

Orçamento do Estado para a Saúde: Ambição ou Ficção?

Observatório da Despesa em Saúde | 10

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



Esta nota faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na **Iniciativa para a Equidade Social**, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora

Principais mensagens:

1. Em 2026, a despesa efetiva consolidada orçamentada para a saúde ascende a 17.236 milhões de euros, refletindo um crescimento nominal de 2,7% face ao valor orçamentado para 2025. No mesmo período, as transferências para o SNS totalizam 14.935,8 milhões de euros, o que representa um acréscimo de 7,1% face a 2025.
2. O Governo projeta um saldo orçamental positivo de 907,3 milhões de euros para a área da saúde. Contudo, a concretização deste resultado depende fortemente das receitas próprias da Missão de Base Orgânica Saúde, cuja origem e natureza não são especificadas. Acresce que o montante orçamentado para 2026 é significativamente superior ao de 2025, o que levanta dúvidas quanto à plausibilidade das previsões de receita e, conseqüentemente, quanto à sustentabilidade do saldo positivo projetado.
3. As prioridades enunciadas pelo Governo encontram-se alinhadas com os objetivos fundamentais de um sistema de saúde, nomeadamente a melhoria do acesso aos cuidados em todos os níveis – desde rastreios populacionais até aos cuidados de saúde primários e de longa duração. Em coerência com o posicionamento político assumido pelo Governo, observa-se uma valorização do papel do setor privado (com e sem fins lucrativos) na prestação de cuidados financiados pelo SNS.
4. Apesar da quebra de produtividade verificada no SNS nos últimos anos – associada, entre outros fatores, ao aumento da proporção de trabalhadores em regime de prestação de serviços e ao crescimento do peso do trabalho extraordinário e dos suplementos remuneratórios na despesa com pessoal –, o Relatório do Orçamento do Estado para 2026 não apresenta mecanismos concretos de promoção da produtividade nem instrumentos de responsabilização para práticas de gestão ineficientes, o que constitui uma lacuna relevante face aos desafios atuais de sustentabilidade do sistema.

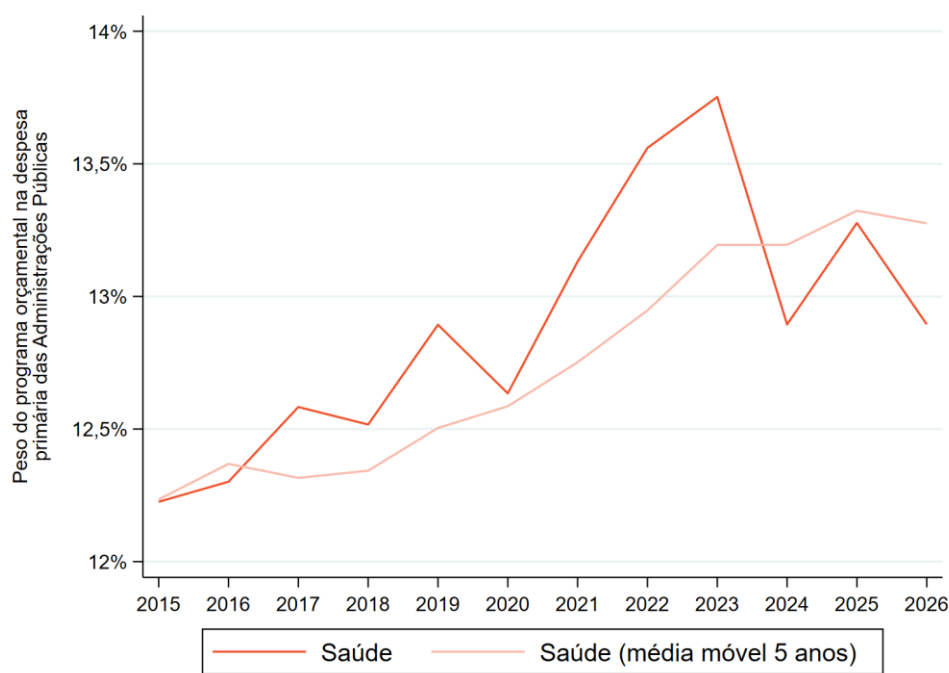
1. A despesa em saúde no Estado

O Orçamento do Estado é o principal instrumento de planeamento e gestão das receitas e despesas do Estado. Ao estabelecer a distribuição de recursos entre os vários setores da Administração Pública, traduz as prioridades políticas do Governo, os compromissos assumidos perante a sociedade e a orientação das políticas económicas e sociais.

A análise do Orçamento do Estado para a Saúde em 2026 requer uma abordagem multifacetada. Em primeiro lugar, importa avaliar o peso relativo da despesa em saúde face à despesa pública total, que reflete a prioridade relativa atribuída ao setor. Em seguida, é necessário examinar a afetação interna das verbas destinadas à saúde entre as diferentes rúbricas de despesa. Finalmente, procede-se à análise das principais linhas programáticas e medidas previstas na área da saúde para 2026.

A prioridade relativa atribuída à despesa pública em saúde pode ser avaliada através do peso da despesa pública em saúde na despesa pública primária das Administrações Públicas (despesa do Estado líquida da despesa de juros), como ilustrado na Figura 1. Após o aumento registado em 2025 no peso da despesa pública em saúde na despesa pública primária das Administrações Públicas, em 2026 registar-se-á um decréscimo, passando a despesa pública em saúde a representar 12,9% da despesa pública primária, o que contrasta com os 13,3% registados em 2025.

Figura 1. Peso do Programa Orçamental da Saúde na despesa primária das Administrações Públicas



Fonte: Elaboração própria. Para os anos 2012-2025 a despesa primária das Administrações Públicas foi extraída dos Anexos Estatísticos da Síntese de Execução Orçamental da Direção-Geral do Orçamento; para o ano de 2011 foi extraída do Orçamento do Estado 2011. Para 2026 a despesa primária das Administrações Públicas foi extraída do Relatório do Orçamento do Estado 2026. As despesas efetivas consolidadas (orçamentadas) na saúde foram extraídas dos Relatórios do Orçamento do Estado 2013-2026. Para 2012 considerou-se a despesa efetiva em saúde e para 2011 a despesa total consolidada em saúde.

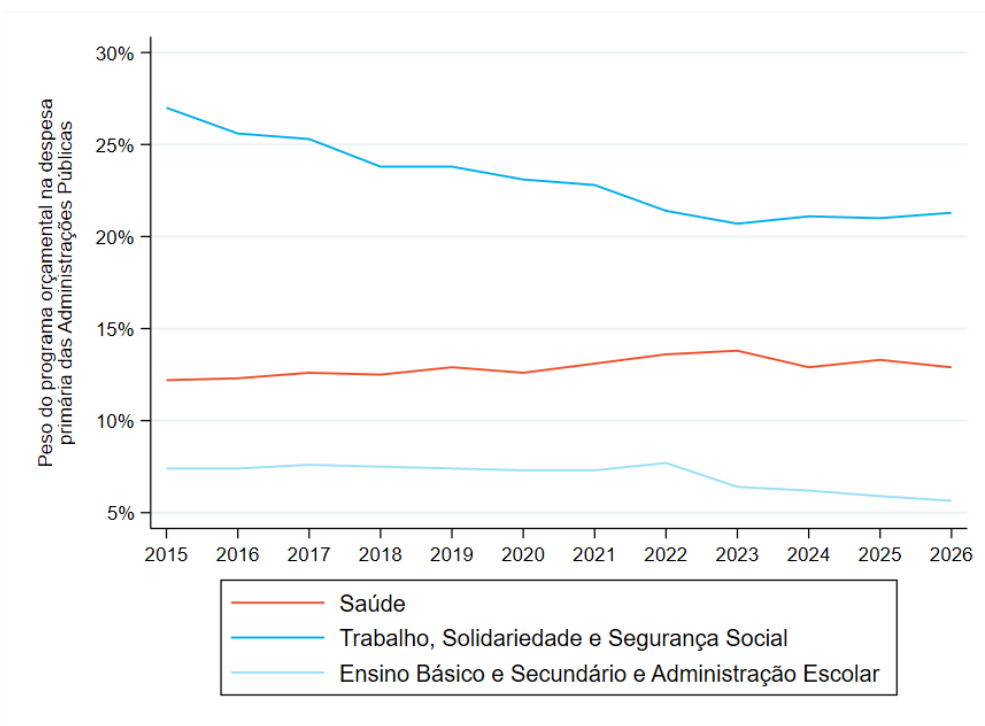
Nota: O peso do Programa Orçamental da Saúde corresponde à percentagem da despesa efetiva consolidada no contexto da despesa primária das Administrações Públicas.

Importa mencionar que a quebra observada no peso do Programa Orçamental da Saúde na despesa primária das Administrações Públicas em 2026 não se deve a uma redução da verba alocada à saúde, mas sim a um crescimento da despesa efetiva consolidada em saúde menor que o registado na despesa primária das Administrações Públicas. De facto, desde 2015 que a despesa efetiva consolidada em saúde, em valor absoluto, tem aumentado progressivamente.

A média móvel de cinco anos (Figura 1) atenua as variações anuais, evidenciando a tendência geral de evolução do peso do programa orçamental da saúde na despesa primária das Administrações Públicas. Ao abranger um horizonte temporal mais alargado, permite também avaliar a relevância atribuída à saúde para além do ciclo político típico de uma legislatura. Os resultados revelam um aumento consistente do peso relativo do Programa Orçamental da Saúde até 2025.

A análise da evolução do peso relativo dos três maiores programas orçamentais – Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; Saúde; e Ensino Básico e Secundário e Administração Escolar – mostra que, entre 2015 e 2026, o Programa Orçamental da Saúde foi o único a registar um aumento da sua proporção no total da despesa (Figura 2). O Programa do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social mantém, contudo, a maior representatividade ao longo de todo o período analisado e é, entre os três, o único cujo peso aumenta face a 2025, passando de 21,0% em 2025 para 21,3% em 2026.

Figura 2. Peso dos programas orçamentais na despesa primária das Administrações Públicas



Fonte: Elaboração própria. Para os anos 2015-2024 a despesa primária das Administrações Públicas foi extraída dos Anexos Estatísticos da Síntese de Execução Orçamental da Direção-Geral do Orçamento. Para 2025 e 2026 a despesa primária das Administrações Públicas foi extraída do Orçamento do Estado 2025 e do Orçamento do Estado 2026. As despesas efetivas consolidadas (orçamentadas) foram extraídas dos Relatórios do Orçamento do Estado 2015-2026. Nota: O peso de cada programa orçamental corresponde à percentagem da respetiva despesa efetiva consolidada no contexto da despesa primária das Administrações Públicas.

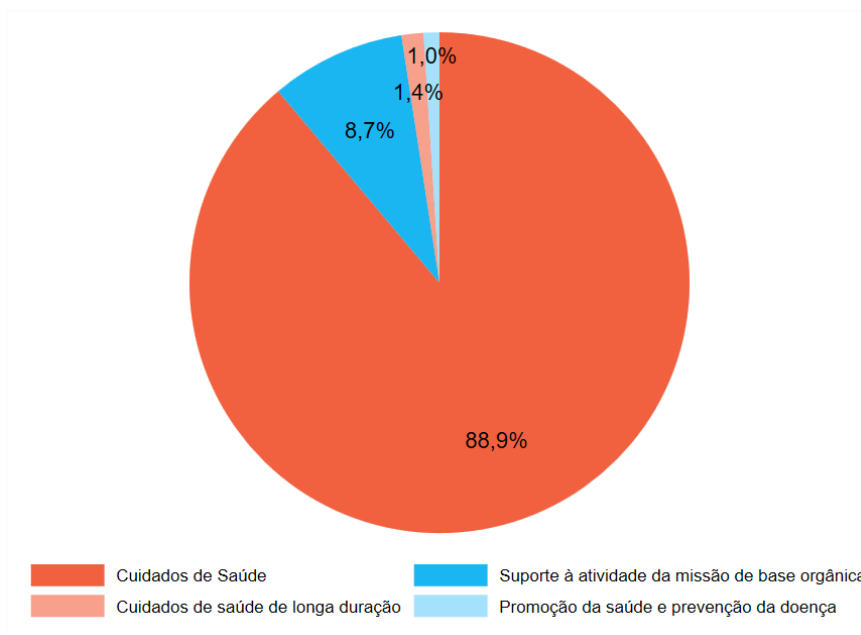
2. Prioridades do Orçamento da Saúde em 2026

A proposta de Orçamento do Estado para 2026 introduz, pela primeira vez, a aplicação generalizada da orçamentação por programas a toda a Administração Central e ao orçamento da Segurança Social. Este modelo assenta na afetação de recursos em função das políticas públicas, permitindo, em princípio, uma mais fácil avaliação de resultados (Decreto-Lei n.º 86/2025, de 18 de julho). Na orçamentação por programas, a despesa organiza-se por programas, agregados por Missão de Base Orgânica (MBO) – que corresponde, por regra, a uma área governativa/ministério. Cada programa é depois desagregado em ações que, por sua vez, se decompõem em atividades e projetos, sendo necessário fixar objetivos, metas e indicadores de desempenho.¹

Ao adotar esta metodologia, pretende-se reforçar a racionalidade e a transparência do processo orçamental, promovendo uma gestão orientada para resultados e uma maior responsabilização dos intervenientes na execução das políticas públicas. Assim, o foco do orçamento desloca-se da mera distribuição de recursos financeiros pelos organismos públicos para a apreciação dos resultados efetivamente alcançados. Para além de reforçar a orientação para resultados, a orçamentação por programas promove o debate e o escrutínio parlamentar, uma vez que a Assembleia da República passa a deliberar não apenas sobre a alocação de recursos financeiros, mas também sobre os objetivos e metas subjacentes à execução das políticas públicas.

A MBO Saúde tem como objetivo estratégico melhorar a saúde e bem-estar da população e tem uma despesa orçamentada de 17.300 milhões de euros, que se distribui pelos quatro programas da MBO conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3. Distribuição da despesa da missão de base orgânica decomposta por programas



Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do Orçamento do Estado 2026.

¹ Para uma compreensão aprofundada da proposta de Orçamento do Estado para 2026, recomenda-se a leitura da Proposta de Lei n.º 37/XVII/1.^a (disponível em: <https://shorturl.at/Brdnj>), do Relatório do Orçamento do Estado 2026 (disponível em: <https://shorturl.at/CDh96>) e da lista de objetivos, indicadores e resultados por MBO (disponível em: <https://shorturl.at/eMRgZ>).

A maioria da despesa (88,9%) da MBO Saúde é alocada ao programa de cuidados de saúde, que inclui as ações de prestação de cuidados de saúde integrados, a resposta de emergência e o tratamento de comportamentos aditivos e dependências. Em segundo lugar, em termos de despesa (8,7%), surge o programa de suporte à MBO, que agrega as ações de apoio à governação e de controlo interno e acompanhamento. Com um peso de apenas 1,4% na despesa da MBO Saúde surge o programa de cuidados de saúde de longa duração, que tem como única ação a prestação de cuidados continuados. Finalmente, o programa de promoção da saúde e prevenção da doença, responsável por apenas 1% da despesa da MBO Saúde, contempla três ações: programas de promoção da saúde e prevenção da doença, investigação e vigilância de saúde pública e prevenção de comportamentos aditivos e dependências.

As preocupações expressas na MBO Saúde estão alinhadas com os grandes objetivos de um sistema de saúde. É dado um particular destaque aos aspetos que são mais visíveis para a população, como é o caso do acesso a cuidados de saúde, em vários níveis. São também explicitados os instrumentos de intervenção que se pretendem usar, que, em coerência com o posicionamento que tem sido expresso pelo Governo, dá um maior espaço para a participação do setor privado (com e sem fins lucrativos). Os detalhes dessas intervenções serão apresentados em documentos futuros, e será na sua aplicação que se poderá ter uma discussão mais aprofundada sobre efeitos que poderão produzir e a que custo.

A escolha dos programas definidos não é justificada, e não é evidente porque deverá ser esta, e não outra, a divisão entre programas. Sendo compreensível que no Relatório do Orçamento do Estado não seja incluído este detalhe, é importante que o Governo disponibilize um documento metodológico que permita compreender esta divisão, bem como o que realmente se encontra contemplado em cada um dos programas.

i. Cuidados de saúde

No domínio da prestação de cuidados de saúde, o Governo compromete-se a reforçar a capacidade assistencial do SNS, através do aumento do número de consultas médicas – tanto nos cuidados de saúde primários como nos hospitais – e do alargamento da atividade cirúrgica, em particular das cirurgias realizadas em regime de ambulatório. Estas medidas visam reduzir os tempos de espera e assegurar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) em consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico.

Para melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde primários e aumentar o número de utentes com médico de família atribuído, o Governo mantém a aposta na expansão das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B e na implementação gradual das USF modelo C, reforçando simultaneamente a cooperação com o setor privado (com e sem fins lucrativos) na prestação de cuidados de proximidade. Estas iniciativas dão continuidade às medidas inscritas no Orçamento do Estado para 2025.

O papel das convenções com o setor privado para a prestação de cuidados de saúde primários suscita preocupações. Sendo uma forma eventualmente rápida de conseguir atribuir médicos de família a residentes sem médico de família, há o risco de não ser um acompanhamento regular e de longo prazo, como normalmente se pretende garantir com uma rede robusta de cuidados de saúde primários. É preciso acautelar que a procura de uma solução para maior acesso no curto prazo não comprometa uma solução mais adequada de longo prazo.

Em termos de evolução recente no acesso a cuidados de saúde primários, verifica-se que entre janeiro e setembro de 2025 diminuiu a percentagem de utentes sem médico de família atribuído em todas as

regiões, com exceção do Alentejo (Tabela 1). A região Centro foi a que registou uma melhoria mais significativa na cobertura, já que a percentagem de utentes sem médico de família atribuído diminuiu 3p.p. Persistem, no entanto, grandes disparidades regionais, com o Norte a ter apenas 2,2% dos utentes sem médico de família atribuído, enquanto na região de Lisboa e Vale do Tejo esta taxa atinge os 28,0%. Estas divergências regionais sugerem que as causas da dificuldade de atribuir médico de família a todos os residentes não estão na definição do modelo de rede de cuidados de saúde primários, e sim na dificuldade da sua concretização.

Tabela 1. Percentagem de utentes sem médico de família atribuído em Portugal continental

Região	Percentagem de utentes sem médico de família atribuído	
	Janeiro 2025	Setembro 2025
Norte	2,7%	2,2%
Centro	11,6%	8,6%
Alentejo	15,5%	16,5%
Algarve	18,8%	18,7%
Lisboa e Vale do Tejo	28,3%	28,0%
Portugal Continental	14,9%	14,2%

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos da série “Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários” do Portal da Transparência do SNS. Nota: Os utentes sem médico de família por opção foram incluídos no total de inscritos, mas não contabilizados como sendo “utentes sem médico de família”.

ii. Cuidados de saúde de longa duração

O segundo eixo estratégico prende-se com o reforço da rede de cuidados continuados integrados, paliativos e de proximidade, em linha com o que já havia sido preconizado no Orçamento do Estado para 2025. O Governo assume como prioridade a redução do número de utentes em lista de espera para cuidados continuados, através do aumento do número de lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), que tenha em consideração disparidades geográficas na capacidade de acesso à RNCCI. A Tabela 2 reporta a evolução da capacidade instalada da RNCCI, da sua taxa de ocupação e do número de utentes a aguardar vaga, entre janeiro de 2022 e agosto de 2025.

Ainda que, no horizonte temporal em análise, tenha havido um aumento de 11,5% no número de lugares na RNCCI, o número médio diário de utentes a aguardar vaga em cuidados continuados aumentou 51,6% no mesmo período. Os dados revelam, contudo, que há disparidades geográficas substanciais, pois o aumento do número de utentes a aguardar vaga na Rede foi mais acentuado no Centro e no Algarve. Assim, ainda que seja premente reforçar a capacidade instalada da RNCCI, o investimento na Rede deve ser canalizado maioritariamente para as regiões com um desfasamento mais expressivo entre a procura por cuidados na RNCCI e o número de lugares disponíveis.

O aumento da procura por cuidados na RNCCI deve-se, em larga medida, ao envelhecimento populacional, que continuará a acentuar-se nas próximas décadas. De acordo com estimativas da Comissão Europeia (2024), a despesa pública com cuidados de longa duração deverá aumentar 97% em Portugal, entre 2022 e 2070, acima do aumento médio de 48% na União Europeia. O aumento da despesa pública em cuidados de longa duração pode, no entanto, atenuar a despesa pública noutros regimes de prestação de cuidados. Efetivamente, existe evidência de que a expansão das equipas de cuidados domiciliários e das unidades de internamento da RNCCI em Portugal diminuiu ineficiências na

prestação de cuidados hospitalares, já que contribuiu para a redução do número de dias de internamento hospitalar desnecessários – associados a situações em que o utente já está clinicamente apto para alta, mas carece de suporte social que lhe permita deixar o hospital (Moura, 2022).

Tabela 2. Indicadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

		Alentejo	Algarve	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Norte	Portugal Continental
Janeiro 2022	Nº lugares	1.339	1.313	3.587	4.673	4.836	15.748
	Taxa ocupação	76,3%	75,6%	86,0%	75,2%	89,0%	82,0%
	Nº médio diário de utentes a aguardar vaga	23	14	34	93	75	54
Agosto 2025	Nº lugares	1.487	1.335	4.089	5.060	5.588	17.559
	Taxa ocupação	79,9%	75,6%	84,8%	72,6%	89,2%	81,6%
	Nº médio diário de utentes a aguardar vaga	35	26	70	105	134	81
Variação (Jan 2022-Ago 2025)	Variação nº lugares (%)	11,1%	1,7%	14,0%	8,3%	15,6%	11,5%
	Variação taxa de ocupação (p.p.)	3,6 p.p.	0,0 p.p.	-1,1 p.p.	-2,6 p.p.	0,2 p.p.	-0,5 p.p.
	Variação nº médio diário de utentes a aguardar vaga (%)	50,0%	82,6%	106,6%	13,0%	77,4%	51,6%

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do Portal da Transparência do SNS.

As unidades de internamento da RNCCI são maioritariamente geridas por entidades privadas (com ou sem fins lucrativos), através de contratos-programa com financiamento público. Estes contratos remuneram as diárias por utente, sendo os encargos com cuidados de saúde suportados pelo Ministério da Saúde e os de apoio social pela Segurança Social, podendo ainda existir um pagamento do utente calculado em função dos rendimentos do agregado familiar. Contudo, o modelo vigente não cobre integralmente os custos de funcionamento (Afonso e Forte, 2024), colocando em risco a sustentabilidade financeira da RNCCI e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, importa sublinhar que o Orçamento do Estado para 2026 não apresenta medidas concretas para garantir a viabilidade económica das unidades que integram a Rede, limitando-se a

anunciar o seu alargamento. Tal omissão é particularmente relevante à luz da evidência disponível: de acordo com Afonso e Forte (2024), as três principais tipologias de internamento da RNCCI – Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) – permanecem claramente subfinanciadas.

Mesmo após as atualizações introduzidas pela Portaria n.º 162/2025/1, de 9 de abril, o valor pago pelo Estado às entidades prestadoras em 2025 permanece inferior aos custos efetivos estimados para 2024. De acordo com Afonso e Forte (2024), os custos médios por utente/dia ascendem a 124,96€ nas UC, 110,89€ nas UMDR e 92,95€ nas ULDM, enquanto a Portaria n.º 162/2025/1, de 9 de abril fixa valores de financiamento de 120,87€, 105,21€ e 85,48€, respetivamente. Esta discrepância traduz-se num subfinanciamento entre 4 € e 7,5€ por utente/dia, mesmo admitindo, de forma conservadora, que os custos médios de 2025 se mantêm inalterados face a 2024. Em termos anuais, tal diferença corresponde a défices entre 62 mil e 81 mil euros por instituição com 30 camas, consoante a tipologia, o que compromete a sustentabilidade financeira da rede e limita a sua capacidade de expansão.

Uma medida, prevista no Orçamento do Estado para 2026, que pode contribuir para uma maior estabilidade das entidades privadas prestadoras de cuidados continuados e de longa duração, é a perspetiva de que estas poderão estabelecer contratos plurianuais com o Estado. Se, a par dos contratos plurianuais, o financiamento do Estado por diária de utente for atualizado, sinaliza-se uma aposta na sustentabilidade da RNCCI a longo prazo. Adicionalmente, numa perspetiva operacional, é relevante que o Estado pagador (nos contratos e preços que estabelece) reconheça o papel de subida de custos, via salário mínimo nacional e regras aplicáveis ao funcionamento das instituições, que que o Estado regulador impõe.

iii. Promoção da saúde e prevenção da doença

O terceiro programa da MBO Saúde consiste em promover a saúde e prevenir a doença, através de três ações concretas: programas de promoção da saúde, investigação e vigilância de saúde pública e prevenção de comportamentos aditivos e dependências.

Relativamente aos programas de promoção da saúde, o Governo ambiciona garantir a efetiva implementação do Plano Nacional de Saúde 2030, desde logo pela promoção de Planos Locais de Saúde, que deverão contribuir para respostas em saúde mais adequadas às necessidades de diferentes populações. A referência aos Planos Locais de Saúde dá uma maior abrangência ao tipo de atividades que são de promoção da saúde e prevenção da saúde, mas não é possível extrair qual a principal consequência lógica. A prossecução dos Planos Locais de Saúde será feita por atividade regular das unidades do SNS, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, e não por programas específicos. Decorre daqui que a despesa para esta linha da missão orgânica não é apenas o que esteja definido para programas específicos, pois deverá, de futuro, conter também a despesa associada à atividade regular (que tem a despesa classificada em prestação de cuidados de saúde). Só assim se terá uma visão correta e equilibrada do que é o peso da despesa em promoção da saúde e prevenção da doença para uma correta definição de intervenções e políticas. Esta observação não é meramente de natureza contabilística. Ao considerar-se que há pouca despesa em promoção da saúde e prevenção da saúde como medida por esta forma, poderá existir a tentação de aumentar o número e as verbas destinadas a programas desta natureza, correndo eventualmente o risco de prejudicar outras formas de promoção da saúde e prevenção da doença integradas na atividade regular das unidades de saúde (e inseridas contabilisticamente no programa de prestação de cuidados de saúde).

A promoção da saúde e prevenção da doença assentará ainda no reforço progressivo das taxas de cobertura e de participação nos rastreios populacionais, bem como na atualização e implementação de um Programa Nacional de Saúde Escolar. A saúde oral será promovida, nomeadamente através do alargamento do cheque-dentista, que é uma das medidas centrais do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. A aposta no cheque-dentista é, contudo, insuficiente, uma vez que não contribui para a criação de uma rede nacional de saúde oral dentro do SNS, ainda que utilize, através de contratos, a capacidade instalada no setor privado.

A par do reforço do cheque-dentista está previsto o investimento em gabinetes de dentista nas unidades de cuidados de saúde primários. Estas são medidas de elevada relevância para que se consiga alcançar a efetiva cobertura universal de saúde. Com efeito, em Portugal, a proteção conferida pelo SNS em matéria de saúde oral é atualmente deficitária. No âmbito da saúde oral, embora o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) contemple investimentos para gabinetes de dentista, há despesas não abrangidas pelo PRR que terão de ser incorridas – como despesas associadas à contratação de profissionais de saúde – para que os cuidados de saúde oral possam ser efetivamente prestados. Acresce que a monitorização do PRR se destina à taxa de execução financeira (pagamento) das verbas disponibilizadas no seu âmbito, e não no efetivo funcionamento (atendimentos realizados nos gabinetes de medicina dentária financiados por esta via).

O Programa Nacional de Vacinação continuará a desempenhar um papel central na vigilância de saúde pública. Será também reforçada a mobilização para a vacinação sazonal contra a gripe, com o objetivo de vacinar 75% das pessoas com 65 ou mais anos. A prevenção de comportamentos aditivos e dependências assentará no desenvolvimento de projetos de prevenção e em intervenções psicoeducacionais.

iv. Suporte à atividade da Missão de Base Orgânica Saúde

Finalmente, o programa de suporte à atividade da MBO Saúde assenta na continuidade da transição digital do setor, nomeadamente na consolidação dos registos clínicos e na promoção da literacia e autonomia digital dos cidadãos. O destaque vai para a necessidade, imperiosa e absoluta, de garantir a interoperabilidade entre sistemas informáticos. Não existindo obstáculos técnicos, há que ultrapassar as barreiras que permaneçam. É uma pré-condição para todo o programa de transformação digital. A transformação digital é muito mais do que os poucos elementos descritos na visão geral. Há elementos da transformação digital que, traduzindo-se em novos serviços ou novas forma de prestar serviços por parte do SNS, terão implicações para a própria cultura de prestação de serviços presente no SNS.

A implementação do Registo de Saúde Eletrónico Único – já prevista no Orçamento do Estado para 2025 – mantém-se como prioridade em 2026. Paralelamente, será promovido o acesso a teleconsultas e à monitorização remota de doentes crónicos. Conjuntamente, estas iniciativas integram um esforço mais vasto de modernização do sistema de saúde, orientado para a redução da burocracia, o aumento da eficiência e a garantia de que a inovação tecnológica e terapêutica se traduz em melhor acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados no SNS.

2.1. Da insuficiência dos indicadores definidos para monitorização da orçamentação por programas na saúde

Com o intuito de acompanhar os programas definidos para a MBO Saúde, o Governo definiu um conjunto de indicadores que servirá de base à avaliação dos programas. Os indicadores definidos pelo Governo pecam, contudo, por se centrarem em métricas de volume. A título de exemplo, para acompanhar os progressos alcançados em termos de prestação de cuidados de saúde, um dos indicadores é o “aumento do número de consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários”. Ainda que seja desejável aumentar o número de consultas nos Cuidados de Saúde Primários, importa fazê-lo sobretudo graças ao reforço do acesso a este tipo de cuidados de saúde em regiões/populações com maiores dificuldades de acesso a Cuidados de Saúde Primários. Adicionalmente, o aumento do número de consultas, por si só, é insuficiente porque ignora não só a qualidade dos cuidados, mas também a produtividade dos profissionais de saúde.

Ainda em termos de indicadores de prestação de cuidados, avaliar o “aumento do número de intervenções cirúrgicas” é insuficiente, no sentido em que ignora se esse aumento se regista durante o horário normal de trabalho dos profissionais de saúde, ou se é alcançado apenas através de incentivos financeiros inerentes a produção adicional.

De modo semelhante, os indicadores estipulados para aferir os progressos em cuidados de longa duração focam-se no aumento da capacidade instalada da RNCCI e na redução do número de utentes a aguardar vaga para cuidados continuados, descurando se este reforço da Rede contribui para a redução de iniquidades geográficas e o aumento do número de vagas se concentra nas tipologias de cuidados continuados com maior desfasamento entre a procura e a oferta atuais.

No Relatório do Orçamento do Estado para 2026, não são apresentadas as metas para cada indicador. Esta informação apenas está disponível no documento relativo aos objetivos, indicadores e resultados por MBO.² Na descrição dos indicadores não se entende a diferença entre o que é a definição do indicador e o que é a evolução desejada. Por exemplo, considerando a descrição “aumento do número de utentes com médico de família atribuído”, o indicador será “variação do número de utentes com médico de família atribuído” e a evolução desejada é “aumento” (variação positiva). Note-se, contudo, que o indicador “variação do número de utentes com médico de família atribuído” não é o mais indicado, porque não tem em consideração variações no número total de utentes inscritos nos cuidados de saúde. Um indicador mais adequado seria “variação na percentagem de utentes com médico de família atribuído”. As imprecisões de linguagem estão presentes em vários dos indicadores.

As metas definidas para alguns indicadores revelam um grau de ambição elevado e poderão ser difíceis de concretizar sem mudanças estruturais nas políticas de saúde. Por exemplo, foi fixado como objetivo um aumento de 5% no número de utentes com médico de família atribuído. Contudo, em 2025, entre janeiro e setembro, esse número cresceu apenas 2,5%, o que sugere que a meta estabelecida para 2026 será de difícil concretização no contexto atual. Há ainda evoluções de indicadores que são aparentemente contraditórias, a menos que ocorram outras variações. O caso mais evidente é aumentar a atividade e reduzir custos por utente, o que só será possível se existirem economias de escala, isto é, se fazer mais implicar custos médios por utente inferiores, o que não está provado que seja a caracterização adequada do funcionamento económico das atividades económicas de prestação de cuidados de saúde pelo SNS; ou se existirem ganhos de eficiência no sentido de para a mesma atividade se ter menores custos por utente, ou seja, inovação organizacional.

² Para informações detalhadas dos indicadores definidos para a MBO Saúde, consultar as páginas 52-55 do documento disponível em: <https://shorturl.at/eMRgZ>

O conhecimento existente sugere que as economias de escala nos cuidados de saúde primários (a atividade dos médicos de família e das equipas de saúde familiar) são reduzidas, enquanto na atividade hospitalar poderão ser bastante mais expressivas. Significa que obter os ganhos de eficiência que justificassem estes indicadores terá de ser conseguido por inovação organizacional no caso dos cuidados de saúde primários, e por concentração de atividade no caso dos cuidados hospitalares. Não há detalhe se estão previstas iniciativas neste sentido. A última alternativa é puramente monetária, e consiste em conseguir reduzir os custos por redução dos preços pagos pelos recursos usados. Não se antevendo diminuição de salários médios (por exemplo, redução de profissionais de saúde que recebam salários elevados, substituídos por profissionais que façam as mesmas funções com salários mais baixos), teria de ser nos preços dos outros recursos a redução de custos. Uma outra possibilidade é a redução de atividade com elevado custo médio por utente, substituída eventualmente por atividade com baixo custo médio por utente (por exemplo, intervenções comunitárias de promoção da saúde que venham a reduzir agudização de doença crónica que requeira intervenção hospitalar).

Não é, por estes motivos, de fácil compreensão como pretende o Governo atingir simultaneamente a melhoria de todos os indicadores que apresentou, mesmo se cada um dos indicadores tomado individualmente seja relevante.

Estabelecendo-se indicadores de monitorização, será boa prática definir onde a informação dos indicadores será disponibilizada para escrutínio público (novamente, com o exemplo do número de utentes com médico de família atribuído, o Portal da Transparência do SNS permite seguir essa evolução).

3. O programa orçamental para a Saúde 2026

3.1. Receita

A análise do programa orçamental da MBO Saúde deve incidir tanto sobre o lado da receita, como sobre o lado da despesa. As receitas provêm maioritariamente de impostos (14.116,4 milhões de euros; 87,4% da receita da MBO Saúde). Em 2026, continuarão a vigorar as contribuições extraordinárias sobre os fornecedores da indústria de dispositivos médicos do SNS e a MBO Saúde continuará a beneficiar de parte das receitas provenientes do imposto sobre o tabaco (Artigo 71.º e Artigo 76.º da Proposta de Lei n.º 37/XVII/1.ª).

Com menor expressão surgem as receitas próprias (1.289,5 milhões de euros; representam 7,5%), os fundos europeus (655 milhões de euros; 3,8%) e as transferências entre entidades (239,3 milhões de euros; 1,4%). Um esclarecimento que seria importante incluir no Relatório do Orçamento do Estado para 2026 é a origem das receitas próprias (resultam de que atividade ou linhas de financiamento?) e das transferências entre entidades, na MBO Saúde.

3.2. Despesa

Ainda que o peso da saúde na despesa primária das Administrações Públicas diminua em 2026, em termos absolutos registar-se-á um aumento do orçamento para a saúde. De facto, a despesa pública efetiva consolidada em saúde em 2026 aumentará 446 milhões de euros (2,7%) face ao orçamentado para 2025 e 254 milhões de euros (1,5%) face à estimativa de execução para 2025 (Tabela 3). Importa mencionar que o ritmo de crescimento da despesa efetiva consolidada (orçamentada) em saúde será inferior em 2026 face ao registado em 2025 (2,7% vs. 7,2%). Note-se que a despesa efetiva consolidada corresponde ao consumo e investimento efetivo de recursos públicos, excluindo operações financeiras

(por exemplo, amortização de dívida). A despesa total consolidada, por outro lado, é uma medida mais abrangente, que inclui também as operações financeiras, correspondendo à soma da despesa efetiva consolidada e da despesa financeira. Para efeitos de análise dos compromissos orçamentais da missão de base orgânica da Saúde, a despesa total consolidada é a variável mais apropriada, uma vez que reflete a totalidade das dotações inscritas no orçamento, independentemente de representarem despesa efetiva ou financeira.³

Prevê-se que em 2025 a execução da despesa pública em saúde fique próxima do inicialmente orçamentado, com um desvio de 1,1% (192 milhões de euros). Porém, o facto de a execução não divergir substancialmente do orçamentado apenas será possível dada a subexecução de despesas de capital (-43,3%) e de outras despesas correntes (-50,6%). Foi a subexecução destas rúbricas que permitiu amortecer as derrapagens orçamentais na despesa com pessoal (+4,9%) e nas despesas com aquisição de bens e serviços (onde se incluem medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, parcerias público-privadas e subcontratos) (+5,3%).

Tabela 3. Desagregação do orçamento e execução na saúde (milhões de euros)

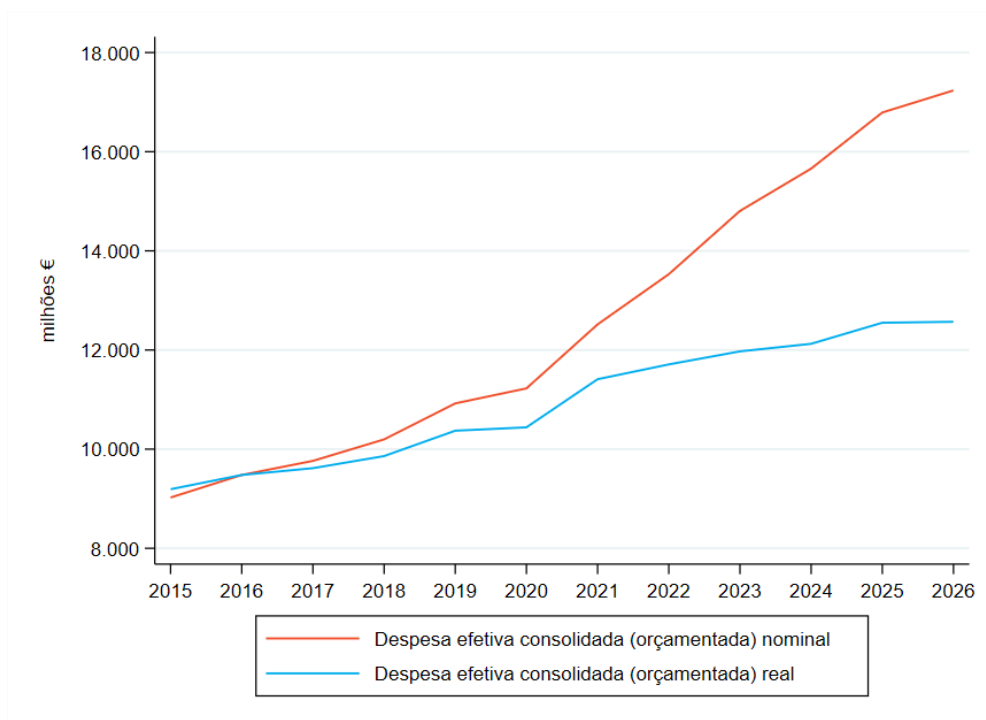
Orçamento	2019-O	2025-O	2025-E	2026-O	19-O-26-O	25-O-25-E	25-E-26-O	25-O-26-O
Despesa com pessoal	4.239	7.050	7.398	7.767	3.529 (+83,2%)	349 (+4,9%)	369 (+5,0%)	718 (10,2%)
Aquisição de bens e serviços	6.072	8.357	8.802	7.915	1.843 (+30,3%)	445 (+5,3%)	-887 (-10,1%)	-442 (-5,3%)
Outras despesas correntes	287	287	141,8	397	110 (+38,4%)	-145 (-50,6%)	255 (+179,8%)	110 (+38,2%)
Despesas de capital	416	1.097	622	1.158	741 (+178,2%)	-475 (-43,3%)	536 (+86,1%)	61 (+5,5%)
Despesa total consolidada	11.013	16.854	17.046	17.300	6.287 (+57,1%)	192 (+1,1%)	255 (+1,5%)	447 (+2,7%)
Despesa efetiva consolidada	10.923	16.791	16.983	17.236	6.313 (+57,8%)	192 (+1,1%)	254 (+1,5%)	446 (+2,7%)
Operações financeiras	90	63	63	64	-26 (-29,1%)	0 (+0,2%)	1 (+1,6%)	1 (+1,7%)

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos dos Relatórios do Orçamento do Estado 2019, 2025 e 2026.

O aumento da despesa efetiva consolidada em 2026 dá continuidade ao aumento sustentado do orçamento da saúde. De facto, entre 2015 e 2026, a despesa efetiva consolidada (orçamentada) em saúde aumentou 91,0%. Contudo, dada a elevada inflação nos últimos anos, a despesa efetiva consolidada em saúde, em termos reais, no período compreendido entre 2015 e 2026 aumentou apenas 36,7%. Face ao orçamentado para 2025, a despesa efetiva consolidada aumentará 0,2% em termos reais em 2026, ficando por isso substancialmente abaixo do aumento nominal de 2,7%. Ou seja, nos últimos anos, uma parte substancial dos incrementos orçamentais têm servido para compensar o aumento generalizado de preços (Figura 4).

³ Em ambos os casos – *despesa efetiva consolidada* e *despesa total consolidada* – o termo *consolidada* significa que se eliminaram “fluxos monetários intermédios efetuados entre entidades do universo das Administrações Públicas”, de modo a evitar a duplicação destes valores aquando do cálculo dos valores agregados (Conselho de Finanças Públicas, 2024). Para clarificação de conceitos adicionais, consulte o glossário no final do documento, com detalhes extraídos do glossário do Conselho de Finanças Públicas (2024).

Figura 4. Despesa efetiva consolidada (orçamentada) nominal e real na Saúde



Fonte: Elaboração própria. Dados de despesa efetiva consolidada (orçamentada) nominal extraídos dos Relatórios do Orçamento do Estado 2015-2026. Dados do deflator do PIB para os anos 2015-2024 extraídos do Banco de Portugal. Estimativa e previsão da taxa de variação anual do deflator do PIB para 2025 e 2026 extraídas do Relatório do Orçamento de Estado 2026.

3.3. Saldo orçamental

De acordo com o Relatório do Orçamento do Estado para 2026 (Quadro 5.37), o programa orçamental da saúde terá um saldo orçamental positivo, ou seja, será contribuinte líquido para o Orçamento do Estado, em 907,3 milhões de euros. Como as receitas associadas com dotações específicas – transferências para o SNS e de receita consignada de impostos – são inferiores às despesas programadas (15.211,9 milhões de euros em dotações específicas vs. 17.300,2 milhões de euros de despesa total consolidada), o saldo orçamental positivo depende de receitas próprias numa dimensão que é assinalável. Não havendo explicação dada para estas receitas, e na ausência dessa explicação, é prudente considerar que há uma elevada probabilidade de não serem reais. Nesse caso, mesmo na ausência de derrapagens orçamentais nas rúbricas da despesa, a inexistência de receitas próprias de valor muito substancial traduzir-se-ia automaticamente num saldo orçamental negativo da MBO Saúde.

Para completar a visão dos valores deste ano é útil analisar a informação constante da nota explicativa do Ministério da Saúde que acompanhou o orçamento para 2025. Em concreto, na conta consolidada do SNS, onde constam as receitas do SNS, não se encontram receitas próprias do SNS significativas (as taxas e multas foram estimadas em cerca de 200 milhões de euros para 2025, não será aqui que se observará um salto para mais de mil milhões de euros), as taxas moderadoras são menos de 30 milhões de euros nesse total de 200 milhões de euros. As vendas de bens e serviços andam também pelos 200 milhões de euros (previsão para 2025). Se não é do SNS que surgirão receitas próprias, fica a questão de saber que parte da atividade da MBO Saúde irá gerar essas receitas avultadas.

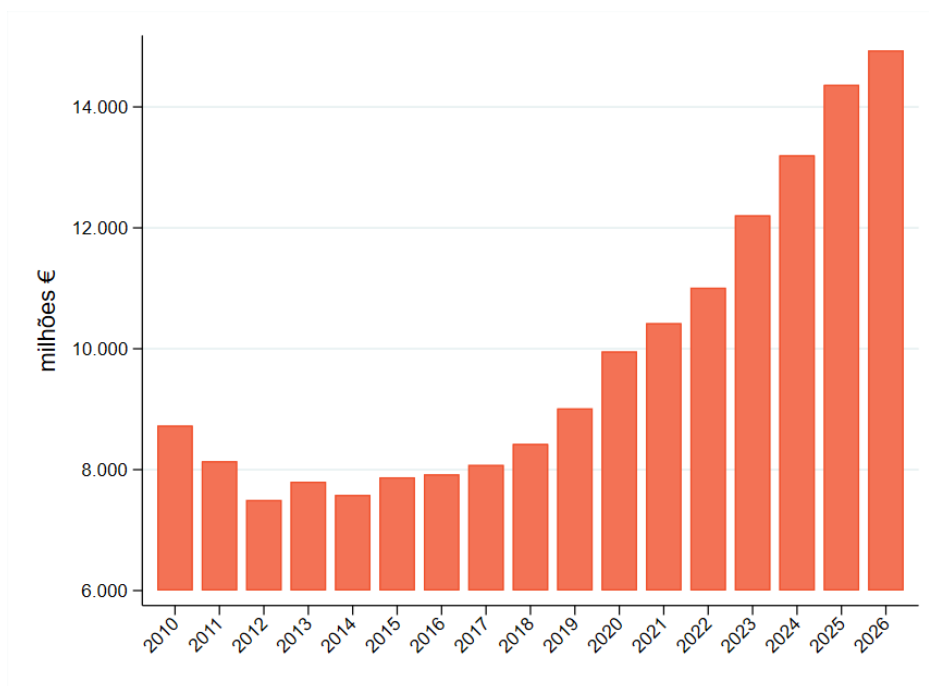
Esta nota explicativa, referente ao ano passado, previa um saldo negativo de 217,2 milhões de euros para o SNS, embora, segundo o relatório do orçamento do estado para 2026, se preveja um excedente de 788,2 milhões de euros para a missão orgânica da saúde. Sendo o SNS o principal elemento de despesa nesta missão orgânica, não é claro como o desempenho do saldo orçamental melhorou em 2025 face à previsão feita em novembro de 2024 em mil milhões de euros, apesar de em agosto de 2025 existirem mais de 600 milhões de euros de pagamentos em atraso associados ao SNS. Se esta for despesa orçamentada e simplesmente ainda não paga, então as unidades do SNS devem ter enormes excedentes parados neste momento, para ser possível ter um saldo orçamental muito positivo no final do ano. Não há, contudo, sinal de que tal seja o caso.

A síntese da execução orçamental mais recente, com valores referentes a agosto de 2025, aponta para um saldo orçamental negativo de 745 milhões de euros. Tal significa que na soma dos últimos 4 meses do ano, o saldo orçamental terá de ser positivo em mais de 1.500 milhões de euros de forma que o valor previsto pelo Governo no Relatório do Orçamento do Estado para 2026 seja compatível com o valor apresentado pelo Governo no Síntese de Execução Orçamental – Agosto de 2025. O papel das verbas do PRR também merece um comentário. De acordo com a monitorização do PRR (Recuperar Portugal, consultado a 16 de outubro de 2025), para o Serviço Nacional de Saúde (C01) a dotação é de 2.072 milhões de euros, estando aprovados 2.181 milhões de euros, e pagos 423 milhões de euros. A diferença de 1.758 milhões é grande, mas não permite simultaneamente recuperar o saldo orçamental da saúde em 1.500 milhões de euros em 2024, e ter receitas próprias superiores a 1.000 milhões de euros em 2025. Terá de haver algo mais. Há, assim, a necessidade de mais elementos para se compreender de forma completa o que está subjacente aos valores apresentados no Relatório do Orçamento do Estado para 2026 (ópticas de classificação diferentes, ainda que os mesmos termos sejam usados nos diferentes documentos do Governo? Fontes de receita que são esperadas, como as verbas de regularização habituais de final de ano? Outras medidas?).

3.4. Transferências para o SNS

Em 2026, o SNS receberá 14.935,8 milhões de euros de transferências do Orçamento do Estado (Figura 5). Tal representa um aumento de 983,8 milhões de euros (7,1%) face à orçamentação de transferências para o SNS em 2025 e a um aumento de 7.062 milhões de euros (89,7%) relativamente à orçamentação de transferências para o SNS em 2015. Apesar dos aumentos consecutivos nas transferências do Orçamento do Estado para o SNS, o saldo global do SNS nos últimos anos tem sido frequentemente mais negativo do que o inicialmente orçamentado. Em 2025, de acordo com dados da Síntese de Execução Orçamental da Direção-Geral do Orçamento, considerando apenas a execução acumulada até agosto de 2025, o SNS apresenta já um saldo negativo de 745,1 milhões de euros.

Figura 5. Transferências orçamentadas para o Serviço Nacional de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos dos Relatórios do Orçamento do Estado 2010-2024, aditamento à Nota Explicativa do Ministério da Saúde (2025) e Orçamento do Estado 2026.

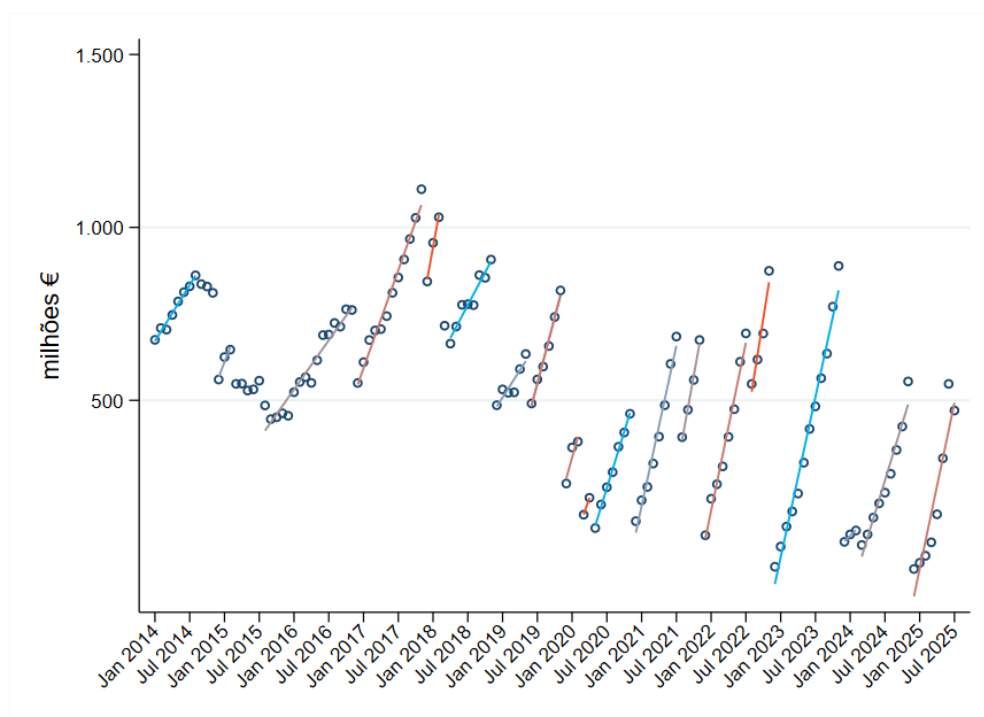
O facto da execução no SNS superar, por norma, o orçamento pode ter duas explicações distintas. Por um lado, pode revelar uma eventual suborçamentação do SNS, com um orçamento consistentemente inferior às despesas reais previstas. Por outro lado, pode dever-se a problemas de gestão. Os constrangimentos financeiros do SNS são claramente visíveis na Figura 6, que reporta a evolução dos pagamentos em atraso a fornecedores do SNS. Um padrão regular observado é a acumulação de dívida aos fornecedores durante o ano, que tende a diminuir abruptamente no final de cada ano civil, devido a injeções extraordinárias de capital.

Nos últimos anos, havia a expectativa de que as alterações na estrutura organizacional do SNS – com a criação da Direção Executiva (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) e a generalização do modelo de Unidades Locais de Saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro), bem como a implementação de um sistema de pagamento por capitação – se repercutissem numa maior disciplina orçamental. Com efeito, o financiamento por capitação consiste no pagamento de um montante fixo a cada ULS por cada residente da respetiva área de influência, com ajustamentos em função do perfil de risco da população abrangida. Neste sistema, os recursos recebidos pelas ULS não variam consoante o volume de cuidados prestados, o que gera incentivos à eficiência na gestão: qualquer utilização excessiva ou ineficiente de recursos traduz-se em custos suportados pela própria ULS, afetando diretamente os seus resultados financeiros. Em termos práticos, este modelo transfere para as ULS o risco financeiro da sua atividade.

Contudo, a Figura 6 e a Tabela 4 (em anexo) mostram que os problemas de gestão no SNS subsistem, já que o ritmo mensal de acumulação de dívida a fornecedores do SNS se mantém elevado. Com efeito, entre dezembro de 2024 e julho de 2025, os pagamentos em atraso a fornecedores do SNS cresceram, em média, 80 milhões de euros por mês, o que corresponde ao quarto maior ritmo de crescimento de dívida desde janeiro de 2014 (Tabela 4 em anexo).

Em 2026, a perspetiva é que a (má) tradição de acumulação de pagamentos em atraso e posteriores injeções extraordinárias de capital seja continuada. Com efeito, na Proposta de Lei do Orçamento do Estado para 2026 (Proposta de Lei n.º 37/XVII/1.ª), o Artigo 8.º (número 2) preconiza que o “Governo fica autorizado, através do membro do Governo responsável pela área das finanças, a proceder a alterações orçamentais resultantes de operações não previstas no orçamento inicial das entidades do setor da saúde, destinadas à regularização de dívidas a fornecedores, bem como de outras entidades públicas, nos termos a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pela respetiva área setorial.” Significa, portanto, que se prevê explicitamente o problema de pagamentos em atraso no SNS, que serão regularizados com verbas extraordinárias, via alterações orçamentais. Tal constitui, de certa forma, uma legitimação de dívidas a fornecedores, o que naturalmente torna mais difícil a leitura do orçamento atribuído à MBO Saúde, pois poderá ter alterações orçamentais associadas a dívidas a fornecedores, que é uma característica recorrente do funcionamento do SNS.

Figura 6. Tendências nos pagamentos em atraso a fornecedores do Serviço Nacional de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Dados do Portal da Transparência.

4. Os componentes do programa orçamental da Saúde

O orçamento da saúde decompõe-se por diferentes rúbricas da despesa. A Figura 7 ilustra o peso de cada rúbrica no total do orçamento da saúde, nos anos 2025 e 2026. No próximo ano, e à semelhança do observado em 2025, a componente com maior peso corresponde à aquisição de bens e serviços (49,2%), seguida de despesas com pessoal (48,3%).

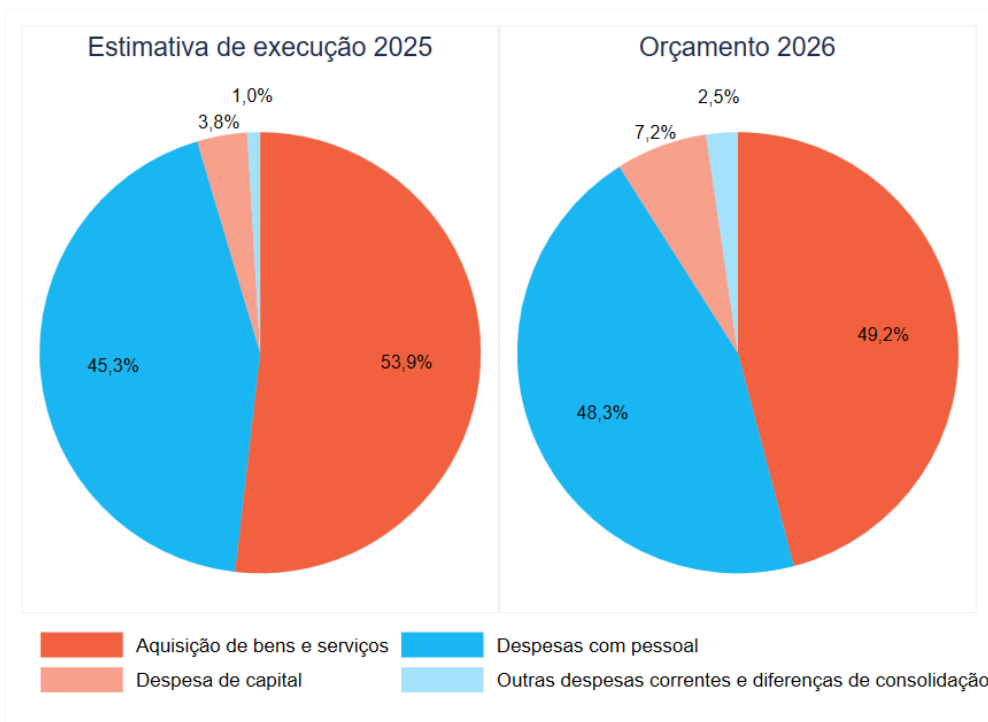
Em 2026, prevê-se um crescimento de todas as rúbricas, com exceção da aquisição de bens e serviços, tanto face ao orçamentado em 2025, como em relação à estimativa de execução de 2025. Com efeito, a despesa com aquisição de bens e serviços deverá diminuir 10,1% face à estimativa de execução de 2025 (Tabela 3). Dessa redução, parte será por substituição com despesas com pessoal, por conta da

contratação pretendida de pessoal permanente e redução de recurso a tarefeiros (o que é desejável). É difícil, contudo, antecipar que cada 1.000€ de maior despesa com pessoal está associada com redução de 2.000€ de despesa com empresas de serviços médicos. Não é impossível que assim seja, mas com a informação agregada publicamente disponível, não é plausível que o efeito seja dessa magnitude. Aguardemos, a este respeito, a habitual nota explicativa do Ministério da Saúde para conhecer a expectativa de substituição de verbas entre rúbricas e as poupanças associadas, bem como as fontes esperadas de ganhos de eficiência neste campo.

A perspetiva de uma contração na despesa com aquisição de bens e serviços ajudará, de acordo com o previsto no Orçamento do Estado para 2026, a mitigar o crescimento da despesa efetiva consolidada. No entanto, a credibilidade desta previsão apresentada pelo Governo é limitada, dado o histórico de derrapagens orçamentais na componente de despesas com aquisição de bens e serviços: entre 2015 e 2024, a execução desta rúbrica foi, em média, 4 pontos percentuais superior ao orçamentado (Figura 8).

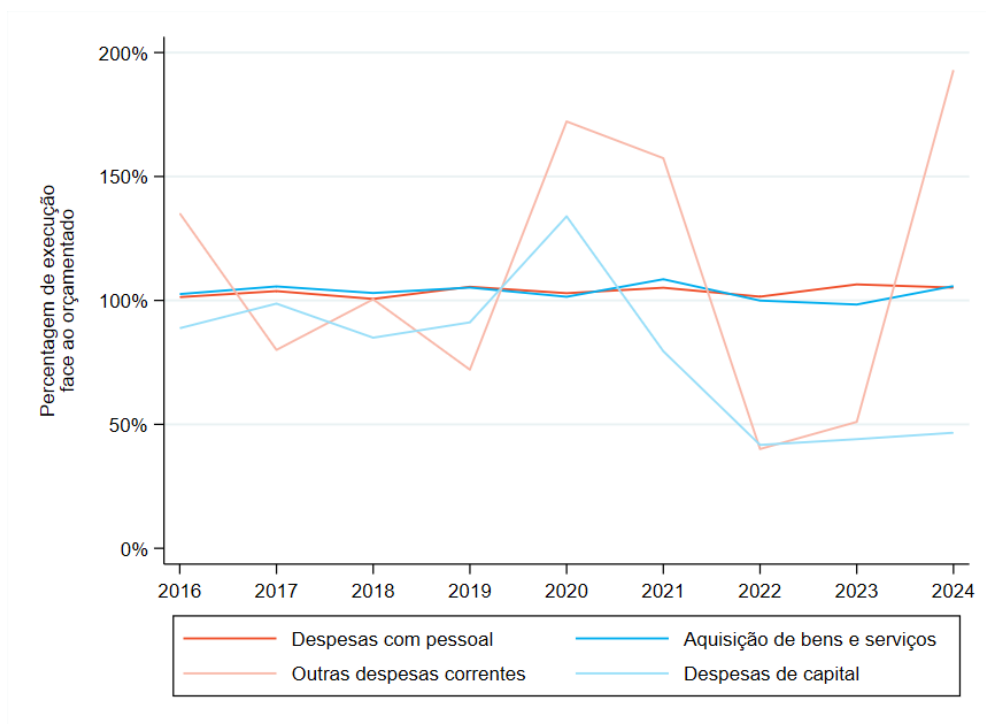
Por outro lado, terá de ser feito um grande esforço de execução da despesa de capital, que nos últimos anos ficou substancialmente aquém do orçamentado. De facto, entre 2016 e 2021, a execução da despesa de capital correspondeu, em média, a 96,2% do orçamentado, mas entre 2022 e 2024, foi de apenas 44,1% do orçamentado, em média (Figura 8). Não é claro, com base no Relatório do Orçamento do Estado para 2026, que mecanismos serão implementados no decorrer de 2026 para contrariar o hábito de subexecução de despesa de capital.

Figura 7. Decomposição da estimativa de execução em 2025 e do Orçamento do Estado para a saúde 2026



Fonte: Elaboração própria. Dados do Relatório do Orçamento do Estado 2026.

Figura 8. Percentagem de execução face ao orçamentado no Serviço Nacional de Saúde, por rúbrica da despesa



Fonte: Elaboração própria. Dados dos Anexos Estatísticos da Síntese de Execução Orçamental de Dezembro 2015-2024, da Direção-Geral do Orçamento.

5. A evolução das despesas com pessoal e produtividade

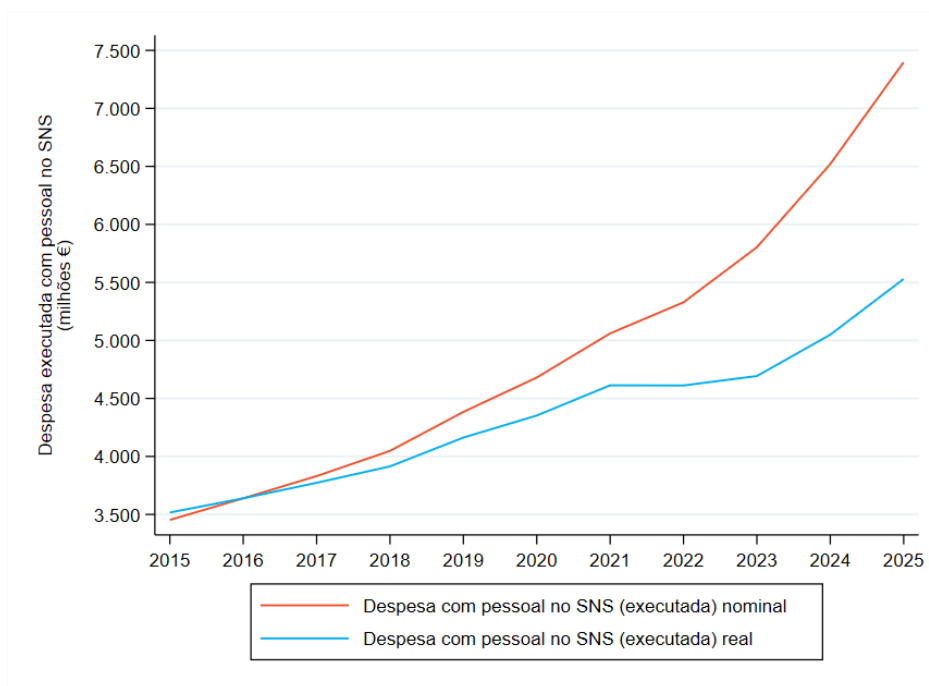
Entre 2015 e 2024, a despesa com pessoal no SNS aumentou 88,9% em termos nominais (3.452,6 milhões de euros em 2015 vs. 6.520,4 milhões de euros em 2024) (

Figura 9). Em 2025, estima-se que a despesa com pessoal atinja 7.398 milhões de euros, o que corresponde a um aumento de 114,3% face a 2015 e a um aumento de 13,5% face a 2024. Em larga medida, este aumento de despesa serviu para compensar o aumento generalizado de preços. Com efeito, quando avaliada em termos reais, a preços constantes de 2016, a despesa com pessoal no SNS aumentou apenas 43,6% entre 2015 e 2024. Ainda assim, parte do aumento da despesa com pessoal deve-se ao incremento no número de trabalhadores no SNS, que tem vindo a aumentar de forma sustentada nos últimos anos. Com efeito, em janeiro de 2015 o SNS empregava no total 118.361 pessoas, ao passo que em dezembro de 2024 eram já 151.064 profissionais a trabalhar para o SNS – um aumento de 27,6%⁴. Em 2025, manteve-se a tendência de crescimento do número de trabalhadores no

⁴ Dados extraídos da série “Trabalhadores por Grupo Profissional” do Portal da Transparência do SNS.

SNS, que em julho totalizava 154.209, o que corresponde a um incremento de 2,08% face ao registado no final de 2024.

Figura 9. Despesa executada com pessoal no Serviço Nacional de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Dados dos Anexos Estatísticos da Síntese de Execução Orçamental de Dezembro 2015-2024, da Direção-Geral do Orçamento. Estimativa de execução de despesa com pessoal no SNS extraída do Orçamento do Estado 2026. Dados do deflator do PIB para os anos 2015-2024 extraídos do Banco de Portugal. Estimativa da taxa de variação do deflator do PIB em 2025 extraída do Orçamento do Estado 2026.

O aumento da despesa com pessoal resultante da contratação de mais profissionais traduz um efeito de quantidade. Já os aumentos salariais determinam um acréscimo de despesa mesmo que o número de trabalhadores se mantenha constante, correspondendo a um efeito de preço. Existem, contudo, medidas que combinam ambos os efeitos – por exemplo, quando implicam simultaneamente alterações na remuneração e no número de horas de trabalho contratualizadas. Um caso paradigmático é a implementação do regime de dedicação plena, que prevê, entre outras disposições, um aumento da carga horária dos médicos, acompanhado de uma valorização de 25% face à remuneração base (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro; Decreto-Lei n.º 65/2025, de 10 de abril).

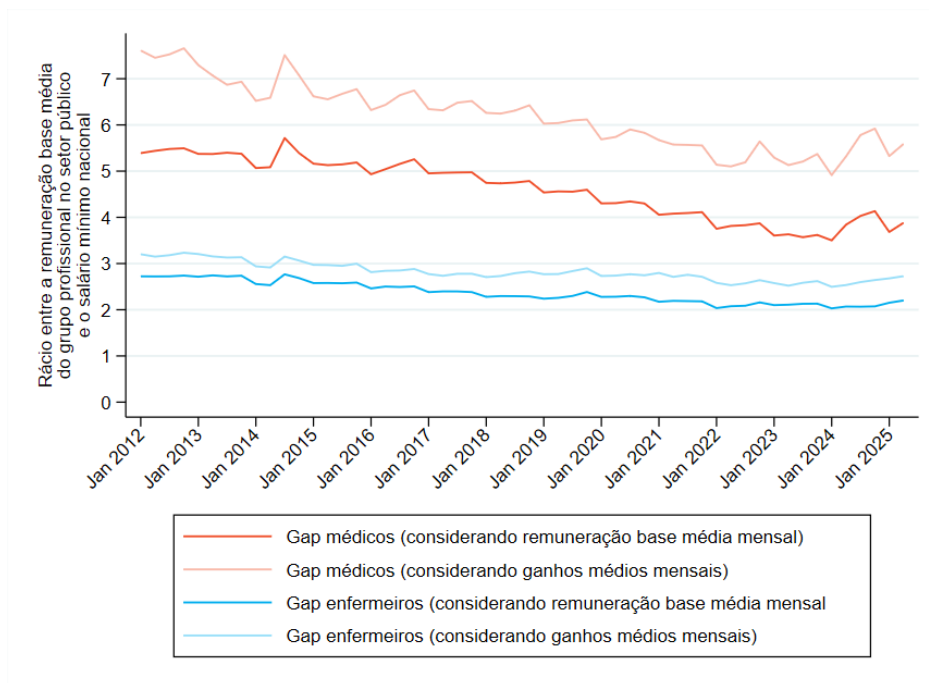
Para o aumento da despesa com pessoal observado na

Figura 9 contribuiu também o acordo de valorização remuneratória dos enfermeiros, que define um aumento salarial faseado de cerca de 300€ (Decreto-Lei n.º 111/2024, de 19 de dezembro). A primeira fase iniciou-se em novembro de 2024 e decorre até dezembro de 2025, estando ainda previstos aumentos para 2026 e 2027.

A valorização dos profissionais de saúde no setor público, no último ano, permitiu inverter a tendência que vinha sendo observada, de perda de competitividade salarial dos médicos e enfermeiros. Com efeito, no início de 2024 um médico (enfermeiro) no setor público tinha, em média, uma remuneração base 3,5 (2,0) vezes superior à Remuneração Mínima Mensal Garantida (RMMG) (Figura 10). Em abril de

2025, os médicos (enfermeiros) recebiam um salário base 3,9 (2,2) vezes superior à RMMG. Ainda assim, quando se consideram os ganhos médios mensais – que incluem componentes variáveis de remuneração como suplementos e pagamento por trabalho extraordinário – observa-se que os médicos auferiam aproximadamente seis vezes a RMMG, à data de abril de 2025.

Figura 10. Evolução da remuneração base média e dos ganhos médios mensais dos médicos e enfermeiros no setor público face à Remuneração Mínima Mensal Garantida (RMMG)



Fonte: Elaboração própria. Dados da Síntese Estatística do Emprego Público 1.º trimestre 2012 – 2.º trimestre 2025, da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público.

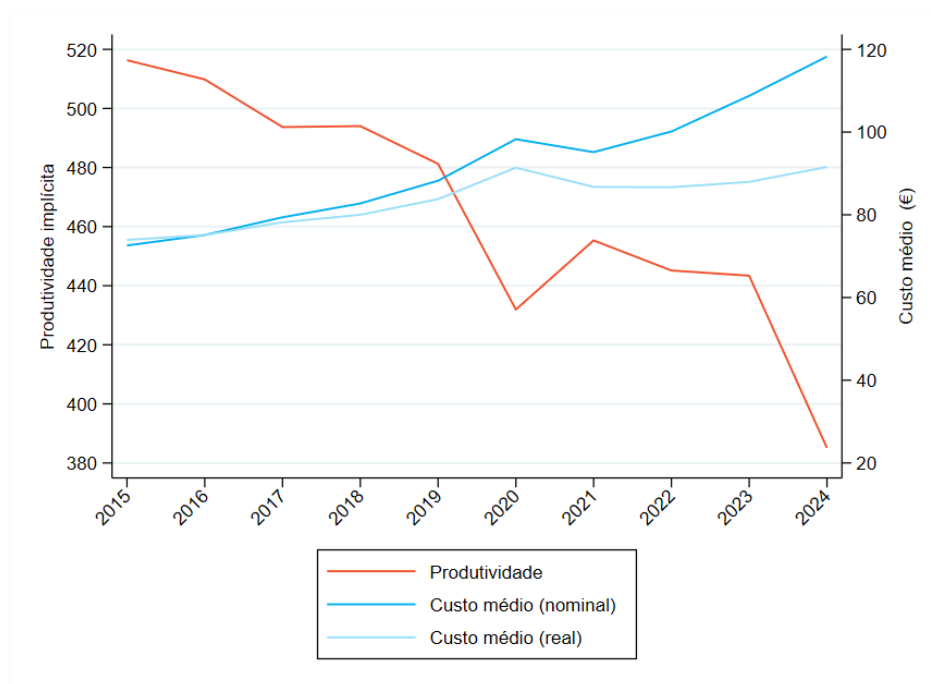
O reforço do número de profissionais no SNS tem permitido aumentar a produção. A título de exemplo, de acordo com dados disponíveis no Portal da Transparência do SNS, o número de consultas médicas nos cuidados de saúde primários registou um aumento de 18,2% entre 2015 e 2024. De modo análogo, o número de cirurgias aumentou aproximadamente 36,1% no mesmo período. Porém, embora em termos agregados a produção tenha aumentado, a produtividade tem vindo a diminuir.

A Figura 11 ilustra como tem evoluído a produtividade, bem como o custo médio de prestação de serviços no SNS e a Figura 12 mostra como é que a produtividade se relaciona com o número total de trabalhadores no SNS. Para efeitos da presente análise, definiu-se produtividade como o número de serviços prestados, por número de profissionais no SNS. Os dados disponíveis no Portal da Transparência do SNS apenas permitem conhecer o número de profissionais, por categoria profissional, não conferindo detalhes sobre o tempo efetivamente trabalhado por cada profissional. Por conseguinte, não foi possível determinar o número de profissionais equivalentes a tempo completo (ETC), o que aumentaria a precisão e robustez da análise. O custo médio nominal de prestação de serviços no SNS foi calculado como o rácio entre a despesa com pessoal no SNS e a produção. O custo médio real corresponde ao custo médio corrigido pelo efeito da inflação. Adicionalmente, o indicador de produtividade utilizado não tem em consideração a complexidade dos casos tratados e atribui o mesmo

peso aos diferentes atos considerados (consultas médicas nos cuidados de saúde primários, consultas médicas hospitalares, episódios de urgência e de cirurgias).

A análise realizada mostra que a produtividade média no SNS apresenta uma tendência decrescente (Figura 11 e Figura 12). O número médio de serviços prestados por trabalhador passou de aproximadamente 516 em 2015 para 385 em 2024, uma redução de 25,4%. Em parte, as quebras de produtividade registadas devem-se à redução do período normal de trabalho de 40 horas semanais para 35 horas semanais, que foi sendo aplicado progressivamente a diferentes categorias profissionais (Barros e Costa, 2023). Esta medida foi aplicada primeiro aos enfermeiros, em 2016, depois, em 2018, aos trabalhadores das carreiras de regime geral (técnicos superiores, assistentes técnicos e operacionais dos hospitais EPE). Em 2019, a redução do horário passou a abranger quase todas as restantes categorias profissionais do SNS, exceto os médicos e os trabalhadores dos hospitais em regime de Parceria Público-Privada (Barros e Costa, 2023).

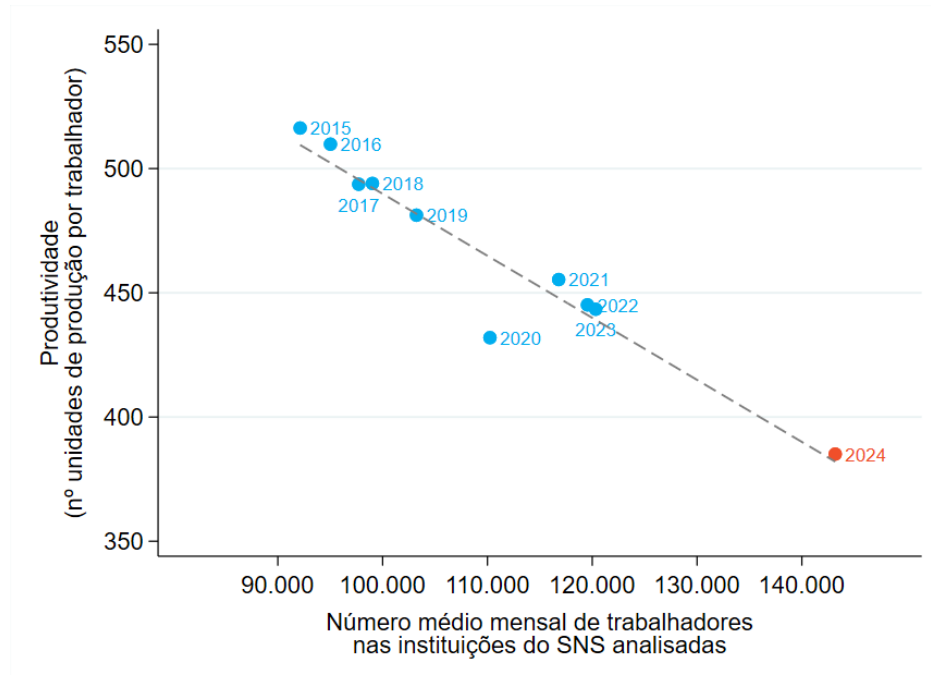
Figura 11. Produtividade (serviços por profissional) e custo médio (custo médio por serviço) no SNS



Fonte: Elaboração própria. Dados de produção e de trabalhadores extraídos do Portal da Transparência do SNS. Dos dados de trabalhadores disponíveis no Portal da Transparência do SNS, consideraram-se apenas trabalhadores de Centros Hospitalares, Hospitais, do Instituto Português de Oncologia, do Instituto de Oftalmologia Gama Pinto e das Unidades Locais de Saúde do SNS. Dados de execução de despesa com pessoal no SNS extraídos da Síntese de Execução Orçamental da Direção-Geral do Orçamento. Dados do deflador do PIB para os anos 2015-2024 extraídos do Banco de Portugal.

Nota: Produção corresponde à soma de consultas médicas nos cuidados de saúde primários, consultas médicas hospitalares (primeiras consultas e consultas subsequentes), episódios de urgência e de cirurgias. Não se incluiu na produção as consultas de nutrição nem as consultas de psicologia, por estes dados só estarem disponíveis a partir de 2018. A produtividade corresponde ao rácio entre a produção e o nº de profissionais. Considerou-se como nº de profissionais, em cada ano, o nº médio mensal de trabalhadores no SNS (considerando as instituições acima mencionadas). O custo médio corresponde ao rácio entre a despesa com pessoal no SNS e a produção.

Figura 12. Relação entre produtividade e número médio mensal de trabalhadores nas instituições do SNS analisadas



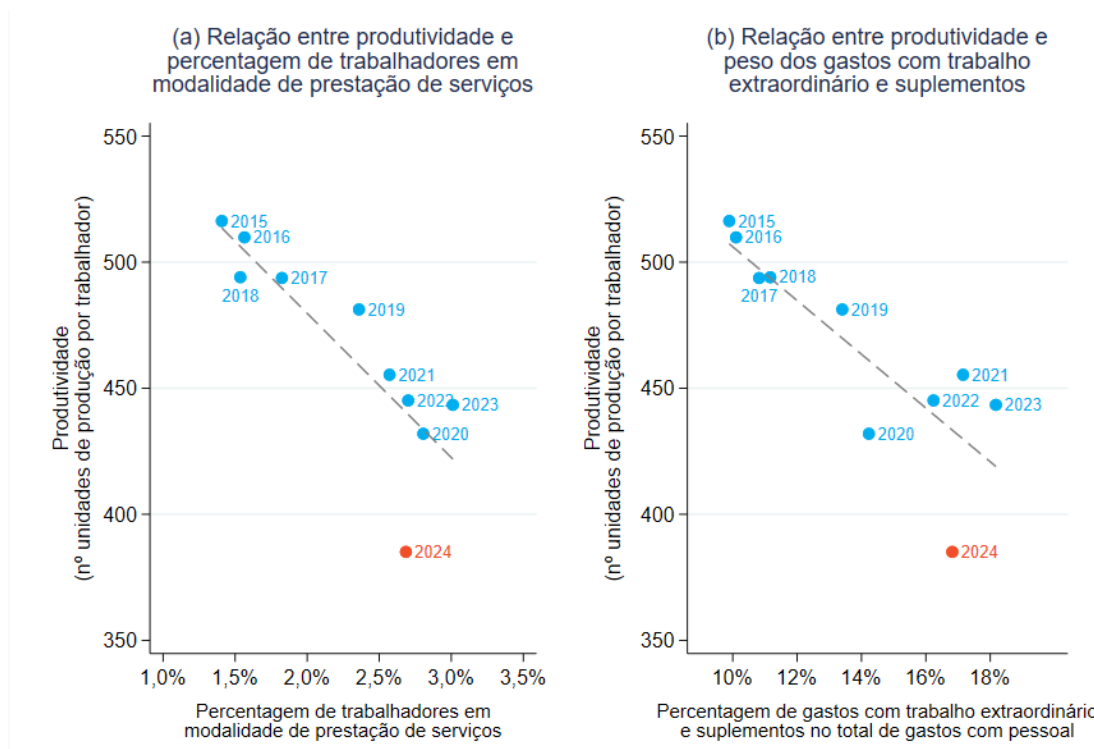
Fonte: Elaboração própria. Dados de produção, trabalhadores por grupo profissional e trabalhadores por modalidade de vinculação extraídos do Portal da Transparência do SNS. Das entidades do SNS, consideraram-se apenas os Centros Hospitalares, Hospitais, Instituto Português de Oncologia, Instituto de Oftalmologia Gama Pinto e Unidades Locais de Saúde.

Nota: Produção corresponde à soma de consultas médicas nos cuidados de saúde primários, consultas médicas hospitalares (primeiras consultas e consultas subsequentes), episódios de urgência e de cirurgias. Não se incluiu na produção as consultas de nutrição nem as consultas de psicologia, por estes dados só estarem disponíveis a partir de 2018. A produtividade corresponde ao rácio entre a produção e o nº de profissionais. Considerou-se como nº de profissionais, em cada ano, o nº médio mensal de trabalhadores no SNS (considerando as instituições acima mencionadas).

A quebra de produtividade poder-se-á dever também a uma alteração na complexidade dos casos tratados. Se, ao longo do tempo, as instituições de saúde passam a dar prioridade a situações mais graves, é expectável que a produção por trabalhador diminua, já que ganhos adicionais em termos de resultados de saúde se tornam sucessivamente mais difíceis de alcançar. Porém, importa não desconsiderar o potencial impacto que as práticas de gestão organizacional podem ter na produção realizada no SNS. Uma questão central neste domínio é a de saber de que modo a composição das equipas de profissionais de saúde e os modelos de pagamento afetam a produtividade. Nos últimos anos, apesar do aumento do número de profissionais de saúde (em particular médicos e enfermeiros) a exercer no SNS, subsistem constrangimentos na capacidade de resposta do SNS. Para além de dificuldades estruturais na contratação de profissionais de saúde, os níveis elevados de absentismo no SNS (12,9% em 2024, sendo de 17,7% entre médicos internos) acentuam a necessidade de contratações temporárias e horas extraordinárias (Conselho de Finanças Públicas, 2025).

Perante estes constrangimentos, e com o intuito de responder à crescente procura por cuidados de saúde, o SNS tem vindo a recorrer cada vez mais a trabalho prestado por profissionais de saúde em regime de prestação de serviços. Em 2015, apenas 1,4% dos trabalhadores exerciam funções em regime de prestação de serviços, ao passo que esta percentagem era de 3,0% em 2023 e de 2,7% em 2024 (Figura 13, painel a).

Figura 13. Relação entre produtividade e percentagem de trabalhadores em modalidade de prestação de serviços (painel a) e peso dos gastos com trabalho extraordinário e suplementos no total de gastos com pessoal (painel b)



Fonte: Elaboração própria. Dados de produção, trabalhadores por grupo profissional, trabalhadores por modalidade de vinculação e percentagem de gastos/custos com trabalho extraordinário extraídos do Portal da Transparência do SNS. Das entidades do SNS, consideraram-se apenas os Centros Hospitalares, Hospitais, Instituto Português de Oncologia, Instituto de Oftalmologia Gama Pinto e Unidades Locais de Saúde.

Nota: Produção corresponde à soma de consultas médicas nos cuidados de saúde primários, consultas médicas hospitalares (primeiras consultas e consultas subsequentes), episódios de urgência e de cirurgias. Não se incluiu na produção as consultas de nutrição nem as consultas de psicologia, por estes dados só estarem disponíveis a partir de 2018. A produtividade corresponde ao rácio entre a produção e o nº de profissionais. Considerou-se como nº de profissionais, em cada ano, o nº médio mensal de trabalhadores no SNS (considerando as instituições acima mencionadas).

Uma forma complementar de responder ao aumento da procura por cuidados de saúde consiste em recorrer a trabalho extraordinário de profissionais que tenham contrato de trabalho (por exemplo, por tempo indeterminado; a termo resolutivo certo ou incerto) e à introdução de componentes de remuneração variáveis, não incluídas na remuneração base, associadas à produção e qualidade dos serviços prestados. Como ilustrado na Figura 13 (painel b), o peso dos gastos com trabalho extraordinário e suplementos face à totalidade dos gastos com pessoal no SNS aumentou de forma expressiva nos últimos anos, passando de 9,9% em 2015 para 16,8% em 2024.

Contrariamente aos objetivos subjacentes às medidas implementadas – nomeadamente o aumento da proporção de profissionais de saúde em regime de prestação de serviços e o reforço da componente remuneratória associada ao trabalho extraordinário e a suplementos –, os resultados indicam uma relação negativa entre estas medidas e a produtividade no SNS (Figura 13).

Embora a análise efetuada não permita estabelecer uma relação causal – ou seja, não é possível afirmar que tais medidas reduzem a produtividade –, a associação negativa identificada sugere a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre os efeitos reais destas medidas no desempenho das instituições do SNS. De facto, estudos internacionais mostram que o recurso intensivo a tarefeiros, embora necessário em situações de carência aguda, pode ter implicações negativas na produtividade,

já que pode comprometer a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, bem como a coesão das equipas (Dall’Ora et al, 2020; Mitchell et al., 2018; Pradhan et al., 2024).

Face a estes problemas, o Governo preparou um decreto-lei para restringir o uso de tarefeiros e incentivar a integração de profissionais no SNS (Eco, 2025). As medidas incluem impedir que médicos recém-especialistas que recusem vagas, ou que tenham saído do SNS nos últimos três anos, possam trabalhar como tarefeiros em instituições públicas, bem como fixar limites aos valores pagos por hora e adotar o pagamento por escala completa. O objetivo é reduzir a dependência do trabalho de tarefeiros, reforçando vínculos estáveis e de dedicação plena, de modo a melhorar a sustentabilidade financeira e a coesão das equipas no SNS. A capacidade destas medidas conseguirem atingir os objetivos pretendidos está ainda por estabelecer, pois está dependente de padrões de decisão dos médicos recém-especialistas que facilmente poderão divergir da intenção que preside à produção das medidas.

6. Considerações finais

O Orçamento do Estado para 2026 apresenta um conjunto de medidas alinhadas com os objetivos centrais de um sistema de saúde: melhorar o acesso aos cuidados, em todos os níveis de prestação – dos cuidados primários aos hospitalares e de longa duração. A estratégia governamental para reforçar, no curto prazo, a capacidade de resposta do SNS assenta no estabelecimento de acordos com o setor privado, com e sem fins lucrativos, aproveitando a sua capacidade instalada. Este modelo de financiamento público e prestação privada levanta, contudo, questões que exigem clarificação. Importa assegurar que a expansão da cobertura por médicos de família ou de cuidados de saúde oral prestados pelo setor privado não compromete objetivos estruturantes, como o acompanhamento continuado dos utentes nos cuidados de saúde primários e, a médio prazo, a criação de uma rede pública de saúde oral integrada no SNS.

Apesar do aumento contínuo da despesa no SNS, do reforço de profissionais e do investimento em novas unidades de saúde, persistem iniquidades territoriais significativas no acesso a cuidados. A dificuldade em atrair e reter profissionais no SNS tem levado ao crescente recurso a prestações de serviços, à introdução de mecanismos de pagamento por desempenho e ao uso de tempo extraordinário dos profissionais com vínculo no SNS. Estas soluções, porém, não se traduziram em ganhos de produtividade. Pelo contrário, entre 2015 e 2024, a produtividade média do SNS diminuiu cerca de 25%. Ainda que parte desta quebra possa refletir maior complexidade dos casos tratados, é crucial analisar de forma sistemática as suas causas, de modo a fundamentar políticas eficazes de organização das equipas, modelos remuneratórios e mecanismos de responsabilização e avaliação da gestão.

Sendo de saudar uma nova forma de organizar o Orçamento do Estado, numa lógica de programas, é evidente a necessidade de ajustamentos e de clarificações da metodologia introduzida. É necessário igualmente um esforço de apresentação que permita uma cabal compreensão da coerência global dos valores apresentados com o funcionamento do sector público da saúde. Em termos de valores globais, e face aos crescimentos acentuados de despesa dos anos anteriores, no SNS, as exigências de ganhos de eficiência presentes no orçamento para 2026 são ambiciosas. As dúvidas maiores centram-se no volume de receitas próprias previstas, e se traduzem num saldo orçamental positivo elevado. A habitual “válvula de escape” da despesa do SNS, os pagamentos em atraso a fornecedores regularizados por verbas adicionais, está prevista na lei do orçamento do Estado, sugerindo que será novamente o principal mecanismo de ajustamento orçamental (o que por si reduz a pressão para as unidades do SNS atingirem os ganhos de eficiência – redução de custos em áreas específicas – que são ambicionadas).

Referências

- Afonso, Ó., & Forte, R. (2024). *Custos incorridos pelas instituições associadas da ANCC na prestação dos cuidados aos utentes da RNCCI*. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Barros, P., & Costa, E. (2023). *Recursos Humanos em Saúde*. Nova School of Business and Economics. <https://doi.org/10.34619/fec6-3mrn>
- Conselho de Finanças Públicas. (2024). *Glossário de Termos das Finanças Públicas*. https://www.cfp.pt/uploads/canais_ficheiros/glossario_2024_v1.pdf
- Conselho das Finanças Públicas. (2025). *Relatório sobre a situação das finanças públicas 2025*. Conselho das Finanças Públicas. https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-rel-05-2025.pdf
- Comissão Europeia. (2024). *The 2024 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022–2070)*. European Economy Institutional Paper 279. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/022983>
- Dall'Ora, C., Maruotti, A., & Griffiths, P. (2020). Temporary staffing and patient death in acute care hospitals: a retrospective longitudinal study. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), 210-216.
- ECO. (2025, 22 Agosto). *Novos especialistas que recusem assinar com SNS deixarão de poder trabalhar como tarefeiros*. ECO – Economia Online. <https://eco.sapo.pt/2025/08/22/novos-especialistas-que-recusem-assinar-com-sns-deixarao-de-poder-trabalhar-como-tarefeiros/>
- Mitchell, B. G., Gardner, A., Stone, P. W., Hall, L., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2018). Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(10), 613-622.
- Moura, A. (2022). Do subsidized nursing homes and home care teams reduce hospital bed-blocking? Evidence from Portugal. *Journal of Health Economics*, 84, 102640. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102640>
- Pradhan, R., Beauvais, B., Ramamonjiravelo, Z., Dolezel, D., Wood, D., & Shanmugam, R. (2024). Agency Staffing and Hospital Financial Performance: Insights and Implications. *Journal of Healthcare Leadership*, 365-374.
- Recuperar Portugal. (n.d.). *Relatórios de monitorização*. Recuperar Portugal. <https://recuperarportugal.gov.pt/monitorizacao-relatorios-de-monitorizacao/>

Legislação citada

Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2025). (2025). Portaria n.º 162/2025/1, de 9 de abril. Diário da República, 1ª Série, N.º 70 (abril). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/162-2025-914375907>

Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República, 1ª Série, N.º 150 (agosto): 5-52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023a). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República, 1ª Série, N.º 215 (novembro): 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023b). Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Diário da República, 1ª Série, N.º 215 (novembro): 21-48. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Decreto-Lei n.º 111/2024, de 19 de dezembro. Diário da República, 1ª Série, N.º 246 (dezembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/111-2024-900706888>

Presidência do Conselho de Ministros. (2025a). Decreto-Lei n.º 65/2025, de 10 de abril. Diário da República, 1ª Série, N.º 71 (abril). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2025-914597187>

Presidência do Conselho de Ministros. (2025b). Decreto-Lei n.º 86/2025, de 18 de julho. Diário da República, 1ª Série, N.º 13718 (julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/86-2025-925378375>

Presidência do Conselho de Ministros. (2025c). Proposta de Lei n.º 37/XVII/1.ª. <https://shorturl.at/Brdnj>

Anexo

Tabela 4. Pagamentos em atraso

	Coeficiente	Erro padrão
Tendência 1 (jan2014-ago2014)	32,01***	5,91
Tendência 2 (ago201-dez2014)	-57,09***	10,53
Tendência 3 (dez2014-fev2015)	-16,93	20,71
Tendência 4 (fev2015-ago2015)	-31,64***	5,78
Tendência 5 (ago2015-nov2016)	21,76***	2,08
Tendência 6 (nov2016-dez2016)	-213,74***	29,85
Tendência 7 (dez2016-nov2017)	47,21***	3,49
Tendência 8 (nov2017-dez2017)	-205,92***	44,17
Tendência 9 (dez2017-fev2018)	65,69**	28,04
Tendência 10 (fev2018-abr2018)	-166,31***	22,99
Tendência 11 (abr2018-nov2018)	36,19***	6,25
Tendência 12 (nov2018-dez2018)	-429,05***	40,31
Tendência 13 (dez2018-mai2019)	26,26**	9,96
Tendência 14 (mai2019-jun2019)	-129,06***	42,67
Tendência 15 (jun2019-nov2019)	63,88***	9,96
Tendência 16 (nov2019-dez2019)	-519,50***	48,39
Tendência 17 (dez2019-fev2020)	29,68	26,82
Tendência 18 (fev2020-mai2020)	-72,13***	15,06
Tendência 19 (mai2020-nov2020)	56,77***	7,40
Tendência 20 (nov2020-dez2020)	-351,08***	38,86
Tendência 21 (dez2020-jul2021)	77,32***	6,43
Tendência 22 (jul2021-ago2021)	-272,41***	44,05
Tendência 23 (ago2021-nov2021)	92,92***	18,64
Tendência 24 (nov2021-dez2021)	-564,51***	44,05
Tendência 25 (dez2021-jul2022)	80,97***	6,43
Tendência 26 (jul2022-ago2022)	-141,79***	44,05
Tendência 27 (ago2022-nov2022)	105,65***	18,64
Tendência 28 (nov2022-dez2022)	-873,35***	41,58
Tendência 29 (dez2022-nov2023)	77,24***	3,49
Tendência 30 (nov2023-dez2023)	-725,47***	44,28
Tendência 31 (dez2023-fev2024)	16,41	29,48
Tendência 32 (fev2024-mar2024)	-77,48*	45,87
Tendência 33 (mar2024-nov2024)	55,08***	5,38
Tendência 34 (nov2024-dez2024)	-555,59***	37,15
Tendência 35 (dez2024-jul2025)	80,02***	6,43
Constante	629,04***	31,57
Número de observações	139	
R ²	0,9801	
R ² ajustado	0,9734	

Fonte: Elaboração própria. Estimativas realizadas com dados do Portal da Transparência do SNS.

*Estatisticamente significativo a um nível de significância de 10%.

**Estatisticamente significativo a um nível de significância de 5%.

***Estatisticamente significativo a um nível de significância de 1%.

Glossário

Despesa de capital: “A despesa de capital compreende as transferências de capital, sob a forma de subsídios ao investimento e outras transferências de capital, bem como as despesas de investimento: formação bruta de capital e aquisições líquidas de cessões de ativos não financeiros não produzidos. Em contabilidade orçamental pública o conceito de despesa de capital inclui ainda as aquisições de ativos e passivos financeiros.” (Conselho de Finanças Públicas, 2024)

Despesa efetiva: “O conceito de despesa efetiva, utilizado na ótica da contabilidade orçamental pública, corresponde às despesas que alteram definitivamente o património financeiro líquido, ou seja, à soma dos agrupamentos da classificação económica de despesa orçamental, de natureza corrente e de capital, com exclusão dos “ativos financeiros” e “passivos financeiros”.” (Conselho de Finanças Públicas, 2024)

Despesa primária: “A despesa primária é a despesa antes de juros. Em contabilidade orçamental pública trata-se da despesa efetiva antes de juros e outros encargos da dívida.” (Conselho de Finanças Públicas, 2024).

Despesa total: “Na ótica da contabilidade orçamental pública, a despesa total ou despesa orçamental compreende todos os gastos que assumam expressão orçamental. Neste âmbito identifica-se toda e qualquer transação com ativos e passivos financeiros (despesa não efetiva), bem como todas as outras transações relacionadas com a aquisição de bens e serviços, juros, subsídios, prestações sociais, remunerações, investimentos (despesa efetiva).” (Conselho de Finanças Públicas, 2024).