

As relações entre sector público e sector privado na saúde

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 sector da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora

Principais mensagens:

1. A discussão da combinação público-privado no sistema de saúde tem de ser feita em dois planos: financiamento das despesas em cuidados de saúde e prestação de cuidados de saúde.
2. O financiamento das despesas em saúde em Portugal continua a ser assegurado maioritariamente por impostos (sector público) e pagamentos diretos das famílias (sector privado), com os seguros privados a manterem um papel ainda limitado, apesar do seu crescimento percentual.
3. A análise da relação público-privado na prestação de cuidados de saúde em Portugal mostra que, apesar da crescente utilização do sector privado e da sua relevância como opção de escolha para os cidadãos, o Serviço Nacional de Saúde permanece como o pilar estruturante do sistema de saúde.
4. O sector privado e o sector público coexistem em dinâmicas de concorrência e complementaridade, moldadas pelas escolhas dos cidadãos e pelas necessidades de resposta do sistema de saúde.
5. O futuro da articulação público-privado em saúde dependerá da capacidade de desenhar políticas que reconheçam as tensões existentes sem abdicar dos princípios de universalidade, equidade e solidariedade que norteiam o Serviço Nacional de Saúde.

Trinta anos entre duas leis de bases da saúde

A comparação da Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e da Lei de Bases da Saúde de 2019 (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro), produzidas com praticamente 30 anos de distância entre si, mostra as diferenças da sociedade portuguesa num e noutro momento, mas também mostra a evolução na forma de encarar as relações económicas na área da saúde.

Há uma clara intenção de apoio ao sector privado e ao seu desenvolvimento na Lei de Bases de 1990 e uma primazia evidente ao sector público na Lei de Bases de 2019. Estas diferenças não se devem apenas a uma questão de partidos políticos diferentes a promoverem a aprovação de cada uma das duas leis, uma vez que as posições dos partidos políticos também acabam por refletir um sentimento da sociedade em cada momento face ao sistema de saúde e ao papel do sector público (Serviço Nacional de Saúde, SNS).

O crescimento do sector da saúde durante estes 30 anos, quer na sua parte pública quer na sua parte privada, acaba por moldar o sentimento geral da população quanto ao papel, e o que se espera, de cada um dos sectores (incluindo no sector privado as entidades sem fins lucrativos, usualmente denominado sector social ou terceiro sector, além das entidades com fins lucrativos).

A discussão do papel do sector público e do sector privado não pode ser separada da definição dos objetivos gerais para o sistema de saúde que são valorizados pela sociedade portuguesa. É usual identificarem-se três grandes objetivos: i) a proteção financeira contra as consequências da falta de saúde e necessidade de recorrer a prestadores de cuidados de saúde, predominando o objetivo de cobertura universal. Este objetivo traduz-se no princípio de acesso universal a cuidados de saúde necessários por parte de toda a população residente em Portugal¹; ii) o tratamento não discriminatório dos residentes em Portugal, objetivo de equidade, tido como a ausência de qualquer tipo de diferença não justificada no acesso a cuidados de saúde² e iii) equidade no financiamento como contribuição proporcionalmente maior (progressividade) para o financiamento das despesas (públicas) em cuidados de saúde³. Este último objetivo é frequentemente sumariado na ideia de solidariedade no financiamento, concretizada em Portugal através do financiamento por impostos, canalizado primordialmente através da verba inscrita no Orçamento do Estado para o SNS.

Em qualquer das legislações, de 1990 ou de 2019, há a aceitação da coexistência de sector público e de sector privado. O seu papel relativo é a principal diferença, e esse papel relativo está presente em duas dimensões distintas: na prestação de cuidados de saúde e no financiamento dessas despesas.

Assim, a discussão da combinação público-privado no sistema de saúde tem de ser feita em dois planos: financiamento das despesas em cuidados de saúde (isto é, de onde são originados os fundos usados para pagar as despesas em cuidados de saúde), por um lado, e prestação de cuidados de saúde, por outro lado.

Financiamento de despesas em cuidados de saúde

A componente de financiamento das despesas em cuidados de saúde define as condições de acesso, em termos de pagamento no momento de necessidade de utilização de cuidados de saúde. A combinação público-privado nesta componente tem três grandes elementos: 1) o seguro público – garantia do Estado de cobertura das despesas em cuidados de saúde, financiada mediante contribuição

¹ Base XXIV, alínea a) (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto); Base 20, N.º 2, Alínea a) (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro).

² Base XXIV, alínea d) (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto); Base 20, N.º 2, Alínea e) (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro).

³ Base XXIV, alínea b) (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto); Base 20, N.º 2, Alínea c) (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro).

das pessoas através de impostos (em Portugal, noutros países poderá ser uma contribuição específica para este fim), tendo como característica essencial a contribuição ser independente do risco individual de doença de quem contribui; 2) o seguro privado de saúde, em que há um pagamento antecipado, o prémio de seguro, em geral ligado ao risco individual (ou de grupo, no caso desse tipo de seguro) de incorrer em despesas de saúde, ou como proporção do salário, no caso de subsistemas de saúde, como a ADSE, para os funcionários públicos; e, 3) os pagamentos diretos das Famílias, realizados no momento de acesso e uso de cuidados de saúde.

A combinação público-privado no financiamento corresponde ao papel relativo de cada um destes elementos de origem de fundos para pagar despesas em cuidados de saúde, qualquer que seja o prestador envolvido nesses cuidados de saúde.

É útil olhar para alguns exemplos. Tomando o seguro público, em Portugal garantido pelo SNS por decisão social que se encontra refletida no texto da Constituição, tem-se uma cobertura completa quando se está na presença de doença oncológica. Nessa situação, o doente não tem qualquer pagamento a realizar quando acede a cuidados de saúde no SNS. Num outro exemplo, no uso em ambulatório de medicamentos prescritos no âmbito do SNS, há uma combinação de sector público e de sector privado no financiamento: o SNS cobre uma parte, o restante fica a cargo do doente, em pagamento direto.

Quando um cidadão decide realizar um seguro privado de saúde (junto de uma companhia de seguros) e vai depois a uma consulta de especialidade em que há cobertura de seguro, há usualmente uma combinação de seguro privado e de pagamento direto (privado).

Embora não seja comum em Portugal, há igualmente a possibilidade de, no elemento de financiamento, os seguros de saúde público e privado serem complementares: se houver um seguro de saúde privado que se destine a cobrir a parte de pagamento direto que o seguro de saúde público impõe, existe complementaridade entre diferentes tipos de seguro.

Encontram-se, também, situações em que o seguro público e o seguro privado de saúde garantem as mesmas coberturas de acesso a cuidados de saúde (similares). Neste caso, há uma duplicação de coberturas de seguro.

Por fim, uma terceira possibilidade é o seguro de privado de saúde oferecer coberturas e acesso a cuidados de saúde que não são abrangidos pela cobertura de seguro público de saúde (SNS), caso em que se tem uma cobertura suplementar na relação entre o seguro privado de saúde e o seguro público de saúde.

Qualquer dos mecanismos de seguro, público ou privado, pode assegurar o acesso a cuidados de saúde prestados por entidades públicas ou privadas.

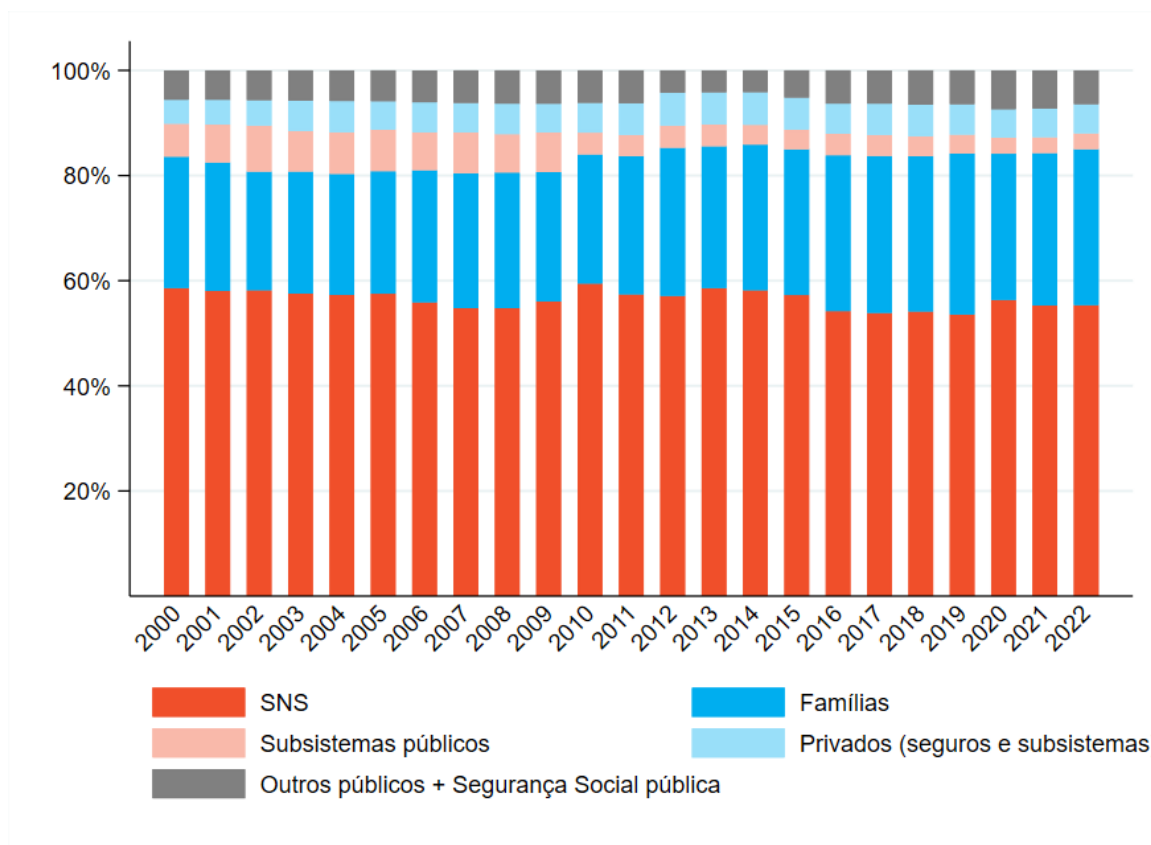
A componente de seguro público tem, em Portugal, ainda uma outra componente de magnitude significativa. A existência de deduções fiscais à colecta de IRS associadas com despesas em cuidados de saúde realizadas pelas Famílias é uma outra forma de seguro público implícito: as deduções fiscais ao imposto pago em sede de IRS.

A existência desta dedução fiscal significa que parte da despesa direta realizada pelas Famílias é paga pelo Estado (sector público) através do recebimento de menos impostos. Há, ainda, alguns outros pagamentos de despesas em cuidados de saúde pelo sector público (através de mecanismos de apoio), mas têm pouca expressão quantitativa.

A Figura 1 (e a Tabela 4 em anexo) apresenta estas fontes de financiamento para os últimos anos, considerando vários agregados: seguro público, que inclui o SNS⁴ e todos os pagamentos realizados pelo sector público; seguro privado, que inclui e distingue entre seguro comercial, subsistemas associados a empresas privadas e ADSE (que é atualmente totalmente financiada por contribuições dos beneficiários e nesse sentido é financiamento privado mesmo que os beneficiários sejam trabalhadores do Estado); e, c) pagamentos diretos das famílias.

Como se pode observar na Figura 1, a principal fonte de financiamento do sistema de saúde português continua a ser o seguro público assegurado pelo SNS. No entanto, a sua preponderância registou uma ligeira diminuição entre 2000 e 2022, passando de 58,62% para 55,37% do total do financiamento. A segunda fonte mais relevante corresponde aos pagamentos diretos efetuados pelas famílias, cuja proporção aumentou de 24,98% em 2000 para 29,65% em 2022. Nas últimas duas décadas, o financiamento assegurado por subsistemas públicos perdeu expressão, passando de 6,27% em 2000 para 3,02% em 2022.

Figura 1. Fontes de financiamento no sistema de saúde português



Fonte: Elaboração a partir da Conta Satélite da Saúde (INE).

⁴ Os valores referentes ao Serviço Nacional de Saúde incluem os Serviços Regionais de Saúde da Região Autónoma dos Açores e da Região Autónoma da Madeira.

Público-privado na prestação de cuidados de saúde

Passando agora à combinação público-privado na prestação de cuidados de saúde, ou seja, a relação entre o SNS e o sector privado – entidades privadas com ou sem fins lucrativos –, na prestação de cuidados de saúde, existem dois campos distintos de interação. O primeiro, o campo da escolha dos cidadãos quanto aos cuidados de saúde. O segundo, o mercado de trabalho de profissionais de saúde.

Para os cidadãos, o sector público e o sector privado surgem como alternativas possíveis. Logo, o sector público e o sector privado surgem em concorrência. O cidadão pode até utilizar prestadores de ambos os sectores para tentar resolver um problema de saúde que sinta. Do ponto de vista da escolha dos cidadãos, é praticamente inevitável a existência de situações de concorrência entre sectores público e privado.

Do ponto de vista do cidadão, a coexistência do sector privado e do sector público aumenta o número e a variedade de opções de escolha. Para uma mesma situação, o cidadão pode usar um ou outro ou até ambos os sectores. Noutras situações, escolherá um prestador num ou noutro sector. Noutras ainda, poderá primeiro usar um sector e depois, sequencialmente, o outro sector em termos de prestação de cuidados de saúde. O financiamento poderá, ou não, ser seguro público ou seguro privado.

Considere-se o seguinte exemplo: se uma pessoa se sentir doente pode ir a um médico do sector público e ir também a um médico do sector privado, pagando o seguro privado parte deste último caso. Essa pessoa, no seguimento das consultas, pode adquirir medicamentos prescritos numa farmácia comunitária, com parte sendo coberta por financiamento público (a comparticipação do SNS) e o restante constituindo pagamento direto do cidadão.

Se houver um episódio de operação à anca, o cidadão optará entre o sector público e o sector privado (com ou sem seguro de saúde a cobrir parte da despesa no sector privado). Estes exemplos mostram que há diferentes modalidades de convivência entre o sector público e o sector privado.

Do ponto de vista do cidadão, os prestadores públicos e os prestadores privados geram o leque de opções de escolha. A forma como a concorrência se concretiza depende dos mecanismos de cobertura de seguro (público e privado) de que a pessoa beneficie.

Pode igualmente suceder que o cidadão recorra a um prestador de um dos sectores por o outro sector não lhe dar resposta. Neste sentido, há uma situação em que oferta de cuidados de saúde de um sector complementa a oferta do outro sector. Mas desde que exista potencial oferta de ambos os sectores de determinado tipo de cuidados de saúde, do ponto de vista económico são naturalmente concorrentes, mesmo que prestadores de um sector optem por não estar presentes (induzindo uma aparente complementaridade). Quando na discussão pública se refere, até com alguma frequência, a complementaridade entre sector público e sector privado, está-se usualmente a referir situações onde essa situação surge por opções das entidades envolvidas, e não por uma delimitação legal do que os prestadores de um sector ou de outro podem, ou não, fazer. Por exemplo, quando se refere que a medicina oral privada é complementar do sector público, o que está em causa é a falta de capacidade do SNS em termos de consultórios de dentistas, recorrendo a maioria das pessoas a consultórios privados. Decorre das decisões do SNS em não construir essa capacidade, e não de uma regra que estabeleça que o SNS não terá oferta de cuidados de saúde de medicina oral. É uma complementaridade que decorre de decisões, e não de uma delimitação de sectores.

Do ponto de vista do SNS, enquanto grupo de entidades prestadoras de cuidados de saúde, a relação com os prestadores privados é estabelecida de três formas distintas: a) os prestadores privados são uma escolha possível para os utentes do SNS (elemento de concorrência, como descrito anteriormente); b) os prestadores privados são uma opção disponível para a forma como o SNS organiza a prestação,

indo a relação desde a aquisição de bens ou serviços (medicamentos, dispositivos médicos, tecnologia diversa, empresas de serviços, etc.) à contratação em concurso de bens e serviços bem definidos, em formato de relação de curto, médio ou longo prazo; c) no mercado de profissionais de saúde, em que prestadores públicos e prestadores privados concorrem pela contratação e retenção dos vários profissionais de saúde.

No que diz respeito ao recurso a prestadores privados para o SNS organizar a prestar privados, no médio prazo tem-se como exemplo as USF-C e em relação de longo prazo as PPP (Parcerias Público-Privadas) de construção e manutenção de edifícios hospitalares e de gestão de serviços clínicos. Nesta linha, os prestadores privados são um “instrumento” à disposição do SNS a ser utilizado quando for visto como vantagem pelo SNS, que terá de definir as condições em que consegue a participação do sector privado. Quando o SNS permite o recurso a prestadores privados por parte do cidadão, assegurando o pagamento, tem-se usado o termo de sector privado como complementar do sector público. Essa designação não é inteiramente correcta pois a responsabilidade da prestação não deixa de ser do SNS mesmo que decida usar capacidade contratada ao sector privado, seja para oferecer mais opções ao cidadão seja por falta de capacidade do sector público).

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, enquanto responsável por garantir o bom funcionamento do sistema de saúde, o sector privado constitui capacidade disponível que pode ser usada na medida em que seja útil, embora a criação de capacidade por entidades do sector privado não dê qualquer direito automático a que essa capacidade seja usada com financiamento público.

Nalgumas circunstâncias, há decisões de sistema de saúde que envolvem uma delimitação implícita de esferas de atividade, e noutras há decisões que terão de gerar, ao nível do sistema de saúde, a concorrência entre sector público e sector privado.

A visão de sistema de saúde global que o Ministério da Saúde deverá ter entra, por vezes, em tensão com a visão do Ministério da Saúde enquanto responsável direto pelo funcionamento do SNS. Dois exemplos que ilustram este duplo papel do Ministério da Saúde são a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o investimento em cirurgia robótica.

Na decisão de criação da RNCCI, a decisão tomada foi ter como prestadores centrais entidades privadas (com ou sem fins lucrativos), com relacionamento com o SNS através de contratos de médio prazo, que se renovam regularmente (Decreto-Lei n.º 101/2006). Há uma escolha deliberada de delimitação de atividades do sector público e do sector privado (em que o SNS não cria capacidade própria).

Quanto à cirurgia robótica, o Ministério da Saúde tem de gerir, em sentido amplo, a concorrência, assegurando que há prestação de qualidade qualquer que seja o sector, e ao mesmo tempo tem de garantir ao SNS a capacidade de concorrer com o sector privado, investindo no mesmo tipo de equipamentos.

Também há uma atuação do Ministério da Saúde na definição dos termos de concorrência entre sector público e sector privado quando estabelece as condições remuneratórias e de carreira no SNS, onde a sobreposição das perspetivas do SNS e do sistema de saúde é evidente. A prática tem revelado a predominância da perspetiva do SNS nas decisões do Ministério da Saúde, até quando estabelece regras gerais de enquadramento da atividade privada de prestação de cuidados de saúde que não são aplicáveis de igual modo às unidades do SNS.

Quando se foca a atenção na prestação de cuidados de saúde, a combinação público-privado abrange serviços e produtos de saúde muito diversificados, incluindo consultas, intervenções cirúrgicas, meios de diagnóstico e medicamentos, que surgem em configurações diversas. Por exemplo, a necessidade de um meio de diagnóstico por imagem pode ser satisfeita por um hospital do SNS (sector público) ou por

uma entidade privada, mesmo que seja o SNS a pagar. Os medicamentos, por seu lado, são produzidos e comercializados por entidades privadas na sua esmagadora maioria.

Há duas formas interessantes, e que se completam, de olhar para a combinação público-privado na prestação de cuidados de saúde. A primeira forma é considerar a visão agregada, olhando para a despesa realizada no sistema de saúde com cada tipo de prestador (perspetiva macro). A segunda forma é olhar para as decisões do cidadão quando se sente doente e decide procurar auxílio no sistema de saúde (perspetiva micro).

A visão agregada é dada pela Tabela 1, que apresenta a percentagem da despesa em prestadores privados de cuidados de Saúde, e como referência a percentagem da despesa que é financiada por fundos privados (como se viu, com predominância dos pagamentos diretos das Famílias residentes em Portugal, e incluindo também seguros de saúde privados e subsistemas de saúde privados). De acordo com os dados da Tabela 1, o sector privado em Portugal assume maior relevância na prestação de cuidados de saúde do que no financiamento das despesas em cuidados de saúde.

Tabela 1. Despesa em prestadores privados

Ano	Percentagem do sector privado na prestação	Percentagem do sector privado no financiamento
2000	53,89%	29,53%
2001	54,99%	29,19%
2002	54,24%	27,41%
2003	54,94%	29,00%
2004	55,35%	28,98%
2005	55,12%	28,73%
2006	56,38%	30,87%
2007	56,84%	31,29%
2008	57,66%	31,62%
2009	56,79%	30,08%
2010	57,35%	30,23%
2011	58,32%	32,31%
2012	58,64%	34,43%
2013	58,06%	33,08%
2014	59,05%	33,92%
2015	59,86%	33,83%
2016	60,97%	35,39%
2017	61,21%	35,80%
2018	61,01%	35,53%
2019	60,97%	36,37%
2020	57,63%	33,20%
2021	50,86%	29,30%
2022	47,95%	27,62%

Fonte: Elaboração a partir da Conta Satélite da Saúde (INE).

Surge frequentemente na discussão pública a referência ao uso de prestadores privados por parte do SNS, e o peso que esse recurso ao sector privado tem na despesa financiada pelo SNS. A Tabela 2 apresenta esse peso, considerando duas versões. A primeira versão inclui a despesas com medicamentos dispensados em Farmácias comunitárias, no montante que é comparticipado pelo SNS (quinta coluna). A segunda versão exclui esse valor (sexta coluna). O motivo para excluir a despesa em medicamentos dispensados em farmácias comunitárias está em não ser razoável esperar-se que o SNS seja ele próprio um produtor de medicamentos. A questão de maior ou menor recurso ao sector privado por parte do SNS coloca-se na prestação de serviços assistenciais à população (incluindo os meios complementares de diagnóstico e terapêutica).

Tabela 2. Despesa do SNS em prestadores privados

Ano	Despesa do SNS em prestadores privados ('000 €)	Despesa do SNS em medicamentos de ambulatório (Farmácias) ('000 €)	Despesa total do SNS ('000 €)	Percentagem das despesas do SNS em prestadores privados	Percentagem das despesas do SNS em prestadores privados (sem Farmácias)
2000	1.892.240	1.038.861	6.306.973	30,00%	13,53%
2001	2.080.368	1.147.031	6.626.220	31,40%	14,09%
2002	2.218.740	1.227.349	7.104.734	31,23%	13,95%
2003	2.431.848	1.272.906	7.485.835	32,49%	15,48%
2004	2.614.005	1.394.555	8.113.980	32,22%	15,03%
2005	2.700.974	1.448.215	8.609.589	31,37%	14,55%
2006	2.700.132	1.424.967	8.490.615	31,80%	15,02%
2007	2.798.698	1.480.759	8.715.161	32,11%	15,12%
2008	3.017.362	1.554.731	9.162.818	32,93%	15,96%
2009	3.193.180	1.651.268	9.715.227	32,87%	15,87%
2010	3.392.270	1.737.808	10.507.205	32,29%	15,75%
2011	3.067.825	1.404.713	9.640.572	31,82%	17,25%
2012	2.988.522	1.242.711	8.991.885	33,24%	19,42%
2013	3.022.194	1.228.987	9.070.198	33,32%	19,77%
2014	3.089.822	1.239.721	9.086.268	34,01%	20,36%
2015	3.165.695	1.252.249	9.238.315	34,27%	20,71%
2016	3.124.151	1.301.661	9.523.248	32,81%	19,14%
2017	3.199.238	1.347.481	9.852.840	32,47%	18,79%
2018	3.425.901	1.416.026	10.453.777	32,77%	19,23%
2019	3.465.886	1.502.020	10.927.175	31,72%	17,97%
2020	3.413.338	1.543.194	11.895.553	28,69%	15,72%
2021	3.812.526	1.634.101	13.225.444	28,83%	16,47%
2022	4.015.105	1.851.258	14.047.975	28,58%	15,40%

Fonte: Elaboração a partir da Conta Satélite da Saúde (INE)

Uma segunda forma relevante de analisar a combinação entre os sectores público e privado na prestação de cuidados de saúde consiste em acompanhar as decisões da população quanto ao recurso ao sistema de saúde. A Tabela 3 reporta os pontos de contacto no sistema de saúde selecionados por uma amostra representativa da população portuguesa, aquando do seu último episódio de doença, ao

longo do tempo. Note-se que um indivíduo pode recorrer a mais do que uma entidade prestadora de cuidados, pelo que o somatório das percentagens excede os 100%.

Tabela 3. Recurso ao sistema de saúde por parte da população (2013-2023; %)

	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	2025
Ida aos Cuidados de Saúde Primários	61,63	67,75	66,05	58,29	68,44	59,21	51,86	68,97	70,14
Consulta marcada com médico de família	15,48	29,24	32,9	32,12	33,85	31,39	28,35	31,76	32,93
Consulta sem marcação	46,15	38,51	33,15	26,17	34,59	27,82	23,51	37,21	37,21
Urgência de hospital público	40,29	36,79	35,85	41,07	32,47	33,61	35,46	37,28	26,42
Telefonou para o serviço SNS 24	0,17	0,18	0,85	2,82	5,29	17,28	27,55	4,84	15,56
Sector Público	102,09	104,72	102,75	102,18	106,2	110,1	114,87	111,09	112,12
Foi a um consultório privado	5,52	3,76	5,65	6,99	8,37	6,32	5,25	6,33	10,06
Foi à urgência de um hospital privado	2,09	5,02	4,5	6,67	6,48	3,63	5,07	5,86	5,28
Sector Privado	7,61	8,78	10,15	13,66	14,85	9,95	10,32	12,19	15,34
Esperou por consulta já marcada	-	-	-	-	-	-	-	-	4,35
Consultou um farmacêutico	0,39	4,89	1,27	3,92	3,8	3,42	2,87	2,3	2,49
Consultou um enfermeiro	-	-	-	0,41	0,79	0	0	0,44	0,26
Outro	0,61	0,7	0,23	1,07	1,29	3,07	0,23	1,24	0,73

Fonte: Inquérito de Acesso a Cuidados de Saúde (Nova SBE).

A Tabela 3 revela uma evolução na forma como as pessoas em Portugal distribuem as suas escolhas de cuidados de saúde entre o sector público e o sector privado quando se sentem doentes. Entre 2013 e 2025 observou-se um aumento constante da importância do sector privado.

Verifica-se um crescimento gradual da utilização do sector privado, passando de um total de 7,6% em 2013 para 15,3% em 2025, mais do que duplicando neste período. Depois da pandemia, retomou-se

numa primeira fase a procura de serviços de urgência hospitalar em unidades privadas, e no último, 2025, um aumento considerável da ida a consultório privado.

Esta evolução sugere que, embora o sistema público continue a ser a opção predominante para a maioria das pessoas, existe um número crescente de indivíduos que, quando insatisfeitos, confrontados com barreiras como tempos de espera prolongados, ou em busca de um atendimento mais rápido recorrem ao sector privado.

O aumento do uso de serviços como o SNS 24, especialmente durante e após a pandemia, não reverteu a tendência de crescimento do sector privado, apesar de uma queda observada durante o período da pandemia, devido às restrições de mobilidade da população e da atividade dos estabelecimentos.

Apesar desta evolução do sector privado, o sector público continua a ser o principal destino da população para procurar auxílio quando sente um problema de saúde, sendo frequente o contacto com mais do que uma instituição do SNS (por exemplo, é natural que vários contactos com a linha SNS24 resultem em orientação de pessoas para unidades de prestação de cuidados de saúde do SNS, seja nos cuidados de saúde primários seja a urgência hospitalar).

Assim, a Tabela 3 reflete um sistema de saúde português onde o sector público continua a ser o pilar central dos cuidados de saúde na doença, mas que partilha cada vez mais o seu espaço com o sector privado.

Em qualquer das formas de olhar para a combinação público-privada na prestação de cuidados de saúde sobressai a estabilidade do sistema de saúde nos últimos 10 a 15 anos, sendo predominante a prestação pública de cuidados de saúde (se excluída a despesa em medicamentos) e sendo predominante o recurso ao SNS quando uma pessoa sente necessidade de procurar apoio no sistema de saúde.

Considerações finais

As relações público-privado têm diferenças substanciais consoante as analisamos no campo do financiamento ou no campo da prestação.

No lado do financiamento, o papel dos impostos, no sector público, e o papel dos pagamentos diretos pelas Famílias, no sector privado, são dominantes. Embora os seguros privados tenham registado um crescimento percentual elevado na última década, continuam a representar apenas uma pequena parte do financiamento das despesas em saúde. Este resultado explica-se pelo facto de partirem de uma base inicial reduzida e de, em grande medida, terem substituído os subsistemas privados existentes, em vez de conquistarem espaço no financiamento anteriormente assegurado pelos pagamentos diretos das famílias.

A análise da relação público-privado na prestação de cuidados de saúde em Portugal mostra que, apesar da crescente utilização do sector privado e da sua relevância como opção de escolha para os cidadãos, o SNS permanece como o pilar estruturante do sistema de saúde. Esta coexistência entre sectores traduz-se numa dinâmica de concorrência e complementaridade, em que as decisões de utilização dos serviços são moldadas tanto pelas necessidades individuais como pela capacidade de resposta das instituições públicas. Ao longo das últimas décadas, esta articulação foi essencial para garantir uma resposta mais abrangente às diferentes exigências da população, especialmente em períodos de maior pressão como o atravessado durante a pandemia.

O futuro da articulação público-privado em saúde dependerá da capacidade de desenhar políticas que reconheçam as tensões existentes sem abdicar dos princípios de universalidade, equidade e solidariedade que norteiam o SNS.

A relação público-privado na prestação de cuidados de saúde tem uma grande diversidade, e obriga a precisão no quadro conceptual de análise de cada relação concreta.

Anexo

Tabela 4. Fontes de financiamento no sistema de saúde português

Ano	SNS	Subsistemas públicos	Outros públicos + Segurança Social pública	Privados (seguros e subsistemas)	Famílias
2000	58,62%	6,27%	5,57%	4,55%	24,98%
2001	58,05%	7,19%	5,58%	4,73%	24,45%
2002	58,20%	8,74%	5,64%	4,84%	22,57%
2003	57,54%	7,71%	5,76%	5,76%	23,24%
2004	57,29%	7,91%	5,82%	5,95%	23,03%
2005	57,53%	7,89%	5,86%	5,42%	23,31%
2006	55,90%	7,18%	6,05%	5,73%	25,13%
2007	54,79%	7,75%	6,18%	5,62%	25,67%
2008	54,77%	7,29%	6,33%	5,80%	25,82%
2009	56,05%	7,54%	6,33%	5,47%	24,61%
2010	59,47%	4,14%	6,16%	5,68%	24,56%
2011	57,42%	4,03%	6,25%	6,01%	26,30%
2012	57,12%	4,21%	4,24%	6,25%	28,18%
2013	58,61%	4,15%	4,16%	6,11%	26,97%
2014	58,19%	3,76%	4,14%	6,22%	27,70%
2015	57,27%	3,74%	5,16%	6,11%	27,73%
2016	54,22%	4,08%	6,32%	5,74%	29,65%
2017	53,89%	4,00%	6,31%	5,93%	29,86%
2018	54,16%	3,79%	6,53%	6,01%	29,52%
2019	53,58%	3,62%	6,44%	5,76%	30,61%
2020	56,36%	3,06%	7,38%	5,40%	27,80%
2021	55,30%	3,02%	7,25%	5,44%	28,99%
2022	55,37%	3,02%	6,42%	5,54%	29,65%

Fonte: Elaboração a partir da Conta Satélite da Saúde (INE)