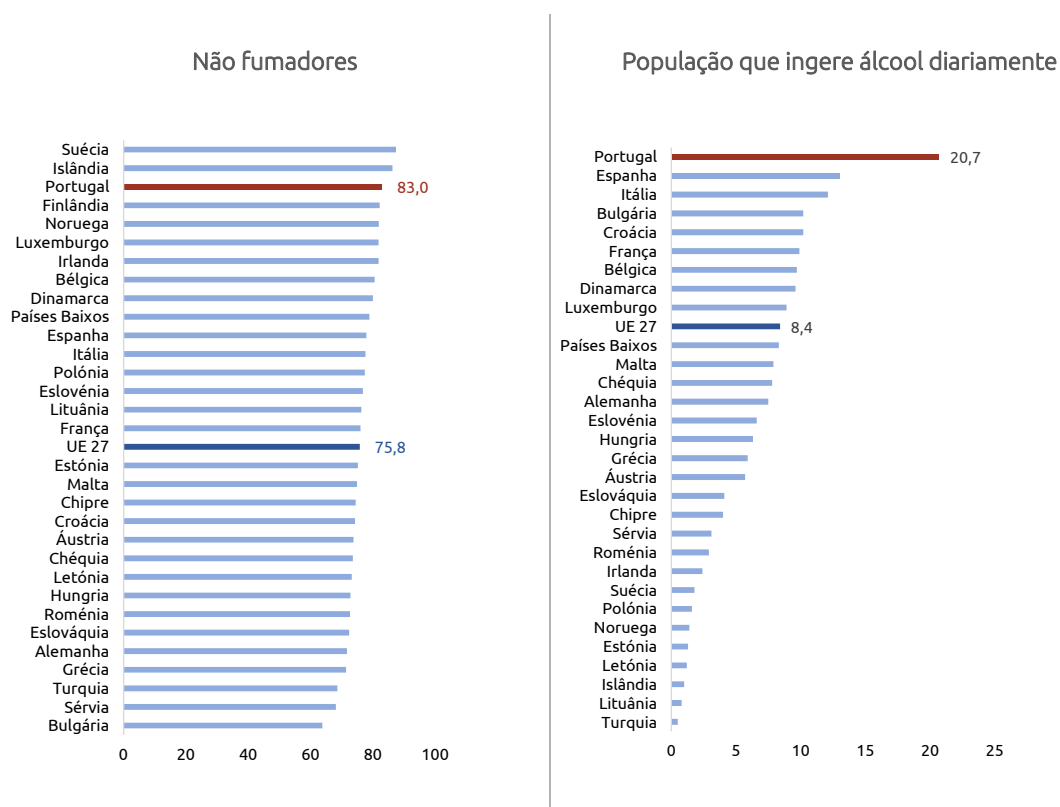


Fonte: Eurostat.

Para além da atividade física, também a alimentação e os hábitos de consumo desempenham um papel central na saúde da população. Em 2019, Portugal encontrava-se acima da média da UE no que diz respeito ao consumo diário de fruta e legumes, com 58,2% da população a ingerir entre 1 e 4 porções diárias (54,7% na média da UE). Ainda assim, neste ano, 17,2% da população apresentava um Índice de Massa Corporal que indicava obesidade, face a 16% na média da UE. No mesmo ano, 20,7% da população portuguesa inquirida bebia álcool diariamente, colocando Portugal no primeiro lugar deste indicador. Face a Portugal, existe uma diferença não negligenciável para Itália e Espanha, na segunda de terceira posição, respetivamente, cuja percentagem não

ultrapassou os 13% da população (Gráfico 3). No outro extremo da escala, na Lituânia, Letónia, Estónia, Polónia, Suécia, Irlanda e Roménia, bem como na Noruega e na Turquia, a percentagem da população que bebe álcool diariamente representava menos de 3%. Estas estatísticas revelam não só hábitos de consumo, como eventuais restrições à compra e consumo de álcool implementadas pelos governos de cada país. O [Nanny State Index](#), um indicador que resulta da colaboração de vários *think-tanks* europeus, mede de que forma os governos europeus regulam, limitam ou proíbem as escolhas individuais, incluindo o consumo de álcool. De acordo com este índice, a Turquia é o país da Europa em que existem mais restrições ao consumo de álcool, seguindo-se a Lituânia, a Noruega, a Irlanda e a Finlândia. Portugal encontrava-se na 19.ª posição em 2023. Note-se que não obstante a posição cimeira no que diz respeito à ingestão diária de álcool, 30% da população portuguesa não ingeriu álcool nos 12 meses anteriores a este questionário, proporção apenas superada pela Roménia, Malta, Espanha, Itália, Croácia, Sérvia e Turquia. Portugal destaca-se favoravelmente pela proporção de não fumadores, que representam 83% da população, face a 75,8% na média da UE.

Gráfico 3 – Hábitos de consumo (2019, % da população)

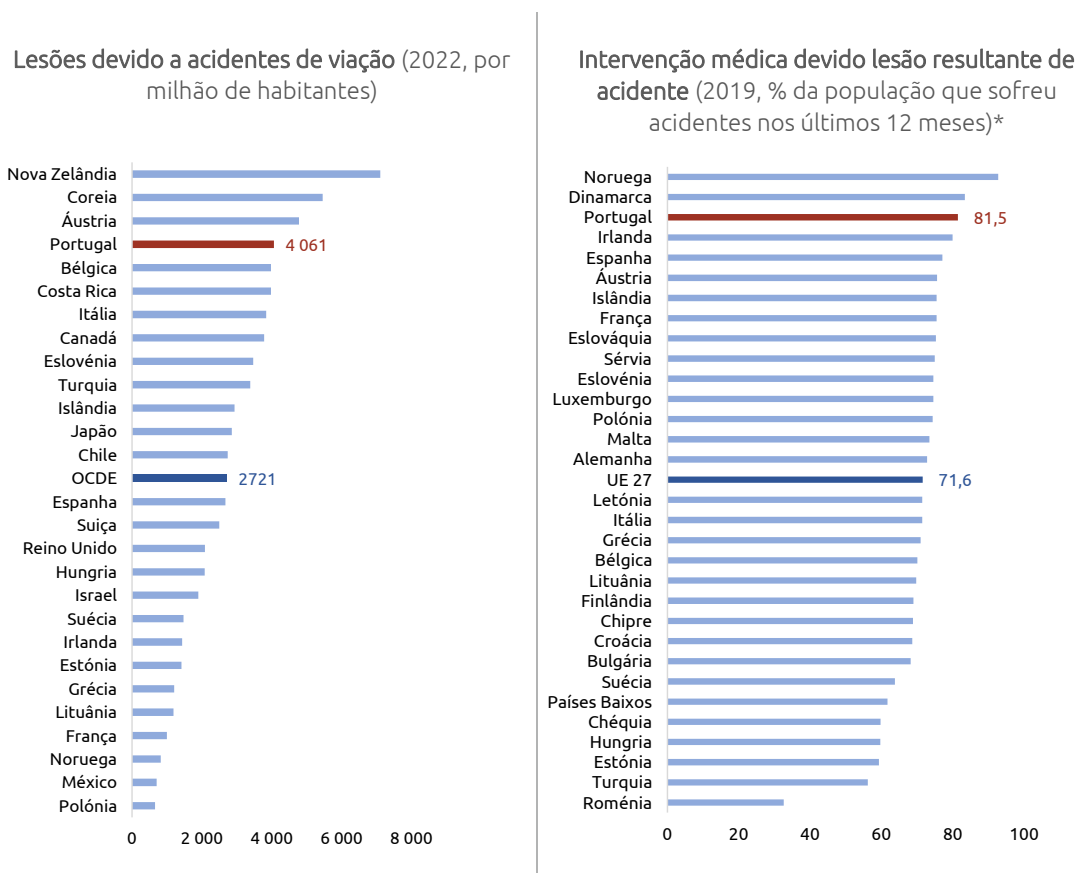


Fonte: Eurostat.

Relativamente a indicadores referentes a acidentes, que também se incluem no grupo de indicadores que permite avaliar o estado de saúde de uma população, Portugal é dos que apresenta um maior número de lesões causadas por acidentes de viação por milhão de habitantes (4061), entre os países da OCDE incluídos na amostra, sendo superado apenas pela Nova Zelândia, Coreia e Áustria (Gráfico 4). Acresce que, em Portugal, 81,5% dos acidentes (de trânsito, domésticos e de lazer), resultam na necessidade de uma intervenção médica, enquanto na UE27 este valor se situa em 71,6%.

Ainda assim, em 2019, a população que referiu ter faltado ao trabalho devido a problemas de saúde nos últimos 12 meses era de 29,7% em Portugal, face a 35% na UE.

Gráfico 4 – Acidentes



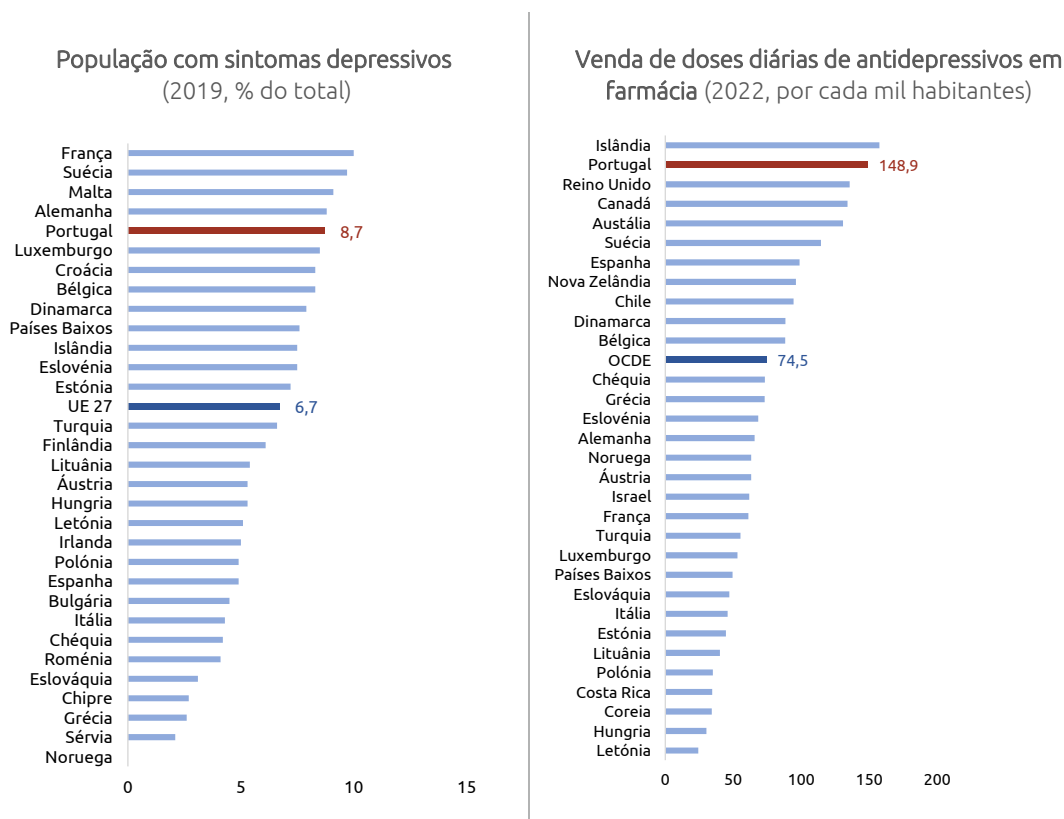
Fonte: OCDE e Eurostat. | * Abrange acidentes de trânsito, domésticos e de lazer.

Outro indicador relevante para a aferição do estado de saúde de uma população consiste na avaliação de sintomas depressivos, bem como a venda de doses diárias de medicamentos em geral, incluindo antidepressivos. De acordo com o Eurostat, 8,7% da população portuguesa apresentava sintomas depressivos em 2019, sendo superada apenas pela França, Suécia, Malta e Alemanha (Gráfico 5). Este dado poderá justificar que Portugal se destaque também pelo elevado consumo de antidepressivos. Especificamente, é o segundo país da OCDE com maior consumo de antidepressivos, tendo registado 14 doses diárias¹⁰ por cada 100 habitantes em 2022. Estes indicadores sublinham a importância de reforçar os recursos humanos e financeiros na área da saúde mental em Portugal, em particular nos cuidados de saúde primários, para garantir um acompanhamento adequado e reduzir a dependência de fármacos. Com efeito, em 2022, 73% da população portuguesa com mais de 75 anos tomava mais de 5 medicações

¹⁰A dose diária representa a média indicada por dia para um medicamento usado por adultos para a sua principal indicação terapêutica.

diferentes diariamente, sendo este o valor mais elevado de todos os países que reportaram este indicador.

Gráfico 5 – Saúde mental da população



Fonte: Eurostat e OCDE.

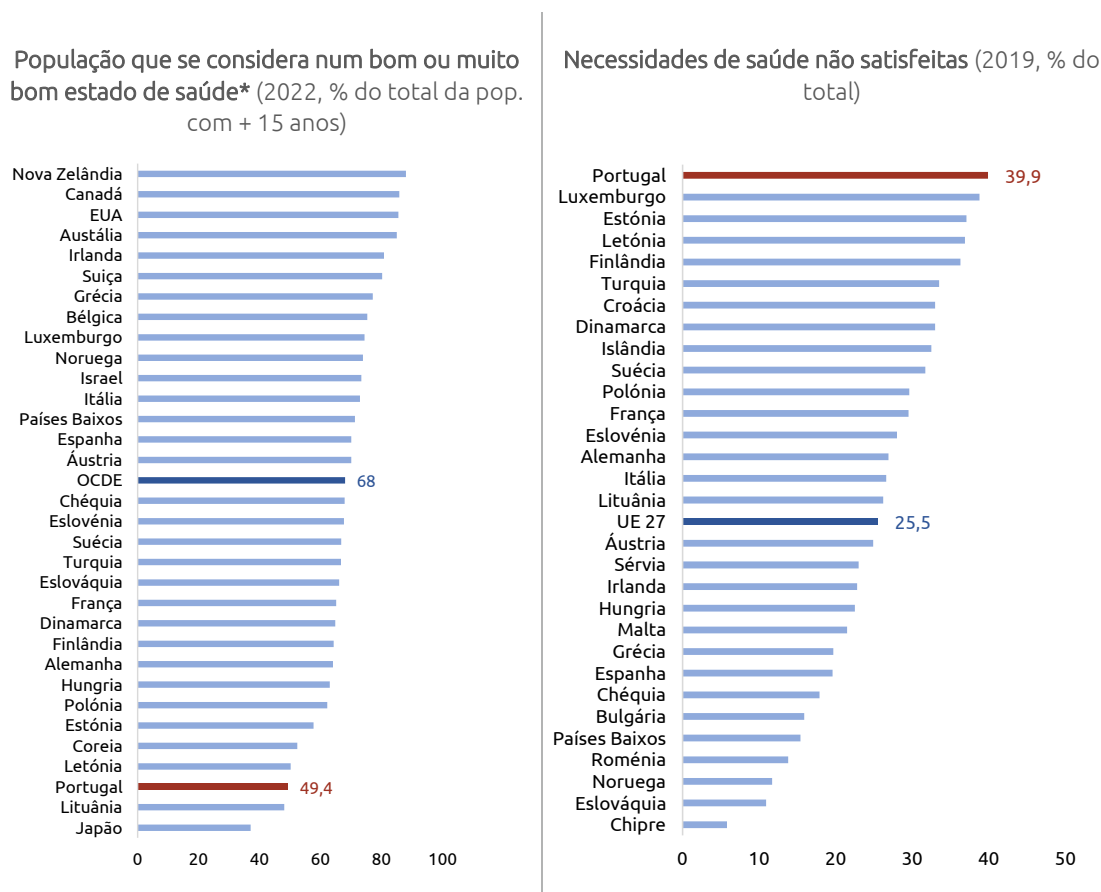
Uma parte significativa da população relata dificuldades no acesso a cuidados de saúde, com as necessidades não satisfeitas a superarem a média europeia (CFP, 2024). Estas dificuldades são particularmente evidentes nos cuidados de saúde oral e mental, onde 29% e 28% dos portugueses, respetivamente, reportaram necessidades não satisfeitas em 2019, em contraste com as médias europeias de 11% e 4%. No âmbito geral (incluindo cuidados médicos, saúde oral, saúde mental e prescrição de medicamentos), cerca de 40% dos portugueses com necessidades de saúde relataram pelo menos uma situação em que não conseguiram aceder aos cuidados necessários, comparativamente à média europeia de 26%. As principais barreiras identificadas incluem tempos de espera prolongados (mencionados por 30% dos inquiridos) e razões financeiras (afetando 26% dos indivíduos), enquanto apenas 4% mencionou a distância ou meios de transporte.

Em 2022, de acordo com a OCDE, 49%¹¹ dos portugueses considerava encontrar-se num bom ou muito bom estado de saúde, o terceiro valor mais baixo da amostra, ficando apenas atrás da Lituânia e Japão. Estes três países formam o grupo em que apenas metade da população se considera de boa ou muito boa saúde. No outro extremo,

¹¹Em 2023, a percentagem de portugueses que se considerava de boa ou muito boa saúde situou-se em 51% da população. No entanto, optou-se por utilizar os dados de 2022, uma vez que vários países não tinham ainda disponibilizado os dados de 2023 à data da recolha da informação.

encontram-se a Nova Zelândia, o Canadá, os EUA e a Austrália, onde pelo menos 85% da população se considera num bom ou muito bom estado de saúde. Importa salientar que esta autoavaliação varia significativamente consoante o escalão de rendimentos: 61% dos indivíduos inquiridos em Portugal no quintil de rendimentos mais elevado consideravam-se de boa ou muito boa saúde, em contraste com 37% no quintil mais baixo. Esta discrepância é comum em todos os países, destacando-se a Estónia, Letónia e Lituânia pelas maiores diferenças (superiores a 40 p.p.), enquanto na Turquia, Israel, Itália, Grécia e Nova Zelândia as diferenças entre o primeiro e o último quintil são inferiores a 10 p.p.

Gráfico 6 – Perceção de saúde e cuidados de saúde

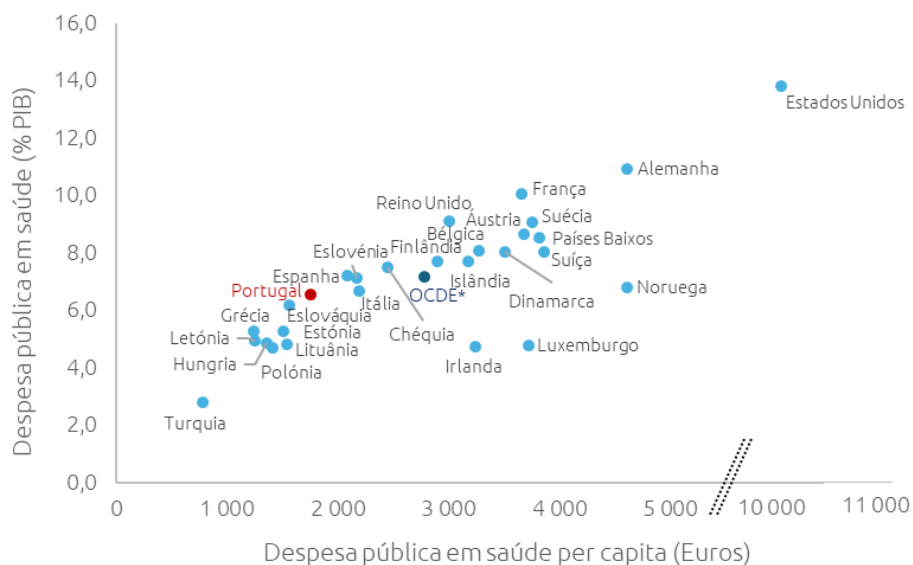


Fonte: OCDE e Eurostat. | Nota: * O Eurostat disponibiliza um indicador semelhante de autoavaliação de saúde da população. No entanto, a amostra utilizada por esta entidade consiste na população entre os 15 e os 64 anos. Naturalmente, o valor apresentado para Portugal é mais elevado (62% e 64% em 2022 e 2023, respetivamente) face ao da OCDE, pois não engloba a população mais idosa.

3.2 Despesa e financiamento do sistema de saúde

A despesa pública em saúde é um indicador fundamental para avaliar o desempenho e a sustentabilidade dos sistemas de saúde em diferentes países. A comparação internacional do nível da despesa pública em saúde oferece: 1) uma perspetiva abrangente sobre os esforços financeiros dedicados à área da saúde e, conseqüentemente dos compromissos para melhorar a qualidade, acessibilidade e equidade nos serviços prestados; e 2) uma avaliação de eficiência dos serviços de saúde prestados tendo por base a dimensão da despesa realizada.

Gráfico 7 – Despesa pública em saúde em 2022
(valores % do PIB e per capita)



Fonte: OCDE. | Nota: * O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador e não inclui necessariamente todos os países membros da organização. OCDE não reporta a despesa pública em saúde *per capita* em euros para os EUA, pelo que o cálculo foi feito pelos autores com base na taxa de câmbio média de 2022 (BCE)

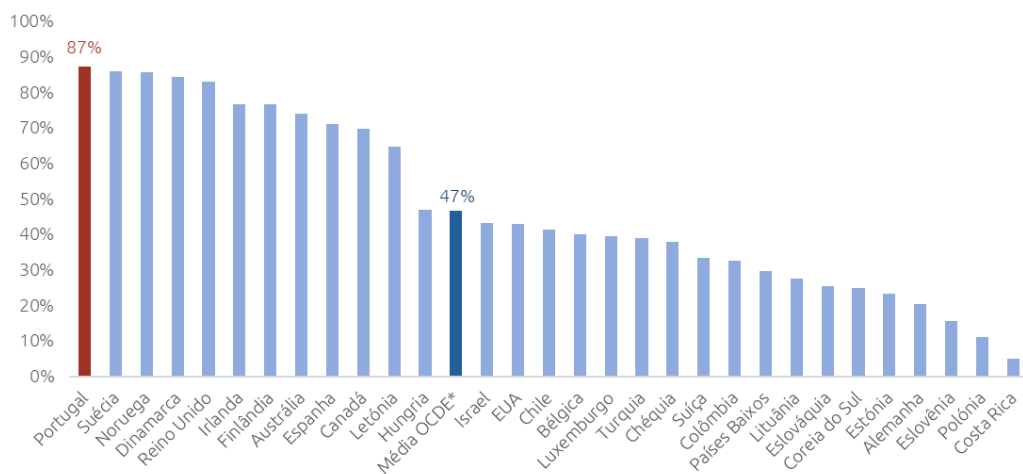
O Gráfico 7 demonstra que Portugal, em comparação com outros países da OCDE, está numa posição relativamente intermédia tanto a nível da sua despesa pública em percentagem do PIB, assim como em termos per capita em 2022. Em termos comparativos, Portugal encontra-se abaixo da média da OCDE em ambos os indicadores e significativamente abaixo dos países líderes em despesa na saúde, como Alemanha, França e os países nórdicos como a Noruega e a Suécia.

Como curiosidade, é de referir o caso dos Estados Unidos que se destaca pela elevada despesa pública *per capita* em saúde, muito acima de qualquer outro país da OCDE. Esta elevada despesa pode ser explicada, em parte, pelos elevados custos de saúde característicos do sistema americano. Embora o sistema de saúde americano assente basicamente em prestadores de cuidados privados, o governo dos EUA investe um montante considerável nesta área através dos programas do *Medicare* (para idosos) e do *Medicaid* (para população de baixo rendimento). No entanto, é de salientar que esta despesa pública elevada não abrange toda a população, o que contrasta com a natureza universal dos sistemas na maioria dos países europeus.

Quando comparamos Portugal com outros países europeus de dimensão populacional semelhante, como a Grécia e a Hungria, verificamos que o país apresenta uma maior despesa na saúde em percentagem do seu PIB. No entanto, esta métrica reflete o nível de investimento e não necessariamente o desempenho do sistema de saúde. Em termos de despesa pública per capita, Portugal está mais próximo destes países e da maioria dos países da Europa de Leste do que de países como a Irlanda, Suécia ou Países Baixos, que apresentam uma maior despesa por habitante. No entanto, esta comparação deve ter em conta as diferenças no custo de vida e nos custos salariais dos profissionais de saúde, que afetam os níveis de despesa em cada país. Por outro lado, ao analisar a despesa pública em percentagem da despesa pública total, Portugal apresenta valores mais baixos em

comparação com vários países da OCDE. Esta posição reflete não só as limitações no esforço financeiro dedicado à saúde, mas também o impacto do baixo nível de rendimento per capita, que condiciona a capacidade de alocação de recursos públicos ao sector.

Gráfico 8 - Transferência de receitas públicas para o financiamento do sistema de saúde em 2022 (% despesas no mesmo regime de financiamento)



Fonte: Para Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e OCDE para os restantes países (não dispondo esta fonte de dados para Portugal). * O valor da Média OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador e não inclui necessariamente todos os países membros da organização. Nota: A percentagem apresentada neste gráfico representa a transferência de receitas públicas para o financiamento do sistema de saúde em 2022, expressa como uma percentagem das despesas no mesmo regime de financiamento. No caso de Portugal, esta percentagem corresponde à transferência do Estado para financiar a totalidade da despesa do SNS. No entanto, para outros países, a interpretação pode variar consoante o modelo de financiamento do sistema de saúde adotado. Para uma análise mais detalhada das diferenças entre alguns modelos, consulte a Secção 4.

No que diz respeito à estrutura de financiamento do sistema de saúde, Portugal destaca-se como o país com maior dependência de receitas do Estado para financiar o seu sistema público de saúde, com cerca de 87% do total da despesa do SNS em 2022 (Gráfico 8). Além disso, a significativa dependência de financiamento público direto reflete a natureza centralizada do sistema de saúde nacional e a sua tendência para a gratuitidade, um aspeto que se consolidou com a eliminação progressiva das taxas moderadoras nos últimos anos. Embora estas taxas representassem uma pequena parcela das receitas totais do SNS contribuíam, ainda que de forma limitada, para reduzir a dependência de receitas públicas. As receitas provenientes de outras fontes, como seguros privados ou pagamentos diretos por parte dos utentes, continuam a ter um peso reduzido. Outros países, como a Suécia, Noruega ou Dinamarca, também apresentam elevados níveis de financiamento público no sector da saúde. Contudo, os sistemas de saúde destes países incluem, geralmente, copagamentos por parte dos utentes, o que reduz ligeiramente o peso das receitas públicas no financiamento total das despesas dos seus sistemas.¹² Em

¹²A título de exemplo, na Suécia, apesar do sistema de saúde ser amplamente financiado por receitas públicas, os utilizadores também pagam taxas moderadoras. No entanto, estas têm um limite máximo anual. Isto significa que, depois de as despesas médicas atingirem um determinado limite máximo anual (o montante exato pode variar consoante as regiões), as consultas com médicos e outros profissionais de saúde são gratuitas, sendo os custos suportados pelo Estado durante o restante período. O caso sueco é analisado com maior detalhe na secção 4.

contraste, países como a Alemanha, Eslovénia e Polónia apresentam uma menor proporção de financiamento público, o que significa uma maior dependência de outras fontes, como seguros privados obrigatórios ou voluntários, bem como pagamentos diretos por parte dos utilizadores.¹³

Os dados do Gráfico 7 indicam que os recursos alocados ao sector da saúde pública continuam a ser inferiores aos observados nos países mais desenvolvidos. Além disso, a forte dependência de financiamento público coloca desafios significativos para o futuro, sobretudo num cenário de envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas em Portugal. Estes fatores intensificam a pressão sobre o orçamento público, tornando indispensável diversificar as fontes de financiamento. Mecanismos como uma maior participação de seguros privados ou parcerias público-privadas podem ser explorados, desde que mantenham os princípios de universalidade e equidade. Um exemplo claro das fragilidades do atual modelo é a dificuldade em cobrar receitas pendentes pela prestação de cuidados a cidadãos estrangeiros, cujos custos deveriam ser reembolsados pelos países de origem ou respetivas seguradoras. A falta de um sistema eficiente para gerir essas cobranças representa uma perda de receitas significativa para o SNS. Resolver situações como esta contribuiria para aliviar a pressão sobre o orçamento público e garantir a sustentabilidade do sistema.

Caixa 1 – PRR na Saúde

No âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), foi definido um conjunto de investimentos para reforçar o SNS e responder de uma forma mais eficaz às necessidades de saúde da população. O PRR destina 1,7 mil M€ para a modernização do SNS, focando-se na melhoria acessibilidade, eficiência e qualidade dos serviços prestados. O plano assenta em três grandes reformas e diversos investimentos estratégicos. As três reformas são as seguintes:

- 1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RE-r01);**
 - Reforço da capacidade e da qualidade de resposta dos cuidados de saúde primários do SNS; reforço dos meios de diagnóstico e estabelecimento de programas nacionais de diagnóstico precoce; melhoria das instalações e condições dos cuidados primários e redução das desigualdades no acesso à saúde incluindo a descentralização de competências para os municípios.

- 2. Reforma da Saúde Mental (RE-r02);**
 - Expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na área da saúde mental; integração de doentes de hospitais psiquiátricos na comunidade, através da criação de respostas residenciais; concluir a cobertura nacional dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM); implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências e adequar as respostas para as pessoas que vivem com demência ao facilitar o seu acesso ao sistema de saúde.

¹³A título de exemplo, na Alemanha, o seguro de saúde, seja público ou privado, é obrigatório para todos os cidadãos e residentes no país. O sistema é sustentado principalmente pelo seguro de saúde público, financiado por contribuições obrigatórias proporcionais ao rendimento e partilhadas entre empregadores e empregados.

3. Reforma da governação dos hospitais públicos (RE-r03).

- Reestruturação da gestão hospitalar para maior eficiência e coordenação com os cuidados primários e continuados; criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) para melhorar a produtividade e qualidade dos serviços hospitalares e criação de mais unidades de hospitalização domiciliária, evitando internamentos desnecessários.

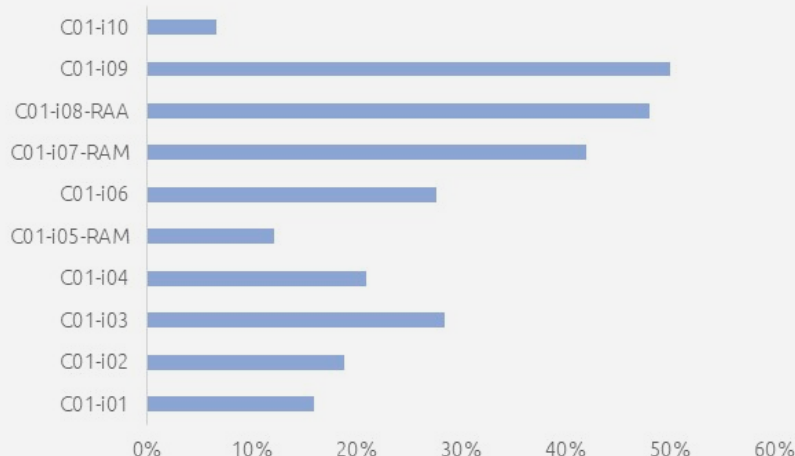
Os investimentos estratégicos na área da saúde são os seguintes:

- **Cuidados de saúde primários com mais respostas (RE-C01-i01):** inclui, entre outros, a construção de 124 novas unidades de saúde e renovação de 347 instalações, introdução de rastreios nos centros de saúde e o alargamento das suas áreas de intervenção como medicina dentária e de reabilitação;
- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RE-C01-i02):** inclui, entre outros, a construção de 275 novos módulos de internamento na RNCCI na área da saúde mental e a criação de 50 equipas domiciliárias de cuidados continuados;
- **Conclusão da Reforma da Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências (RE-C01-i03):** inclui, entre outros a construção de 4 unidades de internamento em hospitais gerais, a criação de 15 CRI e a requalificação de 20 SLSM;
- **Construção do Hospital de Lisboa Oriental e reforço do equipamento hospitalar na região de Lisboa e Vale do Tejo (RE-C01-i04);**
- **Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) (RE-C01-i05-RAM):** inclui, entre outros, a criação de 1500 vagas no sistema hospitalização domiciliária; e a criação de 11 equipas comunitárias de saúde mental;
- **Transição Digital da Saúde (RE-C01-i06):** que inclui a digitalização dos registos de saúde e implementação de telessaúde e telemonitorização;
- **Digitalização na área da Saúde da RAM (RE-C01-i07-RAM);**
- **Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores (RE-C01-i08-RAA);**
- **Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa (SUAVA) (RE-C01-i09);**
- **Programa de Modernização Tecnológica do SNS (RE-C01-i10):** inclui a aquisição novos equipamentos médicos pesados para diagnóstico e tratamento avançado e investimento em tecnologia inovadora. Já em 2025, o Governo anunciou uma reprogramação do PRR que vai permitir novos investimentos em equipamentos na área da saúde.

O Gráfico 9 representa a taxa de execução dos diferentes investimentos previstos no PRR para a área da saúde. Ao analisar esta informação, constata-se que, em geral, a taxa de execução está relativamente baixa, abaixo dos 50%. Áreas prioritárias, como os cuidados de

saúde primária (C01-i10) ou a modernização tecnológica do SNS (C01-i01) apresentam apenas uma execução de 16% e 6,6% respetivamente em março de 2025.

Gráfico 9 - Taxa de execução dos investimentos previstos no PRR para a área da saúde (%)*



Fonte: Recuperar Portugal. Data de referência: 12/03/2025. *A taxa de execução corresponde à percentagem do valor aprovado que já foi pago às entidades beneficiárias.

Esta baixa taxa de execução coloca em causa a eficácia das reformas previstas no PRR para o SNS, que são fundamentais para enfrentar desafios como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. A utilização efetiva dos fundos permitirá modernizar infraestruturas, reforçar os cuidados primários e hospitalares, melhorar a saúde mental e acelerar a transformação digital. Tal permitirá obter um sistema mais resiliente, eficiente e acessível, capaz de oferecer serviços de maior qualidade e melhor resposta às necessidades dos cidadãos.

3.3 Recursos Humanos e Materiais

Os recursos humanos são uma peça fundamental para o funcionamento e eficiência de qualquer sistema de saúde. A presença de profissionais qualificados e em número adequado é essencial para garantir o acesso, a qualidade e a equidade nos cuidados de saúde. Em 2022, Portugal apresentava 5,7 médicos com licença para exercer, por mil habitantes¹⁴ (Gráfico 10 – painel esquerdo), posicionando-se acima da média da OCDE (5,4 médicos). Neste indicador, Portugal está acima de países europeus como a Irlanda, Países Baixos ou Finlândia, mas encontra-se atrás de países com dimensão populacional semelhante, como a Suécia, Grécia ou Bélgica. Importa também destacar que o número de médicos per capita em Portugal é significativamente inferior ao de países da Europa Ocidental como a Itália ou Alemanha, o que poderá demonstrar o potencial para melhorias no reforço dos recursos humanos no sector da saúde. Este dado também reflete uma boa capacidade em termos de recursos médicos em Portugal, mas aponta

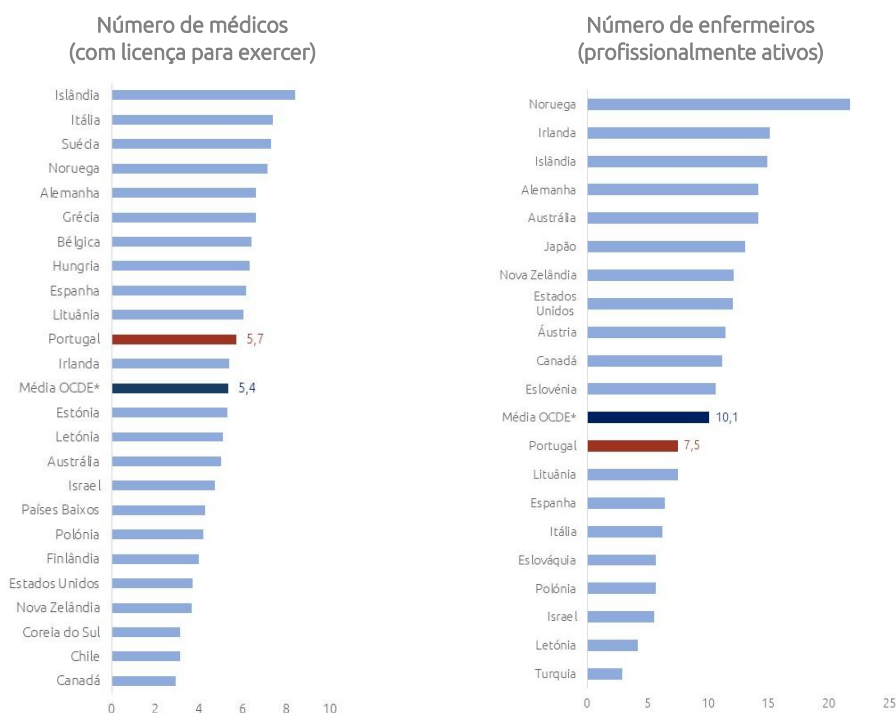
¹⁴De acordo com dados da OCDE, o número de médicos com licença para exercer em Portugal aumentou de 4,6 por mil habitantes em 2015 para 5,7 em 2022. Em termos absolutos, esse número passou de 47 792 em 2015 para 59 695 em 2022.

para questões sobre a sua distribuição geográfica e especialização, aspetos importantes para um sistema de saúde eficiente. Acresce que, em Portugal, alguns procedimentos poderão ser considerados atos médicos, quando em outros países são realizados por outros profissionais de saúde. A título de exemplo, referem-se as parteiras (*midwives*), que, no Reino Unido, oferecem cuidados durante a gravidez e o parto, enquanto os obstetras intervêm em casos de maior risco ou complicações.

No caso do número de enfermeiros profissionalmente ativos, Portugal apresenta 7,52 enfermeiros por mil habitantes em 2022¹⁵, um valor abaixo da média da OCDE, que é de 10,39 enfermeiros (Gráfico 10 – painel direito). Portugal está significativamente abaixo de países como Noruega, Irlanda, Islândia e Alemanha, cuja densidade de enfermeiros é consideravelmente superior. No contexto específico de Portugal, um menor número de enfermeiros pode ter um impacto negativo e na capacidade de prestar cuidados de saúde contínuos e de qualidade, uma vez que pode sobrecarregar outros profissionais, como médicos, e assim reduzir a eficiência do sistema de saúde. Neste cenário, a combinação de novas tecnologias com a inteligência artificial poderá ter um papel importante, ao disponibilizar novas ferramentas que podem ajudar na triagem, no diagnóstico e em tarefas burocráticas, como renovação de receitas médicas. Assim, os médicos poderão dedicar mais tempo às tarefas clínicas e ao acompanhamento dos pacientes. No entanto, estas soluções não substituem a necessidade de um número adequado de recursos humanos, mas podem atenuar algumas ineficiências do sistema, principalmente em períodos de maior pressão.

¹⁵ De acordo com dados da OCDE, o número de enfermeiros profissionalmente ativos em Portugal aumentou de 6,2 por mil habitantes em 2015 para 7,5 em 2022. Em termos absolutos, esse número passou de 65 135 para 78 573 enfermeiros no mesmo período.

Gráfico 10 – Número de profissionais de saúde em 2022
(por mil habitantes)



Fonte: OCDE. | Nota: * O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador, e não inclui necessariamente todos os países membros da organização. Nota: Para Portugal, considera-se o número de médicos com licença para exercer e de enfermeiros profissionalmente ativos, conforme disponibilidade da fonte.

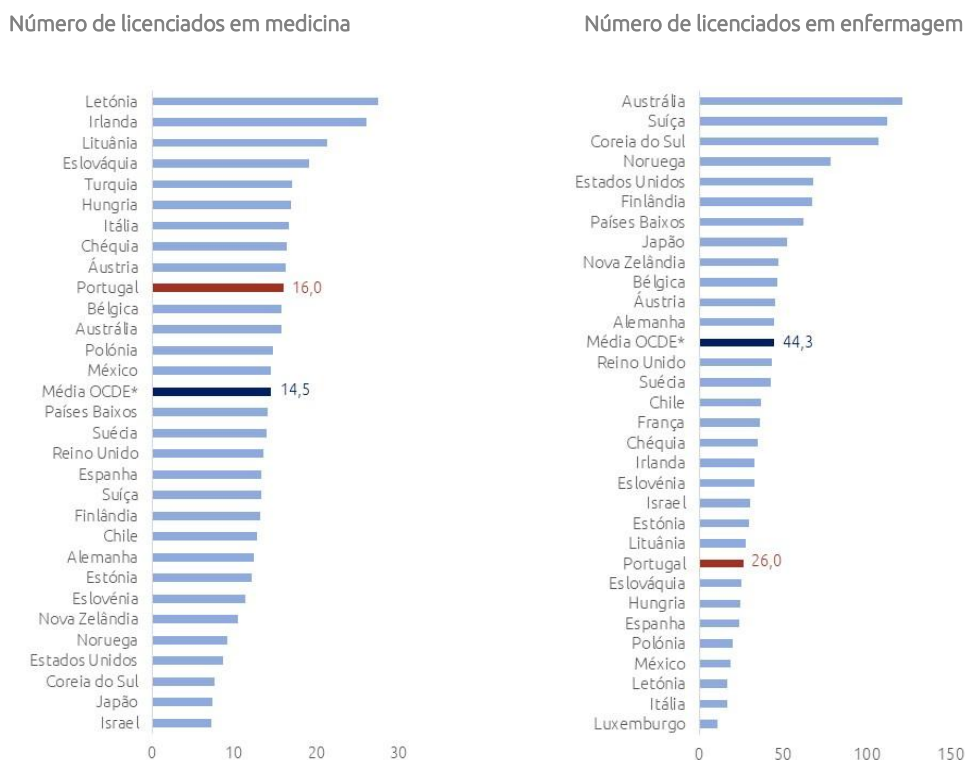
A análise do número de profissionais em formação na área da saúde é também um indicador essencial para compreender a capacidade futura de um sistema de saúde em responder às necessidades da população. Portugal apresenta 16 licenciados em medicina por cem mil habitantes em 2022, acima da média da OCDE, que é de 14,5 licenciados (Gráfico 11 – painel esquerdo). Este dado reflete um esforço considerável na formação de médicos, o que posiciona Portugal à frente de países europeus como a Bélgica, os Países Baixos, Suécia, Reino Unido ou Espanha. No entanto, Portugal ainda está atrás de países com uma dimensão populacional semelhante, como a Hungria, Chéquia ou Áustria, e até de países de menor dimensão geográfica e populacional, como a Letónia, Irlanda, Lituânia ou Eslováquia.

Por outro lado, Portugal apresenta, em termos comparativos, um menor número de licenciados em enfermagem, com 26 licenciados por cem mil habitantes em 2022, significativamente abaixo da média da OCDE, que é de 44,3 licenciados (Gráfico 11 – painel direito). Neste indicador, Portugal está no fim da lista dos países analisados, apenas à frente de países como a Eslováquia, Hungria, Espanha ou Itália. O número de licenciados em enfermagem em Portugal está muito abaixo de países europeus, como Bélgica, Suécia ou Chéquia, que possuem uma dimensão populacional semelhante à do nosso país.

Portanto, Portugal apresenta um desempenho positivo na formação de médicos, enquanto o número de licenciados em enfermagem fica aquém da média da OCDE e constitui um ponto crítico a melhorar. Neste sentido, é essencial implementar políticas de incentivo e aumentar a atratividade das carreiras na área de saúde, especialmente na área

de enfermagem, para reverter a falta de profissionais nesta área. Além disso, e não menos importante, deve-se atenuar o fluxo emigratório destes profissionais, frequentemente motivado por melhores condições remuneratórias e oportunidades no estrangeiro. Num país como Portugal, em que o sistema público desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde, torna-se indispensável atrair e reter profissionais não só no país, mas também no sector público.

Gráfico 11 – Número de licenciados na área de saúde em 2022
(por cem mil habitantes)



Fonte: OCDE. | Nota: * O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador, e não inclui necessariamente todos os países membros da organização.

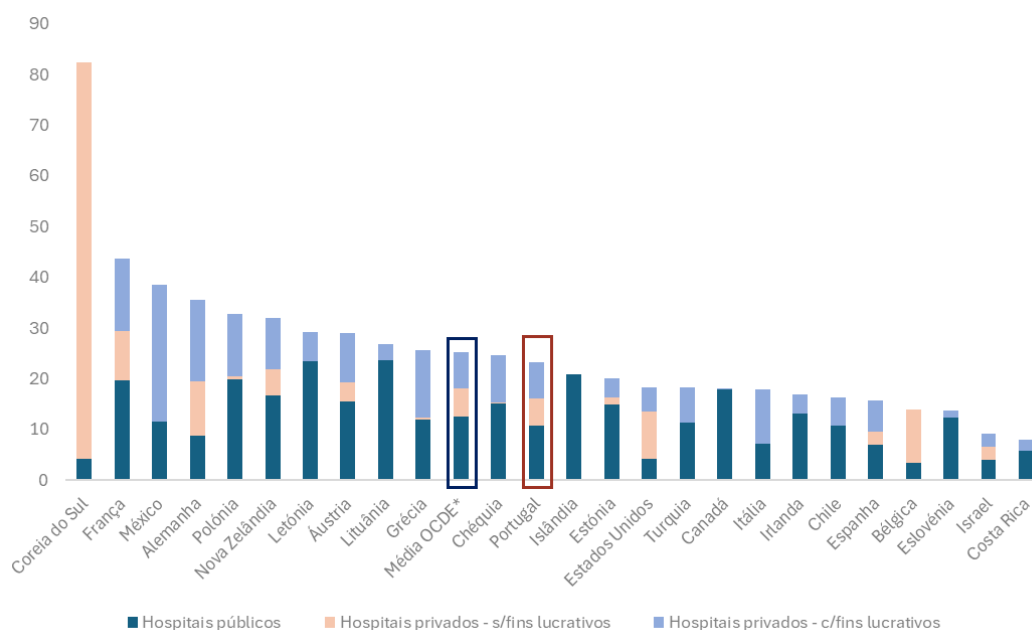
Outra dimensão fundamental na análise dos sistemas de saúde é a dos recursos materiais disponíveis. É importante, contudo, sublinhar que os indicadores apresentados não traduzem necessariamente a qualidade ou a eficiência dos cuidados de saúde, mas sim a capacidade material e a acessibilidade à infraestrutura hospitalar.

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 12, Portugal apresenta um número de hospitais inferior à da média da OCDE, tanto em termos absolutos como na proporção de hospitais públicos por milhão de habitantes. Por sua vez, a proporção significativa de hospitais públicos no total de hospitais em Portugal reflete o papel central do SNS no modelo de saúde do país. Comparativamente, países europeus como França e Alemanha destacam-se pela maior densidade de infraestrutura hospitalar. Estes países apresentam um número expressivo de hospitais públicos e privados (com e sem fins lucrativos), o que ilustra diferentes conjunções de gestão dos sistemas de saúde.

Portugal tem uma proporção semelhante de hospitais públicos e privados quando comparado com países de dimensão semelhante, como a Grécia ou a Chéquia. No entanto, Portugal possui uma maior proporção de hospitais privados sem fins lucrativos

do que estes dois países, que enfrentam desafios semelhantes, como populações relativamente pequenas e restrições orçamentais, o que limita a expansão da rede hospitalar. Ainda assim, países de menor dimensão geográfica e populacional, como a Letónia, Lituânia e Estónia, mantêm uma rede de hospitais maioritariamente pública e, em termos relativos, mais densa do que a de Portugal. Por outro lado, é importante destacar que Portugal possui uma rede hospitalar mais ampla do que países como Itália ou Espanha. Contudo, nestes casos, observa-se uma maior diversidade na gestão hospitalar, com uma presença mais equilibrada entre hospitais públicos e privados.

Gráfico 12 – Número de hospitais em 2022
(por milhão de habitantes)



Fonte: OCDE. | Nota: * O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador, e não inclui necessariamente todos os países membros da organização.

Conforme ilustrado no Gráfico 13, Portugal encontra-se abaixo da média da OCDE relativamente ao número de camas hospitalares por mil habitantes. À semelhança do indicador anterior, há uma predominância de camas em hospitais públicos, com uma proporção de 2,35 camas públicas para 0,69 camas em hospitais públicos sem fins lucrativos e 0,43 camas em hospitais privados com fins lucrativos. Estes dados refletem, mais uma vez, o papel crucial desempenhado pelo SNS na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

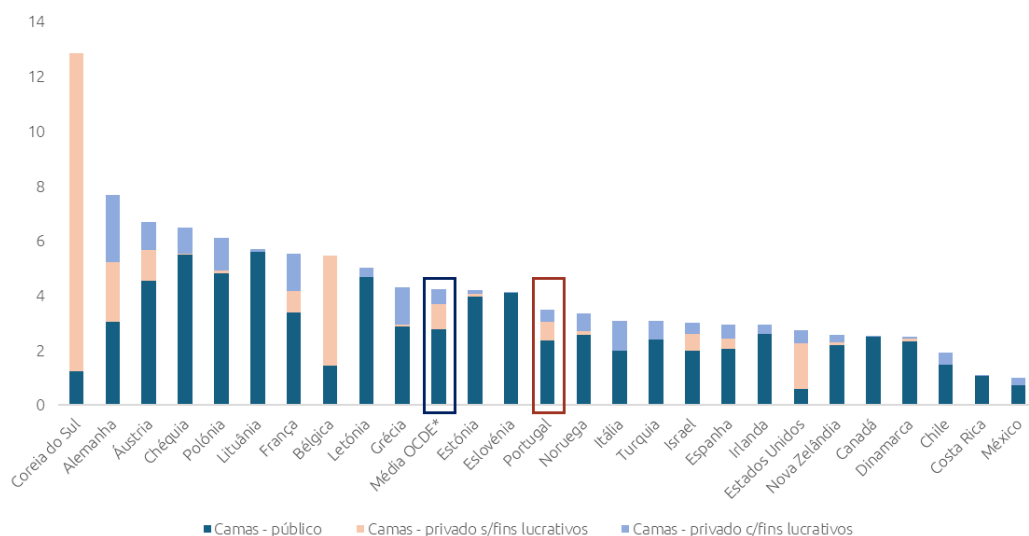
Em comparação com países de dimensão semelhante a Portugal, como a Áustria, Chéquia, Bélgica ou Grécia, nota-se que Portugal regista um número total de camas por milhão de habitantes inferior ao destes países. Contudo, é importante notar que, à exceção da Bélgica, estes países registam, à semelhança de Portugal, uma maior proporção de camas públicas. Este fator é importante porque tende a refletir um sistema de saúde mais centrado no sector público, cuja cobertura é mais abrangente e com uma maior capacidade de resposta coordenada em situações de maior pressão como pandemias ou surtos sazonais.

Mesmo países de menor dimensão geográfica e populacional, como a Lituânia, Letónia, Estónia, conseguem manter um maior número de camas hospitalares,

predominantemente públicas, em comparação com Portugal. Este dado pode, em parte, ser explicado pelo legado da era soviética, que se concentrava no desenvolvimento de uma extensa infraestrutura hospitalar pública.

Enquanto Portugal está abaixo de países como a Estónia ou Eslovénia, que têm uma menor dimensão, destaca-se de forma positiva face a países da Europa Ocidental como a Itália e Espanha. Este desempenho reflete uma rede hospitalar sólida em Portugal, embora com margens para expansão e diversificação da oferta de camas hospitalares.

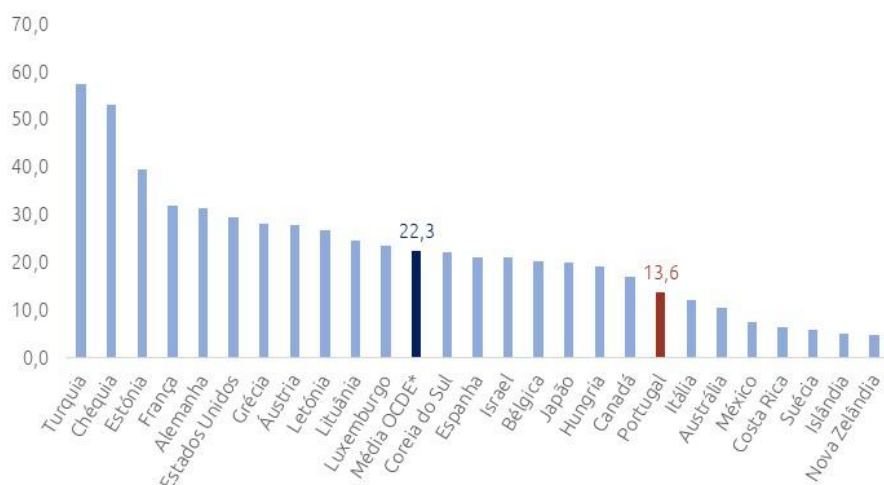
Gráfico 13 – Número de camas hospitalares em 2022
(por mil habitantes)



Fonte: OCDE. Nota: *O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador, e não inclui necessariamente todos os países membros da organização.

A pandemia de COVID-19 demonstrou que a disponibilidade de camas de cuidado intensivo é crucial para a capacidade de resposta do sistema de saúde em situações críticas. Como indicado no Gráfico 14, Portugal encontra-se no grupo de países da OCDE com uma menor densidade de camas de cuidados intensivos, ao apresentar um rácio de 13,61 camas por cem mil habitantes em 2022, um valor significativamente inferior à média da OCDE, que é de 22,3 camas. Embora o gráfico não distinga entre camas de cuidados intensivos de hospitais públicos e privados, é razoável assumirmos que uma proporção significativa destas camas está localizada nos hospitais públicos, tendo em conta os indicadores anteriormente analisados que demonstram o predomínio do SNS no sistema de saúde português. Entre os países europeus com informação disponível, Portugal posiciona-se apenas à frente de Itália, Suécia e Islândia. Países europeus com uma dimensão populacional semelhante à de Portugal, como a Chéquia, Grécia, Áustria, Bélgica ou Hungria, apresentam uma maior densidade de camas de cuidados intensivos. Esta diferença é ainda mais notável em países de menor dimensão, como os Estados Bálticos ou o Luxemburgo, que registam números significativamente superiores. No entanto, Portugal compara de forma positiva em relação a outros países, o que significa que apesar de existir espaço para melhorias, o desempenho português não é o mais baixo no contexto europeu.

Gráfico 14 – Camas de Cuidados Intensivos em 2022
(por 100 000 habitantes)



Fonte: OCDE. Nota: *O valor da OCDE representa a média dos países membros com dados disponíveis para este indicador, e não inclui necessariamente todos os países membros da organização.

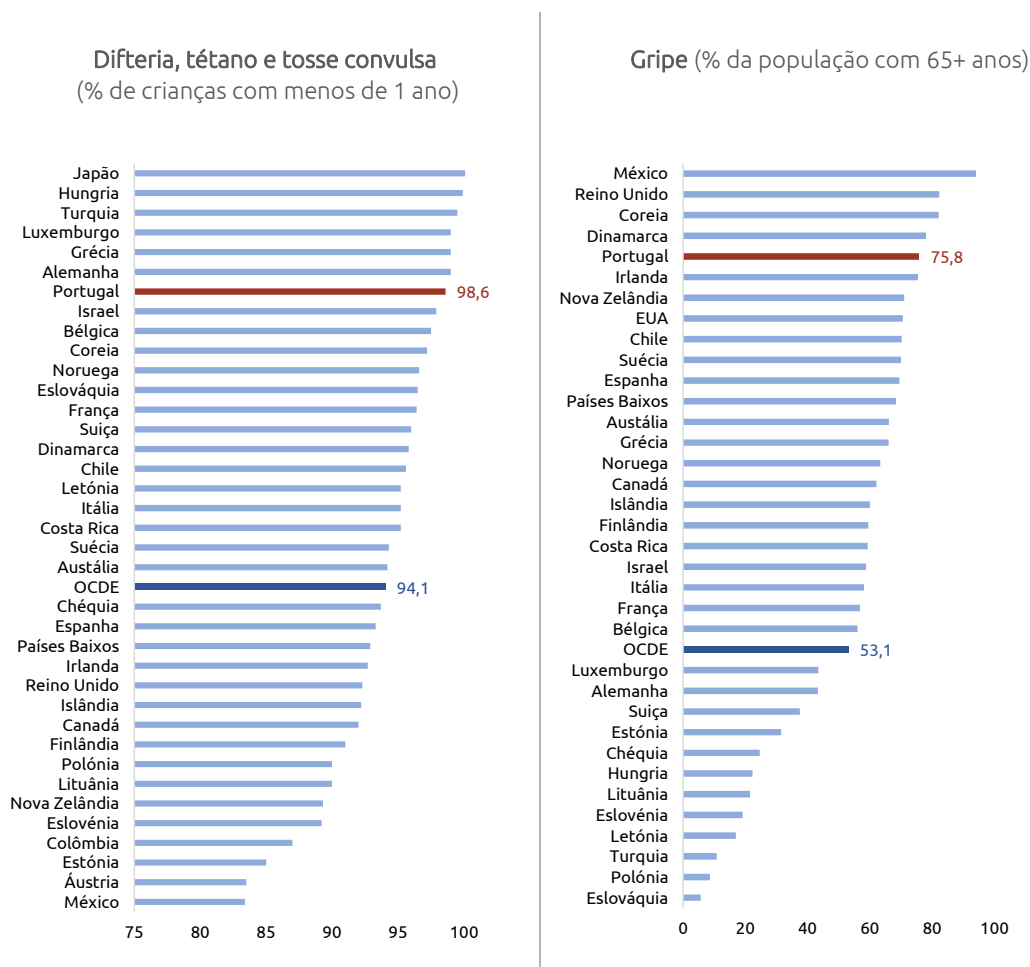
3.4 Utilização, Acessibilidade e Qualidade dos Cuidados de Saúde

Utilização e Acessibilidade dos Cuidados de Saúde

A utilização e acessibilidade de um sistema de saúde são frequentemente avaliadas por ações preventivas (como taxas de imunização da população ou rastreios), pelo número de consultas, cirurgias e exames, e pelos tempos de espera.

A OCDE reconhece que as elevadas taxas de imunização em Portugal contribuem significativamente para a prevenção de doenças evitáveis e para a promoção da saúde pública. Portugal destaca-se pela elevada taxa de imunização da sua população. Em 2022, Portugal foi o 7.º entre os países da OCDE com maior taxa de vacinação contra difteria, tétano e tosse convulsa, tendo vacinado 98,6% das crianças com menos de 1 ano, e o 5.º com a maior taxa de vacinação contra a gripe na população com mais de 65 anos (75,8% deste grupo populacional) (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Imunização da população (2022)

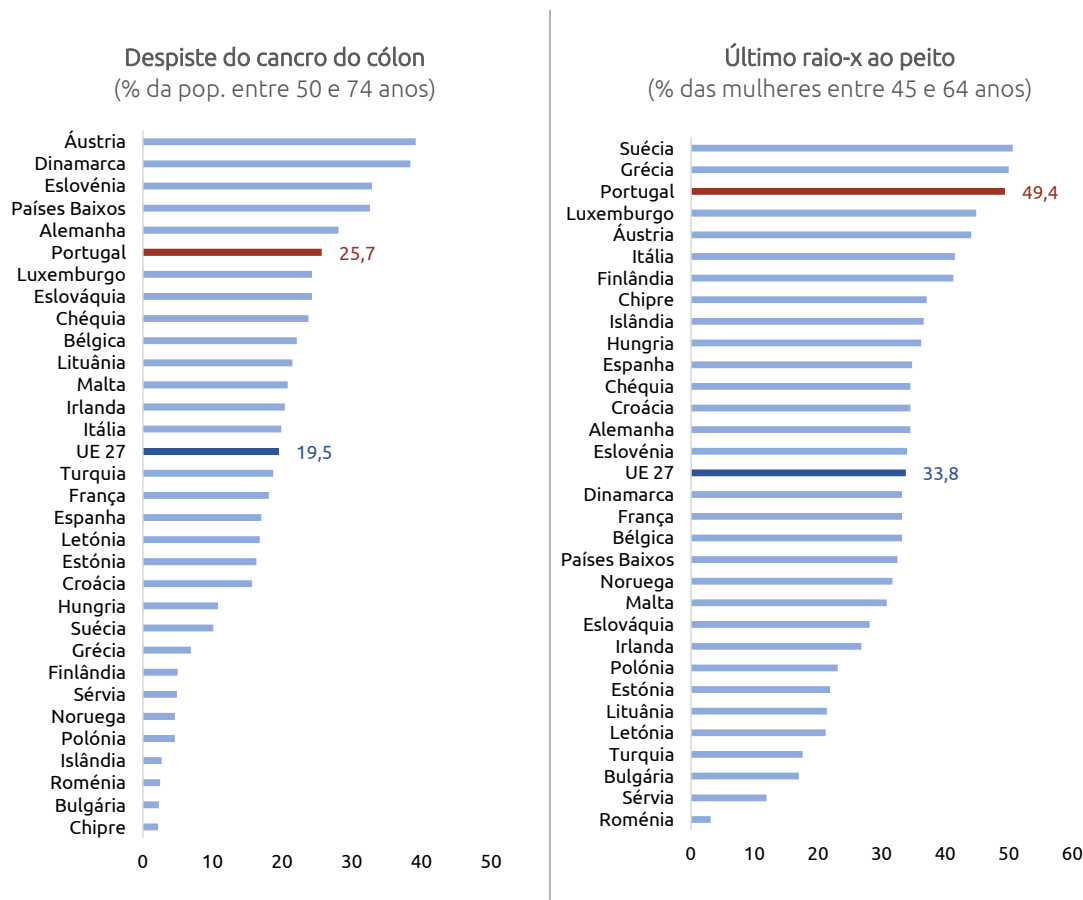


Fonte: OCDE.

Os exames de rastreio refletem a acessibilidade, adesão da população às práticas preventivas e a eficiência do sistema na deteção precoce de doenças. A realização de rastreios permite avaliar o grau de cobertura dos programas de prevenção e a capacidade do sistema de saúde em promover diagnósticos precoces, fundamentais para reduzir a mortalidade e os custos associados a tratamentos mais avançados.

Em Portugal, a taxa de realização de mamografias ou exames de raio-X ao peito, utilizados para a deteção precoce do cancro da mama, é elevada. Em 2019, metade das mulheres portuguesas entre os 45 e os 64 anos realizou uma mamografia no ano precedente, e cerca de 30% nos dois anos anteriores, posicionando o país entre os que apresentam maior adesão a este rastreio na União Europeia. Também no que respeita ao rastreio do cancro do cólon, Portugal posiciona-se acima da média da UE.

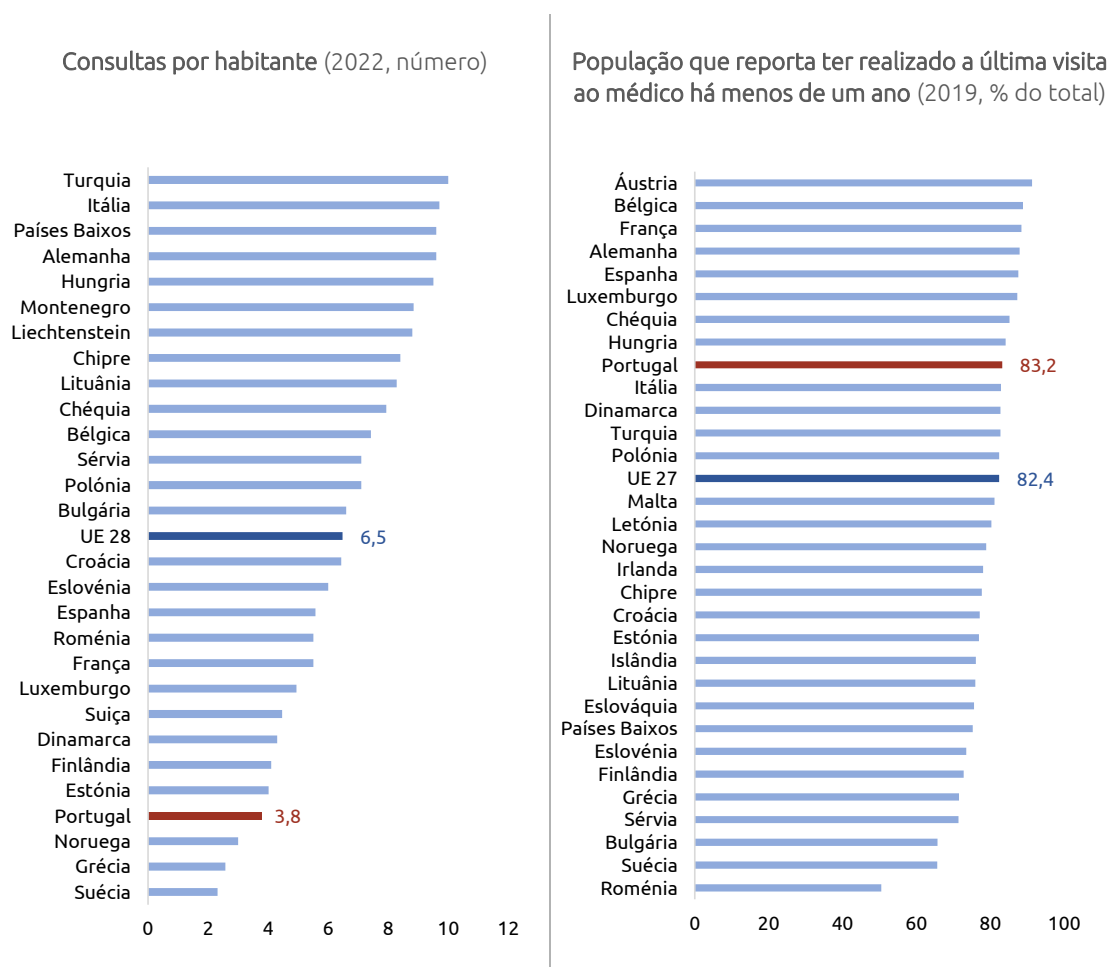
Gráfico 16 – Rastreios realizados há menos de um ano (2019)



Fonte: Eurostat.

A percentagem de indivíduos que consultam um médico pelo menos uma vez por ano, bem como o número de consultas realizadas por habitante, são indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde, refletindo, por um lado, a disponibilidade de cuidados médicos e, por outro, a predisposição para procurar assistência médica por parte da população. Em 2022, os residentes em Portugal realizaram, em média, 3,8 consultas médicas por habitante, um dos valores mais baixos entre os países da UE. Este número inclui consultas em ambulatórios hospitalares e centros de saúde, mas exclui consultas realizadas no domicílio do paciente e em consultórios médicos privados. Em comparação, países como a Hungria, Alemanha, Países Baixos e Itália registaram valores superiores a 9 consultas por habitante, e a Turquia atingiu as 10 consultas por habitante (Gráfico 17). Este indicador tem vindo a recuperar desde 2020, ano em que se registou uma diminuição em todos os países da UE, e o indicador se situou em 3 consultas por habitante em Portugal (face a 4,1 em 2019). Relativamente à frequência de visitas ao médico, em 2019, 83% da população portuguesa reportou ter consultado um médico nos 12 meses anteriores, um valor acima da média da UE.

Gráfico 17 – Consultas



Fonte: Eurostat.

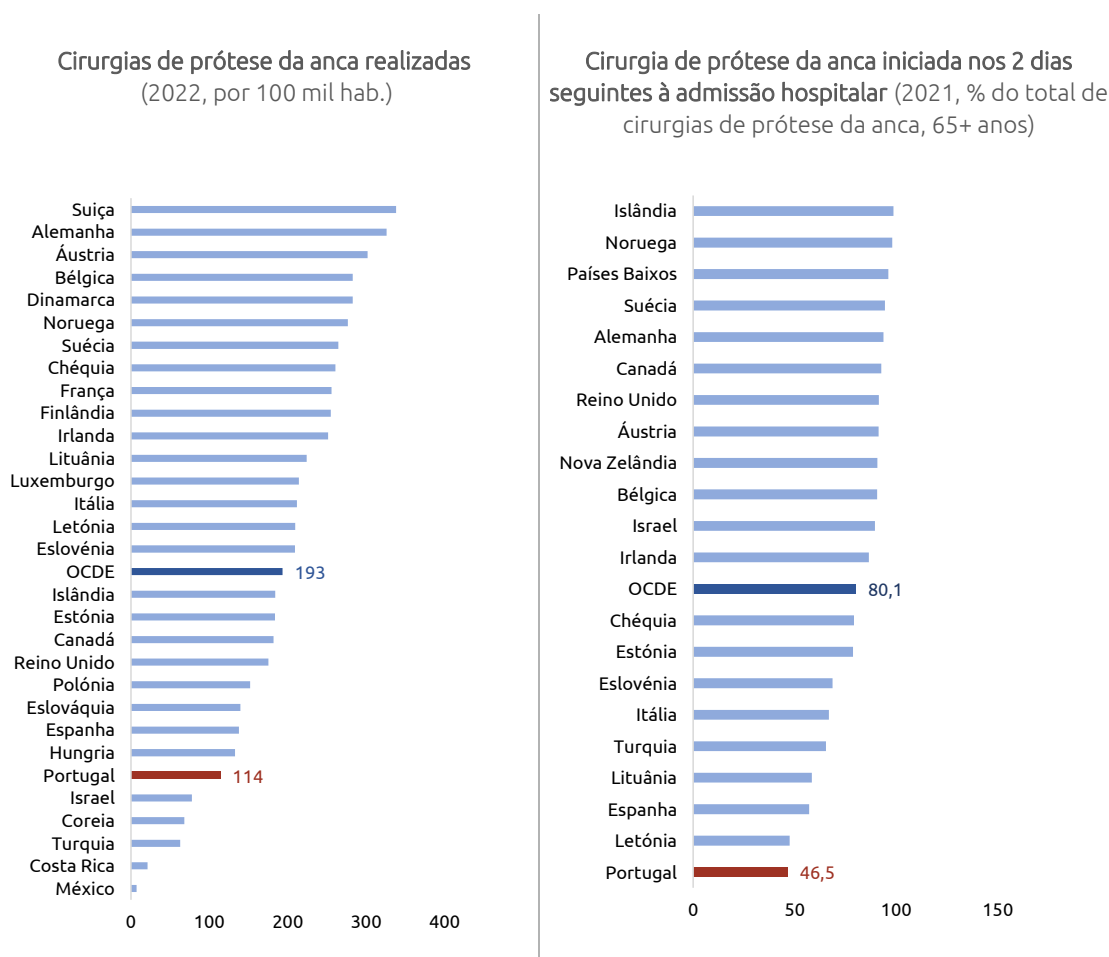
Se nas admissões hospitalares evitáveis Portugal apresenta um desempenho favorável, tal não sucede na atividade cirúrgica. Os tempos de espera por cirurgias, tal como as admissões hospitalares, refletem a capacidade do sistema de saúde em fornecer cuidados atempados e eficazes. Quando existem atrasos na realização de cirurgias, os pacientes com condições crónicas ou degenerativas podem ver o seu estado de saúde deteriorar-se, levando a hospitalizações de urgência que poderiam ter sido evitadas. Além disso, o aumento dos tempos de espera para cirurgias pode sobrecarregar o sistema hospitalar, uma vez que pacientes que aguardam procedimentos frequentemente necessitam de mais consultas, exames e internamentos enquanto esperam pela intervenção definitiva. Esse ciclo de ineficiência contribui para o aumento de custos e pode reduzir a capacidade hospitalar de tratar outras condições. Assim, a redução dos tempos de espera para cirurgias é uma estratégia fundamental para diminuir os internamentos evitáveis e melhorar a eficiência do sistema de saúde.

Em Portugal, os tempos de espera para várias cirurgias têm-se deteriorado na última década. Tomando como exemplo as cirurgias de prótese da anca, em 2021 (dados mais recentes) apenas 46,5% deste tipo de cirurgias foram iniciadas nos dois dias seguintes à admissão hospitalar, posicionando Portugal em último lugar no que respeita ao tempo de espera, para o grupo de pessoas com mais de 65 anos. Este facto poderá estar relacionado com a incapacidade de realização de um maior número de cirurgias. Com

efeito, em 2022 foram realizadas 114 cirurgias deste tipo por cada 100 mil habitantes, o que coloca Portugal como o 6.º país da OCDE com menor número deste tipo de procedimentos realizados (Gráfico 18).

É também de notar que, ao longo da última década, os tempos de espera para cirurgias de prótese da anca, total ou parcial, têm vindo a aumentar: se em 2013 48% dos pacientes esperava mais de 3 meses por este procedimento, esta proporção passou para 65% dos pacientes em 2023. O mesmo se passa com: i) a cirurgia de substituição do joelho (71% dos pacientes esperava mais de 3 meses em 2013, face a 73% em 2023, embora esta percentagem se encontre em trajetória descendente desde 2018, quando atingiu o máximo de 85% dos pacientes); ii) a cirurgia de revascularização do miocárdio (15% dos pacientes esperava mais de 3 meses em 2013, face a 27% em 2023) e, iii) com a cirurgia à cataratas (40% dos pacientes esperava mais de 3 meses em 2013, face a 54% em 2023).

Gráfico 18 – Cirurgias



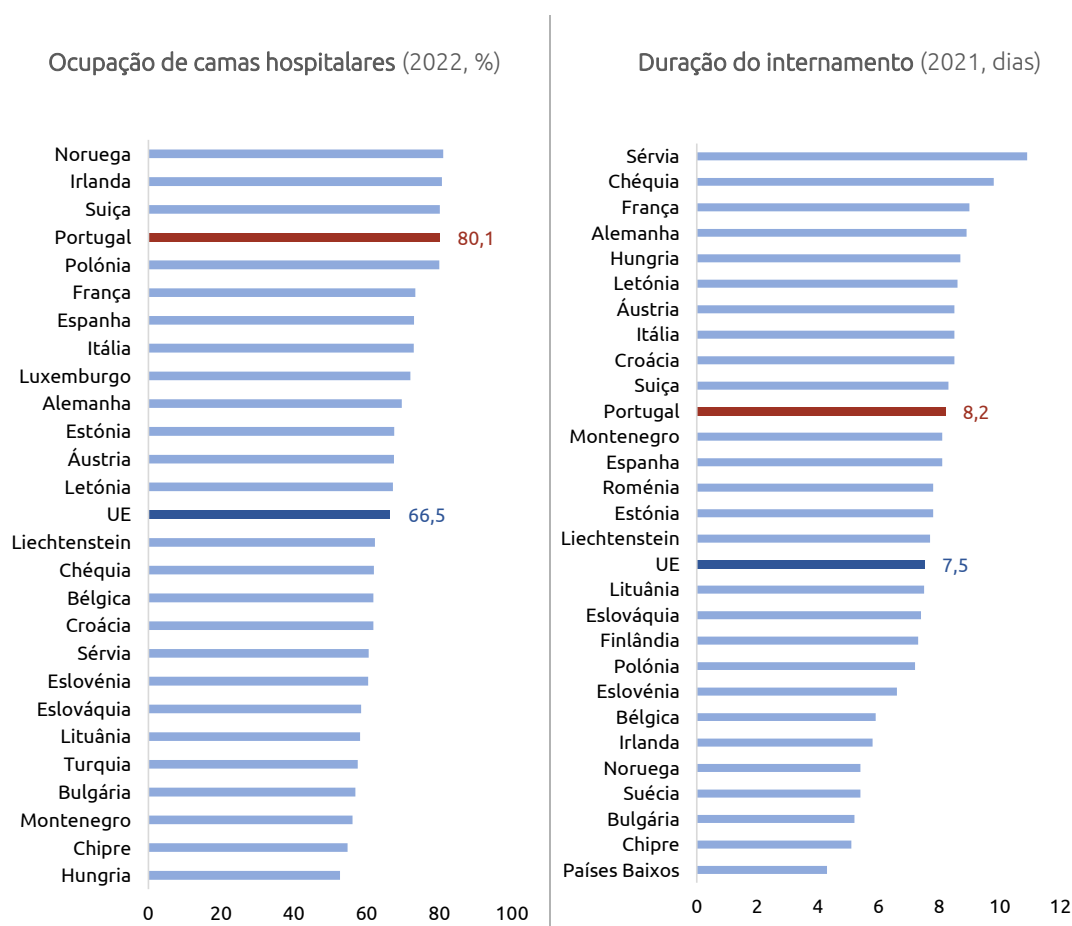
Fonte: OCDE.

A taxa de ocupação de camas reflete a procura, eficiência e capacidade de resposta dos hospitais. Uma taxa de ocupação equilibrada indica que os recursos estão a ser utilizados de forma eficiente, enquanto uma taxa muito alta pode significar sobrecarga e uma taxa muito baixa pode indicar desperdício de recursos. Além disso, este indicador reflete o

volume de internamentos e a procura por cuidados hospitalares, permitindo avaliar se a capacidade instalada é adequada às necessidades da população. Outro aspeto importante é o seu impacto nos tempos de espera: uma taxa de ocupação muito elevada pode resultar em longos tempos de espera para internamento, atrasos em cirurgias programadas e dificuldades na admissão de doentes urgentes.

Em Portugal, a taxa de ocupação das camas hospitalares tem-se mantido em torno de 80%, com exceção dos anos marcados pela pandemia, quando se registou uma redução na procura por internamentos hospitalares. Este valor é o 4.º mais elevado na UE. Relativamente à duração média dos internamentos hospitalares, em 2021 os doentes permaneceram internados, em média, por 8,2 dias. Este valor é superior ao registado em vários países europeus, onde a média é inferior (7,5 dias). Nota-se ainda que, em Portugal, a duração do internamento devido a acidentes, envenenamento ou outras causas externas é particularmente longa, constituindo o valor mais elevado da UE (10,3 dias, em média, em 2021).

Gráfico 19 – Cuidados hospitalares



Fonte: Eurostat. | Nota: No caso de Portugal (e também Países Baixos, Noruega, Irlanda e Montenegro), excluem-se os hospitais privados. Para mais informação sobre cada país, consultar a informação publicada pelo [Eurostat](https://ec.europa.eu/eurostat).

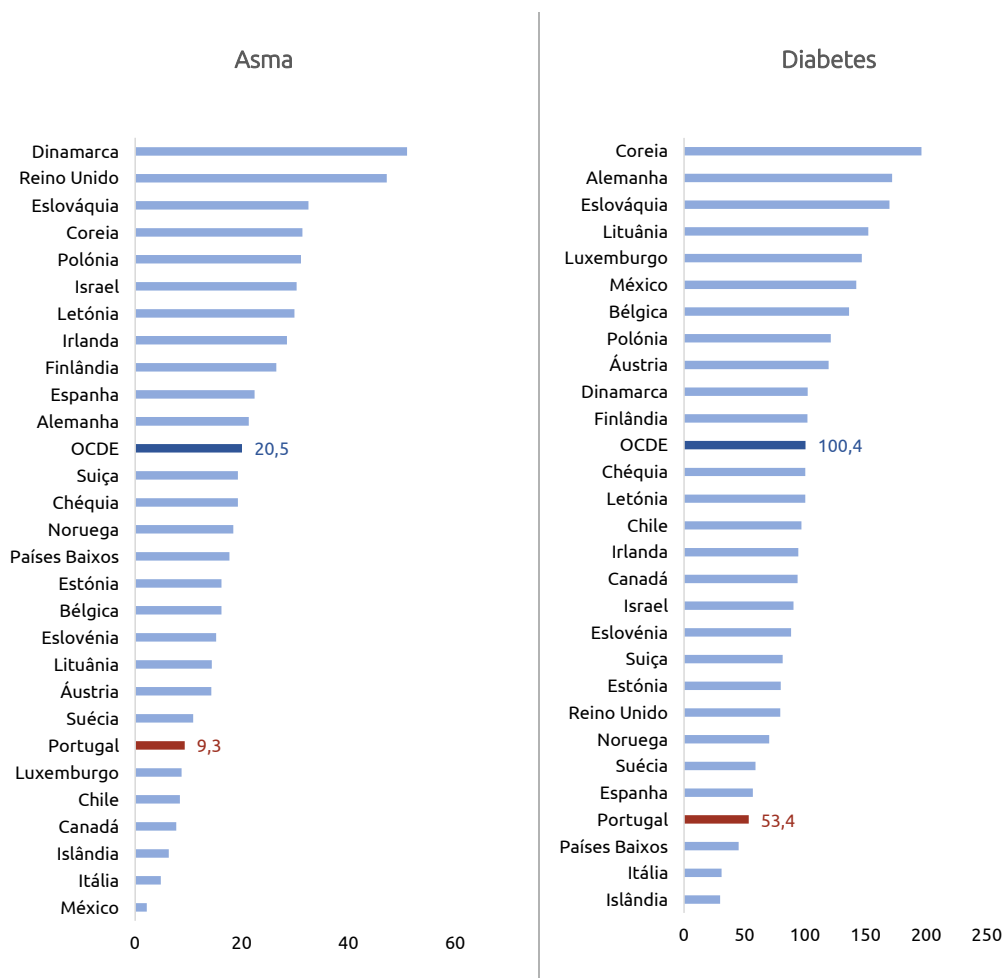
Qualidade dos Cuidados de Saúde

No caso da aferição de qualidade, a mensuração é realizada através de indicadores sobre admissões hospitalares, prescrição de medicamentos, segurança do paciente e inquéritos de satisfação do paciente.

Para avaliação das admissões hospitalares, são muitas vezes tidos em conta os internamentos por asma, doença pulmonar coronária obstrutiva, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão e diabetes. A razão para a monitorização destas doenças prende-se com o facto de estas serem amplamente prevalentes como condições de longo prazo. Por exemplo, a insuficiência cardíaca congestiva é uma condição médica grave na qual o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para atender às necessidades do organismo, sendo frequentemente causada por hipertensão, diabetes ou doença coronária. Comum a estas condições é o facto de o tratamento ter uma forte eficácia e em grande parte poder ser prestado pelos cuidados primários. Assim, um bom desempenho destes cuidados, com serviços acessíveis e de qualidade, pode reduzir a deterioração da condição dos pacientes, evitando a necessidade de internamento hospitalar. Por essa razão, os internamentos decorrentes destas doenças são utilizados como um marcador de qualidade e acesso aos cuidados primários.

De facto, Portugal apresenta um desempenho notável na redução de admissões hospitalares evitáveis. Desde 2015, ano em que se iniciou o reporte, Portugal reduziu para metade ou menos de metade as admissões hospitalares atribuídas a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. Em 2021, o país apresentava um número de hospitalizações reduzido face aos restantes membros da OCDE. Por exemplo, nas hospitalizações evitáveis relacionadas com diabetes, Portugal posicionou-se como o 4.º país com menos admissões deste tipo, apenas atrás da Islândia, Itália e Países Baixos. Estes resultados indicam uma gestão eficaz das doenças crónicas ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo para a redução de internamentos evitáveis.

Gráfico 20 – Admissões hospitalares (2021, por 100 mil habitantes com 15+ anos)

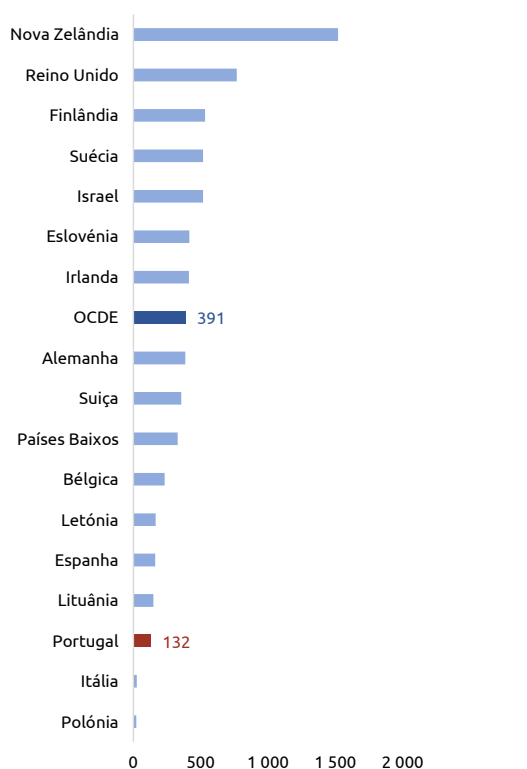


Fonte: OCDE.

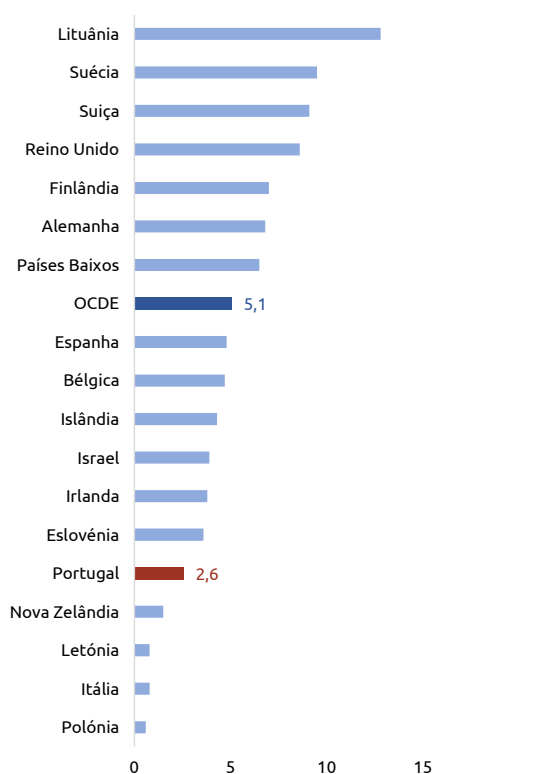
Na eventualidade de ser necessário um internamento, a segurança do paciente durante esse internamento hospitalar é uma preocupação central dos sistemas de saúde mais avançados. Existem eventos adversos evitáveis, como erros de medicação, infeções hospitalares e complicações cirúrgicas que afetam uma percentagem de pacientes internados. No que respeita a este indicador, Portugal, comparava favoravelmente com os restantes países da OCDE em 2021 (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Segurança do paciente durante o internamento (2021)

Embolia pulmonar 30 dias após cirurgia de prótese da anca ou joelho (por 100 mil pacientes)



Item cirúrgico retido ou fragmento de dispositivo médico não recuperado (por 100 mil altas)



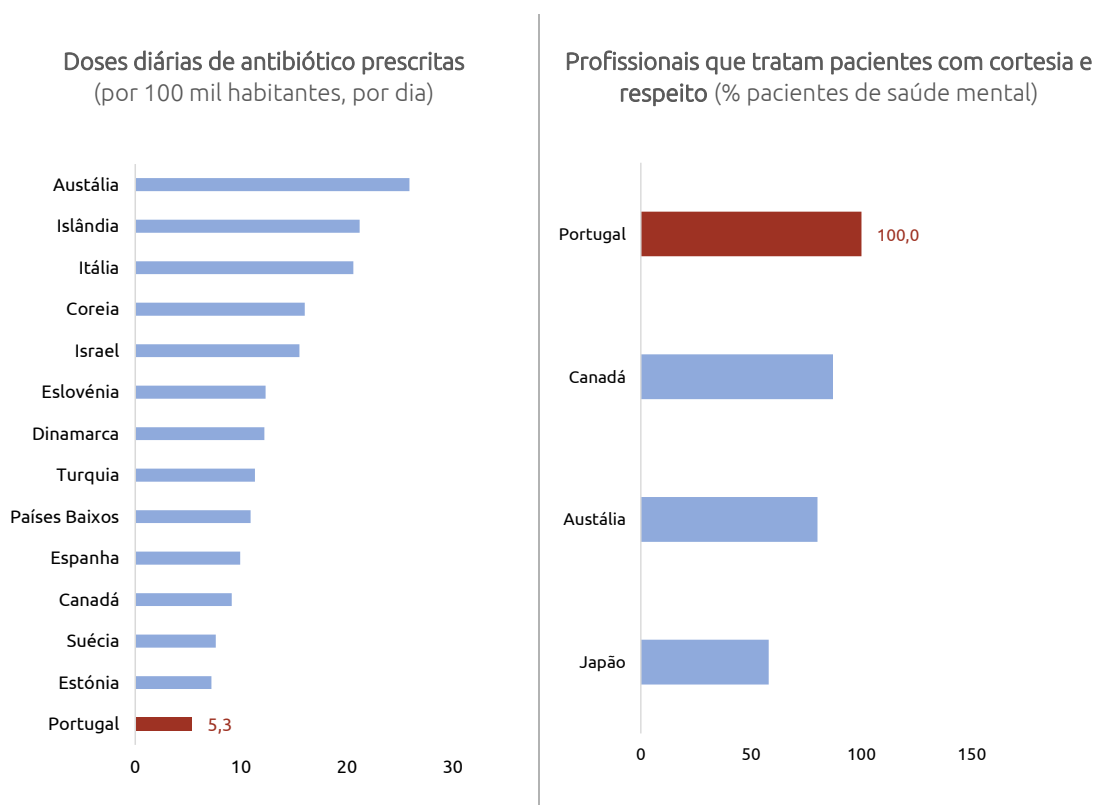
Fonte: OCDE.

A prescrição de medicamentos nos cuidados primários é um bom indicador de utilização do sistema de saúde por várias razões: i) reflete o número de pessoas que procuram consultas nos cuidados primários, indicando o nível de acesso ao sistema de saúde; ii) a quantidade e o tipo de medicamentos prescritos ajudam a identificar padrões de doenças crónicas e agudas na população (ex.: diabetes, hipertensão, infeções respiratórias); iii) uma prescrição adequada sugere que os pacientes estão a receber acompanhamento médico regular; iv) o volume de prescrições pode revelar desigualdades no acesso à saúde, bem como o impacto de políticas públicas na utilização de medicamentos; e v) avaliação do custo e sustentabilidade do consumo de medicamentos.

No que toca à prescrição nos cuidados primários, Portugal destaca-se pela reduzida dosagem de antibióticos prescrita, contribuindo para uma utilização responsável destes medicamentos (Gráfico 22). Parece existir uma utilização meticulosa de antibióticos, dado ao seu impacto na saúde pública, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de resistências bacterianas. Em 2021 registou-se um volume total de antibióticos prescritos para uso sistémico de 5,3 doses diárias por cada 1000 habitantes, o valor mais baixo da amostra. Nota-se também uma elevada percentagem de diabéticos (90%) com prescrição de medicamentos de 1.ª escolha para a tensão elevada, o que poderá estar relacionado com o reduzido número de admissões hospitalares por diabetes (tal como ilustrado no Gráfico 20).

Ligada muitas vezes a doenças crónicas, que necessitam de prescrição regular de medicamentos, encontra-se a saúde mental. Uma boa gestão dos cuidados mentais pode melhorar a adesão a tratamentos e reduzir futuras complicações de outras doenças. Mais ainda, a procura por consultas e tratamentos de saúde mental pode indicar o grau de acesso da população a serviços especializados, bem como possíveis barreiras existentes. Portugal foi um dos quatro países a disponibilizar dados de avaliação de qualidade dos serviços de saúde prestados nesta área em 2021, juntamente com o Japão, Austrália e Canadá. Os pacientes avaliaram de forma bastante favorável o tratamento recebido, destacando o tempo suficiente dedicado pelos profissionais de saúde e o bom envolvimento do paciente no tratamento prescrito. Em Portugal, 87,1 em cada mil pacientes com mais de 65 anos tinha uma prescrição de medicamentos para tratar ansiedade, insónia, espasmos musculares e convulsões (benzodiazepinas de ação prolongada e medicamentos relacionados) em 2021, um valor elevado face à média de 47,1 em cada mil pacientes com mais de 65 anos nos países da OCDE que apresentaram dados para esse ano.

Gráfico 22 – Outras avaliações de qualidade (2021)



Fonte: OCDE.

Caixa 2– Indicadores PaRIS

Na perspetiva de avaliação de qualidade dos sistemas de saúde na experiência dos utentes, a OCDE publicou recentemente um relatório baseado nos indicadores PaRIS (*Patient-Reported*

Indicador Surveys), com o objetivo de responder à pergunta: “Os cuidados de saúde proporcionam uma resposta satisfatória?” (OCDE, 2025)¹⁶. Este estudo foca-se em utentes de cuidados primários com 45 anos ou mais, com ênfase no maior grupo de utentes de cuidados de saúde e que maior crescimento apresenta – a população com condições crónicas. O inquérito contou com a participação de mais de 100 mil utentes com mais de 45 anos, em 19 países e 1800 unidades de cuidados primários de saúde. Ao capturar os resultados e experiências de saúde reportados pelos pacientes, estes indicadores permitem uma avaliação de eventuais políticas a adotar centradas nas suas necessidades.

Para Portugal, os indicadores PaRIS evidenciam que, apesar dos aspetos positivos, há necessidade de melhorias na saúde mental, na perceção geral do bem-estar e na organização dos cuidados de saúde. Com efeito, em 6 dos 10 indicadores-chave do inquérito PaRIS, Portugal apresenta a avaliação menos favorável (ou muito próxima da avaliação mais baixa) entre os 17 países, nomeadamente nas áreas: i) da saúde geral; ii) do bem-estar¹⁷; iii) do funcionamento social; iv) da saúde mental; v) da saúde física e vi) da experiência da qualidade dos cuidados (Gráfico 23). De acordo com a OCDE, *“em Portugal, as pessoas com doenças crónicas têm piores resultados em saúde em comparação com muitos outros países participantes no inquérito PaRIS e, em geral, as suas experiências com os cuidados de saúde são inferiores à média da OCDE”*.

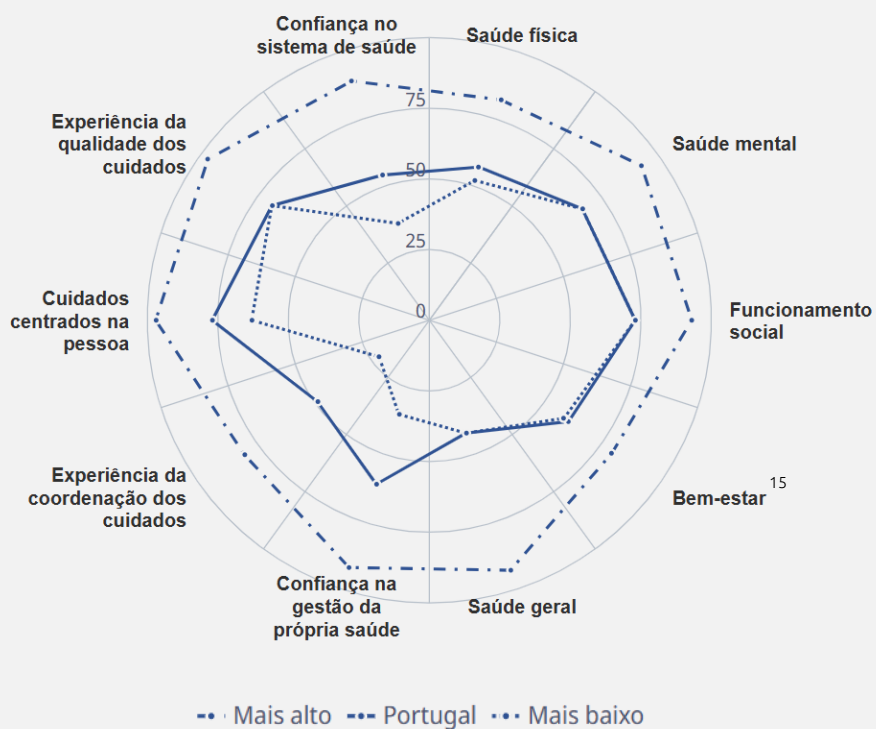
Os resultados destacam como favorável a abordagem multidisciplinar aos doentes crónicos, com 97% dos utentes com duas ou mais doenças crónicas a beneficiarem desse modelo, um valor acima da média da OCDE de 83%. Além disso, 86% dessas pessoas têm acesso a consultas programadas e de seguimento com duração superior a 15 minutos nas unidades de cuidados de saúde primários, superando os 47% da média da OCDE, e 71% dos doentes com três ou mais doenças crónicas tiveram a sua medicação revista no último ano, um valor próximo da média de 75%. No entanto, também são apontados desafios significativos, especialmente na saúde mental, onde apenas 67% dos portugueses com doenças crónicas avaliaram positivamente o seu estado, o pior resultado da OCDE. Em relação à saúde física, considerando fatores como função física, dor e fadiga, 57% dos doentes crónicos consideram estar bem, uma proporção abaixo da média da OCDE (70%). No que diz respeito ao bem-estar geral, Portugal também fica aquém, com 61% de avaliações positivas face aos 71% da média da OCDE. Outro aspeto a melhorar é a confiança no sistema de saúde, com cerca de metade (54%) dos portugueses com doenças crónicas a expressarem confiança, abaixo da média de 62% - um resultado coerente com os do inquérito relativo às necessidades de saúde não satisfeitas (referido na secção 3.1). A coordenação de cuidados também representa um desafio, pois 49% dos utentes referem ter um plano de cuidados único entre hospitais e centros de saúde, comparativamente aos 59% na média da OCDE. De notar ainda que, de acordo com os indicadores PaRIS, os utentes dispõem de ferramentas limitadas para que possam gerir a sua própria saúde, sendo que 49% das pessoas com doenças crónicas em Portugal consideram ter apoio suficiente (face aos 63% na média da OCDE), e uma em cada dez pessoas com doenças crónicas (12%) se sente confiante na utilização de informação proveniente da internet.

¹⁶Em inglês, *“Does healthcare deliver?”*.

¹⁷Índice de bem-estar OMS, baseado num questionário da [WHO](https://www.who.int), e referente apenas a saúde mental.

Gráfico 23 – Indicadores-chave do inquérito PaRIS

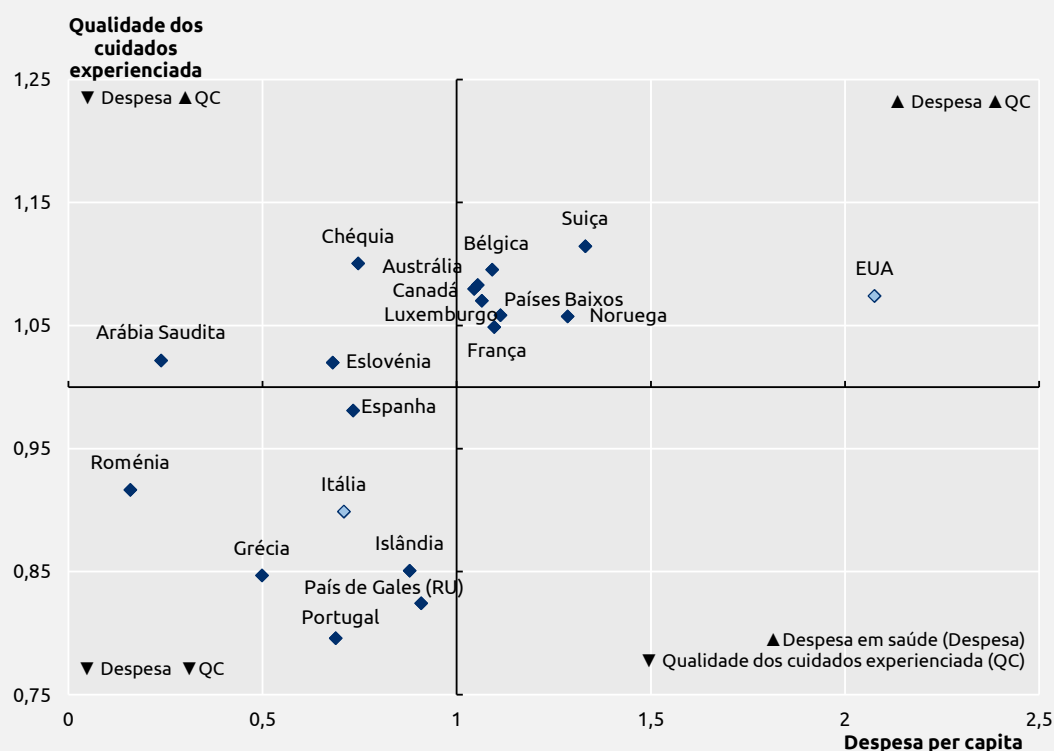
(% de pessoas com 1+ doenças crónicas que referem resultados ou experiências positivas)



Fonte: OCDE. Nota: Para todos os indicadores, os valores percentuais apresentados representam a proporção de pessoas que referem um resultado ou uma experiência positiva (por exemplo, os doentes que classificam o seu estado de saúde geral como bom, muito bom ou excelente). Consultar a [página da OCDE](#) para mais informações sobre os pontos de corte das respostas positivas e as escalas utilizadas. O ponto mais alto (mais baixo) representa os valores mais altos (mais baixos) obtidos para cada indicador entre 17 dos países participantes no inquérito PaRIS.

Neste relatório, a OCDE refere ainda, a respeito da despesa em saúde, que, embora os pacientes frequentemente relatem uma melhor qualidade dos cuidados em países com maior despesa em saúde, alguns países com níveis de despesa relativamente baixos também apresentam resultados e experiências positivas (Gráfico 24), como é o caso da Chéquia ou da Eslovénia.

Gráfico 24 – Despesa per capita vs. Qualidade experienciada (2024)



Fonte: OCDE. | Nota: Os valores em ambos os eixos foram divididos pela média da OCDE, o que significa que 1 equivale à média da OCDE, enquanto valores acima e abaixo de 1 representam, respetivamente, valores acima e abaixo da média. Para o País de Gales (Reino Unido), são utilizados os valores agregados de despesas de saúde do Reino Unido. Os dados para Itália referem-se a pacientes inscritos em cuidados ambulatoriais para consultas especializadas em regiões selecionadas. A amostra dos Estados Unidos inclui apenas pessoas com 65 anos ou mais.

4 Comparação entre o Sistema de Saúde Português e Outros Sistemas Internacionais

4.1 Análise Comparativa dos Modelos de Saúde

Neste capítulo apresenta-se uma comparação entre o sistema de saúde português e uma seleção de países com diferentes modelos de organização e financiamento nos seus sistemas de saúde. Esta análise permite a identificação de boas práticas e desafios que podem servir de base para melhorias no sistema português. Optou-se por incluir neste exercício os modelos de Espanha, Alemanha, França, Reino Unido, Países Baixos, Suécia, Austrália e Israel, devido à diversidade dos seus modelos de financiamento e acesso aos cuidados de saúde. A Tabela 1 apresenta um conjunto de indicadores-chave relacionados com o financiamento, organização e acesso aos sistemas de saúde nos países selecionados, que permite obter uma visão abrangente sobre como os diferentes modelos de organização e financiamento influenciam a eficiência, equidade e os resultados em saúde.

Entre os países analisados, destacam-se a Espanha, Reino Unido e Suécia, cujos sistemas de acesso universal apresentam semelhanças com o sistema português. Em Espanha, o

acesso universal é garantido pelo *Sistema Nacional de Salud* (SNS espanhol), com uma estrutura similar à do SNS português.¹⁸ O sistema de saúde espanhol é financiado principalmente por impostos gerais e é composto, essencialmente, por hospitais públicos. No entanto, uma diferença importante reside na gestão hospitalar: ao contrário de Portugal onde a administração é centralizada, em Espanha, os hospitais públicos são geridos pelas comunidades autónomas, permitindo uma maior flexibilidade e adaptação às necessidades locais. Assim, cada comunidade autónoma, conta com a sua própria rede hospitalar pública. Além disso, o sistema de saúde oferece uma ampla gama de serviços, embora, à semelhança de Portugal, existam algumas limitações, especialmente nos cuidados dentários (por exemplo, disponibilidade de tratamento preventivo a crianças entre 6 e os 15 anos). Assim como em Portugal, onde a distribuição de recursos é feita com base nas áreas administrativas de residência da população, o principal desafio de acessibilidade é o tempo de espera, refletindo um problema semelhante ao do SNS português.¹⁹ Para mitigar esses desafios, o SNS espanhol tem investido na transformação digital da saúde, com iniciativas implementadas em cada comunidade autónoma, como a prescrição eletrónica e o registo eletrónico de saúde, que facilitam a continuidade dos cuidados entre as diferentes regiões e permite aliviar a pressão sobre os centros de saúde e hospitais públicos (*Ministerio de Sanidad*, 2021). Um exemplo disso é o Centro de Saúde Digital, que foi implementado inicialmente pelo Governo Autónomo de La Rioja. Esta medida permite que os médicos se concentrem mais no atendimento presencial, e menos em tarefas burocráticas, como a renovação de receitas médicas para doentes crónicos ou a emissão de atestados médicos.²⁰ Em 2023, Espanha ocupava a 24.ª posição no pilar da saúde do *Legatum Prosperity Index*TM ²¹ e a 17ª posição entre os países europeus analisados.

O sistema de saúde britânico é maioritariamente financiado por impostos gerais, garantindo acesso universal através do *National Health Service* (NHS).²² O atendimento é baseado nas necessidades dos pacientes, independentemente da sua capacidade de

¹⁸A fonte de informação para o sistema de saúde de Espanha foi obtida nas seguintes fontes: *Ministerio de Sanidad* e Bernal-Delgado et al. (2024).

¹⁹De acordo com o relatório do Ministério da Saúde espanhol, em 30 de junho de 2024 havia 848.340 pacientes em lista de espera para cirurgia, com um tempo médio de espera de 121 dias. Desses, 20,5% aguardavam há mais de seis meses. Na mesma data, o tempo médio de espera para as primeiras consultas e especialidades básicas era de 94 dias, com 54,6% dos pacientes em espera há mais de 60 dias (*Ministerio de Sanidad*, 2024).

²⁰Os profissionais do Centro de Saúde Digital oferecem aconselhamento de saúde e assistência telefónica a todos os utilizadores que optem por fazê-lo quando não têm uma consulta disponível no prazo de 24-48 horas com o seu médico de família. Além de aconselhamento de saúde, eles procedem com a renovação de receitas para pacientes crónicos, resultados de análises, processamento de atestados entre procedimentos administrativos (cf. *Servicio Riojano de Salud*)

²¹O *Legatum Prosperity Index*TM é elaborado pela *Legatum Institute Foundation*, uma organização independente sediada no Reino Unido. O índice avalia anualmente o nível de prosperidade de mais de 160 países, com base em múltiplos pilares como saúde, educação, segurança, governação, liberdade pessoal e capital social. O pilar da saúde avalia em que medida as pessoas são saudáveis e têm acesso aos serviços necessários para manter uma boa saúde, incluindo diversos fatores como indicadores de saúde, qualidade e cobertura dos sistemas de saúde, fatores de risco e taxas de mortalidade.

²²A fonte de informação para o sistema de saúde do Reino Unido foi obtida nas seguintes fontes: NHS; NHS 111 e Anderson et al. (2022).

pagamento. Assim, como em Portugal, o sistema de saúde do Reino Unido é composto, principalmente, por hospitais públicos geridos centralmente pelo Estado. No entanto, ao contrário de Portugal em que os cuidados primários são prestados principalmente por centros de saúde e USF sob gestão do SNS, no Reino Unido esses serviços são assegurados por médicos de clínica geral (*General Practitioners - GPs*), que são entidades independentes contratadas para prestar serviços ao NHS.²³ O encaminhamento para consultas de especialidade é feito pelos GPs, que funcionam como porta de entrada para o sistema hospitalar. Tanto o NHS como o SNS, enfrentam desafios significativos, particularmente os longos tempos de espera para consultas especializadas e certos procedimentos médicos.²⁴ Tal como em Espanha, o NHS tem sido pioneiro na implementação de soluções digitais, como o registo eletrónico de saúde e aplicações móveis para gestão de saúde (*Bolton NHS Foundation Trust, 2022*). A telemedicina é amplamente utilizada, com serviços como o "NHS 111", semelhante à linha SNS 24 em Portugal, oferecendo aconselhamento médico remoto e triagem de sintomas. Adicionalmente, muitos dos hospitais do NHS disponibilizam a opção de vídeo-consultas, especialmente para consultas de clínica geral. Em relação à cobertura, o NHS oferece a maioria dos serviços essenciais, mas tem limitações em algumas áreas, como os tratamentos dentários (não cobre procedimentos complexos) e ótica (existem cupões que ajudam a cobrir as despesas óticas para grupos específicos, como crianças ou idosos). O Reino Unido, em 2023, ocupava a posição 34.^a do pilar da saúde da *Legatum Prosperity Index™* e a 20.^a posição entre os países europeus considerados neste índice.

O sistema de saúde da Suécia é descentralizado e financiado principalmente por impostos regionais ou municipais.²⁵ Embora a maioria dos hospitais seja pública, eles são geridos pelas regiões ou municípios, o que proporciona uma maior autonomia. A Suécia coloca grande ênfase aos cuidados de saúde primária e prevenção, com o objetivo de reduzir a pressão sobre os hospitais. Apesar de ser um sistema público universal, o modelo inclui copagamentos, mas com tetos anuais para proteger os cidadãos de encargos excessivos. Este modelo beneficia particularmente os pacientes com doenças mais graves ou crónicas ao limitar o custo. Ao mesmo tempo, incentiva um uso mais criterioso dos cuidados hospitalares para condições médicas ligeiras, através de custos moderados.²⁶ Além do limite anual de copagamentos, o sistema também contempla

²³Os funcionários que trabalham nos consultórios de clínica geral geralmente são contratados diretamente pelos próprios consultórios e não pelo NHS.

²⁴Os *Referral to Treatment Pathways (RTT)* referem-se ao percurso de um paciente desde o encaminhamento inicial por um médico até ao início efetivo do tratamento. Esta medida é utilizada no Reino Unido para monitorizar e avaliar os tempos de espera nos sistemas de saúde. Entre 2011 e 2024, o número de pacientes em vias de tratamento aumentou significativamente em Inglaterra e no País de Gales, com picos de espera prolongada (mais de 52 semanas) observados durante a pandemia de COVID-19. Embora os níveis tenham diminuído após a pandemia, permanecem acima dos valores registados anteriormente, refletindo os desafios em gerir a procura crescente por cuidados e a recuperação de atrasos acumulados (*Office for National Statistics, 2024*).

²⁵A fonte de informação para o sistema de saúde da Suécia foi obtida nas seguintes fontes: Glenngård, A. H., e& Borg, S. (2019); Janlöv et al. (2023); OCDE (2023d) e 1177 Vårdguiden,

²⁶No sistema de saúde sueco, existe o conceito de "proteção de alto custo", que estabelece limites máximos de pagamento dentro de um determinado período. Após atingir esse limite, os utentes têm acesso gratuito aos cuidados médicos. Por exemplo, um utente internado no hospital paga uma taxa que, de acordo com a lei, não pode exceder 130 coroas suecas (aproximadamente 11 euros) por dia.

isenções e assistência social municipal²⁷ nestes pagamentos para os cidadãos em determinadas situações. O sistema público disponibiliza uma ampla gama de serviços, com algumas limitações nos cuidados dentários (tratamentos gratuitos para crianças e jovens até aos 20 anos e subsídios para os restantes) e nos cuidados óticos (lentes, por exemplo, só em determinadas doenças). No entanto, assim como noutros sistemas de saúde públicos analisados, o sistema de saúde sueco enfrenta problemas de tempos de espera, com diferenças significativas entre regiões. Como solução, a Suécia recorreu a um sistema de garantia de acesso, ao estabelecer tempos máximos de espera para diferentes níveis de atendimento. Por exemplo, os pacientes devem conseguir uma consulta com um especialista dentro de 90 dias. Caso esses prazos não sejam cumpridos, os pacientes têm o direito de procurar atendimento noutra região (com ajuda de um conselheiro de saúde), com os custos adicionais cobertos pelo sistema de saúde.²⁸ Além dessas medidas para diminuir os tempos de espera, a Suécia tem investido significativamente na digitalização da saúde para melhorar o acesso e eficiência do sistema, especialmente nas áreas remotas. Neste sentido, foi desenvolvido um sistema de colaboração público-privado de forma a garantir que todo o país tenha acesso a serviços de saúde digitais, como teleconsultas, prescrição de medicamentos e monitorização dos pacientes.²⁹ Em 2023, a Suécia ocupava a 9.ª posição no pilar da saúde da *Legatum Prosperity Index™*, ficando na Europa apenas atrás da Noruega (7.ª) e da Islândia (8.ª).

Ainda na Europa, destacam-se os sistemas de saúde da Alemanha, Países Baixos e França, onde o acesso aos cuidados de saúde, embora universal, requer obrigatoriamente um seguro de saúde, diferindo neste aspeto do modelo português e dos outros mencionados anteriormente. Na Alemanha, o sistema de saúde é descentralizado e baseia-se em seguros obrigatórios (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*), geridos por fundos de saúde independentes (*Krankenkassen*).^{30,31} Os empregados e empregadores contribuem de forma proporcional aos rendimentos,³² enquanto o Estado assume o pagamento em

²⁷Os cidadãos que recebem prestações sociais podem solicitar ao seu município o reembolso retroativo de todas as copagamentos ou pedir à sua região uma fatura que o município pagará em seu nome (Glenngård and Borg, 2019).

²⁸Em 2023, o governo implementou uma série de iniciativas com o objetivo de estabelecer um novo sistema nacional de intermediação de cuidados. Este sistema pretende identificar áreas de excedente de capacidade em todo o país para permitir um acesso mais rápido aos cuidados de saúde para utentes em lista de espera. Prevê-se que o sistema capacite os prestadores de cuidados de saúde a localizar de forma eficiente alternativas capazes de prestar os serviços necessários de forma mais célere ([Regeringskansliet – Socialdepartementet, 2023](#)).

²⁹A utilização de teleconsultas aumentou desde que os prestadores de cuidados de saúde digitais localizados nas 21 regiões foram autorizados a oferecer o serviço em todo o país em 2015. Uma vez que as regiões têm a responsabilidade financeira pela cobertura dos cuidados que os seus residentes recebem noutras regiões, foi acordado um preço de teleconsulta e uma taxa mínima por doente em todo o país em 2017 (OCDE, 2023d).

³⁰A fonte de informação para o sistema de saúde da Alemanha foi obtida nas seguintes fontes: Bundesministerium für Gesundheit; Blümel et al. (2020) e OCDE (2023b).

³¹Em 2023, havia 96 fundos de saúde na Alemanha, sendo que os três maiores cobririam mais de um terço da população alemã (OCDE, 2023b).

³²A taxa de seguro obrigatório é de 14,6% do salário bruto, sendo 7,3% pagos pelo empregador e 7,3% pelo trabalhador (com um limite máximo para o prémio). Além dessa taxa, dependendo da seguradora, pode haver uma contribuição adicional individual, também sujeita a um limite.

determinadas situações, como no caso de desemprego, para garantir a continuidade do seguro obrigatório. Os indivíduos com rendimentos elevados podem optar por seguros privados (*Private Krankenversicherung – PKV*), como substituto do seguro público obrigatório. A Alemanha apresenta uma combinação equilibrada de hospitais públicos, geridos de forma descentralizada pelos Estados ou municípios, e privados. Essas características permitem ao sistema alemão oferecer aos cidadãos uma ampla liberdade na escolha de prestadores, resultando, em geral, em tempos de espera mais curtos do que em sistemas mais centralizados. Embora vários estudos indiquem que os cuidados de saúde primários no país são facilmente acessíveis, com tempos de espera curtos, existem desigualdades dependendo do tipo de seguro (obrigatório vs. privado), com os pacientes com seguro privado habitualmente a aguardarem menos tempo (Heinrich et al., 2018; Ramos et al., 2018). Assim como em outros países, a Alemanha tem investido na digitalização da saúde, no registo eletrónico de saúde e nas prescrições eletrónicas. Para reforçar e promover essa digitalização, foi aprovada a Lei sobre os Cuidados de Saúde Digitais (*Digitale-Versorgung-Gesetz- DGV*) em 2019, que, entre outras medidas, visa incentivar a telemedicina por meio da simplificação dos processos e incitar as seguradoras a adotar inovações digitais nessa área. Em 2023, a Alemanha ocupava a posição 13.^a no pilar da saúde da *Legatum Prosperity Index™* e a 7.^a entre os países europeus analisados.

Nos Países Baixos, o acesso ao sistema de saúde é baseado num seguro de saúde obrigatório.³³ Todos os residentes devem adquirir um seguro de saúde básico, denominado de *basisverzekering*, cujo conjunto de serviços é definido pelo governo e cobre uma gama de cuidados médicos essenciais.³⁴ No entanto, essa cobertura apresenta algumas limitações, especialmente em áreas como a fisioterapia, saúde mental e tratamentos dentários, com estes últimos totalmente cobertos apenas para menores de idade. O seguro é fornecido por seguradoras privadas,³⁵ e o sistema de saúde é composto, essencialmente, por hospitais privados sem fins lucrativos, geralmente organizados como fundações. O Estado atua como regulador e define as condições dos contratos e os serviços cobertos. Para o seguro de saúde básico, é exigido o pagamento de um prémio fixo nominal, ou seja, um valor estabelecido por cada seguradora, mas que pode variar entre seguradoras. No entanto, a seguradora deve cobrar esse mesmo valor a todos os segurados, sem discriminação por idade ou estado de saúde. Existem isenções de pagamento para menores, bem como subsídios de seguro de saúde – designado como *zorgtoeslag* – destinados a pessoas de baixo rendimento, que cobrem parte do custo do seguro. Para os trabalhadores assalariados, além do prémio do seguro, existe também uma contribuição para o fundo de seguro de saúde (contribuição ZVW). Esta contribuição é, normalmente, suportada pelos empregadores, enquanto os trabalhadores independentes e pensionistas a pagam diretamente ao governo. Os valores arrecadados

³³A fonte de informação para o sistema de saúde dos Países Baixos foi obtida nas seguintes fontes: *Government of the Netherlands Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*; OCDE (2017) e Kroneman, de Jong e Polin (2024);

³⁴O seguro de saúde obrigatório não cobre todos os atos médicos, razão pela qual os residentes podem adquirir um seguro adicional.

³⁵De acordo com a legislação em vigor, todas as seguradoras são obrigadas a oferecer os mesmos pacotes de seguros de saúde obrigatórios e a aceitar qualquer pessoa que se candidate. Além disso, devem cobrar o mesmo prémio a todos os segurados, independentemente da idade ou do estado de saúde.

são direcionados para um fundo central do governo, que redistribuiu os recursos entre as seguradoras para equilibrar os custos do sistema.³⁶ Embora os hospitais sejam privados, estes operam dentro de um sistema público de financiamento, ou seja, os custos dos cuidados médicos prestados são cobertos pelo fundo do seguro de saúde. Assim como em outros países da Europa Ocidental, os Países Baixos enfrentam desafios relacionados com o envelhecimento da população e com escassez de profissionais de saúde, o que resulta numa maior exigência de trabalho para estes profissionais, bem como no aumento das listas de espera. Embora historicamente pouco extensas, as listas de espera têm sido uma preocupação política crescente devido ao seu aumento.³⁷ Em 2009, os prestadores de cuidados e as seguradoras concordaram em estabelecer normas de tempos de espera aceitáveis (normas *Treek*). Além disso, todos os prestadores de cuidados médicos são obrigados a divulgar os seus tempos de espera, e praticamente todas as seguradoras oferecem serviços de mediação de listas de espera. Estes serviços consistem na comparação dos tempos de espera entre diferentes prestadores por forma a verificar se o paciente pode ser atendido mais rapidamente por outro profissional (OECD, 2017). Nos últimos anos, os Países Baixos também investiram na digitalização dos cuidados de saúde através do aumento do financiamento nesta área e ao garantir o reembolso das consultas online, equiparando-as às presenciais. Além disso, o Governo flexibilizou as regulamentações para facilitar a avaliação remota por médicos de clínica geral e expandiu a oferta de terapia e cuidados online por especialistas. Em 2023, os Países Baixos ocupavam uma das posições cimeiras no pilar da saúde do *Legatum Prosperity Index™*, situando-se em 11.º lugar a nível global e em 5.º entre os países europeus analisados

Em França, o acesso à saúde é garantido por meio de um seguro obrigatório (*Assurance Maladie*),³⁸ que é gerido de uma forma centralizada pelo Estado. Este seguro é financiado principalmente por contribuições sociais e pelo imposto sobre o rendimento, denominado *Contribution Sociale Généralisée* (CSG). Desde 2016,³⁹ qualquer pessoa que trabalhe ou resida de forma regular em França tem direito à cobertura dos seus custos de saúde, ou seja, mesmo aqueles sem atividade profissional podem beneficiar da cobertura, apenas por serem residentes regulares no país. O seguro obrigatório cobre a maioria dos cuidados médicos essenciais, mas oferece cobertura limitada para tratamentos dentários (apenas cobre procedimentos simples) e para ótica (apenas cobre parte do custo das lentes). Para despesas não cobertas integralmente pelo seguro público, como

³⁶Em 2025, a contribuição paga pelo empregador é de 6,51% do salário bruto, aplicada até um rendimento máximo anual de 75.864 euros. Para além dos trabalhadores independentes e pensionistas, existem situações em que o próprio empregado deve pagar diretamente a sua contribuição. Por exemplo, se um empregado tiver outras fontes de rendimento além do seu salário, terá de pagar a contribuição ZVM sobre esse rendimento diretamente (cf. Belastingdienst).

³⁷Em 2024, o número de pessoas a aguardar para se inscrever num médico de família aumentou, com crescimento das listas de espera em várias regiões dos Países Baixos. A área da saúde mental continua a ser a mais afetada, com tempos de espera superiores ao máximo aceitável: dois terços dos pacientes esperaram mais de quatro semanas para o atendimento inicial e 34,8% dos pacientes esperam mais do que 10 semanas para iniciar o tratamento (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024).

³⁸A fonte de informação para o sistema de saúde de França foi obtida nas seguintes fontes: *L'Assurance Maladie*; *Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique*; OCDE (2023) e Or et al. (2023).

³⁹A 1 de janeiro de 2016 entrou em vigor a proteção universal da saúde (PUMA).

copagamentos, os cidadãos podem optar por seguros complementares (*mutuelles*), que ajudam a aliviar o peso financeiro para os pacientes. Assim, o modelo francês combina acesso universal com um sistema eficiente de partilha de custos, o que permite diminuir o impacto das despesas diretas sobre os utentes. Semelhante a Portugal, França também conta com um grande número de hospitais públicos, que são geridos diretamente pelo Estado, o que reflete um modelo centralizado e baseado em financiamento público. No entanto, o sistema francês enfrenta também desafios em relação aos tempos de espera para tratamentos não urgentes, o que resulta numa utilização não ideal das urgências dos hospitais públicos.⁴⁰ Para lidar com esses desafios e modernizar o sistema de saúde, foi aprovada em 2019 a lei: “*Ma Santé 2022*”, que implementou uma série de reformas estruturais, incluindo o reforço do atendimento médico em regiões prioritárias, a criação da função de médico assistente (para reduzir a carga administrativa dos médicos), abolição do limite no número de vagas para estudantes de medicina (*numerus clausus*) e o aumento da digitalização da saúde e a expansão da telemedicina.⁴¹ A França, em 2023, encontrava-se na 20.ª posição do pilar da saúde da *Legatum Prosperity Index™* e na 13.ª posição entre os países europeus analisados.

Fora da Europa, os sistemas de saúde da Austrália e de Israel destacam-se pelas suas características específicas. Na Austrália, o *Medicare* é o principal programa público de saúde⁴², financiado, em parte, por uma contribuição específica (*Medicare Levy*)⁴³, e complementado por impostos gerais. Este programa cobre os principais tratamentos médicos e hospitalares, mas não abrange, por exemplo, a maioria dos cuidados dentários, ótica ou serviços de ambulância. Indivíduos ou famílias com baixo rendimento beneficiam de uma redução nessa contribuição específica⁴⁴, além de existirem outros apoios sociais para situações como desemprego. Além disso, o Governo incentiva a contratação de

⁴⁰De acordo com o estudo realizado pela *Fédération Hospitalière de France* (2024), 54% dos franceses afirmam já ter ido às urgências por motivos que não eram emergências médicas (em comparação com 42% em 2019). Este indicador revela um aumento no uso não ideal das urgências públicas e destaca a necessidade de reforçar o atendimento nos cuidados primários. Em 32% dos casos, os pacientes recorreram às urgências por não saberem para onde se dirigir, enquanto em 30% dos casos, o atendimento foi procurado após a recusa de atendimento não urgente por um médico de família ou especialista. Adicionalmente, o estudo apontou que um em cada dois franceses já experimentou um atraso no atendimento hospitalar nos últimos cinco anos, seja devido à sobrecarga de trabalho do serviço hospitalar ou à dificuldade em agendar uma consulta, para si ou para um familiar.

⁴¹A teleconsulta é reembolsada pelo sistema de saúde francês desde 2018 na mesma proporção do que as consultas presenciais.

⁴²A fonte de informação para o sistema de saúde da Austrália foi obtida nas seguintes fontes: *Australian Government – Department of Health and Aged Care; Australian Institute of Health and Welfare e Australian Taxation Office*.

⁴³A taxa da *Medicare Levy* corresponde a 2% do rendimento tributável, calculada na entrega da declaração anual do imposto sobre o rendimento. No caso de indivíduos com um rendimento tributável superior a 93.000 dólares australianos ou famílias com rendimento superior a 186.000 dólares australianos (acrescido por 1.500 dólares australianos por cada criança dependente após a primeira) que não possuam uma cobertura adequada de seguro privado, é aplicada uma sobretaxa que varia entre 1, 1,25% ou 1,5%, dependendo da faixa de rendimento (*Australian Taxation Office*).

⁴⁴Em 2023-24, se o rendimento tributável de um contribuinte for igual ou inferior a 26.000 dólares australianos, ele estará isento do pagamento da *Medicare Levy*. Para rendimentos entre 26.000 e 32.500 dólares australianos aplica-se uma redução progressiva da contribuição. Além disso, existem isenções e reduções previstas com base no rendimento tributável conjunto da família (*Australian Taxation Office*).

seguros privados, através de subsídios que os tornem mais acessíveis,⁴⁵ o que permite um equilíbrio na procura entre os sectores público e privado. O modelo australiano combina o acesso universal aos cuidados de saúde, garantido pelo *Medicare*, com os seguros privados, que ajudam a reduzir os tempos de espera para certos tratamentos médicos e a cobrir serviços adicionais, como cuidados dentários. A Austrália adota um modelo de hospitais públicos geridos pelo Estado, semelhante ao de Portugal, mas com o financiamento baseado no *Medicare*. Adicionalmente, há uma presença significativa do sector privado, apoiada pelos seguros de saúde privados e, numa menor proporção, também pelo *Medicare* que comparticipa parcialmente alguns serviços hospitalares privados.⁴⁶ Apesar de um aumento nos últimos anos, os tempos de espera no sistema de saúde australiano tendem a ser mais curtos do que em sistemas exclusivamente públicos, como os de Portugal ou do Reino Unido, embora possam variar conforme a região e a especialidade médica.⁴⁷ A Austrália tem investido significativamente na digitalização da saúde por meio de iniciativas da *Australian Digital Health Agency (ADHA)*, a agência governamental responsável por promover os serviços e sistemas de saúde digital no país. Além disso, a telemedicina tem sido amplamente adotada devido à grande extensão geográfica do país, de forma a assegurar que populações em áreas remotas tenham acesso a cuidados de saúde. Em 2023, a Austrália encontrava-se na posição 21.^a do pilar da saúde da *Legatum Prosperity Index*TM.

Em Israel, o modelo de sistema de saúde baseia-se num seguro obrigatório, gerido por quatro fundos de saúde (conhecidos como *kupot cholim*), que são organizações voluntárias e sem fins lucrativos.⁴⁸ O financiamento é feito principalmente por meio de contribuições obrigatórias proporcionais ao rendimento, com isenções e reduções para grupos específicos, como crianças, membros do exército e pessoas de baixo rendimento. Todos os residentes têm liberdade para escolher um dos quatro fundos, independentemente da idade, estado de saúde ou condições pré-existentes. Além disso, o Governo transfere para estes fundos uma taxa anual de capitação, cujo valor é ajustado

⁴⁵Por exemplo, o *Lifetime Health Cover Loading (LHC)* é uma política do governo australiano que incentiva a adesão precoce ao seguro de saúde privado. Quem adere após os 31 anos paga um acréscimo de 2% no prémio anual por cada ano de atraso, até um máximo de 70%. Este incentivo visa reduzir os custos médios do sistema privado e aliviar a pressão sobre o *Medicare*.

⁴⁶No caso de um paciente privado em hospital público, o *Medicare* cobre uma parte dos honorários médicos, mas o paciente deve pagar pela acomodação hospitalar, taxas do bloco operatório (*theatre fees*) e qualquer valor adicional cobrado pelos médicos acima da taxa oficial (*schedule fee*). Por sua vez, no caso de um paciente privado em hospital privado, o *Medicare* cobre 75% da taxa oficial dos custos médicos. O seguro de saúde privado cobre pelo menos 25%, mas quaisquer custos adicionais acima da taxa oficial são de responsabilidade do paciente ou podem, dependendo da apólice, ser parcialmente cobertos pelo seguro (*Australian Government – Department of Health and Aged Care*).

⁴⁷Em 2023-24, 50% dos pacientes foram admitidos para cirurgias eletivas num prazo de 46 dias, um ligeiro aumento em relação aos 39 dias registados em 2019-20. Nesse mesmo período, 6,4% dos pacientes aguardaram mais de 365 dias por uma cirurgia eletiva, o que também representa um acréscimo face aos 2,8% verificados em 2019-20. Por outro lado, 50% dos pacientes foram atendidos em 18 minutos de mediana nos serviços de urgência, valor semelhante ao registado nos últimos anos. No entanto, apenas 55% dos episódios de emergência foram concluídos em até quatro horas, uma diminuição face aos 69% de 2019-20 (*Australian Institute of Health and Welfare, 2024a; 2024b*).

⁴⁸A fonte de informação para o sistema de saúde de Israel foi obtida nas seguintes fontes: *National Insurance Institute – State of Israel*; Rosen and Samuel (2009); Rosen et al. (2015) e Davidovitch e Lev (2024).

com base no sexo, idade e distribuição geográfica dos membros, bem como na prevalência de doenças crônicas com tratamento mais dispendiosos. Os fundos de saúde são obrigados a garantir o acesso a um pacote de benefícios definido por lei. Um aspeto central do modelo israelita é a competição entre os fundos de saúde, que procuram atrair membros ao oferecer melhores serviços e maior eficiência, o que contribui para reduzir desigualdades no acesso. Este seguro cobre um conjunto geral de serviços médicos, todavia com limitações em áreas como medicina dentária. Em relação à gestão hospitalar, Israel adota um modelo público, embora diferente do português. Enquanto em Portugal os hospitais públicos são geridos pelo Estado, em Israel essa gestão é realizada pelos próprios fundos de saúde. Embora sejam classificados como públicos, os hospitais são administrados por essas entidades independentes. Israel também enfrenta alguns problemas de listas de espera, especialmente nas consultas de especialidade^{49,50}, embora numa menor proporção em comparação com países como Portugal. Consequentemente, o Governo israelita implementou diversas medidas nos últimos anos, incluindo a publicação de informações comparativas sobre tempos de espera, o aumento do número de vagas para estudantes de medicina, o reforço do financiamento público para hospitais e a promoção da digitalização dos serviços de saúde. Na área da digitalização, Israel foi pioneiro em algumas inovações, como os registos eletrónicos de saúde e a telemedicina, e continua a ser um dos líderes no sector. Além disso, a forte presença de *startups* na área da saúde tem impulsionado o desenvolvimento de novas soluções tecnológicas.⁵¹ Em 2023, Israel estava classificado na 6.ª posição no pilar da saúde do *Legatum Prosperity Index™*, ficando apenas atrás de Singapura, Japão, Coreia do Sul, Taiwan e China.

4.2 Reflexões para o Sistema de Saúde Português

A análise dos sistemas de saúde de diferentes países (Tabela 1) mostra a diversidade de modelos de organização, financiamento e cobertura. Embora compartilhem algumas semelhanças, há também diferenças notáveis em relação ao sistema português. Embora todos garantam o acesso universal aos cuidados de saúde, os sistemas enfrentam desafios comuns que geram preocupações políticas e sociais.

Ao comparar o sistema de saúde português com os de outros países da Europa Ocidental, como Espanha, França e Reino Unido, é possível notar algumas semelhanças. Em todos esses países, o sistema é estruturado para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, independentemente da situação do cidadão, e é amplamente financiado por impostos gerais. Além disso, como em Portugal, a maioria dos países analisados conta

⁴⁹Desde 2019, várias consultas de especialidade têm registado um aumento do tempo de espera. Em 2024, especialidades como endocrinologia e neurologia apresentam o maior tempo de espera, rondando os 50 dias, enquanto ortopedia e ginecologia registam o menor, cerca de 20 dias (Davidovitch e Lev, 2024).

⁵⁰Os tempos de espera em Israel variam significativamente por região, com as principais áreas metropolitanas, como Tel Aviv ou Jerusalém, a registarem tempos de espera menores (por exemplo, em cirurgias eletivas de modo geral), enquanto as zonas periféricas apresentam tempos de espera mais elevados. Essa disparidade na periferia está relacionada com diferenças nos recursos de saúde, como o número de camas hospitalares disponíveis (Taub Center, 2016).

⁵¹Em 2024, o financiamento privado para tecnologias de saúde atingiu 1,2 mil milhões de dólares, com a área da saúde digital a captar a maior parte desse montante (545 milhões de dólares), seguida pelos dispositivos médicos (380 milhões de dólares) e pela indústria farmacêutica/biotecnológica (262 milhões de dólares) (Startup Nation Central, 2025).

com uma forte presença de hospitais públicos, que desempenham um papel importante na prestação de serviços de cuidados de saúde para a maior parte da população. No entanto, observa-se que a despesa pública com saúde em Portugal (6,5% do PIB em 2022-Tabela 1) é inferior à de França (10,1% do PIB), Reino Unido (9,1% do PIB) e Espanha (7,2% do PIB).

As diferenças tornam-se mais evidentes ao analisar a gestão e o financiamento dos sistemas de saúde em países como Alemanha, Países Baixos ou Israel. Nestes países, prevalece o modelo de seguro de saúde obrigatório, que estabelece um sistema híbrido de financiamento público e privado. Este modelo permite aos cidadãos uma maior liberdade de escolha entre prestadores de cuidados de saúde, com o seguro obrigatório a cobrir os serviços essenciais, enquanto o sector privado oferece opções e coberturas adicionais. O modelo híbrido tem contribuído para o alívio da pressão sobre o orçamento público, mas também pode criar desigualdades nos tempos de espera, dependendo do tipo de seguro adotado. Já o sistema de saúde israelita caracteriza-se pela particularidade do seu funcionamento assentar em fundos de saúde privados, sendo estas entidades sem fins lucrativos. Apesar da natureza pública do sistema de saúde israelita, a gestão hospitalar é feita por esses fundos privados independentes. A concorrência entre estes fundos de saúde poderá ser um dos fatores que permite uma menor despesa pública em saúde, menor despesa total em saúde e menores gastos diretos dos cidadãos em saúde, mantendo, ainda assim, uma elevada esperança média de vida no país (82,8 anos em 2022-Tabela 1), superior a países como Reino Unido (80,7), Portugal (81,8) ou Países Baixos (81,7). Ao contrário de Portugal, que tem uma gestão centralizada, o modelo israelita permite uma maior flexibilidade e diversidade nos cuidados de saúde, embora necessite de uma regulação eficaz para evitar desigualdades no acesso aos serviços.

Em Portugal, mantém-se o modelo centralizado, que garante o acesso universal, mas que enfrenta dificuldades como longos tempos de espera e a falta de profissionais de saúde. A capacidade hospitalar em Portugal continua a ser limitada, com apenas 3,5 camas hospitalares para cada mil habitantes em 2022 (Tabela 1), um valor muito inferior ao da Alemanha (7,7) e ao da França (5,5), o que indicia uma menor capacidade de resposta hospitalar em Portugal. A descentralização da gestão, como acontece na Suécia, poderia ser uma forma de oferecer maior flexibilidade e uma resposta mais eficaz às necessidades regionais e locais. Apesar dos desafios também enfrentados na Suécia, como tempos de espera prolongados em áreas mais remotas, a sua estrutura descentralizada possibilita uma gestão mais adaptada à realidade de cada região. Ao mesmo tempo, a experiência de Israel e Alemanha, com a concorrência saudável entre fundos de saúde, poderia ser considerada para melhorar a eficiência do sistema sem comprometer o acesso universal a todos os cidadãos, independentemente da sua situação.

Em termos de copagamentos, enquanto em Portugal as taxas moderadoras (copagamentos no SNS) têm diminuído consideravelmente nos últimos anos, a maioria dos países analisados ainda mantém este tipo de pagamento nos seus sistemas, seja em relação ao seguro de saúde ou no acesso ao sistema público de saúde, como acontece na Suécia. No modelo sueco, são aplicados copagamentos com limites anuais, o que protege os pacientes em situações mais graves ou com doenças crónicas. No entanto, destaca-se que, apesar de ter um sistema público de saúde, os gastos diretos dos cidadãos em

Portugal representam 37,5% da despesa total com saúde em 2022 (Tabela 1)⁵², o valor mais elevado da amostra, claramente acima dos países com seguro de saúde obrigatório como a Alemanha (13,3%) e os Países Baixos (15,8%), ou de países com sistemas públicos como a Suécia (14%). Esta realidade poderá indicar que, apesar da redução das taxas moderadoras, os portugueses continuam a suportar um custo elevado com a saúde, o que provavelmente reflete as ineficiências do SNS, nomeadamente os longos tempos de espera, e da conseqüente necessidade de recorrer ao sector privado para determinados cuidados de saúde. Assim, o copagamento progressivo do modelo sueco poderia ser uma referência útil para Portugal, pois permitiria garantir o acesso contínuo a cuidados médicos sem sobrecarregar os pacientes com determinadas condições médicas, enquanto incentivaria um uso mais eficiente e sustentável do sistema público.

Em resumo, todos os sistemas de saúde analisados têm como principal objetivo garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, mas os seus modelos de organização, financiamento, gestão e cobertura diferem ao refletirem as abordagens distintas de cada país. Para Portugal, a adoção de alguns elementos de outros sistemas como uma gestão mais descentralizada ou seguros de saúde obrigatórios, poderia ser uma solução para enfrentar desafios como os tempos de espera e a escassez de profissionais de saúde, sem comprometer os princípios de acesso universal e equidade que sustentam o sistema atual. Além disso, a posição 40.^a de Portugal no pilar da saúde do *Legatum Prosperity Index*[™] de 2023, atrás de países como Espanha (26.^a), Alemanha (13.^a), Suécia (9.^a) e Israel (6.^a), evidencia a necessidade de reformas estruturais para melhorar a eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde.

⁵²De acordo com os dados da OCDE, os 37,5% de despesa direta das famílias com saúde em Portugal, em 2022, dividem-se entre 7,9% provenientes do pagamento de seguros voluntários e 29,6% relativos a pagamentos diretos (*out-of-pocket*). Esta última componente inclui sobretudo cuidados curativos e de reabilitação que representam 16,4% da despesa total em saúde, bem como despesas com bens médicos, incluindo medicamentos, que correspondem a 9,2%.

Tabela 1 – Comparação de sistemas de saúde entre países

Indicador	Portugal	Espanha	Alemanha	França	Reino Unido	Países Baixos	Suécia	Austrália	Israel
Despesa total com saúde (% do PIB)	10,5	9,7	12,6	11,9	11,1	10,1	10,5	9,9	7,3
Despesa pública com saúde (% do PIB)	6,5	7,2	10,9	10,1	9,1	8,5	9,0	7,2	4,9
Camas hospitalares (por mil habitantes)	3,5	3,0	7,7	5,5	2,5	2,5	1,9	-	3,0
Camas de cuidados intensivos (por 100 mil habitantes)	10,5	18,8	28,1	27,2	-	5,7	4,5	8,3	10,5
Modelo de financiamento do sistema de saúde	Maioritariamente financiado por receitas de impostos gerais	Maioritariamente financiado por receitas de impostos gerais	Maioritariamente financiado pelo seguro de saúde obrigatório, sustentado por contribuições de empregados e empregadores para vários fundos de doença	Maioritariamente financiado pelo seguro de saúde obrigatório que é sustentado, principalmente, por contribuições sociais	Maioritariamente financiado por receitas de impostos gerais	Maioritariamente financiado pelo seguro de saúde obrigatório	Maioritariamente financiado por impostos locais cobrados pelas regiões ou municípios	Maioritariamente financiado pelo Medicare, programa público de saúde da Austrália, sustentado, principalmente por uma contribuição específica	Seguro de saúde nacional (fornecido por 4 planos privados sem fins lucrativos) maioritariamente financiado por uma contribuição específica
Tipo de hospital predominante	Hospitais públicos	Hospitais Públicos	Hospitais públicos e hospitais privados (com e sem fins lucrativos)	Hospitais públicos	Hospitais públicos	Hospitais privados sem fins lucrativos (fundações)	Hospitais públicos	Hospitais públicos e privados	Hospitais públicos
Responsável pela gestão hospitalar (Grau de centralização)	Estado (Centralizado)	Comunidades Autônomas (Descentralizado)	Estados e municípios/Privados (Descentralizado)	Estado (Centralizado, com alguma descentralização regional)	Estado (Centralizado dentro de cada nação constituente)	Fundações (Descentralizado)	Regiões (Descentralizado)	Estados/Privados (Descentralizado)	Fundos de saúde (Descentralizado)

(continuação)

Indicador	Portugal	Espanha	Alemanha	França	Reino Unido	Países Baixos	Suécia	Austrália	Israel
Gastos diretos dos cidadãos (% despesa da saúde)	37,5	26,0	13,3	15,3	17,6	15,8	14,0	27,4	32,7
Esperança média de vida (anos)	81,8	83,2	80,7	82,3	80,9	81,7	83,1	83,2	82,8
Acesso universal/ condições de acesso	Sim, sistema público sem restrições de acesso	Sim, sistema público sem restrições de acesso	Sim, com seguro obrigatório. A taxa é dividida igualmente entre empregador e empregado. O Estado assegura o pagamento em casos específicos	Sim, com seguro de saúde obrigatório. Todos os residentes regulares na França, independentemente da situação profissional, têm direito à cobertura dos custos de saúde	Sim, sistema público sem restrições de acesso	Sim, com seguro obrigatório pago pelos utentes (preço fixo). Há isenção do pagamento para menores e subsídio/diminuição do prémio para pessoas de baixo rendimento	Sim, sistema público com pagamento de um limite anual de taxas de acesso. Isenções ou subsídios para pessoas em determinadas situações	Sim, com seguro obrigatório. Pessoas/famílias com baixo rendimento beneficiam de uma redução da contribuição específica entre outros apoios	Sim, com seguro obrigatório pago por contribuições proporcionais ao rendimento, havendo isenções e reduções para grupos específicos
Serviços incluídos no sistema de saúde	Serviço público com limitações em áreas como cuidados dentários e óticos	Serviço público com limitações em áreas como cuidados dentários e óticos	Seguro obrigatório com cobertura abrangente	Seguro cobre os principais tratamentos médicos e hospitalares, mas apresenta limitações em áreas como medicina dentária e ótica	Serviço público com limitações em áreas como cuidados dentários e óticos	Seguro básico cobre os principais tratamentos médicos e hospitalares, mas apresenta limitações de cobertura em especialidades como medicina dentária, fisioterapia e saúde mental	Serviço público com limitações em áreas como cuidados dentários e óticos	Seguro cobre os principais tratamentos médicos e hospitalares, mas não inclui a maioria dos cuidados dentários, ótica ou serviços de ambulância	Seguro cobre os principais tratamentos médicos e hospitalares, mas não inclui a maioria dos cuidados dentários e ótica
THE LEGATUM PROSPERITY INDEX (2023)	40	26	13	20	34	11	9	21	6

Fonte: OCDE (indicadores); respetivas páginas oficiais das entidades responsáveis pela gestão do sistema de saúde dos países em análise; Legatum Institute Foundation (Legatum Prosperity Index™). Nota: Indicadores referentes a 2022.

5 Conclusão

No que respeita aos determinantes e desempenho em saúde, Portugal apresenta uma esperança média de vida próxima da média da OCDE, mas com um número de anos de vida saudável abaixo da média da UE. A baixa prática de atividade física e as dificuldades de autonomia dos idosos contrastam com um consumo diário de fruta e legumes superior à média europeia, embora acompanhado por uma elevada taxa de obesidade e o maior consumo diário de álcool da UE. O país destaca-se positivamente pela elevada percentagem de não fumadores, mas negativamente pelo número de lesões causadas por acidentes e pelo significativo consumo de antidepressivos. Além disso, existem dificuldades no acesso a cuidados de saúde, especialmente em áreas como saúde oral e mental. Ao longo da última década, apenas metade dos portugueses avaliaram a sua saúde como boa ou muito boa, colocando o país entre os piores classificados da OCDE nesse indicador.

Na despesa pública com saúde, Portugal ocupa uma posição intermédia entre os países da OCDE, tanto em percentagem do PIB como per capita. A despesa pública per capita portuguesa é inferior à de países como França e Alemanha, situando-se mais próxima da verificada em países da Europa de Leste. Estas discrepâncias podem ser explicadas, ainda que apenas parcialmente, por diferenças nos custos de vida, na estrutura de custos do setor e na organização dos próprios sistemas de saúde. Além disso, Portugal depende fortemente do financiamento do Estado, com 87% da despesa do SNS proveniente de receitas públicas, o que reflete um sistema centralizado e tendencialmente gratuito. A forte dependência do financiamento público representa um desafio crescente num contexto de envelhecimento populacional e aumento das doenças crónicas, exigindo uma maior diversificação das fontes de financiamento. Ainda assim, os recursos públicos destinados à saúde permanecem inferiores aos dos países mais desenvolvidos.

Nos recursos humanos, apesar de Portugal apresentar um desempenho acima da média da OCDE na formação de médicos, o número de licenciados em enfermagem é significativamente inferior à média, colocando Portugal entre os países com menor formação nesta área. Nos recursos materiais disponíveis, o país apresenta um número reduzido de hospitais e camas hospitalares por mil habitantes, abaixo da média da OCDE. A densidade de camas de cuidados intensivos também é uma das mais baixas entre os países da OCDE, ficando atrás de países com dimensão populacional semelhante, como a Chéquia e a Hungria.

Nos indicadores sobre utilização, acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, Portugal destaca-se pela elevada taxa de imunização e pela forte adesão a rastreios oncológicos, como mamografias e exames para deteção do cancro do cólon. Apesar de um número relativamente baixo de consultas médicas per capita, a frequência de visitas ao médico é superior à média da UE. O país apresenta bons resultados na redução de admissões hospitalares evitáveis, especialmente em doenças crónicas, e destaca-se pela prescrição responsável de antibióticos. No entanto, os tempos de espera para cirurgias têm aumentado significativamente na última década. A taxa de ocupação hospitalar é elevada, e os internamentos são, em média, mais longos do que na maioria dos países europeus. Portugal apresenta uma das piores avaliações nos indicadores-chave de saúde e bem-estar do inquérito PaRIS, revelando desafios na qualidade dos cuidados prestados e na saúde geral da população.

O sistema de saúde português é predominantemente público e centralizado, com a maioria dos hospitais sob gestão do Estado e financiados por impostos gerais. Apesar de oferecer acesso universal, o sistema encara uma crescente pressão, principalmente devido ao envelhecimento da população e à falta de profissionais de saúde. Esta pressão resulta em listas de espera mais longas, particularmente para consultas de especialidade e tratamentos não urgentes.

No âmbito da análise comparativa e através das melhores práticas de outros países, é possível retirar algumas referências que sirvam de base a um debate no contexto português, nomeadamente:

- **Maior foco nos cuidados de saúde primária e preventiva:** melhorar a acessibilidade e expandir a rede de cuidados de saúde primários, à semelhança da Suécia, de modo a prevenir o desenvolvimento de doenças graves que poderão trazer uma maior pressão sobre o sistema hospitalar. Neste âmbito, seria ainda importante aumentar o investimento em programas de prevenção nas escolas e comunidade em geral. O PRR prevê investimentos no reforço dos cuidados de saúde primários, mas é essencial garantir a sua execução de forma eficaz. Para que os investimentos se convertam em benefícios reais, é crucial garantir não apenas infraestruturas, mas também profissionais de saúde numa quantidade adequada para operacionalizar estes investimentos. Só desta forma é que os investimentos propostos para a melhoria da acessibilidade e da capacidade de resposta se podem traduzir em resultados palpáveis.
- **Avaliar a descentralização da gestão dos cuidados de saúde primários e preventivos:** a descentralização poderia reforçar a eficiência e a adaptação às necessidades locais, como acontece em países como Espanha e Suécia. Enquanto a gestão hospitalar permaneceria ao nível central, os cuidados de saúde primários e preventivos, incluindo centros de saúde e unidades de saúde familiar, poderiam ser da responsabilidade dos municípios, o que promoveria uma maior proximidade e flexibilidade na alocação de recursos. Esta opção poderia resultar num sistema mais eficiente e acessível, ao permitir que as decisões dos responsáveis fossem adaptadas às necessidades locais. Esta sugestão é compatível com a reorganização do SNS que foi recentemente aprovada, nomeadamente a criação de ULS, que constitui um passo importante numa gestão dos cuidados de saúde mais próxima das populações. No âmbito da descentralização, o PRR prevê medidas nesta área, incluindo a transferência de competências para os municípios, tornando essencial assegurar a sua implementação eficaz para que a descentralização contribua para um sistema mais ágil e eficiente.
- **Estudar a viabilidade de um sistema de seguro obrigatório, procurando acautelar a não elevação da carga fiscal total:** introdução de um sistema de seguro público obrigatório, à semelhança dos modelos na Alemanha ou nos Países Baixos. Nesse modelo, todos os cidadãos seriam obrigados a deter um seguro de saúde, público ou privado, mas regulado pelo Estado. Este seguro garantiria o acesso aos cuidados essenciais, para que os cidadãos tivessem igualdade de acesso, independentemente da respetiva capacidade de pagamento. A implementação deste modelo implicaria alterações na arquitetura do sistema de saúde, especialmente na organização do financiamento e na liberdade de escolha dos cidadãos. Os utentes teriam a capacidade de escolher hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde dentro da rede do seu seguro, o que promoveria uma maior concorrência entre seguradoras. Adicionalmente, e seguindo o exemplo dos Países Baixos, o Estado desempenharia um papel relevante ao nível da regulação das margens dos prestadores dos serviços médicos e das seguradoras. Estes fatores

contribuiriam para um maior controlo dos custos, assim como para uma maior eficiência do sistema de saúde.

- **Estudar a revisão dos incentivos ao seguro privado:** os seguros de saúde já beneficiam de tratamento fiscal no IRS, ainda que de dimensão limitada. Poderia ser considerada uma reestruturação dos incentivos, dirigidos a grupos-alvo específicos, como, por exemplo, as famílias de rendimentos médios e baixos, ou para cobertura de serviços complementares que reduzam o alívio da pressão sobre o SNS, como a medicina preventiva. Em vez de um incentivo generalizado, poderiam ser estabelecidos incentivos específicos para que o seguro privado seja um complemento efetivo do sistema público.
- **Estudar a implementação de um sistema de copagamentos:** tendo em conta o exemplo da Suécia, poderia ser implementado um sistema de copagamentos, com alguma progressividade e com limites anuais no SNS. Este sistema incentivaria um uso mais criterioso dos cuidados hospitalares para condições médicas ligeiras, através da imposição de custos moderados, e beneficiaria os utentes com necessidades de cuidados médicos mais prolongados ou crónicos. Os copagamentos poderiam contribuir para a sustentabilidade e progressividade do sistema de saúde, mantendo, ao mesmo tempo, os custos acessíveis para as famílias de baixo rendimento.
- **Uso de tecnologia e digitalização:** o aumento do uso da tecnologia nos cuidados de saúde é transversal a vários sistemas de saúde, destacando-se nesta área o NHS. Neste âmbito, pode fomentar-se o investimento: i) na digitalização do sistema de saúde, ao criar plataformas digitais que facilitam o acesso remoto aos cuidados e dados de saúde, e ii) no acompanhamento dos desenvolvimentos da Inteligência Artificial, nomeadamente no apoio de diagnósticos, triagens e gestão dos cuidados de saúde. O PRR reconhece esta necessidade e prevê investimentos significativos na transição digital do SNS, incluindo a implementação de telemedicina, telemonitorização e interoperabilidade dos registos clínicos. No entanto, é necessário garantir a execução adequada destas medidas para maximizar o seu impacto.

As melhores práticas internacionais devem ser consideradas como fontes de informação e experiência para eventuais reformas nacionais no sector da saúde, desde que devidamente adaptadas à realidade e necessidades portuguesas. É importante reconhecer que os desafios do SNS não são, essencialmente, financeiros, mas sim estruturais, exigindo reformas profundas para melhorar a distribuição de recursos e garantir um controlo efetivo dos custos, sem comprometer a qualidade dos serviços. Para que qualquer reforma implementada seja bem-sucedida, deve ser constantemente monitorizada através de uma avaliação dos resultados e, além de atender às necessidades atuais da população, deve ser viável e sustentável a longo prazo, exigindo uma capacidade de adaptação contínua. Por sua vez, a colaboração entre o sector público e privado deve ser feita com o objetivo de manter a equidade do sistema, garantindo que todos, independentemente da sua situação económica, tenham acesso a cuidados de em tempo útil e de qualidade. Não menos importante, o envolvimento da sociedade nas questões de saúde, através da promoção de hábitos saudáveis, do uso da medicina preventiva e do uso adequado dos serviços de saúde, terá um impacto positivo e duradouro na eficiência do sistema.

Referências

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). *The United Kingdom: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 24(1), 1–192.

Australian Digital Health Agency. Disponível em: <https://www.digitalhealth.gov.au/>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2025.

Australian Government - Department of Health and Aged Care. Disponível em: <https://www.health.gov.au>. Acesso em: 26 de fevereiro 2025.

Australian Institute of Health and Welfare. (2024a). *Elective surgery*. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/elective-surgery>. Acesso em: 27 de janeiro de 2025.

Australian Institute of Health and Welfare. (2024b). *Emergency department care*. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/emergency-department-care>. Acesso em: 27 de janeiro de 2025.

Australian Taxation Office. Disponível em: <https://www.ato.gov.au/>. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

Belastingdienst, *Zorgverzekeringswet*, s.d. Disponível em: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/zorgverzekeringswet/. Acesso em: 26 fevereiro 2025.

Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Ridao-López, M., Urbanos-Garrido, R. M., Oliva-Moreno, J., García-Abiétar, D., e Hernández-Quevedo, C. (2024). *Spain: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 26(3), i–187. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). *Germany: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 22(6), 1–273.

Bolton NHS Foundation Trust. (2022). *Digital Strategy 2022-2025*. Disponível em: <https://www.boltonft.nhs.uk/app/uploads/2023/08/Digital-strategy-2022-2025.pdf> Acesso em: 4 de fevereiro de 2025.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

Conselho de Finanças Públicas (2024). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2023*.

Davidovitch, N., & Lev, N. (2024). *The Healthcare System in Israel, 2024: Between Resilience and Continued Challenges*. Taub Center for Social Policy Studies in Israel.

Eurostat. *Eurostat Data*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>. Acesso em: janeiro de 2025.

Fédération Hospitalière de France. (2024). *Présentation du premier baromètre FHF – France Info: Hôpital public, recours aux soins: quatre ans après*. Disponível em: https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-03/CP_Barom%C3%A8tre_VDEF_0.pdf. Acesso em: 28 de janeiro de 2025.

Glenngård, A. H., e Borg, S. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Sweden*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Government of the Netherlands, s.d. Standard Health Insurance. Disponível em: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>. Acesso em: 26 fevereiro 2025.

Heinrich, N., Wübker, A., e Wuckel, C. (2018). *Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence from Primary Data*. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 238(5).

Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A. H., Hanspers, K., Anell, A., & Merkur, S. (2023). *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 25(4), 1–198.

L'Assurance Maladie. Disponível em: <https://www.ameli.fr/assure>. Acesso em: 23 de janeiro de 2025.

Kroneman, M., de Jong, J., Polin, K., e Webb, E. (2024). *The Netherlands: Health System Summary*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique. Disponível em: <https://www.economie.gouv.fr/>. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

Minsiterio de Sanidad. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/home.htm>. Acesso em: 24 de janeiro de 2025.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del SNS*. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf. Acesso em: 24 de janeiro de 2025.

Ministerio de Sanidad. (2024). *Sistema de información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud – Situación a 30 de Junio de 2024*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>. Acesso em: 24 de janeiro de 2025.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Home - National Health Care Institute*. Disponível em: <https://english.zorginstituutnederland.nl/>. Acesso em: 22 de janeiro de 2025.

National Insurance Institute – State of Israel. Disponível em: <https://www.btl.gov.il/English%20homepage/Pages/default.aspx>. Acesso em: 21 de janeiro de 2025.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (2024). *Stand van de zorg 2024*. Disponível em: <https://www.nza.nl/onderwerpen/stand-van-de-zorg-2024>. Acesso em: 28 de janeiro de 2025.

2025.NHS 111. NHS 111 Online. Disponível em: <https://111.nhs.uk/>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2025.

National Health Service (NHS). Disponível em: <https://www.nhs.uk/>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2025.

OECD. *OECD Data*. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/data.html>. Acesso em: janeiro de 2025.

OECD (2025), *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Netherlands: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *France: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023b). *Germany: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023c). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023d). *Sweden: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Office for National Statistics (ONS). (2024). *NHS planned care waiting times across the UK: June 2024*. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthcaresystem/articles/nhsplannedcarewaitingtimesacrosstheuk/2024-06-18>. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A. V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., & Chevreul, K. (2023). *France: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 25(3), 1–241.

Recuperar Portugal. *Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)*. Disponível em: <https://recuperarportugal.gov.pt/>. Acesso em 7 de março de 2025.

Ramos, A. L., Hoffmann, F., & Spreckelsen, O. (2018). *Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany*. *BMC Health Services Research*, 18, 191.

Regeringskansliet – Socialdepartementet (Ministry of Health and Social Affairs, Sweden). (2023). *Nu tas flera steg mot en nationell vårdförmedling som ska korta värdköerna*. Disponível em: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/06/nu-tas-flera-steg-mot-en-nationell-vardformedling-som-ska-korta-vardkoerna>. Acesso em: 27 de janeiro de 2025.

Rosen, B., & Samuel, H. (2009). *Israel: Health system review*. Health Systems in Transition, 11(2), 1–226.

Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. (2015). *Israel: health system review*. Health Systems in Transition, 17(6):1–212.

Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. (2020). *Israel: International health care system profiles*. The Commonwealth Fund.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2025.

Servicio Riojano de Salud. Disponível em: <https://www.riojasalud.es/>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2025.

Startup Nation Central. Disponível em: <https://startupnationcentral.org/>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2025.

Taub Center. (2016). *Waiting for Care: Queues in Israel's Hospitals*. Disponível em: <https://www.taubcenter.org.il/en/research/waiting-for-care-queues-in-israels-hospitals/>. Acesso em: 27 de janeiro de 2025.

1177 Vårdguiden. Disponível em: <https://www.1177.se/>. Acesso em: 16 de janeiro de 2025.

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Esperança de vida	11
Gráfico 2 – Qualidade de vida (2019)	12
Gráfico 3 – Hábitos de consumo (2019, % da população).....	13
Gráfico 4 – Acidentes	14
Gráfico 5 – Saúde mental da população	15
Gráfico 6 – Perceção de saúde e cuidados de saúde.....	16
Gráfico 7 – Despesa pública em saúde em 2022.....	17
Gráfico 8 - Transferência de receitas públicas para o financiamento do sistema de saúde em 2022.....	18
Gráfico 9 - Taxa de execução dos investimentos previstos no PRR para a área da saúde (%)*	21
Gráfico 10 – Número de profissionais de saúde com licença para exercer em 2022.....	23
Gráfico 11 – Número de licenciados na área de saúde em 2022.....	24
Gráfico 12 – Número de hospitais em 2022.....	25
Gráfico 13 – Número de camas hospitalares em 2022	26
Gráfico 14 – Camas de Cuidados Intensivos em 2022	27
Gráfico 15 – Imunização da população (2022).....	28
Gráfico 16 – Rastreamentos realizados há menos de um ano (2019).....	29
Gráfico 17 – Consultas	30
Gráfico 18 – Cirurgias.....	31
Gráfico 19 – Cuidados hospitalares.....	32
Gráfico 20 – Admissões hospitalares (2021, por 100 mil habitantes com 15+ anos).....	34
Gráfico 21 – Segurança do paciente durante o internamento (2021).....	35
Gráfico 22 – Outras avaliações de qualidade (2021).....	36
Gráfico 23 – Indicadores-chave do inquérito PaRIS.....	38
Gráfico 24 – Despesa per capita vs. Qualidade experienciada (2024).....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Comparação de sistemas de saúde entre países.....	50
--	----

Índice de Caixas

Caixa 1 – PRR na Saúde.....	19
Caixa 2– Indicadores PaRIS	36