

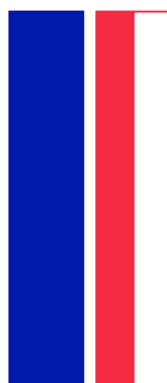
MESTRADO DE FILOSOFIA, POLÍTICA E ECONOMIA

Sistemas de saúde e bioética pública: uma análise comparativa entre Portugal e os Países Baixos

Joaquim José Fernandes Branco

M

2026



Joaquim José Fernandes Branco

Sistemas de saúde e bioética pública: uma análise comparativa entre Portugal e os Países Baixos

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Filosofia, Política e Economia orientada pela Professora Doutora Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira.

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2026



Este trabalho está licenciado ao abrigo de uma licença CC BY 4.

Sumário

DECLARAÇÃO DE HONRA/DECLARATION OF HONOUR	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I: A SAÚDE COMO DIREITO, VALOR MORAL E BEM SOCIAL	12
1. A CENTRALIDADE DA SAÚDE NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS	12
2. FUNDAMENTOS MORAIS E FILOSÓFICOS DO DIREITO À SAÚDE	14
3. ESCASSEZ E DILEMAS ÉTICOS DAS ESCOLHAS EM SAÚDE	15
4. EQUIDADE E IGUALDADE JUSTA DE OPORTUNIDADES	17
5. O CUIDADO COMO FUNDAMENTO ÉTICO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	18
6. CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E GEOMETRIA VARIÁVEL DOS DIREITOS	19
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	21
1. SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE	22
1.1 <i>Distinção conceptual</i>	22
1.2 <i>Produção de saúde e desigualdade na conversão de cuidados de saúde</i>	23
1.3 <i>Implicações normativas para o direito à saúde e avaliação dos sistemas</i>	23
2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, PRODUÇÃO DE SAÚDE E JUSTIÇA	24
3. FALHAS DE MERCADO, ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL E LIMITES DA CONCORRÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE	26
4. EFICIÊNCIA NOS SISTEMAS DE SAÚDE: CRITÉRIOS CONDICIONADOS PELA JUSTIÇA	28
5. EQUIDADE E IGUALDADE JUSTA DE OPORTUNIDADES EM SAÚDE	30
5.1 <i>Equidade como critério normativo central</i>	30
5.2 <i>Igualdade justa de oportunidades e justiça em saúde</i>	30
5.3 <i>Equidade substantiva, determinantes sociais e justiça procedimental</i>	31
6. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE	32
6.1 <i>Qualidade como requisito substantivo</i>	32
6.2 <i>Dimensões éticas da qualidade</i>	32
6.3 <i>Qualidade, organização e justiça</i>	33
7. FINANCIAMENTO, PROTEÇÃO FINANCEIRA E SUSTENTABILIDADE DOS SISTEMAS DE SAÚDE	33
8. BIOÉTICA PÚBLICA COMO QUADRO NORMATIVO DA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE	35
CAPÍTULO III: CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	38
1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA	38
2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	40
3. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	41
4. MECANISMOS COMPLEMENTARES E ESPECIALIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO SISTEMA	42
4.1 <i>Seguros de saúde</i>	42
4.2 <i>ADSE e subsistemas de saúde</i>	43
4.3 <i>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)</i>	44
CAPÍTULO IV: O SISTEMA DE SAÚDE DOS PAÍSES BAIXOS	46
1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA	46
2. ARQUITETURA INSTITUCIONAL E GOVERNAÇÃO	47
3. ORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	48
3.1 <i>Cuidados de saúde primários</i>	49
3.2 <i>Cuidados hospitalares e especializados</i>	49
3.3 <i>Política do medicamento e inovação</i>	50
4. FINANCIAMENTO DO SISTEMA	50
4.1 <i>Seguro de saúde curativo (Zvw)</i>	50

4.2 Seguro de longa duração (Wlz)	51
4.3 Apoio social municipal (Wmo)	52
5. CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	52
5.1 <i>Wet langdurige zorg</i> (Wlz)	52
5.2 <i>Cuidados domiciliários clínicos</i> (Zvw)	52
5.3 Apoio social municipal (Wmo)	53
6. MECANISMOS COMPLEMENTARES E ESPECIALIZAÇÃO INSTITUCIONAL	53
6.1 <i>Seguros de saúde complementares</i>	53
6.2 <i>Subsistemas ocupacionais e mutualidades residuais</i>	54
6.3 <i>O papel dos municípios na saúde pública</i>	54
CAPÍTULO V: ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE	55
1. ESTADO DE SAÚDE: A LONGEVIDADE E A QUALIDADE DE VIDA	55
2. DETERMINANTES SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS	56
3. EFICIÊNCIA TÉCNICA E ALOCATIVA	57
4. EQUIDADE NO ACESSO	60
5. EQUIDADE NO FINANCIAMENTO E PROTEÇÃO FINANCEIRA	61
6. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	63
7. LISTAS DE ESPERA	65
8. PREVENÇÃO, CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO E SUSTENTABILIDADE	66
9. LEITURA INTEGRADA DOS RESULTADOS COMPARATIVOS	69
CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES DO ESTUDO COMPARATIVO	71
1. RESPOSTA À QUESTÃO CENTRAL DA INVESTIGAÇÃO	71
2. AVALIAÇÃO COMPARATIVA À LUZ DA BIOÉTICA PÚBLICA	72
3. IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE	75
4. RECOMENDAÇÕES PARA PORTUGAL	75
4.1 <i>Garantia de acesso em tempo clinicamente aceitável</i>	76
4.2 <i>Reforço dos cuidados de saúde primários</i>	77
4.3 <i>Desenvolvimento dos cuidados de longa duração</i>	77
4.4 <i>Melhoria da coordenação institucional</i>	77
4.5 <i>Reforço da proteção financeira das famílias</i>	77
4.6 <i>Eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde</i>	78
5. RECOMENDAÇÕES PARA OS PAÍSES BAIXOS	78
5.1 <i>Equidade e proteção financeira</i>	78
5.2 <i>Regulação do mercado segurador</i>	78
5.3 <i>Cooperação entre prestadores e qualidade dos cuidados</i>	79
5.4 <i>Transparência e informação para os cidadãos</i>	79
6. OBSERVAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	
TABELAS	88
FIGURAS	100

Declaração de honra/Declaration of Honour

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi previamente apresentada e avaliada nesta ou em outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos), assim como a utilização de trabalhos publicados, respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio ou de auto-plágio constituem ilícitos académicos, conforme estabelecido no Código de Ética da U.Porto.

I declare that this dissertation is my own work and has not been previously presented and evaluated at this or any other institution. References to other authors (statements, ideas, thoughts), as well as the use of published works, scrupulously respect the rules of attribution and are duly indicated in the text and bibliographic references, in accordance with referencing standards. I am aware that the practice of plagiarism or self-plagiarism constitutes academic offenses, as established in the Code of Ethics of the University of Porto.

Declaro, ainda, que utilizei, ao longo do processo de investigação e redação, ferramentas de IA generativa para apoio, designadamente na clarificação de conceitos, na organização de ideias e na revisão linguística de excertos. O texto foi, porém, integralmente revisto e reescrito, pelo que assumo plena responsabilidade pela sua autoria e conteúdo. As interações realizadas não foram registadas nem arquivadas, pelo que não me é possível anexar prompts e respostas.

I also declare that, throughout the research and writing process, I used generative AI tools for support, specifically in clarifying concepts, organizing ideas, and linguistically revising excerpts. However, the text was entirely revised and rewritten, and I therefore assume full responsibility for its authorship and content. The interactions were neither recorded nor archived, so I cannot attach prompts and responses.

Porto, 29 de março de 2026

Joaquim Branco

Resumo

Os sistemas de saúde europeus enfrentam desafios estruturais que colocam sob pressão os princípios da eficiência, equidade e sustentabilidade. Esta dissertação analisa comparativamente os sistemas de saúde de Portugal e dos Países Baixos, dois países com cobertura universal, mas com arquiteturas institucionais distintas: um Serviço Nacional de Saúde financiado por impostos e um sistema de seguro obrigatório com concorrência regulada.

O enquadramento teórico articula contributos da economia da saúde e da teoria da justiça em saúde — com especial referência a Rawls, Daniels e Sen —, bem como da bioética pública. Metodologicamente, a investigação assenta numa análise comparativa institucional, com recurso a dados da OCDE, do Eurostat e de fontes nacionais.

Os resultados evidenciam que, apesar da cobertura universal em ambos os países, o sistema neerlandês apresenta melhores indicadores em dimensões como o acesso efetivo, a proteção financeira e a articulação entre níveis de cuidados. Portugal demonstra fragilidades estruturais associadas à fragmentação institucional, às listas de espera e à persistência de barreiras no acesso em tempo clinicamente aceitável, embora apresente desempenhos de excelência em áreas específicas.

À luz da bioética pública, o sistema neerlandês revela melhores resultados em termos de autonomia efetiva, beneficência e justiça distributiva. Conclui-se que o desempenho dos sistemas de saúde depende menos do volume de recursos disponíveis e mais da sua organização institucional. As implicações para a política pública apontam para o reforço dos cuidados primários, o desenvolvimento dos cuidados continuados e o fortalecimento da proteção financeira das famílias em Portugal.

Palavras-chave: sistemas de saúde; comparação internacional; Portugal; Países Baixos; equidade; bioética pública.

Abstract

European health systems face structural challenges that put the principles of efficiency, equity, and sustainability under pressure. This dissertation comparatively analyses the health systems of Portugal and the Netherlands, two countries with universal coverage but with distinct institutional architectures: a National Health Service financed by taxes and a mandatory insurance system with regulated competition.

The theoretical framework articulates contributions from health economics and health justice theory — with special reference to Rawls, Daniels, and Sen — as well as public bioethics. Methodologically, the research is based on a comparative institutional analysis, using data from the OECD, Eurostat, and national sources.

The results show that, despite universal coverage in both countries, the Dutch system presents better indicators in dimensions such as effective access, financial protection, and articulation between levels of care. Portugal demonstrates structural weaknesses associated with institutional fragmentation, waiting lists, and the persistence of barriers to access within a clinically acceptable time, although it shows excellent performance in specific areas.

Considering public bioethics, the Dutch system reveals better results in terms of effective autonomy, beneficence, and distributive justice. It is concluded that the performance of health systems depends less on the volume of resources available and more on their institutional organization. The implications for public policy point to the strengthening of primary care, the development of continuing care, and the reinforcement of financial protection for families in Portugal.

Keywords: health systems; international comparison; Portugal; Netherlands; equity; public bioethics.

Lista de abreviaturas e siglas

ACSS	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE
ADSE	INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
ASF	AUTORIDADE DE SUPERVISÃO DE SEGUROS E FUNDOS DE PENSÕES
CPS	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
ECCI	EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
ERS	ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
IPSS	INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
LTC	LONG-TERM CARE
NHS	NATIONAL HEALTH SERVICES
NZA	NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT
NUTS	NOMENCLATURA DAS UNIDADES TERRITORIAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS
OCDE	ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
RNCCI	REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
SAMS	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
ULS	UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE
USF	UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
ZyW	ZORGVERZEKERINGSWET
WLZ	WET LANGDURIGE ZORG
WMO	WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Introdução

Os sistemas de saúde europeus enfrentam desafios estruturais profundos, nomeadamente o envelhecimento demográfico, o aumento das doenças crónicas, a crescente inovação tecnológica e restrições orçamentais persistentes. Neste contexto, a articulação entre eficiência, equidade e sustentabilidade assume-se como uma questão central — e inevitavelmente normativa — das políticas públicas de saúde.

A eficiência exige uma utilização criteriosa de recursos escassos e uma organização institucional capaz de alinhar incentivos e garantir capacidade de resposta. A equidade implica que o acesso aos cuidados não dependa da condição socioeconómica, assegurando proteção financeira e igualdade justa de oportunidades ao longo do ciclo de vida. Já a sustentabilidade, entendida como justiça intergeracional, pressupõe que as escolhas presentes não comprometam a viabilidade futura do sistema. Estas dimensões encontram-se profundamente interligadas: a forma como os sistemas organizam os recursos condiciona simultaneamente os resultados em saúde, a justiça da sua distribuição e a sua continuidade no tempo.

A análise comparativa de modelos nacionais permite compreender como diferentes arquiteturas institucionais organizam a solidariedade, distribuem o risco da doença e transformam recursos em resultados em saúde. Portugal e os Países Baixos constituem, neste sentido, dois casos particularmente relevantes no espaço europeu. Ambos asseguram cobertura universal e enfrentam desafios semelhantes, mas adotaram soluções institucionais distintas. Portugal desenvolveu um Serviço Nacional de Saúde financiado por impostos, coexistindo com subsistemas contributivos e seguros privados, enquanto os Países Baixos optaram por um sistema de seguro obrigatório com concorrência regulada, assente numa clara separação entre financiador, regulador e prestador, complementado por um regime autónomo de cuidados de longa duração.

A escolha destes dois países decorre precisamente dessa diversidade institucional, que permite analisar como diferentes modelos organizativos procuram equilibrar eficiência, equidade e sustentabilidade. Parte-se da hipótese de que o desempenho dos sistemas de saúde depende menos do volume de recursos disponíveis e mais da forma como

estes são institucionalmente organizados, em particular no que respeita à articulação entre níveis de cuidados, aos mecanismos de financiamento e aos modelos de regulação.

Neste quadro, a investigação é orientada pela seguinte questão: “De que forma as diferenças estruturais entre os modelos português e neerlandês se refletem em indicadores comparáveis de desempenho dos sistemas de saúde e qual é a avaliação desses resultados à luz dos critérios da bioética pública?” Não se pretende estabelecer um juízo simplista de superioridade, mas compreender como distintas configurações institucionais se traduzem em resultados empíricos e em implicações normativas relativas ao nível do acesso, da proteção financeira e da justiça distributiva em contexto de escassez.

A análise assenta num enquadramento que articula os princípios clássicos da bioética — autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça — com uma perspetiva de bioética pública centrada na organização dos sistemas de saúde. O foco desloca-se das decisões clínicas individuais para as condições institucionais que estruturam o acesso, a distribuição de recursos e a definição de prioridades. A autonomia é entendida como capacidade efetiva de acesso informado; a beneficência e a não-maleficência refletem-se na qualidade, segurança e oportunidade dos cuidados; e a justiça orienta tanto a distribuição de recursos como a legitimidade dos processos de decisão. Este enquadramento integra contributos da teoria da justiça em saúde, nomeadamente de Norman Daniels, e da bioética pública, permitindo avaliar em que medida os sistemas analisados concretizam princípios normativos em condições reais de acesso, proteção financeira e sustentabilidade intergeracional. Metodologicamente, a dissertação adota uma abordagem de análise comparativa institucional, baseada na definição de critérios como eficiência, equidade, qualidade, financiamento e sustentabilidade. Estes são operacionalizados através de indicadores relativos ao estado de saúde, utilização de recursos, acesso aos cuidados, qualidade clínica e impacto financeiro sobre as famílias. A investigação recorre à revisão da literatura em economia da saúde e bioética, à análise de relatórios internacionais (OCDE, Comissão Europeia, European Observatory), e a dados estatísticos agregados, complementados por documentação institucional e

observação qualitativa. A comparação segue um desenho de *'most similar systems design'* (Przeworski & Teune, 1970), permitindo isolar, ainda que de forma não experimental, o efeito das diferenças institucionais sobre os resultados. A análise é complementada por observação qualitativa resultante de visita de estudo aos Países Baixos. Sempre que os dados não coincidem temporalmente, a análise privilegia tendências em detrimento de valores pontuais.

A abordagem adotada é predominantemente institucional e normativa, não incluindo modelização econométrica própria. O objetivo consiste em avaliar a coerência organizativa dos sistemas e as suas implicações distributivas, mais do que identificar relações causais estritas.

A dissertação organiza-se em seis capítulos. O Capítulo I enquadra a saúde como direito, valor moral e bem social, estabelecendo os fundamentos normativos da análise. O Capítulo II desenvolve os fundamentos teóricos e define os critérios de avaliação dos sistemas de saúde. O Capítulo III caracteriza o sistema de saúde português, enquanto o Capítulo IV examina o sistema de saúde dos Países Baixos. O Capítulo V apresenta a análise comparativa entre os dois sistemas com base em indicadores de desempenho. O Capítulo VI sintetiza os principais resultados, procede à avaliação à luz dos critérios da bioética pública e apresenta implicações e recomendações de política de saúde. Por fim, a conclusão retoma a questão central da investigação e sintetiza as principais ilações do estudo.

Deste modo, a dissertação procura contribuir para a literatura comparativa sobre sistemas de saúde, articulando de forma consistente a análise empírica do desempenho com um quadro normativo de avaliação ética, e extraíndo implicações para o desenho institucional das políticas de saúde em contextos de escassez e envelhecimento demográfico.

Capítulo I: A Saúde como Direito, Valor Moral e Bem Social

O reconhecimento da saúde como direito fundamental exige uma abordagem que ultrapasse a sua dimensão clínica. A saúde remete para a vulnerabilidade humana, para exigências de cuidado, justiça e igualdade de oportunidades, bem como para limites decorrentes da escassez e das condições sociais. Constitui, assim, simultaneamente um valor moral, um bem social e um objeto central da ação pública.

Este capítulo clarifica os fundamentos éticos e normativos do direito à saúde, situando-o na interseção de quatro planos — ético, político, económico e social — que moldam a forma como as sociedades organizam e legitimam os sistemas de saúde. No plano ético, a saúde decorre da vulnerabilidade universal e funda deveres de solidariedade; no político, liga-se à dignidade, cidadania e igualdade de oportunidades; no plano económico, confronta-se com a escassez e a necessidade de definição de prioridades; e, no social, é condicionada pelos determinantes e pelas condições de vida.

Esta dimensão social evidencia que o direito à saúde é historicamente situado e institucionalmente mediado: as formas de acesso, financiamento e organização refletem conceções coletivas de justiça e responsabilidade. É neste contexto que a presente dissertação permite observar como Portugal e os Países Baixos, apesar de partilharem princípios de universalidade e equidade, adotam soluções institucionais distintas nos respetivos sistemas de saúde.

O capítulo estabelece, assim, as bases conceptuais para a análise subsequente, mobilizando abordagens normativas como contributos complementares para mapear as justificações do direito à saúde num campo marcado por pluralismo moral e político.

1. A Centralidade da Saúde nas Sociedades Contemporâneas

Na modernidade, a saúde afirma-se como um dos pilares da vida coletiva, influenciando a coesão social e a igualdade de oportunidades. A organização de um sistema de saúde não constitui apenas uma decisão política e social, mas também uma questão moral, pois revela como a comunidade protege os seus membros, sobretudo os mais

vulneráveis, e exprime concretamente a sua conceção de justiça e de dignidade humanas.

Esta dimensão moral torna-se particularmente evidente à luz da perspectiva de Rawls (1971), segundo a qual a justiça é a primeira virtude das instituições sociais. As decisões relativas ao acesso e às prioridades em saúde possuem, assim, um carácter intrinsecamente moral, anterior à sua resolução técnica. Daniels (2008) aprofundou esta ideia ao sustentar que proteger a saúde equivale a salvaguardar a igualdade de oportunidades, dado que a doença limita decisivamente a participação social. A abordagem das capacidades, desenvolvida por Sen (1992), reforça este entendimento ao conceber a saúde como condição básica da liberdade humana. Deste modo, a forma como cada país estrutura o seu sistema de saúde traduz não apenas opções técnicas, mas escolhas éticas fundamentais sobre a cidadania e a justiça social.

A partir da década de 1940, sobretudo no período pós-Segunda Guerra Mundial, consolidou-se um novo entendimento da saúde como responsabilidade pública universal. O sistema de seguros sociais de Bismarck (1883), no final do século XIX, representava já um avanço decisivo ao introduzir proteção obrigatória, ainda que restrita aos trabalhadores formais. Foi, contudo, com o Relatório Beveridge (1942) e a criação dos sistemas universais financiados por impostos, após 1945 — com destaque para o NHS — que a saúde passou a ser concebida como direito extensivo a toda a população, marcando uma transformação estrutural. A saúde deixou, assim, de ser entendida como assunto privado ou ocupacional para se afirmar como elemento central da cidadania social.

Este enquadramento foi consolidado pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (1948), ao afirmar que a obtenção “do mais elevado nível de saúde possível” constitui um objetivo fundamental e uma responsabilidade dos governos, a concretizar através de medidas sanitárias e sociais adequadas. A Declaração de Alma-Ata (1978), adotada pela OMS e pela UNICEF, reafirmou a saúde como direito humano fundamental e definiu os Cuidados Primários de Saúde (CPS) como estratégia central para a sua universalização.

Neste contexto, Nunes (2022) sublinha que o direito à saúde constitui um ponto de convergência entre as dimensões ética, política e económica. O acesso aos cuidados não se reduz a uma prestação de serviços, mas expressa o reconhecimento de cada pessoa como sujeito de direitos e membro moral da comunidade. Assim, os sistemas de saúde tornam-se espelhos morais da comunidade política, traduzindo institucionalmente os valores que sustentam a ideia de justiça social.

2. Fundamentos Morais e Filosóficos do Direito à Saúde

Se a saúde ocupa um lugar central na vida coletiva, é porque assenta na interdependência humana e na exigência de justiça. A possibilidade universal de adoecer revela uma vulnerabilidade comum — biológica, social e estrutural — que torna os indivíduos dependentes uns dos outros em momentos de fragilidade e funda deveres de responsabilidade mútua, expressos no cuidado e na solidariedade. Desde a tradição hipocrática, a prática médica reconhece que o sofrimento exige uma resposta de cuidado por parte dos profissionais e da comunidade, fazendo da ética do cuidado um dos alicerces da conceção contemporânea da saúde como direito humano fundamental.

No século XX, a bioética aprofundou esta perspetiva ao evidenciar que a saúde é também uma questão de justiça social. Beauchamp e Childress (2019) definem a beneficência como o dever não apenas de evitar o mal, mas de promover o bem, sublinhando que o cuidado deve restituir ao doente a capacidade de autodeterminação, central para o princípio da autonomia. Neste enquadramento, a proteção da saúde surge como condição indispensável para uma vida digna e socialmente plena.

Daniels (2008) oferece uma formulação particularmente robusta ao demonstrar que a saúde protege o funcionamento normal necessário à igualdade justa de oportunidades, entendida como o conjunto de planos de vida que uma pessoa pode razoavelmente prosseguir dadas as suas capacidades e o contexto social. Quando a doença reduz essa gama de oportunidades, a sociedade tem o dever moral de a restaurar, transformando a proteção da saúde numa exigência de justiça.

Esta exigência não se esgota, contudo, na organização dos cuidados. Uma contribuição mais decisiva de Daniels (2008) consiste em demonstrar que as desigualdades injustas

em saúde têm origem sobretudo na estrutura social. Educação, rendimento, condições de trabalho, habitação, ambiente e participação política — os denominados determinantes sociais da saúde — moldam de forma sistemática o funcionamento das pessoas e as suas oportunidades. Proteger a saúde como direito implica, assim, uma distribuição mais justa destes bens sociais básicos, tornando a saúde um indicador da justiça social: desigualdades sanitárias persistentes refletem falhas institucionais mais do que diferenças biológicas.

A passagem do plano moral ao institucional ocorreu com a consolidação do Estado-Providência no pós-Segunda Guerra Mundial, que transformou o dever ético de cuidado em direito social. A proteção contra a doença deixou de depender da caridade ou da capacidade contributiva e passou a assentar em princípios de justiça, solidariedade e responsabilidade coletiva. Como sublinha Nunes (2022), a bioética pública traduz esta evolução ao converter a compaixão em critérios de justiça que orientam a organização dos cuidados de saúde.

Deste modo, a justificação ética do direito à saúde articula três ideias centrais: a vulnerabilidade, que revela a necessidade universal de cuidado; a dignidade, que exige respeito pela autonomia e pelo valor intrínseco de cada pessoa; e a justiça, que transforma estes princípios em instituições e políticas que garantem a todos as condições essenciais para uma vida digna.

3. Escassez e Dilemas Éticos das Escolhas em Saúde

Precisamente porque o direito à saúde assenta em princípios de justiça, a sua concretização enfrenta um desafio estrutural inevitável decorrente da escassez de recursos. Mesmo em sociedades economicamente desenvolvidas, os meios disponíveis não permitem responder plenamente a todas as necessidades de saúde, nem de forma imediata nem ao longo do tempo. A escassez impõe, assim, escolhas intrinsecamente morais, pois envolvem decisões sobre quem proteger, quando e em que medida, afetando diretamente a igualdade de oportunidades das pessoas.

As ferramentas económicas, como as análises de custo-efetividade, contribuem para clarificar consequências e *trade-offs* das decisões de afetação de recursos, mas indicam

sobretudo o que é eficiente, não o que é justo. Uma decisão pode maximizar benefícios agregados e, ainda assim, produzir resultados moralmente problemáticos se sacrificar de forma desproporcionada os mais vulneráveis. À luz da concepção de justiça de Daniels (2008), a definição de prioridades deve atender ao impacto da doença no funcionamento normal e, conseqüentemente, nas oportunidades de vida, procurando restaurar capacidades perdidas ou ameaçadas e atribuindo especial peso à gravidade das necessidades e à vulnerabilidade dos indivíduos.

Para além da justiça distributiva, a bioética contemporânea reconhece a autonomia como princípio enraizado na dignidade humana. A autonomia pressupõe condições reais para compreender e decidir livremente, sendo frequentemente comprometida pela doença. Neste contexto, a intervenção institucional pode justificar-se para restaurar capacidades e proteger escolhas significativas, integrando a autonomia numa concepção substantiva de justiça em saúde.

Uma expressão particularmente clara da injustiça associada à escassez é o fenómeno das despesas catastróficas, quando o acesso a cuidados essenciais implica um sacrifício financeiro excessivo e ameaça a subsistência das famílias. Nesses casos, a doença não só limita oportunidades como compromete a segurança material, violando simultaneamente a equidade e a igualdade justa de oportunidades.

Perante a necessidade de racionamento, a legitimidade das decisões depende não apenas dos recursos disponíveis, mas da forma como a escassez é gerida. Como sublinha Nunes (2022), importa distinguir níveis de necessidade, priorizando, inspirado em Maslow (1943), aquelas associadas à sobrevivência e à segurança, enquanto outras podem não exigir igual obrigatoriedade institucional. Para Daniels (2008), as decisões sobre prioridades só se tornam aceitáveis quando assentam em processos transparentes, fundamentados e sujeitos a escrutínio público, capazes de transformar desacordos razoáveis em deliberações legítimas.

A escassez não se coloca, contudo, apenas no interior do sistema de saúde. Os decisores distribuem recursos entre múltiplos setores — educação, habitação, rendimento ou ambiente — que influenciam decisivamente os resultados em saúde. Assim, mesmo

sistemas de cuidados eficientes podem gerar desigualdades injustas se os determinantes sociais da saúde forem negligenciados. A justiça em saúde exige, portanto, uma avaliação intersetorial das prioridades públicas, reconhecendo que a proteção das oportunidades de vida depende de escolhas que ultrapassam o domínio estrito dos cuidados clínicos.

4. Equidade e Igualdade Justa de Oportunidades

A equidade assume um papel estruturante na organização dos sistemas de saúde, orientando a distribuição justa de recursos em contextos de escassez. Não se confunde com igualdade formal nem com igualdade de resultados, mas implica assegurar que cada pessoa dispõe das condições necessárias para preservar o funcionamento normal e exercer a autonomia em dignidade. Este princípio exige reconhecer diferenças moralmente relevantes — como doença, vulnerabilidade ou privação socioeconómica — e corrigi-las através de políticas que reduzam desvantagens evitáveis.

A teoria da justiça de Rawls (1971) oferece um ponto de partida normativo ao admitir desigualdades apenas quando beneficiam os menos favorecidos. Daniels (2008) transpõe este princípio para a saúde ao demonstrar que a doença restringe oportunidades centrais de vida e que a justiça exige a sua restauração. A equidade em saúde não se limita, assim, ao acesso formal, procurando impedir que a condição de saúde se torne um fator de exclusão social ou limitação injusta das oportunidades. A abordagem das capacidades de Sen (1999) reforça esta perspetiva ao centrar a justiça nas possibilidades reais de ação: o direito à saúde só é efetivo quando existem condições materiais, institucionais e sociais que permitam o seu exercício.

Deste modo, a equidade requer atenção particular aos grupos em situação mais desfavorável, dado que estas desigualdades produzem desvantagens em saúde que não decorrem da escolha individual, mas de falhas estruturais. A sua correção constitui, por isso, uma exigência de justiça.

Neste enquadramento, a igualdade justa de oportunidades assume simultaneamente uma dimensão substantiva — ao proteger quem se encontra em maior desvantagem — e uma dimensão procedimental — ao exigir decisões transparentes, fundamentadas e

sujeitas a escrutínio. A justiça em saúde mede-se, assim, não apenas pelos resultados alcançados, mas também pela legitimidade dos processos que os produzem. A equidade emerge, por conseguinte, como princípio que articula justiça distributiva, responsabilidade institucional e respeito pela dignidade humana, assegurando que o direito à saúde se traduz na proteção efetiva das oportunidades de vida.

5. O Cuidado como Fundamento Ético dos Sistemas de Saúde

Se a justiça e a equidade estruturam normativamente o direito à saúde, é no cuidado que esses valores se concretizam. O cuidado está na origem da prática médica e permanece como um dos seus fundamentos éticos mais duradouros. Muito antes da técnica e da organização institucional, cuidar significava responder diretamente à vulnerabilidade humana.

Com o desenvolvimento das sociedades contemporâneas, essa responsabilidade deixou de se circunscrever à relação médico–doente e passou a assumir também uma dimensão pública. Nunes (2022) interpreta esta evolução ao afirmar que a bioética pública procura transformar a compaixão em justiça, isto é, converter a preocupação pelo sofrimento alheio em critérios orientadores das políticas, das instituições e da organização dos cuidados.

A bioética contemporânea reforçou esta ampliação. Beauchamp e Childress (2019) formularam os quatro princípios — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — que orientam não apenas decisões clínicas, mas também escolhas institucionais. De modo convergente, O'Neill (2002) sublinha que a legitimidade das instituições depende da sua capacidade de prestar contas e de justificar o exercício do poder, exigindo transparência e responsabilidade na organização e distribuição do cuidado.

O sistema de saúde pode, deste modo, ser entendido como o espaço em que o cuidado individual se transforma em cuidado organizado, sustentado por normas e estruturas que expressam responsabilidade moral partilhada. A solidariedade prolonga este princípio no plano coletivo, garantindo que ninguém fique desprotegido quando a doença compromete a autonomia. Nesse sentido, Nunes (2022) descreve a transformação da compaixão em dever institucional: nos sistemas universais, a

solidariedade deixa de ser caridade e torna-se o princípio moral que estrutura o financiamento, o acesso e a confiança social no sistema de saúde.

6. Condições Socioeconómicas e Geometria Variável dos Direitos

Se o cuidado exprime o dever moral de proteger a vulnerabilidade individual, a justiça em saúde exige igualmente atenção às vulnerabilidades produzidas pelas condições sociais e económicas. A saúde é profundamente moldada pelo contexto em que as pessoas vivem — educação, trabalho, habitação, ambiente ou rendimento influenciam os resultados em saúde, frequentemente mais do que os próprios cuidados médicos. Embora o direito à saúde seja universal, a sua concretização depende dos recursos económicos e das capacidades institucionais de cada sociedade.

Nunes (2022) descreve esta realidade como uma “geometria variável dos direitos”: a universalidade moral não implica uniformidade de prestação. Entre os países, as diferenças de riqueza, organização e prioridades políticas conduzem a formas distintas de concretizar a justiça em saúde, nas quais contextos com maiores recursos tendem a garantir cobertura mais ampla e acesso a tecnologias avançadas, enquanto contextos mais limitados exigem processos de priorização. Assim, quanto mais favoráveis forem as condições económicas e organizacionais, maior a capacidade de aproximar o ideal de universalidade em termos de acesso, qualidade e abrangência.

A abordagem de Sen (1999) permite interpretar esta diversidade ao sustentar que a justiça se mede pela redução de injustiças evitáveis e pela ampliação das liberdades substantivas, e não pela conformidade com um modelo único. Sistemas distintos podem, portanto, promover equidade por vias diferentes, desde que contribuam para reduzir desigualdades e reforçar as oportunidades reais dos grupos mais vulneráveis.

Neste quadro, Nunes (2022) entende a sustentabilidade como uma virtude moral. Gerir sistemas de saúde implica equilibrar necessidades presentes com responsabilidades futuras, incluindo a obrigação ética de evitar comprometer a solidariedade intergeracional. A geometria variável dos direitos traduz, assim, um imperativo ético: concretizar o direito à saúde de forma compatível com os recursos disponíveis, garantindo continuidade, equidade entre gerações e legitimidade institucional. O

reconhecimento destes limites não diminui o direito à saúde; constitui, antes, uma condição da sua realização justa e duradoura.

Capítulo II: Fundamentos Teóricos e Critérios de Avaliação dos Sistemas de Saúde

O presente capítulo procede à passagem do plano normativo estabelecido no capítulo anterior para um plano analítico e institucional, convertendo essa fundamentação numa matriz operacional de avaliação dos sistemas de saúde.

A afirmação do direito à saúde enquanto princípio moral não garante, por si só, a sua concretização. A sua realização depende de decisões institucionais relativas à organização dos cuidados, ao financiamento, à regulação, à definição de prioridades e à gestão da escassez, tomadas em contextos de incerteza, restrições orçamentais e tensões entre valores como equidade, eficiência, autonomia e sustentabilidade.

A matriz analítica aqui desenvolvida não assenta na adesão a uma teoria normativa exclusiva. Referências a Rawls, Daniels e Sen são mobilizadas como instrumentos conceptuais amplamente utilizados na literatura da justiça em saúde, com uma função analítica e comparativa. O objetivo consiste em identificar critérios que permitam avaliar de que forma diferentes arranjos institucionais traduzem princípios de justiça e solidariedade em resultados observáveis.

A economia da saúde é utilizada como ferramenta analítica para compreender características estruturais do setor — nomeadamente a incerteza associada à doença, a assimetria de informação, os incentivos imperfeitos e a pressão sobre os custos — que justificam formas específicas de organização e intervenção pública. Consequentemente, a avaliação dos sistemas de saúde não pode limitar-se à eficiência técnica ou ao equilíbrio financeiro, devendo integrar dimensões como a equidade, a proteção financeira e a legitimidade ética. A eficiência é, assim, tratada como condição necessária, mas não suficiente, da justiça em contextos de escassez.

A bioética pública fornece o enquadramento integrador desta análise, permitindo avaliar decisões institucionais relativas à organização, financiamento, incentivo e priorização. A conceção de justiça em saúde enquanto proteção da igualdade justa de oportunidades constitui o critério normativo central da matriz adotada.

O capítulo constrói uma estrutura comum de avaliação que orientará a análise empírica subsequente. Essa matriz inclui: (i) a distinção entre saúde e cuidados de saúde; (ii) os determinantes sociais; (iii) as falhas de mercado e a organização institucional dos cuidados; (iv) a eficiência técnica, alocativa e intersetorial; (v) a equidade e a igualdade justa de oportunidades; (vi) a qualidade dos cuidados; (vii) o financiamento e a sustentabilidade; e (viii) a bioética pública como quadro de governação.

Deste modo, o Capítulo II estabelece a ligação funcional entre a fundamentação normativa do direito à saúde e a avaliação concreta dos sistemas de cuidados, fornecendo o instrumento metodológico que enquadra a análise comparativa desenvolvida nos capítulos seguintes.

1. Saúde e Cuidados de Saúde

1.1 Distinção conceptual

Um ponto de partida indispensável para a análise rigorosa dos sistemas de saúde é a distinção entre saúde e cuidados de saúde. Embora frequentemente utilizados de forma indistinta no discurso político e mediático, estes conceitos remetem para realidades analiticamente distintas, com implicações metodológicas e institucionais relevantes.

A saúde pode ser entendida como um estado global de bem-estar físico, mental e social, não se reduzindo à mera ausência de doença, de acordo com a definição da OMS (1948). Os cuidados de saúde correspondem, por sua vez, a um conjunto organizado de intervenções preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitadoras destinadas a influenciar esse estado. Os sistemas de cuidados não produzem saúde de forma direta: produzem serviços que, em interação com outros determinantes, podem ou não se traduzir em ganhos efetivos de saúde.

Esta distinção tem consequências analíticas decisivas. Avaliar sistemas exclusivamente por resultados globais de saúde pode conduzir à imputação de responsabilidades dependentes de fatores externos — biológicos, comportamentais ou socioeconómicos. A sua ausência reforça ainda um viés estrutural a favor da intervenção curativa, em detrimento da prevenção e da promoção da saúde, com implicações tanto para a eficiência como para a justiça distributiva.

1.2 Produção de saúde e desigualdade na conversão de cuidados de saúde

A relação entre saúde e cuidados foi formalizada no modelo da função de produção da saúde de Grossman (1972), que concebe a saúde como um *stock* de capital humano sujeito a deterioração, mas passível de investimento. Esse investimento inclui cuidados médicos, estilos de vida, educação, literacia em saúde e condições sociais. A procura de cuidados surge, assim, como meio instrumental para produzir saúde, e não como um fim em si mesmo.

Uma implicação central deste modelo é que a capacidade de transformar cuidados em ganhos efetivos de saúde é socialmente desigual. Fatores como educação, rendimento e contexto social condicionam tanto o nível inicial de saúde como a eficácia do investimento em cuidados. Deste modo, mesmo em sistemas com acesso universal, podem persistir desigualdades nos resultados, o que limita avaliações baseadas apenas no acesso ou na utilização.

Esta perspetiva articula-se com a distinção entre intervenções *ex-ante* e *ex-post*. As primeiras, centradas na prevenção e promoção da saúde, atuam antes da doença; as segundas incidem no tratamento e reabilitação. Embora as estratégias preventivas tendam a apresentar maior custo-efetividade no longo prazo, a predominância institucional da resposta curativa reflete necessidades imediatas e estruturas de incentivos que condicionam a eficiência global dos sistemas. Este foco curativo não só condiciona, mas também orienta a atuação política, uma vez que decisões governamentais frequentemente privilegiam medidas de resposta rápida a problemas de saúde, em detrimento de políticas estruturais de promoção e prevenção.

1.3 Implicações normativas para o direito à saúde e avaliação dos sistemas

A distinção entre saúde e cuidados permite clarificar o conteúdo normativo do direito à saúde. Proteger este direito não implica acesso ilimitado a todas as prestações médicas, mas a garantia de condições institucionais que permitam manter ou recuperar um nível funcional de saúde compatível com a participação social, económica e política. Esta conceção evita expectativas irrealistas sobre o papel dos sistemas e fornece um critério mais rigoroso de avaliação.

Em termos operacionais, esta distinção estrutura eixos analíticos centrais para a avaliação dos sistemas. Em primeiro lugar, exige a delimitação clara das responsabilidades atribuídas ao setor dos cuidados face a outros determinantes sociais da saúde, evitando imputar-lhe problemas de origem predominantemente externa. Implica igualmente analisar a orientação da despesa, da organização dos serviços e das políticas públicas entre prevenção e intervenção curativa, bem como reconhecer que a conversão dos cuidados em ganhos de saúde é socialmente condicionada por fatores como educação, rendimento e literacia.

Desta perspetiva decorre ainda a necessidade de avaliar o grau de articulação entre os cuidados de saúde e políticas públicas externas com impacto na produção de saúde, bem como a coerência entre o conteúdo normativo do direito à saúde e as prestações efetivamente asseguradas. Estes critérios constituem a base analítica da secção seguinte, dedicada aos determinantes sociais da saúde, onde se aprofunda a relação entre políticas públicas, condições sociais e justiça em saúde.

2. Determinantes Sociais da Saúde, Produção de Saúde e Justiça

A distinção entre saúde e cuidados de saúde clarifica um ponto central: os sistemas de cuidados intervêm apenas sobre uma parte limitada dos fatores que determinam o estado de saúde das populações. A evidência da economia da saúde e da saúde pública mostra de forma consistente que os cuidados explicam apenas uma fração minoritária da variação observada nos resultados em saúde.

Estudos amplamente citados, como Booske et al. (2010) e Schroeder (2007), estimam que os serviços de saúde explicam cerca de 10–20% dessa variação, enquanto fatores genéticos (20–30%), sociais, económicos e ambientais (25–30%) e comportamentais (30–40%) representam a parcela dominante. A OMS (2008) e a Comissão de Marmot et al. (2012) confirmam que rendimento, educação, trabalho, habitação, ambiente e redes sociais moldam profundamente a distribuição da saúde ao longo do ciclo de vida.

Neste enquadramento, a consideração dos determinantes sociais evidencia que a capacidade de transformar cuidados em ganhos de saúde é socialmente desigual. Mesmo em sistemas com acesso universal, persistem assimetrias condicionadas por

literacia, rendimento e contexto social. A igualdade de acesso revela-se, portanto, condição necessária, mas insuficiente para assegurar equidade em saúde, tornando visíveis os limites da ação isolada dos sistemas de cuidados.

À luz da justiça como igualdade justa de oportunidades (Daniels, 2008; Rawls, 1971, 2001), a relevância moral da saúde decorre do seu impacto sobre o funcionamento normal das pessoas. A doença restringe esse funcionamento e limita o acesso a oportunidades sociais, económicas e políticas. Quando tais restrições resultam de condições sociais evitáveis, a desigualdade em saúde deve ser entendida como um problema de justiça estrutural.

Esta perspetiva desloca o foco da avaliação da justiça do acesso formal aos cuidados para a proteção efetiva das oportunidades de vida, explicando por que razão sistemas com cobertura universal podem gerar resultados desiguais. A abordagem das capacidades de Sen (1999) reforça esta leitura ao demonstrar que a justiça depende das possibilidades reais de converter recursos em funcionamentos. Em saúde, a provisão de cuidados só adquire relevância moral quando os indivíduos dispõem das condições sociais necessárias para os transformar em saúde funcional, o que justifica a integração sistemática desta dimensão na avaliação da equidade.

A incorporação dos determinantes sociais da saúde introduz ainda um problema operacional central: a concorrência entre políticas públicas na alocação do orçamento. Diversas áreas de intervenção pública com impacto estrutural nas condições de vida das populações contribuem significativamente para a produção de saúde, podendo, em muitos casos, gerar efeitos marginais superiores aos decorrentes de aumentos da despesa médica, sobretudo no longo prazo. Assim, a despesa em saúde concorre com outras funções sociais igualmente relevantes para a produção de saúde. Um aumento da despesa sanitária pode ser eficiente no plano setorial e, ainda assim, revelar-se socialmente ineficiente se implicar a redução de investimento em áreas com maior impacto estrutural. Esta realidade exige uma leitura intersetorial da eficiência e da justiça que ultrapassa os limites estritos da política de saúde.

Normativamente, a escassez orçamental torna inevitável a definição de prioridades. A justiça em saúde não implica a maximização ilimitada da despesa, mas antes uma alocação prudente de recursos públicos orientada para a proteção das oportunidades de vida. Reconhecer o peso dos determinantes sociais implica admitir que políticas fora do setor da saúde podem, em determinadas circunstâncias, promover maiores ganhos em justiça sanitária do que aumentos adicionais da despesa setorial.

3. Falhas de Mercado, Organização Institucional e Limites da Concorrência nos Cuidados de Saúde

Os cuidados de saúde, enquanto meio de concretização do direito à saúde, constituem uma prestação organizada de serviços cuja análise exige instrumentos económicos capazes de identificar mecanismos de coordenação, incentivos e constrangimentos institucionais. A referência ao mercado concorrencial clássico surge aqui apenas como termo de comparação analítica, e não como defesa da mercantilização da saúde. A economia da saúde demonstrou de forma consistente que este setor não satisfaz as condições mínimas de funcionamento de um mercado concorrencial, não por imperfeições contingentes, mas por características estruturais inerentes à própria natureza dos cuidados

Como mostrou Arrow (1963), a incerteza associada à doença — quanto à sua ocorrência, evolução e resposta ao tratamento — impede decisões plenamente informadas e inviabiliza contratos completos, isto é, acordos capazes de prever antecipadamente todas as contingências clínicas possíveis. A esta incerteza acresce uma assimetria de informação estrutural entre profissionais de saúde e doentes, que inviabiliza a relação típica entre consumidor informado e produtor. Os cuidados de saúde assumem, assim, uma natureza fiduciária: a confiança substitui o preço como principal mecanismo de coordenação. Estas condições justificam formas específicas de organização institucional, regulação pública e financiamento coletivo, entendidas como respostas racionais aos limites do mercado.

Neste enquadramento, a relação principal–agente emerge como elemento organizador central. O doente delega no médico decisões clínicas que afetam diretamente o seu

bem-estar, criando uma tensão estrutural entre o interesse do paciente e os incentivos financeiros ou organizacionais que podem influenciar o profissional. O fenómeno da indução da procura médica, analisado por McGuire (2000), decorre da capacidade do médico de influenciar simultaneamente a oferta e a procura de cuidados. Embora não deva ser reduzida a comportamento oportunista — podendo resultar de incerteza clínica ou de incentivos mal estruturados —, levanta questões relevantes de eficiência e equidade, sobretudo em contextos de escassez de recursos.

Outra dimensão estrutural prende-se com o risco moral, formalizado por Pauly (1968), que ocorre quando a proteção financeira proporcionada por seguros ou cobertura pública altera o comportamento dos indivíduos. Distingue-se entre risco moral *ex-ante* associado à redução de incentivos à prevenção, e *ex-post*, associado ao aumento da utilização quando o custo marginal no ponto de utilização é reduzido ou nulo. O *Newhouse RAND Health Insurance Experiment* (1982) demonstrou que mecanismos de copagamentos reduzem a utilização de cuidados, mas de forma pouco seletiva, afetando tanto cuidados necessários como desnecessários. Os instrumentos baseados no preço funcionam, assim, como mecanismos de racionamento indiferenciado, podendo gerar efeitos regressivos e exigindo enquadramentos institucionais compensatórios.

A estes problemas acrescenta-se a seleção adversa nos mercados de seguro, identificada por Akerlof (1970). Quando os prémios não refletem adequadamente o risco individual, os indivíduos com maior probabilidade de adoecer tendem a concentrar-se no sistema, comprometendo a sua sustentabilidade financeira. Este fenómeno limita a viabilidade de seguros voluntários puros e fundamenta mecanismos institucionais como a adesão obrigatória, a partilha alargada do risco e sistemas de compensação entre seguradoras.

Perante estas falhas estruturais, a organização da oferta assume particular relevância. O *gatekeeping*, entendido como mediação do acesso a cuidados especializados através dos cuidados primários, visa racionalizar a utilização de recursos, reduzir a indução da procura e melhorar a coordenação clínica. Pode igualmente ser interpretado como instrumento de justiça distributiva, ao orientar o acesso segundo a necessidade clínica e não segundo a capacidade de pagamento. Embora a concorrência seja

frequentemente apresentada como promotora de eficiência e qualidade, não pode ser tratada como princípio organizador autónomo num setor marcado por incerteza, assimetria de informação e dependência fiduciária. A proposta de concorrência regulada, desenvolvida por Enthoven (1988), procura compatibilizar solidariedade e eficiência através de seguros obrigatórios, pacotes de benefícios definidos e forte regulação pública. Contudo, como observa Le Grand (2007), a introdução da escolha em serviços públicos envolve sempre um dilema entre eficiência e equidade, sendo necessário distinguir entre autonomia formal e autonomia efetiva, dado que a escolha raramente ocorre em condições ideais de informação.

Neste contexto, a confiança emerge como mecanismo institucional central. Na ausência de mercados plenamente funcionais, a confiança substitui o preço como forma de coordenação, reduzindo custos de transação, facilitando a adesão terapêutica e legitimando decisões difíceis, como o racionamento ou a limitação da escolha. Como argumenta O'Neill (2002), a confiança pública depende da existência de instituições responsáveis, justificáveis e sujeitas a escrutínio.

A análise das falhas de mercado nos cuidados de saúde evidencia, assim, que nem o mercado nem o Estado, considerados isoladamente, oferecem soluções automáticas para a organização do setor. A justiça em saúde exige instituições que reconheçam a incerteza, a assimetria de informação e os problemas de incentivos, recorrendo de forma prudente a mecanismos de regulação, concorrência condicionada e coordenação clínica, sem comprometer a equidade nem a confiança pública.

4. Eficiência nos Sistemas de Saúde: Critérios Condicionados pela Justiça

A eficiência ocupa lugar central na economia da saúde e no debate público, mas a sua utilização como critério de avaliação exige clarificação conceptual. Em contextos de escassez estrutural, não se trata apenas de um problema técnico: o uso inadequado de recursos traduz-se, direta ou indiretamente, na exclusão de indivíduos ou grupos de cuidados potencialmente benéficos. A eficiência não pode, por isso, ser confundida com mera contenção de custos ou equilíbrio financeiro. Deve antes ser entendida como condição necessária da justiça, e não como valor autónomo. Um sistema ineficiente

desperdiça recursos que poderiam proteger oportunidades de vida; um sistema tecnicamente eficiente, mas distributivamente injusto, falha igualmente na sua função moral. A sua avaliação exige, deste modo, articulação com critérios de equidade, qualidade e legitimidade institucional.

A literatura distingue duas dimensões principais da eficiência intrassetorial: técnica e alocativa. A eficiência técnica refere-se à capacidade de produzir determinado volume e qualidade de cuidados com o menor consumo possível de recursos, permitindo identificar desperdício evitável e falhas organizacionais. Contudo, revela-se eticamente insuficiente como critério autónomo: um sistema pode ser tecnicamente eficiente e concentrar recursos em intervenções de baixo valor clínico ou social. Como sublinha Sen (2009), a eficiência produtiva não garante, por si só, justiça.

A eficiência alocativa incide sobre a distribuição dos recursos entre tipos de cuidados, níveis do sistema ou grupos de doentes. Um sistema é alocativamente eficiente quando orienta recursos para intervenções que geram maior valor social, considerando necessidades, eficácia clínica e impacto sobre a funcionalidade das pessoas. Estas escolhas são inevitavelmente normativas e não podem ser determinadas exclusivamente por métricas de custo-efetividade.

Esta distinção permanece incompleta se não reconhecer que uma parte significativa dos fatores que condicionam a saúde se encontra fora do sistema de cuidados. Intervenções públicas que atuam sobre as condições de vida e os contextos sociais exercem uma influência determinante nos resultados em saúde, o que justifica a introdução do conceito de eficiência intersectorial. Esta refere-se à avaliação da distribuição de recursos públicos entre áreas com impacto na saúde. Um aumento da despesa em cuidados pode ser intrassetorialmente eficiente e, ainda assim, socialmente ineficiente, se implicar reduções em políticas com maior impacto marginal sobre os determinantes sociais.

A eficiência só adquire relevância avaliativa quando integrada em critérios de justiça distributiva. A igualdade justa de oportunidades oferece um referencial para avaliar se as escolhas organizacionais mitigam desigualdades evitáveis ou as reproduzem, enquanto a abordagem das capacidades sublinha a importância de analisar a conversão

efetiva de recursos em oportunidades reais. A eficiência constitui, assim, um critério indispensável, mas condicionado, na avaliação dos sistemas de saúde: evita desperdício evitável, orienta prioridades e enquadra decisões sob escassez, permanecendo sempre subordinada à exigência de justiça.

5. Equidade e Igualdade Justa de Oportunidades em Saúde

5.1 Equidade como critério normativo central

Se a eficiência responde à questão de como utilizar recursos escassos, a equidade responde à questão de como devem ser distribuídos. No domínio da saúde, esta questão assume particular relevância ética, pois desigualdades no acesso, na utilização ou nos resultados traduzem-se diretamente em desigualdades nas oportunidades de vida.

A equidade não se confunde com igualdade estrita. Tratar de forma idêntica indivíduos com necessidades profundamente desiguais pode ser moralmente inadequado. Distingue-se, por isso, entre equidade horizontal — segundo a qual necessidades equivalentes devem receber resposta equivalente — e equidade vertical — que exige prioridade moral para quem enfrenta maior carga de doença ou vulnerabilidade social. Esta distinção permite identificar padrões de injustiça que escapam a métricas agregadas de acesso ou despesa.

5.2. Igualdade justa de oportunidades e justiça em saúde

O enquadramento normativo mais influente da equidade em saúde encontra-se na conceção de justiça como igualdade justa de oportunidades, desenvolvida por Rawls. Segundo esta perspetiva, as instituições devem ser organizadas de modo a impedir que circunstâncias arbitrárias determinem de forma decisiva as trajetórias individuais.

Daniels (2008) aplica este princípio ao domínio da saúde, argumentando que a doença restringe o funcionamento normal das pessoas e o seu acesso a oportunidades sociais, económicas e políticas. A justiça em saúde exige, portanto, sistemas capazes de proteger os indivíduos contra perdas evitáveis de oportunidades, dentro dos limites da escassez. Neste sentido, a equidade deve ser avaliada menos pelo acesso formal e mais pela capacidade do sistema em preservar ou restaurar esse funcionamento.

5.3. Equidade substantiva, determinantes sociais e justiça procedimental

Uma conceção substantiva de equidade requer a integração dos determinantes sociais da saúde. Se o estado de saúde depende fortemente de condições sociais e económicas, não basta assegurar acesso universal aos cuidados médicos. Um sistema pode ser formalmente inclusivo e, ainda assim, falhar na proteção da igualdade de oportunidades se não compensar desigualdades pré-existentes ou se as suas próprias regras contribuírem para as agravar.

A abordagem das capacidades, desenvolvida por Sen (2009), reforça esta perspetiva ao deslocar o critério de justiça da distribuição de recursos para as possibilidades reais de conversão desses recursos em saúde funcional. Fatores como educação, literacia em saúde, rendimento e apoio social condicionam essa conversão, exigindo que a avaliação considere não apenas os meios disponibilizados, mas também os resultados efetivos em termos de capacidades.

Para além da dimensão distributiva, a equidade possui uma dimensão processual decisiva. Em contextos de escassez, os sistemas são chamados a definir prioridades e limites, e a legitimidade dessas decisões depende dos procedimentos adotados. O modelo da *accountability for reasonableness* (Daniels & Sabin, 2008) estabelece que decisões de racionamento são justas quando assentam em razões publicamente aceitáveis, são transparentes, passíveis de revisão e sujeitas a regulação.

Analiticamente, a equidade pode ser avaliada através de eixos complementares: acesso efetivo; utilização em função da necessidade; proteção financeira; desigualdades nos resultados em saúde; e legitimidade dos processos decisórios. Estes critérios permitem captar a equidade nas suas dimensões substantiva e institucional, ultrapassando a mera análise do acesso formal.

A equidade constitui, desta forma, o eixo normativo estruturante da avaliação dos sistemas de saúde. Ao articular igualdade justa de oportunidades, determinantes sociais, capacidades e justiça procedimental, fornece o critério através do qual a eficiência, qualidade e financiamento devem ser apreciados, preparando a análise comparada desenvolvida nas secções seguintes.

6. Qualidade dos Cuidados de Saúde

6.1. Qualidade como requisito substantivo

A qualidade dos cuidados constitui uma dimensão central da avaliação dos sistemas de saúde, pois determina a capacidade do sistema para converter recursos, organização e acesso formal em ganhos reais de saúde. Um sistema pode ser eficiente e assegurar acesso equitativo, mas falhar moralmente se os cuidados forem ineficazes, inseguros ou desrespeitadores da dignidade dos doentes.

A qualidade deve, portanto, ser entendida como requisito substantivo do direito à saúde. Sem ela, a eficiência reduz-se à contenção de custos e a equidade ao acesso formal sem benefício efetivo. Avaliar a qualidade significa, deste modo, verificar se o sistema cumpre a sua função ética de prestar cuidados competentes, seguros e respeitadores da pessoa.

6.2. Dimensões éticas da qualidade

A literatura caracteriza a qualidade como um conceito multidimensional, integrando eficácia clínica, segurança e centralidade no doente. Estas dimensões correspondem à transposição institucional dos princípios clássicos da prática clínica.

A eficácia relaciona-se com a beneficência, exigindo cuidados baseados na melhor evidência disponível e com probabilidade razoável de benefício. De acordo com Beauchamp e Childress (2019), a prestação sistemática de cuidados ineficazes ou de baixo valor constitui uma falha ética, ao consumir recursos escassos sem retorno proporcional.

A segurança concretiza o princípio da não-maleficência, impondo a minimização de danos evitáveis. Eventos adversos e falhas de continuidade refletem problemas organizacionais e configuram critérios centrais de avaliação moral do sistema.

A centralidade no doente articula-se com uma conceção substantiva de autonomia, que pressupõe a capacidade efetiva de participação informada nas decisões. Comunicação adequada, respeito pelos valores individuais e coordenação dos cuidados são elementos essenciais desta dimensão.

6.3. Qualidade, organização e justiça

Neste seguimento, a qualidade não pode ser analisada isoladamente da eficiência e da organização institucional. Estratégias orientadas exclusivamente para a contenção de custos — como a redução do tempo de consulta ou a intensificação do ritmo de trabalho — podem comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados. De igual modo, mecanismos concorrenciais ou de escolha podem melhorar certos indicadores, mas gerar riscos adicionais se não forem acompanhados por regulação e coordenação adequadas. A qualidade exige, por isso, alinhamento entre incentivos, organização e valores éticos.

Existe também uma relação estreita entre qualidade e equidade. Cuidados de menor qualidade tendem a afetar de forma desproporcionada grupos socialmente mais vulneráveis, que dispõem de menos alternativas e menor capacidade informacional. Mesmo em sistemas de acesso universal, variações injustificadas na qualidade podem reproduzir desigualdades em saúde. Garantir padrões mínimos consistentes constitui, portanto, uma exigência fundamental de justiça distributiva.

A qualidade pressupõe ainda mecanismos institucionais de monitorização e responsabilização. Indicadores de desempenho clínico, auditorias, sistemas de reporte de eventos adversos e transparência nos resultados são instrumentos essenciais de melhoria contínua e de *accountability* pública. A ausência de avaliação sistemática compromete simultaneamente a qualidade e a confiança social no sistema.

Deste modo, a qualidade deve integrar a arquitetura institucional como dimensão estruturante da avaliação dos sistemas de saúde, articulando eficácia clínica, segurança, centralidade no doente e responsabilização institucional.

7. Financiamento, Proteção Financeira e Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde

O financiamento constitui uma dimensão estrutural central dos sistemas de saúde, influenciando a equidade no acesso, a proteção financeira, os incentivos aos prestadores e a sustentabilidade ao longo do tempo. Não se trata de uma escolha meramente técnica, mas de uma decisão normativa que traduz concepções de

solidariedade e justiça distributiva. Em contextos de incerteza e risco elevado, o financiamento determina quem suporta o custo da doença e em que medida, afetando diretamente as oportunidades de vida dos indivíduos.

Os modelos ideais de financiamento — fiscal (Beveridge, 1942), contributivo (Bismarck, 1883) e concorrência regulada (Enthoven, 1988) — combinam-se de formas diversas, mas todos enfrentam o problema da partilha justa do risco associado à doença. Sendo esta imprevisível e potencialmente catastrófica, a mutualização alargada do risco constitui uma condição de justiça. A ocorrência de despesas catastróficas, que comprometem uma parte significativa do rendimento familiar, representa uma falha grave, ao transformar a doença em fator de empobrecimento. A justiça exige, de acordo com Daniels (2008), não apenas acesso aos cuidados, mas também proteção financeira efetiva.

Os pagamentos diretos, frequentemente justificados como instrumentos de contenção da procura, reduzem a utilização de cuidados de forma pouco seletiva, afetando intervenções necessárias e penalizando desproporcionalmente os grupos mais vulneráveis. A sua utilização só é compatível com a equidade quando acompanhada de mecanismos compensatórios adequados. O financiamento influencia igualmente os incentivos aos prestadores, uma vez que diferentes modelos de pagamento geram efeitos distintos sobre volume, qualidade e controlo de custos. Avaliar o financiamento implica, portanto, considerar quem paga, como se paga e com que consequências institucionais.

A sustentabilidade constitui um desafio estrutural, marcado pelo envelhecimento demográfico, pelo aumento das doenças crónicas e pela inovação tecnológica. Parte significativa do crescimento da despesa decorre de fatores inerentes ao setor, incluindo os limitados ganhos de produtividade em atividades intensivas em trabalho qualificado. Neste contexto, Baumol (1966), na chamada “doença dos custos”, descreve precisamente como setores intensivos em trabalho — como a saúde, educação ou artes — enfrentam dificuldades em aumentar a produtividade ao ritmo de outros setores, resultando num aumento relativo dos custos ao longo do tempo. Do ponto de vista

ético, a sustentabilidade deve ser entendida como uma exigência de justiça intergeracional: proteger os cidadãos atuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras de beneficiar de um sistema funcional.

Por fim, o financiamento da saúde insere-se num quadro mais amplo de concorrência orçamental entre as diferentes funções do Estado. A afetação de recursos ao setor deve ser ponderada à luz do seu impacto estrutural e da necessidade de preservar outras políticas igualmente determinantes das oportunidades de vida. A sua avaliação exige, assim, uma perspetiva integrada que articule proteção financeira, equidade, incentivos institucionais e sustentabilidade, preparando o enquadramento normativo desenvolvido no ponto seguinte.

8. Bioética Pública Como Quadro Normativo da Governação em Saúde

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo evidenciou que os sistemas de saúde são atravessados por falhas estruturais, restrições orçamentais persistentes e dilemas recorrentes entre eficiência, equidade, autonomia, qualidade e sustentabilidade. Por essa razão, a sua avaliação não pode limitar-se a critérios técnicos ou económicos, uma vez que as decisões institucionais produzem efeitos diretos e previsíveis sobre a saúde, a autonomia e as oportunidades de vida dos cidadãos.

Partindo dos fundamentos normativos previamente estabelecidos, a bioética pública afirma-se como o enquadramento que permite avaliar a legitimidade ética das escolhas institucionais que estruturam os sistemas de saúde — desde a organização da oferta e os modelos de financiamento até à regulação, definição de prioridades e gestão da escassez. Como sublinham Daniels (2008) e Nunes (2022), os dilemas éticos contemporâneos emergem sobretudo ao nível da governação e das decisões coletivas, e não apenas da relação clínica individual. A bioética pública não pressupõe um modelo institucional único, sendo compatível com arquiteturas diversas, incluindo sistemas de concorrência regulada, desde que existam limites normativos claros que protejam os cidadãos contra exclusão involuntária, assimetrias de poder e decisões arbitrárias.

Os princípios clássicos da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — não são abandonados, mas reinterpretados à escala institucional. A autonomia deixa

de corresponder à mera liberdade formal de escolha e passa a ser avaliada em função das condições reais que tornam as decisões informadas e significativas, em contextos marcados por vulnerabilidade e assimetria de informação. A beneficência e a não maleficência deixam de se restringir ao ato clínico individual, abrangendo a organização dos cuidados e a prevenção de danos resultantes de falhas institucionais. A justiça assume um papel estruturante na distribuição de recursos, na definição de prioridades e na gestão legítima da escassez. Esta reinterpretação permite avaliar eticamente instrumentos como o *gatekeeping*, os modelos de financiamento, os incentivos aos prestadores ou as estratégias de contenção de custos.

A bioética pública fornece igualmente o quadro normativo para avaliar as respostas institucionais às falhas estruturais identificadas pela economia da saúde. A incerteza associada à doença, a assimetria de informação, a relação fiduciária entre profissionais e doentes e os problemas de risco moral e seleção adversa impedem que os cuidados de saúde sejam organizados segundo os pressupostos do mercado concorrencial clássico. Daqui decorre que a regulação pública, o financiamento coletivo, a coordenação clínica e a limitação contextual da concorrência não constituem restrições arbitrárias à liberdade, mas respostas eticamente justificáveis a condições estruturais de vulnerabilidade. Ao ultrapassar a oposição simplista entre mercado e Estado, esta abordagem avalia os mecanismos institucionais segundo a sua capacidade para proteger a igualdade justa de oportunidades, preservar a confiança e legitimar decisões difíceis.

Neste âmbito, a justiça procedimental assume particular importância. O modelo da *accountability for reasonableness* (Daniels & Sabin, 2008) oferece critérios operacionais para a legitimidade das decisões coletivas em saúde, exigindo relevância das razões invocadas, transparência, possibilidade de revisão e regulação institucional. Como sublinha Nunes (2022), o racionamento, longe de constituir um desvio ético, revela-se uma inevitabilidade moralmente exigente, cuja legitimidade depende da qualidade dos processos decisórios.

A bioética pública estende-se ainda à avaliação de decisões intersetoriais com impacto na saúde. Reconhecendo o papel dos determinantes sociais, a justiça em saúde não

pode ser analisada exclusivamente no interior do sistema de cuidados. Políticas de educação, habitação, proteção social ou ambiente afetam diretamente as oportunidades de vida e devem ser avaliadas à luz de critérios de justiça sanitária, em consonância com abordagens centradas nas capacidades e na proteção das oportunidades reais.

Deste modo, a bioética pública desempenha uma função integradora ao longo do capítulo. Não surge como dimensão adicional, mas como o enquadramento normativo que articula eficiência, equidade, qualidade, financiamento e sustentabilidade à luz de critérios de legitimidade ética. Ao operar à escala institucional, permite distinguir entre escolhas tecnicamente possíveis e escolhas moralmente justificáveis, conferindo coerência à matriz analítica desenvolvida e possibilitando a comparação de sistemas organizados segundo princípios institucionais distintos, sem impor um modelo único de governação.

Capítulo III: Caracterização do Sistema de Saúde em Portugal

1. Evolução Histórica

A organização dos cuidados de saúde em Portugal resulta de um processo histórico cumulativo, marcado por continuidades institucionais e por uma transição gradual da caridade para a responsabilidade pública universal. Até à criação do SNS, em 1979, o país não conheceu um sistema unitário, mas sim um modelo plural que combinava assistência religiosa, instituições religiosas, intervenção municipal, saúde pública estatal, regimes previdenciais profissionais e prática médica privada. Esta evolução reflete a transformação do estatuto do indivíduo face à doença: de objeto de assistência caritativa a titular de um direito social constitucionalmente consagrado em 1976 (Artigo 64.º da CRP).

Durante séculos, os cuidados estiveram associados à caridade cristã, sobretudo através das Misericórdias — com a primeira fundada em Lisboa em 1498 — que assumiram a principal responsabilidade hospitalar e assistencial desde o século XV (Sá e Lopes, 2008). O Estado exercia então um papel meramente tutelar e regulador, sem assumir a responsabilidade direta pela prestação de cuidados. Este modelo descentralizado gerava fortes desigualdades territoriais e sociais, embora tenha deixado uma marca institucional duradoura: ainda hoje, as 388 Misericórdias desempenham funções relevantes no setor social e na rede de cuidados continuados (Lopes, 2010).

No século XIX, com a consolidação do Estado liberal, os municípios passaram a contratar médicos de partido para prestar assistência básica, sobretudo aos mais pobres (Câmara Municipal de Paredes, 2023). Embora este tenha sido um passo relevante na institucionalização da assistência médica pública, manteve-se desigual e de base local. No início do século XX, o Estado reforçou a sua intervenção no domínio da saúde pública preventiva, institucionalizando serviços de vigilância epidemiológica, vacinação e higiene pública, nomeadamente através do Instituto Ricardo Jorge (1899) (Ferreira, 1990). Contudo, durante o Estado Novo, a proteção na doença consolidou-se através de mecanismos associados à previdência profissional, baseados numa lógica contributiva de inspiração bismarckiana. A proteção dependia do estatuto profissional, coexistindo

caixas de previdência e subsistemas específicos como a ADSE (Decreto-Lei n.º 45002/1963) e serviços médico-sociais próprios. Paralelamente, o Estado investiu na modernização hospitalar, nomeadamente com a construção dos grandes hospitais centrais do Porto, Coimbra e Lisboa, e reforçou campanhas de saúde pública. O acesso aos cuidados manteve-se, contudo, segmentado e diferenciado por categorias ocupacionais.

No final deste período, o Decreto-Lei n.º 413/71 introduziu uma reforma administrativa profunda, criando o Ministério da Saúde e Assistência e estruturando uma rede territorial de serviços públicos de saúde. O diploma definiu como objetivo da política pública “garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade”, integrando prevenção, cuidados médicos e assistência social numa mesma estratégia institucional. Embora não tenha criado ainda um sistema universal integrado, esta reforma estabeleceu a base administrativa e organizacional sobre a qual viria a ser construído o Serviço Nacional de Saúde após 1979 (Lei n.º 56/79).

A Revolução de 1974 consagrou constitucionalmente a saúde como direito fundamental (Artigo 64.º da CRP). A criação do SNS instituiu um sistema universal, geral e financiado predominantemente por impostos, aproximando Portugal de um modelo de inspiração beveridgeana. Este sistema reorganizou a prestação de cuidados sob responsabilidade pública direta, ainda que num contexto de limitações económicas e administrativas (Simões, 2010).

Nas décadas seguintes, o SNS conheceu um processo de institucionalização e expansão. A Lei de Bases da Saúde de 1990 enquadrou o sistema de saúde como uma realidade mais ampla, integrando os setores público, social e privado, e mantendo o SNS como eixo central. A partir desta base normativa, surgiram posteriormente reformas organizacionais decisivas, tais como a criação da RNCCI e das Unidades de Saúde Familiar (ambas em 2006), a par de uma maior autonomia hospitalar. Ao mesmo tempo, consolidou-se a coexistência entre SNS, subsistemas públicos e setor privado (Simões, 2010).

A partir da década de 2010, verificou-se uma reconfiguração institucional relevante, reforçando o papel da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) enquanto entidade central de gestão financeira do SNS e responsável pela contratualização com os prestadores. A nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) reforçou a centralidade do SNS na responsabilidade pública pela prestação de cuidados. Paralelamente, assistiu-se a um crescimento sustentado do setor privado da saúde e do mercado de seguros de saúde, refletindo uma procura acrescida por vias alternativas de acesso.

2. Estrutura do Sistema de Saúde Português

O sistema de saúde português assenta num modelo misto, em que o Estado desempenha um papel central na definição, financiamento e prestação de cuidados, coexistindo com os setores privado e social. A governação é fortemente centralizada no Ministério da Saúde, responsável pelas políticas públicas e planeamento estratégico, enquanto a execução é assegurada por organismos especializados como a Direção Executiva do SNS, a ACSS e entidades reguladoras como a Direção-Geral da Saúde, o INFARMED e o INEM (Tabela 1).

A prestação pública estrutura-se em três níveis: cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Os cuidados de saúde primários constituem a porta de entrada no sistema, assegurando funções de prevenção, acompanhamento e coordenação dos percursos assistenciais. Já os cuidados hospitalares concentram a resposta a situações agudas, de maior complexidade técnica. Recentemente, tem-se reforçado a integração entre estes níveis através das ULS, que concentram a gestão de hospitais e centros de saúde (USF) numa única unidade, procurando melhorar a articulação assistencial e a eficiência organizativa.

A RNCCI constitui uma componente específica do sistema, articulando cuidados de saúde e respostas sociais, sobretudo em situações de dependência associadas ao envelhecimento, doença crónica ou incapacidade funcional.

Paralelamente, o setor social, constituído principalmente por Misericórdias e IPSS, desempenha um papel relevante nos cuidados continuados, paliativos e no apoio a

populações vulneráveis, funcionando em articulação com o SNS através de mecanismos de cooperação e contratualização.

O setor privado, por sua vez, atua de forma complementar ou alternativa. A sua atividade concentra-se sobretudo em cuidados ambulatoriais especializados, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgia programada e internamento não urgente, respondendo quer à procura direta dos cidadãos, quer à procura estimulada por mecanismos de financiamento como seguros de saúde e subsistemas públicos (Tabela 2).

De acordo com dados do INE (2023), o sistema de saúde português apresenta uma distribuição diferenciada entre setores público e privado. O setor privado representa 54% dos hospitais, mas apenas 32% das camas de internamento, enquanto o setor público concentra a maior parte da capacidade instalada. Em termos de atividade, o setor privado assegura 39% das consultas, 30% das cirurgias e 23% dos atos complementares de diagnóstico, concentrando-se na prestação de cuidados ambulatoriais e programados, enquanto o setor público mantém predominância no internamento e na resposta hospitalar mais intensiva.

3. Financiamento do Sistema de Saúde Português

O financiamento do sistema assenta num modelo misto que combina financiamento público, pagamentos diretos das famílias e mecanismos de seguro (OCDE, 2024). Em termos agregados, o financiamento público representa cerca de 61,5% da despesa total em saúde, enquanto os pagamentos diretos das famílias correspondem a 29,3% e os mecanismos de seguro a cerca de 9,2% (Figura 25).

O eixo central é o financiamento do SNS, assegurado predominantemente por receitas fiscais gerais, o que traduz o princípio da universalidade e do acesso tendencialmente gratuito no ponto de utilização. Subsistem, todavia, taxas moderadoras apenas em situações muito residuais, tendo estas perdido a sua antiga função reguladora. Adicionalmente, o sistema conta com receitas próprias associadas à prestação de serviços a terceiros responsáveis (Figura 1).

O financiamento privado assume igualmente um peso relevante, incidindo os pagamentos diretos das famílias sobretudo sobre medicamentos, cuidados de saúde oral, consultas privadas, cirurgia programada e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A estes mecanismos acrescem os seguros de saúde e os subsistemas públicos de base contributiva, como a ADSE e os SAMS, que funcionam como fontes complementares de financiamento e acesso, particularmente no setor privado (Figura 4).

Por fim, o setor social apresenta um modelo de financiamento híbrido, baseado em transferências públicas através de acordos de cooperação e contratos-programa, frequentemente complementadas por participações das famílias, com especial incidência na rede de cuidados continuados. Esta configuração evidencia a articulação entre financiamento público dominante e mecanismos privados e sociais complementares na estrutura do sistema.

4. Mecanismos Complementares e Especialização Institucional do Sistema

Apesar da centralidade do financiamento público, o funcionamento do sistema português depende de mecanismos institucionais complementares como os seguros de saúde, a ADSE e a RNCCI.

4.1 Seguros de saúde

Os seguros de saúde em Portugal constituem um mecanismo voluntário de financiamento complementar, inserido num sistema que, sendo predominantemente público, se assume como estruturalmente misto. É fundamental sublinhar que a sua contratação não substitui nem reduz a contribuição fiscal obrigatória dos cidadãos para o SNS, funcionando antes como uma camada adicional de proteção financeira e de acesso. Esta modalidade é frequentemente orientada para a redução de tempos de espera e para o aumento da previsibilidade na utilização de cuidados, permitindo aos beneficiários uma alternativa à rede pública em momentos de maior pressão assistencial.

No período compreendido entre 2019 e 2024, o mercado segurador registou uma expansão significativa, com os prémios a apresentarem um crescimento na ordem dos 89% e o número de beneficiários a ultrapassar a barreira dos 4 milhões, aproximadamente 40% da população. Todavia, e apesar deste crescimento robusto, os seguros de saúde continuam a representar uma fração limitada da estrutura de financiamento total em saúde — cerca de 5,3% —, o que demonstra que permanecem claramente subordinados ao financiamento público estrutural. Não obstante esta percentagem, assumem um papel de relevo no financiamento privado organizado e na própria estrutura material da oferta, incidindo sobretudo em áreas específicas como as consultas de especialidade, diagnóstico e cirurgia programada (Figura 2).

A análise deste mercado revela uma segmentação estrutural profunda entre os seguros de grupo e os seguros individuais. Os primeiros encontram-se maioritariamente associados ao emprego formal qualificado, concentrando a maior parte da cobertura e beneficiando de mecanismos de mutualização mais eficientes. Por outro lado, os seguros individuais, que são contratados diretamente pelas famílias, revelam uma maior seletividade socioeconómica e uma exposição direta ao custo crescente dos prémios, o que acaba por refletir e acentuar desigualdades na capacidade de acesso. Em ambos os modelos, observa-se uma sub-representação persistente de grupos de menor rendimento e de menor escolaridade, o que evidencia o carácter socialmente seletivo deste instrumento.

Estes seguros articulam-se com o sistema global através de uma vasta rede privada de prestadores e de regimes de convenção, contribuindo de forma direta para a expansão da capacidade instalada fora do SNS. No entanto, cumpre notar que a existência desta oferta não altera a dependência estrutural das populações mais vulneráveis em relação ao sistema público. Deste modo, o seu papel deve ser compreendido como complementar, embora com implicações profundas na segmentação do acesso e na organização material e económica do sistema de saúde português contemporâneo.

4.2 ADSE e subsistemas de saúde

A ADSE constitui o principal subsistema público de saúde em Portugal, funcionando como um regime contributivo de proteção na doença dirigido aos trabalhadores da administração pública e respetivos beneficiários. Institucionalmente, distingue-se do SNS por se encontrar sob tutela do ministério responsável pela área das Finanças e por assentar num modelo autofinanciado, baseado em contribuições diretas dos seus membros. Com cerca de 1,3 milhões de beneficiários, a ADSE representa aproximadamente 12–13% da população e assume um papel relevante no financiamento do sistema de saúde, em particular do setor privado. O seu modelo de funcionamento baseia-se essencialmente na compra de cuidados a prestadores privados e sociais, através de regimes convencionados ou de reembolso, posicionando-se como um importante intermediário financeiro (Figura 3).

A reforma iniciada em 2014 consolidou a natureza contributiva e autónoma do sistema, reduzindo a dependência de transferências públicas. A sustentabilidade da ADSE depende, contudo, de fatores estruturais como a evolução da massa salarial da função pública, o envelhecimento dos beneficiários e o crescimento dos custos em saúde. Apesar destas pressões, o sistema tem evidenciado robustez financeira no curto e médio prazo. Do ponto de vista sistémico, a ADSE contribui para a pluralidade institucional do sistema português, embora introduza uma diferenciação no acesso e na utilização dos cuidados associada à natureza ocupacional do subsistema. Esta configuração pode gerar duplicações na utilização de recursos, uma vez que os beneficiários mantêm simultaneamente o direito ao SNS, mas desempenham, simultaneamente, um papel relevante na estabilização da procura no setor privado e na diversificação das fontes de financiamento.

4.3 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A RNCCI constitui a principal resposta institucional para situações de dependência associadas ao envelhecimento, à doença crónica ou à incapacidade funcional. Criada em 2006, surgiu com o propósito de colmatar a lacuna existente entre os cuidados hospitalares de agudos e as respostas sociais tradicionais, assumindo-se como um modelo intermédio de cuidados de média e longa duração. Do ponto de vista institucional, a RNCCI apresenta uma natureza híbrida, não se integrando plenamente

no SNS nem no sistema de proteção social. Nesta estrutura, o SNS assegura o planeamento, a referenciação clínica e o financiamento da componente de saúde, enquanto a Segurança Social financia a componente social, frequentemente complementada por participações das famílias. Este modelo traduz a dificuldade estrutural de integrar plenamente os cuidados de longa duração numa única esfera de política pública.

A prestação de cuidados é maioritariamente assegurada por entidades do setor social, como as Misericórdias e IPSS, contando também com a presença de operadores privados, sobretudo nas unidades de internamento. Em contraste, os cuidados domiciliários são frequentemente prestados de forma direta pelo SNS, através das equipas de cuidados continuados integrados, configurando uma dualidade entre prestação pública direta e prestação externalizada que constitui uma característica estrutural da rede (Tabela 3).

Com uma capacidade de cerca de 17 500 lugares (ACSS, 2025), a RNCCI apresenta uma cobertura significativa, embora marcada por acentuadas assimetrias territoriais: as regiões do interior tendem a dispor de maior capacidade relativa, enquanto as áreas metropolitanas enfrentam défices crónicos face à procura. Estas limitações de capacidade têm impactos diretos na eficiência do sistema hospitalar, nomeadamente através da persistência de internamentos sociais, nos quais os doentes permanecem em contexto hospitalar agudo por falta de resposta adequada. Neste contexto, a RNCCI assume um papel central na sustentabilidade do sistema de saúde português, particularmente perante o acelerado envelhecimento demográfico. No entanto, persistem desafios críticos ao nível do financiamento, da adequação da oferta e da articulação com os restantes níveis de cuidados, fatores que continuam a condicionar o seu pleno funcionamento como um verdadeiro sistema integrado de cuidados de longa duração.

Capítulo IV: O Sistema de Saúde dos Países Baixos

1. Evolução Histórica

A organização dos cuidados de saúde neerlandeses resulta de um processo histórico cumulativo e descentralizado, que se distingue estruturalmente dos sistemas mais centralizados do Sul da Europa. Esta evolução caracteriza-se pela persistência de soluções locais, por uma forte autonomia municipal e por uma articulação constante entre a provisão privada e a regulação pública (de Swaan, 1988; Houwaart, 1991). Ao contrário de outros modelos europeus, o sistema dos Países Baixos evoluiu por sedimentação gradual, com o Estado a assumir funções regulatórias crescentes sem, contudo, substituir a iniciativa privada.

Durante os séculos XV e XVIII, a prestação de cuidados esteve intrinsecamente associada à caridade urbana, com hospitais e albergues geridos por entidades religiosas e municipais cujo foco principal era o acolhimento. O processo de urbanização precoce nestas regiões favoreceu uma intervenção ativa das cidades em domínios como o controlo de epidemias e o saneamento (de Swaan, 1988), embora a assistência médica se mantivesse fragmentada e mercantilizada, e enquadrada por guildas profissionais. A transição para uma responsabilidade política mais clara ocorreu com a Constituição Batava de 1798, que reconheceu a saúde pública como uma competência do Estado, intensificando a intervenção estatal.

No decorrer do século XIX, consolidaram-se regulamentações médicas que priorizavam a saúde preventiva, enquanto os cuidados curativos permaneciam maioritariamente do domínio privado. Foi neste período que se desenvolveram as primeiras mutualidades de trabalhadores — o embrião do sistema de seguros —, embora a sua cobertura fosse inicialmente muito desigual (Companje et al., 2010). A mudança decisiva para o modelo contemporâneo ocorreu em 1941, com a introdução de seguro obrigatório para trabalhadores. Esta reforma, inspirada no modelo bismarckiano, estabeleceu a ligação formal entre o emprego e a proteção na doença que viria a definir a arquitetura plural do Estado social neerlandês após 1945 (Kroneman et al., 2016).

A consolidação institucional prosseguiu com a Lei dos Fundos de Doença de 1964, que formalizou o seguro social para rendimentos abaixo de um determinado limiar, coexistindo com um mercado de seguros privados para os restantes grupos. Um marco fundamental desta evolução foi a criação, em 1968, da Lei Geral de Custos de Doenças Especiais (AWBZ), que instituiu um seguro universal para cuidados de longa duração. Esta medida permitiu autonomizar a dependência prolongada como um risco social distinto da doença aguda (Schut & van de Ven, 2011), mantendo-se a prestação destes serviços através de entidades privadas sem fins lucrativos.

A partir da década de 1980, o sistema enfrentou críticas crescentes devido à rigidez organizacional, às listas de espera e à escalada de custos. Em resposta, o Relatório Dekker (1987) propôs a introdução de mecanismos de concorrência regulada entre seguradoras, uma reforma que se concretizou em 2006 com a Lei do Seguro de Saúde (Zvw). Este diploma aboliu a divisão histórica entre seguros públicos e privados, instituindo um seguro universal obrigatório prestado por entidades privadas em regime de concorrência. O modelo introduz salvaguardas rigorosas contra a seleção adversa, nomeadamente através do *community rating* e de mecanismos de ajustamento de risco sob supervisão estatal.

Recentemente, em 2015, o setor dos cuidados de longa duração (*long-term care*) foi alvo de uma reorganização profunda. A antiga, AWBZ foi substituída pela Lei dos Cuidados de Longa Duração (Wlz), agora focada exclusivamente em situações de dependência severa, enquanto a responsabilidade pelos cuidados de proximidade foi transferida para os municípios através da Lei de Apoio Social (Wmo). Simultaneamente, os cuidados domiciliários foram integrados no seguro de saúde obrigatório (Zvw). Atualmente, o sistema neerlandês articula um seguro universal obrigatório com uma prestação predominantemente privada, refletindo uma síntese adaptativa entre a tradição de iniciativa social e a inovação regulatória pública.

2. Arquitetura Institucional e Governação

A governação do sistema de saúde dos Países Baixos assenta numa arquitetura institucional que estabelece uma distinção clara entre as funções de regulação,

financiamento e prestação. Neste modelo, o Estado assume predominantemente funções de regulação e garantia, delegando a gestão do risco e a compra estratégica de cuidados a seguradoras privadas que operam sob uma forte supervisão pública (Figura 5). O Ministério da Saúde, Bem-Estar e Desporto (VWS) detém a responsabilidade de definir o enquadramento legislativo geral, bem como o conteúdo do pacote obrigatório de benefícios a que todos os cidadãos têm direito.

A operacionalização desta vigilância é assegurada pela Autoridade Reguladora da Saúde (*Nederlandse Zorgautoriteit* — NZa), que supervisiona os mercados de seguros e de prestação de cuidados. A NZa garante o cumprimento das regras da concorrência regulada, definindo tarifas máximas nos segmentos onde a concorrência não é plena e promovendo a transparência em matéria de preços e de indicadores de qualidade. Complementarmente, o *Zorginstituut Nederland* desempenha um papel técnico fundamental, sendo responsável pela avaliação de tecnologias de saúde, pela atualização periódica do pacote de benefícios e pela gestão do mecanismo de ajustamento de risco entre as seguradoras. A vertente da segurança clínica e da qualidade dos cuidados é, por sua vez, assegurada pela Inspeção Nacional de Saúde (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*).

Este modelo de governação estrutura-se em torno de uma lógica triangular: os cidadãos têm a obrigação de contratar um seguro básico com seguradoras privadas reguladas; estas seguradoras atuam como compradores estratégicos de cuidados junto de prestadores privados; e o Estado atua como o vértice regulador que define as regras, garante a solidariedade social através de um fundo de compensação de risco e supervisiona o funcionamento global do sistema (Kroneman et al., 2016). Esta governação multinível e fortemente tecnificada constitui um dos pilares da sustentabilidade do modelo neerlandês, permitindo compatibilizar a concorrência entre atores privados com elevados níveis de equidade e a salvaguarda do interesse público.

3. Organização da Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados no sistema neerlandês é predominantemente privada, sendo operada maioritariamente por entidades sem fins lucrativos que atuam num quadro de

forte regulamentação pública. Esta organização assenta numa separação clara entre as diversas valências assistenciais, articuladas através de mecanismos de contratualização e referenciação.

3.1 Cuidados de saúde primários

Os cuidados primários constituem o eixo central e a porta de entrada obrigatória do sistema. Todos os utentes devem estar registados num médico de família, que desempenha a função de *gatekeeper*: é o primeiro ponto de contacto e o responsável exclusivo pela referenciação para cuidados especializados. Esta configuração permite estruturar a coordenação clínica, racionalizar a procura e conter custos excessivos. No ponto de utilização, as consultas de medicina geral e os cuidados de enfermagem comunitários estão isentos da franquia anual, uma medida que visa preservar o acesso universal e evitar desincentivos à prevenção. Os médicos exercem a sua atividade sobretudo em práticas de grupo multidisciplinares, articulados com serviços de enfermagem e apoio domiciliário, o que confere ao nível primário uma elevada resolatividade. O modelo de remuneração é misto, combinando um financiamento *per capita* por utente inscrito — que cobre os cuidados de base e incentiva a prevenção e o acompanhamento continuado — com pagamentos por ato para serviços específicos, existindo ainda margem para contratualização de incentivos à qualidade entre médicos e seguradoras.

3.2 Cuidados hospitalares e especializados

Os cuidados hospitalares são assegurados maioritariamente por hospitais privados sem fins lucrativos, organizados como fundações independentes. Estes estabelecimentos operam através de contratos negociados com as seguradoras, os quais definem volumes de atividade, preços e indicadores de desempenho. A contratualização seletiva é um instrumento central de disciplina do sistema, permitindo orientar a procura para os prestadores mais eficientes, embora esta liberdade seja limitada por regras que garantem o acesso universal e impeçam exclusões territoriais (Kroneman et al., 2016). Apesar de o setor privado com fins lucrativos ter ganho relevância em segmentos como a cirurgia de ambulatório e cuidados especializados programados, mantém uma posição

subordinada face ao setor sem fins lucrativos na prestação hospitalar de episódios agudos.

3.3 Política do medicamento e inovação

A política do medicamento assenta numa rigorosa regulação pública que inclui a avaliação de tecnologias de saúde, a negociação centralizada de preços e a promoção ativa de genéricos. Estas medidas contribuem para que os Países Baixos apresentem níveis de despesa farmacêutica *per capita* relativamente baixos no contexto europeu (OCDE, 2024). A dispensa de fármacos é assegurada por farmácias comunitárias privadas, integradas na rede de contratualização das seguradoras. No que respeita à inovação tecnológica, os equipamentos de diagnóstico e terapêutica avançada concentram-se maioritariamente no meio hospitalar, estando a sua introdução sujeita a avaliações clínicas e económicas estritas. Cumpre notar que certas áreas, como a saúde oral para adultos, permanecem fora do pacote básico obrigatório, sendo o seu financiamento assegurado por seguros complementares facultativos.

4. Financiamento do Sistema

O financiamento do sistema de saúde neerlandês assenta numa arquitetura híbrida que combina a tributação sobre o rendimento, contribuições sociais consignadas, prémios pagos diretamente às seguradoras e financiamento público descentralizado (Figura 6). Em termos agregados, a despesa total em saúde nos Países Baixos representa uma das mais elevadas da União Europeia *per capita*, situando-se a sua proporção face ao PIB próxima da média europeia (OCDE, 2024). O financiamento público, que inclui as contribuições obrigatórias, representa cerca de 83% da despesa total, enquanto os pagamentos diretos das famílias detêm um peso reduzido, na ordem dos 10%. O sistema estrutura-se em três domínios principais de financiamento, correspondentes a diferentes tipologias de risco e de cuidados.

4.1 Seguro de saúde curativo (Zvw)

A Zvw financia a saúde curativa através de um regime de seguro obrigatório. Todos os residentes pagam um prémio nominal anual às seguradoras privadas, fixado em torno dos 1.800 euros, que funciona como um prémio comunitário (*community rating*) por ser

independente do risco de saúde individual (*Zorginstituut Nederland* [ZIN], s.d.). As crianças e jovens até aos 18 anos encontram-se isentos deste pagamento, sendo o seu financiamento assegurado coletivamente como uma solução de solidariedade intergeracional (Figura 7).

A este mecanismo acresce uma contribuição proporcional ao rendimento (de 6,5% até um limite de cerca de 78.000 euros) que alimenta o Fundo do Seguro de Saúde (*Zorgverzekeringsfonds*) (ZIN, s.d.). Este fundo redistribui recursos entre as seguradoras através de um sistema de compensação de risco (*risk adjustment*), corrigindo falhas de mercado como a seleção adversa ao compensar financeiramente as seguradoras com perfis de risco mais elevados, como idosos ou doentes crónicos. Para garantir a acessibilidade económica, o Estado concede um subsídio ao prémio (*zorgtoeslag*) destinado aos agregados de baixos rendimentos. O sistema inclui ainda uma franquia anual obrigatória (*deductible*) de 385 euros, desenhada como um mecanismo de partilha de custos (*cost-sharing*) para moderar o risco moral (*moral hazard*), estando os cuidados primários isentos desta franquia para preservar a sua função de *gatekeeper*. Dentro do montante global, um valor de 250 euros é especificamente afetado a despesas com medicamentos. Uma vez ultrapassado este limite, passa a vigorar uma cobertura total, o que constitui um mecanismo de proteção eficaz contra despesas de saúde catastróficas. Para mitigar eventuais restrições de liquidez dos beneficiários, as seguradoras permitem o pagamento mensal fracionado desta franquia, facilitando a gestão financeira do acesso aos cuidados ao longo do ano (ZIN, s.d.).

4.2 Seguro de longa duração (Wlz)

O financiamento dos cuidados de longa duração para situações de dependência severa é assegurado pela *Wet langdurige zorg* (Wlz), um regime de seguro social dedicado. Este pilar baseia-se numa contribuição social proporcional ao rendimento, de cerca de 9,65% até ao limite de aproximadamente 38.800 euros, integrada no sistema fiscal e consignada a um fundo autónomo (ZIN, s.d.). Tanto trabalhadores ativos como reformados contribuem para este fundo, refletindo o aumento do risco de dependência com a idade. Em situações de institucionalização, pode existir uma contribuição pessoal

adicional (*eigen bijdrage*) ajustada à capacidade económica do utente e administrada pelo CAK.

4.3 Apoio social municipal (Wmo)

O financiamento do apoio social de proximidade é assegurado pela *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo). Ao contrário do modelo da Wlz, este regime não assenta numa contribuição consignada, mas sim em transferências diretas do orçamento central para os municípios (ZIN, s.d.). As autarquias têm autonomia para aplicar copagamentos reduzidos, ajustados ao rendimento dos cidadãos dentro de limites definidos a nível nacionais. Este modelo de financiamento reflete a natureza específica deste pilar, que se foca no apoio à autonomia e na integração social, distinguindo-se da cobertura de riscos de saúde catastróficos assegurada pelos restantes mecanismos do sistema.

5. Cuidados de Longa Duração: Organização e Funcionamento

Os cuidados de longa duração (*Long-Term Care* — LTC) constituem uma das componentes mais antigas do Estado social neerlandês. A sua autonomização remonta a 1968, com a criação da AWBZ, que integrou a dependência prolongada num regime público de direito social (de Swaan, 1988; Companje et al., 2010). A reforma de 2015 reorganizou o sistema sem alterar os seus princípios fundamentais, assentando atualmente numa arquitetura tripartida que distribui competências por níveis de intensidade e necessidade.

5.1 Wet langdurige zorg (Wlz)

A Wlz constitui o pilar central deste sistema, cobrindo situações de dependência severa que exijam cuidados contínuos durante 24 horas. O acesso é universal e determinado por uma avaliação independente realizada pelo *Centrum Indicatiestelling Zorg*. Este regime financia tanto os cuidados institucionais como pacotes intensivos de cuidados domiciliários, sendo a contratualização assegurada por entidades regionais (*zorgkantoren*) junto de prestadores privados sem fins lucrativos.

5.2 Cuidados domiciliários clínicos (Zvw)

O seguro de saúde obrigatório (Zvw) cobre os cuidados domiciliários de natureza clínica, como a enfermagem e cuidados pessoais, para situações que se situem abaixo do limiar de intensidade previsto na Wlz. Este mecanismo permite distinguir a dependência estrutural grave das necessidades de menor complexidade, sendo estes cuidados contratualizados diretamente pelas seguradoras junto de prestadores privados.

5.3 Apoio social municipal (Wmo)

A Wmo, sob gestão municipal, financia o apoio à autonomia e à participação social, incluindo ajuda doméstica, adaptação de habitações, transporte e apoio comunitário. Esta componente visa aproximar as respostas das comunidades locais, procurando evitar ou adiar a institucionalização dos utentes. A prestação é contratualizada pelos municípios junto de entidades privadas sem fins lucrativos, sendo os eventuais copagamentos geridos pelo CAK, que articula os diferentes regimes em vigor. No seu conjunto, a prestação de cuidados de longa duração permanece maioritariamente assegurada por entidades privadas sem fins lucrativos, integradas mediante contratualização nos diferentes níveis institucionais.

6. Mecanismos Complementares e Especialização Institucional

Para além do núcleo central do sistema, existem mecanismos complementares que diversificam as fontes de financiamento e as vias de acesso aos cuidados de saúde nos Países Baixos.

6.1 Seguros de saúde complementares

Os seguros complementares (*aanvullende verzekering*) destinam-se a cobrir serviços excluídos do pacote básico obrigatório da Zvw, tais como a saúde oral para adultos, a fisioterapia de longa duração, medicamentos específicos não incluídos na lista oficial e terapias alternativas. Cerca de 84% da população possui um seguro desta natureza, geralmente contratado à mesma seguradora do seguro básico através de pacotes comerciais padronizados. Ao contrário do seguro obrigatório, estes operam num mercado não regulado, sem os mecanismos de *community rating* ou de compensação de risco, o que acaba por gerar uma maior seletividade socioeconómica no acesso a estes cuidados adicionais (Kroneman et al., 2016).

6.2 Subsistemas ocupacionais e mutualidades residuais

Persistem ainda alguns subsistemas ocupacionais e mutualidades históricas remanescentes do período anterior à reforma de 2006. Contudo, o seu peso é atualmente marginal, representando menos de 2% da despesa total em saúde, pelo que a sua relevância é hoje mais simbólica do que propriamente financeira no seio do sistema.

6.3 O papel dos municípios na saúde pública

Os municípios desempenham um papel decisivo na saúde pública e na prevenção, exercendo competências que se distinguem das previstas na Wmo. São responsáveis pelas políticas locais de promoção da saúde e pela atuação sobre determinantes sociais como a educação, a habitação, a integração social e o ambiente urbano. Esta intervenção materializa-se em programas de estilos de vida saudáveis, prevenção de doenças crónicas, saúde escolar e saúde mental comunitária. No que respeita à vacinação, embora o calendário, o financiamento e a coordenação científica sejam de âmbito nacional, a implementação prática é municipal, assegurada pelos Serviços Municipais de Saúde (*Gemeentelijke Gezondheidsdienst* — GGD). Estas atividades são financiadas por impostos gerais e excluídas da lógica seguradora, o que reforça a sua natureza de bem público.

Capítulo V: Análise Comparativa dos Sistemas de Saúde

A comparação entre os sistemas de saúde de Portugal e dos Países Baixos procura compreender de que modo duas arquiteturas institucionais distintas — um Serviço Nacional de Saúde de financiamento público, que coexiste com um setor privado expressivo, e um sistema de seguros de saúde de concorrência regulada — se traduzem em resultados concretos para a saúde e o bem-estar das populações.

A presente análise baseia-se em dados provenientes da OCDE, do Eurostat, do INE, do Conselho das Finanças Públicas, da ASF e do RADIS, os quais permitem quantificar o desempenho comparado dos dois sistemas em diversas dimensões críticas, embora nem todas as estatísticas reportem exatamente ao mesmo ano de referência.

A investigação procura responder à seguinte questão: “De que forma as diferenças estruturais entre os modelos português e neerlandês se refletem em indicadores comparáveis de desempenho dos sistemas de saúde e qual é a avaliação comparativa desses resultados à luz dos critérios da bioética pública?”

Para responder a esta questão, mobilizam-se os critérios de avaliação estabelecidos no Capítulo II — eficiência, equidade, qualidade, financiamento e sustentabilidade — articulando-os com os princípios da bioética pública: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça distributiva, procedimental e intergeracional.

1. Estado de Saúde: A Longevidade e a Qualidade de Vida

Portugal e os Países Baixos (Tabela 8) apresentam esperanças de vida à nascença muito próximas, com uma ligeira vantagem para Portugal (82,7 anos contra 82 anos nos Países Baixos). Aos 65 anos, a diferença mantém-se favorável a Portugal (21,1 anos contra 20,0). No entanto, este aparente equilíbrio esconde diferenças relevantes na qualidade dos anos vividos (Figuras 8 e 9). Em Portugal, a esperança de vida saudável aos 65 anos é de apenas 7,3 anos para as mulheres e 8,6 anos para os homens, enquanto nos Países Baixos atinge 11,9 e 9,3 anos, respetivamente. Isto significa que uma mulher portuguesa perde, em média, 4,6 anos de vida com qualidade em comparação com uma neerlandesa.

A saúde mental agrava este contraste. A prevalência de depressão crónica em Portugal é cerca de 47% superior à neerlandesa, atingindo 19,6% na população com 65 ou mais anos, contra 6,3% nos Países Baixos. Este indicador, associado à fragilidade das redes de suporte social e à menor disponibilidade de cuidados de longa duração, evidencia vulnerabilidades estruturais do sistema.

A autoavaliação da saúde, captada pelo inquérito do INE e do Eurostat, confirma esta tendência. Em 2024, apenas 53,6% dos portugueses com 16 ou mais anos consideravam a sua saúde “boa ou muito boa”, um valor que, apesar de alguma recuperação recente, permanece abaixo da média europeia. Particularmente relevante é o gradiente social associado a esta perceção: em Portugal, a diferença entre o quintil de rendimento mais elevado e o mais baixo atinge cerca de 30 pontos percentuais (65% contra 35%). Nos Países Baixos, embora exista desigualdade, a população de menor rendimento parte de um patamar significativamente mais elevado, com cerca de 55% a considerar a sua saúde boa ou muito boa.

2. Determinantes Sociais e Comportamentais

A saúde de uma população não depende exclusivamente da qualidade dos hospitais ou do número de médicos. Conforme demonstrado pela teoria do capital de saúde de Grossman (1972), a saúde resulta de uma interação complexa entre cuidados médicos, rendimento, estilos de vida, educação e ambiente. A comparação entre Portugal e os Países Baixos é particularmente elucidativa neste domínio. (Tabela 9)

Portugal apresenta um consumo *per capita* de álcool de 11,9 litros por ano, significativamente superior ao neerlandês (7,8 litros). A percentagem de fumadores diários é também ligeiramente mais elevada em Portugal (14,2% contra 13,2%). A taxa de obesidade é relativamente semelhante (15,9% contra 14,9%), mas revela um gradiente social acentuado: 58,4% das mulheres portuguesas com baixa escolaridade são obesas, contra 33,1% entre aquelas com ensino superior (Figuras 10 e 11).

O indicador mais expressivo é, contudo, o da atividade física. Em Portugal, cerca de 56% da população adulta apresenta níveis insuficientes de atividade física, enquanto nos Países Baixos esse valor é de aproximadamente 11%. Esta disparidade está associada,

em parte, a políticas públicas relacionadas com o ambiente urbano e a mobilidade ativa. Nos Países Baixos, cerca de 61,3% da população utiliza bicicleta regularmente como meio de transporte, ao passo que em Portugal esse valor é inferior a 6,1%.

Esta evidência ilustra o papel central dos determinantes sociais da saúde (Marmot et al., 2008). Estima-se que estes serviços expliquem apenas entre 10% e 20% da variação nos resultados em saúde, enquanto fatores sociais, económicos e ambientais podem explicar entre 30% e 40% dessa variação (Booske et al., 2010). A literacia nesta área constitui igualmente um fator relevante. Em Portugal, apenas 9,4% das pessoas com ensino básico praticam exercício físico suficiente, enquanto entre indivíduos com ensino superior esse valor sobe para 25,6%. Nos Países Baixos, cerca de 49,6% das pessoas com ensino básico apresentam níveis adequados de atividade física. Estes dados sugerem que as desigualdades educativas podem traduzir-se em desigualdades significativas na produção de saúde.

3. Eficiência Técnica e Alocativa

Apesar de Portugal apresentar uma despesa *per capita* em saúde inferior à dos Países Baixos (5.212 USD PPP contra 8.436 USD), a despesa total em percentagem do PIB é semelhante nos dois países (10,2% contra 10,0%) (Tabela 10).

No entanto, a estrutura funcional da despesa evidencia diferenças relevantes. Nos Países Baixos, a componente associada aos LTC representa uma parcela significativamente mais elevada da despesa total em saúde. Este padrão reflete um modelo de organização que atribui maior peso aos cuidados continuados e comunitários, com menor dependência relativa dos cuidados hospitalares e da despesa farmacêutica (Figuras 12 e 13).

No que respeita aos recursos humanos (Figura 14), Portugal apresenta um número mais elevado de médicos por habitante (5,8 por mil contra 3,9), mas um número inferior de enfermeiros (7,9 contra 11,4) e menos de metade dos psiquiatras *per capita* (0,15 contra 0,26). É também relevante notar que os países do norte da Europa tendem a apresentar rácios mais elevados de enfermeiros por habitante. Esta escassez de psiquiatras,

associada à elevada prevalência de depressão na população idosa portuguesa (19,6%), constitui um desafio adicional para a capacidade de resposta do sistema.

Portugal apresenta igualmente um número superior de camas hospitalares (3,4 por mil habitantes contra 2,3 nos Países Baixos), com uma taxa de ocupação significativamente mais elevada (80% contra 61%). Este padrão sugere uma maior dependência do hospital enquanto centro organizador do sistema de saúde, frequentemente descrita como um modelo hospitalocêntrico.

Apesar de uma dotação de recursos relativamente semelhante em percentagem do PIB, os resultados clínicos obtidos por Portugal são, em vários indicadores, menos favoráveis (Figura 15). A mortalidade tratável é cerca de 27% superior à neerlandesa (75 contra 59 por 100.000 habitantes), a mortalidade materna é aproximadamente quatro vezes mais elevada (14 contra 3,4 por 100.000), e a sobrevivência a 30 dias após um enfarte do miocárdio é inferior (mortalidade de 7,1% contra 2,9%). Situação semelhante ocorre após acidente vascular cerebral, com mortalidade de 9,3% em Portugal contra 5,1% nos Países Baixos (Tabela 11).

Estes indicadores sugerem que o sistema português, apesar de dispor de mais médicos e de maior capacidade hospitalar, apresenta menor eficácia em determinadas situações clínicas críticas.

Este padrão levanta questões relevantes de eficácia técnica e alocativa. Excluindo os cuidados de longa duração da despesa total em saúde, Portugal destina cerca de 9,7% do PIB a cuidados curativos, enquanto nos Países Baixos esse valor é de aproximadamente 7,2%. Assim, Portugal dedica uma parcela relativamente maior de recursos a cuidados hospitalares e curativos, obtendo simultaneamente resultados clínicos menos favoráveis.

Em termos de eficiência técnica, alguns indicadores sugerem níveis mais baixos de produtividade relativa (Figura 16). A produtividade médica média situa-se em cerca de 672 consultas por médico por ano em Portugal, contra 2.580 nos Países Baixos, e a duração média do internamento hospitalar é de 9,3 dias em Portugal, comparativamente a 5,2 dias nos Países Baixos. Em contextos de escassez de recursos,

diferenças deste tipo podem traduzir-se em menor capacidade de resposta do sistema e em potenciais ineficiências na utilização dos recursos disponíveis (Tabela 12).

Do ponto de vista da eficiência alocativa, a concentração de recursos no setor hospitalar, em detrimento dos cuidados de saúde primários (CPS), constitui uma característica frequentemente apontada ao sistema português.

Um dos indicadores mais ilustrativos deste padrão é a utilização dos serviços de urgências (Figura 17). Portugal regista 77 episódios de urgência por 100 habitantes por ano, mais de seis vezes o valor observado nos Países Baixos (12) e significativamente acima da média da OCDE (31).

O estudo da ERS de 2025 indica que cerca de 64,4% dos episódios de urgência resultam de autorreferenciação e que aproximadamente 40% são classificados como não urgentes ou pouco urgentes, situações que poderiam ser resolvidas nos CPS (Figuras 18 e 19). A utilização elevada das urgências está também associada ao facto de cerca de 1,5 milhões de pessoas em Portugal não terem médico de família atribuído ou enfrentarem dificuldades em obter consultas atempadas. Neste contexto, o hospital acaba frequentemente por funcionar como porta de entrada do sistema.

A autorreferenciação elevada pode ser interpretada à luz da literatura sobre relação principal-agente e indução da procura (McGuire, 2000). Na ausência de acesso rápido aos cuidados primários, os serviços hospitalares tornam-se a solução de recurso para problemas que poderiam ser resolvidos em níveis de cuidados menos intensivos.

Esta dinâmica levanta questões relevantes do ponto de vista da justiça distributiva, uma vez que os grupos com menor acesso a cuidados primários acabam por enfrentar maiores tempos de espera e maior exposição a ambientes hospitalares sobrecarregados.

Do ponto de vista bioético, esta situação pode também ser analisada considerando os princípios da não-maleficência e da beneficência. A exposição de doentes com situações clínicas pouco urgentes a ambientes hospitalares mais complexos pode aumentar o risco

de eventos adversos, enquanto a menor eficácia em alguns indicadores clínicos sugere limitações na capacidade do sistema em produzir os melhores resultados possíveis.

Importa, contudo, assinalar que o desempenho do sistema português não é uniformemente inferior em todas as áreas. Um exemplo relevante é o domínio da transplantação (Figura 20).

Portugal ocupa consistentemente posições de destaque a nível internacional na doação e transplantação de órgãos, tendo alcançado em 2023 um recorde histórico de 963 órgãos transplantados. No transplante renal, Portugal situa-se entre os países com melhores resultados na Europa, com 49 transplantes por milhão de habitantes, superando vários parceiros europeus, incluindo os Países Baixos. Na transplantação cardíaca, registaram-se, em 2024, 58 transplantes, com taxas de sobrevivência ao primeiro ano próximas de 87%, valores comparáveis às melhores séries internacionais.

4. Equidade no Acesso

Ambos os países apresentam cobertura populacional formal de 100%. Contudo, o acesso efetivo aos cuidados de saúde revela diferenças significativas. Em Portugal, cerca de 15% da população não tem médico de família atribuído, ao passo que nos Países Baixos a cobertura da medicina geral é praticamente universal (Tabela 13).

As necessidades de saúde não satisfeitas (*unmet needs*) são aproximadamente o dobro em Portugal (3,9% contra 1,9%) (Figura 21). Tanto as barreiras financeiras como os tempos de espera são referidos com maior frequência como causa destas necessidades não satisfeitas. A universalidade formal inscrita na lei não garante, por si só, a equidade substantiva no acesso atempado e de qualidade.

O gradiente socioeconómico no acesso constitui uma das expressões mais evidentes desta desigualdade. Em Portugal, 7,5% da população em risco de pobreza reporta necessidades médicas dentárias não satisfeitas, enquanto nos Países Baixos esse valor é de 4,3% (Figuras 22 e 23). A diferença é particularmente expressiva nesta área: 32,5% dos portugueses em risco de pobreza não acedem a cuidados dentários, contra apenas 6,0% nos Países Baixos.

Neste contexto, a saúde oral constitui em Portugal um marcador particularmente claro de desigualdade social, revelando limitações importantes no princípio da equidade vertical (Tabela 14).

A análise do fenómeno dos seguros duplicados e da ADSE evidencia igualmente a dimensão estrutural destas desigualdades. Mais de 40% da população portuguesa (mais de 4 milhões de pessoas) possui um seguro de saúde adicional ao acesso ao SNS, um valor cerca de três vezes superior à média europeia e que aumentou mais de 15 pontos percentuais na última década. A este número acrescem aproximadamente 1,3 milhões de beneficiários da ADSE. Estes cidadãos contribuem simultaneamente para o financiamento do SNS através dos impostos e para seguros privados, de forma a garantir acesso mais rápido a determinados cuidados (Tabela 15).

Este fenómeno pode ser interpretado à luz dos conceitos de seleção adversa e risco moral (Akerlof, 1970; Pauly, 1968). A migração parcial dos indivíduos com maior capacidade económica para o setor privado constitui uma resposta racional a dificuldades de acesso no sistema público. No entanto, esta dinâmica gera efeitos sistémicos relevantes: reduz a pressão política para a melhoria do SNS, concentra no sistema público os grupos mais vulneráveis e contribui para a segmentação do acesso aos cuidados. Nesta perspetiva, verifica-se aquilo que Nunes (2022) designa como “geometria variável dos direitos”: embora o direito à saúde seja formalmente universal, o seu conteúdo efetivo pode variar em função da capacidade económica, da região de residência e da disponibilidade de alternativas privadas.

5. Equidade no Financiamento e Proteção Financeira

O princípio da não-maleficência institucional, associado à bioética pública (Nunes, 2022), implica que o sistema de saúde não deve acrescentar dano económico ao dano provocado pela doença.

Em Portugal, para além do pagamento dos seguros de saúde voluntários, os pagamentos diretos das famílias (*out-of-pocket*) representam 29,3% da despesa total em saúde, valor significativamente superior ao registado nos Países Baixos (12,0%) e à média da OCDE (15,5%) (Figuras 24 e 25). Este nível elevado de pagamentos diretos traduz uma

transferência do risco financeiro do coletivo para o indivíduo, com impacto particularmente acentuado nos grupos socioeconómicos mais vulneráveis (Tabela 16).

A consequência mais expressiva desta estrutura de financiamento é a incidência de despesas catastróficas em saúde (Figura 26). Em Portugal, cerca de 7,5% das famílias incorrem em despesas de saúde que ultrapassam 10% do seu rendimento disponível, enquanto nos Países Baixos essa proporção é de apenas 0,5%. Estes valores indicam uma diferença substancial na capacidade de proteção financeira dos dois sistemas.

Nestas situações, a doença não se limita a gerar sofrimento físico e vulnerabilidade clínica, podendo também desencadear processos de fragilização económica e empobrecimento das famílias.

As despesas farmacêuticas constituem outro elemento relevante nesta comparação. Portugal apresenta uma despesa média por pessoa em medicamentos de 622 USD PPP, superior à registada nos Países Baixos (485 USD PPP), apesar de o rendimento *per capita* português ser inferior.

Esta diferença pode ser explicada por vários fatores estruturais, incluindo uma menor utilização de medicamentos genéricos (52% do volume total em Portugal contra 79% nos Países Baixos), uma menor cobertura pública das despesas farmacêuticas (55% contra 68%) e, ainda, a ausência de um mecanismo de limite máximo anual de despesa individual (*stop-loss*).

Nos Países Baixos, o sistema de seguros inclui um dedutível obrigatório anual de 385 euros, sendo cerca de 250 euros aplicáveis aos medicamentos. A partir desse limite, os custos adicionais são cobertos pelo seguro, funcionando na prática como um mecanismo de proteção financeira (*stop-loss*). Em Portugal, a inexistência de um limite máximo anual de despesa implica que o risco financeiro permanece potencialmente ilimitado para o indivíduo.

Esta situação pode contribuir para fenómenos de subutilização de cuidados necessários, particularmente entre pessoas com doenças crónicas ou com menor capacidade

económica, que podem adiar ou evitar tratamentos devido ao receio dos custos associados.

Do ponto de vista da justiça distributiva, esta estrutura de financiamento tende a apresentar características regressivas, uma vez que os pagamentos diretos representam uma proporção maior do rendimento disponível das famílias de menor rendimento. Esta dinâmica pode ser interpretada tendo em consideração o princípio da diferença de Rawls (1971), segundo o qual as desigualdades institucionais só são justificáveis quando beneficiam os membros menos favorecidos da sociedade. Nos sistemas analisados, a distribuição do risco financeiro associado à doença apresenta impactos desiguais, sendo estes mais pronunciados no caso português.

6. Qualidade e Segurança dos Cuidados

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pode ser analisada a partir de três dimensões principais, que correspondem à transposição institucional dos princípios clássicos da bioética: eficácia (beneficência), segurança (não-maleficência) e centralidade no doente (autonomia e reconhecimento).

No domínio da eficácia clínica, vários indicadores revelam diferenças relevantes entre os dois sistemas (Tabela 17). Em Portugal, a mortalidade tratável é cerca de 27% superior à registada nos Países Baixos, e a sobrevivência após eventos cardiovasculares agudos apresenta valores menos favoráveis (Figura 27). Estes resultados sugerem limitações na capacidade dos sistemas em traduzir os recursos disponíveis em resultados comparáveis aos observados no sistema neerlandês.

No que respeita à segurança do doente, alguns indicadores apontam igualmente para fragilidades estruturais (Figura 28). O consumo de benzodiazepinas de ação prolongada entre a população com mais de 65 anos atinge em Portugal 87,1 prescrições por 1000 idosos, valor significativamente superior à média da OCDE (47,1). Estes medicamentos estão associados a um risco de quedas, fraturas e declínio cognitivo, particularmente em populações mais vulneráveis (Figura 29).

Outro indicador importante refere-se às infeções associadas a cuidados de saúde em instituições residenciais para idosos, que atingem 5,7% em Portugal, correspondendo a uma das taxas mais elevadas entre os países da OCDE (Tabela 18).

O aumento dos internamentos inapropriados, frequentemente designados como internamentos sociais, constitui outro sinal de pressão sobre o funcionamento do sistema. Nos últimos anos, a taxa destes internamentos aumentou cerca de 20% nos últimos dois anos, enquanto os custos associados cresceram aproximadamente 83%.

Nestes casos, doentes clinicamente estabilizados permanecem em ambiente hospitalar devido à ausência de respostas sociais ou de cuidados continuados adequados. Esta situação expõe os doentes a riscos iatrogénicos adicionais, incluindo infeções hospitalares, úlceras de pressão, episódios de delirium e declínio funcional. A dificuldade de acesso a vagas na RNCCI, cuja lista de espera cresceu cerca de 39,3% entre 2020 e 2023, ilustra a desarticulação entre o setor hospitalar e os cuidados comunitários.

A dimensão da centralidade no doente evidencia igualmente diferenças significativas entre os dois sistemas (Figuras 30 e 31). De acordo com o inquérito PaRIS da OCDE, apenas 69% dos portugueses com doenças crónicas consideram que recebem cuidados de boa qualidade, enquanto nos Países Baixos essa proporção atinge 92% (Tabela 19).

Os níveis de confiança no sistema de saúde apresentam um padrão semelhante. Em Portugal, 54% da população declara confiar no sistema de saúde, comparativamente a 71% nos Países Baixos.

Os dados disponíveis indicam também dificuldades na interação dos utentes com o sistema de saúde. Aproximadamente metade dos utilizadores portugueses refere sentir dificuldades na navegação do sistema; apenas 39% consideram fácil marcar uma consulta, e 50% reportam dificuldades em obter resposta ao contactar o SNS.

Entre os doentes crónicos, a situação é ainda mais evidente. Apenas 57% referem ter recebido contactos de acompanhamento em caso de agravamento da doença, e apenas 26% dispõem de contacto direto com o seu médico.

O conhecimento dos direitos dos utentes constitui igualmente outro fator importante. Cerca de 30% dos utentes desconhecem a possibilidade de solicitar uma segunda opinião médica, e, entre aqueles que o fizeram, 73% recorreram ao setor privado, o que sugere limitações no acesso a este direito no setor público.

Como sublinha O'Neill (2002), a confiança institucional desempenha um papel central na coordenação dos sistemas de saúde, particularmente em contextos caracterizados por assimetrias de informação entre profissionais e doentes. Níveis reduzidos de confiança podem, assim, refletir fragilidades organizacionais ou dificuldades na relação entre cidadãos e instituições.

A baixa taxa de convocatória para rastreios oncológicos, com apenas 27% da população elegível a ser convocada para rastreio do cancro do colo do útero e 28% para rastreio do cancro colorretal, sugere fragilidades na capacidade do sistema em assegurar estratégias preventivas abrangentes e sistémicas.

7. Listas de Espera

As listas de espera em Portugal não constituem apenas um problema de eficiência ou de gestão; refletem também limitações no plano da justiça procedimental. O modelo de *accountability for reasonableness* (Daniels & Sabin, 2008) estabelece que as decisões de racionamento em saúde — incluindo a gestão das listas de espera — são consideradas justas quando cumprem quatro condições: assentarem em razões publicamente aceitáveis (como relevância clínica, custo-efetividade ou equidade), serem transparentes, serem passíveis de revisão e contestação, e existirem mecanismos de regulação que garantam o cumprimento dessas condições (Tabela 20).

No caso português as listas de espera funcionam frequentemente como um mecanismo implícito de racionamento, caracterizado por níveis limitados de transparência. Em média, os cidadãos aguardam cerca de 150 dias por uma prótese da anca e 200 dias por uma prótese do joelho, enquanto nos Países Baixos o tempo médio de espera para estes procedimentos ronda os 55 dias.

Além da duração das esperas, existe pouca clareza pública sobre os critérios utilizados para estabelecer prioridades. Não é sempre evidente se a ordem de acesso resulta da gravidade clínica, da ordem de inscrição ou de fatores organizacionais. Esta falta de previsibilidade contribui para a perceção de opacidade no funcionamento do sistema.

Os dados disponíveis indicam também que o número de cirurgias realizadas por habitante é significativamente inferior ao observado nos Países Baixos, nomeadamente no caso das artroplastias da anca e do joelho (Figura 33).

A situação torna-se particularmente relevante no caso das doenças oncológicas. Cerca de 17% dos doentes oncológicos excedem o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG). De acordo com os dados do RADIS, a proporção de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG diminuiu 4,9% entre 2023 e 2024, e o incumprimento nas cirurgias oncológicas atinge 22,4%. A situação é mais crítica nos casos classificados como muito prioritários, nos quais apenas 44,4% dos episódios considerados muito urgentes cumprem o tempo-alvo (Figura 32).

Os dados administrativos refletem igualmente níveis elevados de insatisfação dos utentes. Entre 2022 e 2024 registaram-se 56.013 reclamações relacionadas com serviços de urgência, bem como 27 processos formais de inquérito, indicadores que evidenciam pressões significativas sobre o funcionamento do sistema.

Apesar destas dificuldades, existem exemplos de melhoria organizacional em algumas unidades de saúde. Certas ULS, como a do Nordeste, têm demonstrado que é possível reduzir listas de espera e melhorar a articulação entre níveis de cuidados através de reorganização interna e melhor coordenação clínica, mesmo sem aumento significativo de recursos.

8. Prevenção, Cuidados de Longa Duração e Sustentabilidade

A análise da prevenção e dos cuidados de longa duração permite identificar algumas das áreas mais exigentes do sistema de saúde português, com implicações para os princípios de beneficência antecipatória, justiça intergeracional e a autonomia (Tabela 21).

Portugal destina apenas 3,24% da despesa total em saúde à prevenção, valor inferior ao registado nos Países Baixos (5,0%) e abaixo da média europeia (Figura 34). Em termos *per capita*, a diferença é igualmente expressiva: aproximadamente 91 euros por pessoa em Portugal, comparativamente a 258 euros nos Países Baixos.

Este nível relativamente reduzido de investimento em prevenção está associado a diferenças observáveis em alguns indicadores de rastreio populacional. Por exemplo, a taxa de participação no rastreio do cancro colorretal situa-se em cerca de 17% em Portugal, enquanto nos Países Baixos atinge aproximadamente 67%. Estes valores sugerem limitações preventivas sistemáticas e abrangentes.

Contudo, o desempenho português não é uniforme em todas as áreas de prevenção. Um exemplo frequentemente destacado é o Programa Nacional de Vacinação, que apresenta níveis elevados de cobertura e reconhecimento internacional (Figuras 35 e 36).

Este desempenho reflete-se, entre outros indicadores, na taxa de mortalidade infantil, que se mantém relativamente baixa em Portugal e cerca de 20% inferior à registada nos Países Baixos (Figura 37).

A situação dos LTC constitui, porém, um dos desafios mais complexos para o sistema. Portugal enfrenta um processo acelerado de envelhecimento demográfico, com projeções que indicam que cerca de 34% da população terá mais de 65 anos em 2050, enquanto nos Países Baixos essa proporção deverá situar-se em torno de 24,6%.

Apesar desta evolução demográfica, a despesa em LTC representa cerca de apenas 5% da despesa total em saúde em Portugal, contra 29% nos Países Baixos (Figura 38). A diferença é ainda mais evidente quando analisada em termos *per capita*: 150 euros por pessoa em Portugal, comparativamente a 1.410 euros nos Países Baixos, ou seja, aproximadamente 9,4 vezes mais (Tabela 22).

A capacidade instalada também evidencia diferenças significativas. Portugal dispõe de cerca de 3,9 camas de cuidados de longa duração por 1000 idosos, enquanto nos Países Baixos esse valor é de cerca de 73.

Na prática, esta limitação estrutural implica que uma parte significativa da prestação de cuidados a pessoas dependentes recaia sobre as famílias e, em particular, sobre cuidadores informais, frequentemente mulheres. Este padrão tem sido discutido na literatura como um exemplo de transferência implícita de responsabilidade do Estado para as famílias, com implicações para a justiça distributiva e para a igualdade de género.

O envelhecimento populacional transforma os cuidados de longa duração num dos principais desafios de sustentabilidade dos sistemas de saúde europeus.

Uma das consequências eticamente mais visíveis desta organização institucional relaciona-se com o local da morte. Em Portugal, cerca de 64,4% das mortes naturais ocorrem em hospitais ou clínicas, enquanto nos Países Baixos esse valor situa-se em torno de 21%.

Isto justifica-se, em parte, com a menor disponibilidade de cuidados paliativos domiciliários, a escassez de respostas residenciais e a limitada oferta de apoio domiciliário integrado. Como resultado, o hospital tende frequentemente a tornar-se a solução de recurso para situações de fim de vida.

A análise da despesa pública permite igualmente identificar constrangimentos estruturais adicionais. Portugal destina cerca de 5,8% do PIB a serviços públicos gerais, categoria que inclui os encargos com juros da dívida pública, enquanto nos Países Baixos esse valor é de 3,0% do PIB (Tabela 4). Esta diferença está relacionada com o nível mais elevado de endividamento português (99,3% do PIB, contra 47,5%), o que implica a alocação de recursos significativos ao serviço da dívida. Estima-se que cerca de 4 mil milhões de euros por ano sejam canalizados para esta finalidade, reduzindo a margem orçamental disponível para investimento em áreas como saúde, educação ou proteção social (Tabela 23).

Neste contexto, a sustentabilidade financeira dos sistemas de proteção social assume uma dimensão intergeracional. Como sublinha Nunes (2022), a sustentabilidade pode ser entendida como uma forma de justiça entre gerações, na medida em que procura equilibrar as necessidades presentes com as responsabilidades futuras.

Por fim, importa considerar a estrutura específica da despesa em saúde nos Países Baixos. Excluindo a componente de LTC, a despesa estritamente associada a cuidados curativos corresponde a 9,7% do PIB em Portugal, contra aproximadamente 7,2% nos Países Baixos.

Este padrão sugere que o sistema português continua a apresentar uma forte orientação para cuidados hospitalares e curativos, enquanto o modelo neerlandês investe relativamente mais em cuidados de longa duração e em respostas comunitárias.

9. Leitura integrada dos resultados comparativos

A análise comparativa desenvolvida ao longo deste capítulo sugere que as diferenças observadas entre os sistemas de saúde de Portugal e dos Países Baixos não resultam apenas do nível absoluto de recursos disponíveis, mas também da forma como esses recursos são organizados institucionalmente, distribuídos entre níveis de cuidados e articulados com os mecanismos de proteção social.

Portugal apresenta resultados positivos em alguns domínios específicos, nomeadamente na esperança de vida à nascença, no desempenho do sistema de transplantação e no sucesso do Programa Nacional de Vacinação. Estes resultados demonstram que o sistema português possui capacidade institucional e técnica para alcançar níveis elevados de desempenho quando existem estruturas organizativas estáveis e políticas públicas consistentes.

Contudo, a análise de diversos indicadores — particularmente os relacionados com saúde funcional, eficiência técnica, acesso efetivo aos cuidados e proteção financeira — revela um conjunto de fragilidades estruturais. Entre os aspetos mais relevantes identificados ao longo da análise destacam-se:

- uma menor esperança de vida saudável, sobretudo em idades mais avançadas;
- uma maior prevalência de necessidades de saúde não satisfeitas;
- um maior peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento dos cuidados de saúde;

- uma maior concentração de recursos nos cuidados hospitalares, associada a um menor desenvolvimento relativo dos cuidados primários e dos cuidados de longa duração;
- uma menor previsibilidade no acesso aos cuidados, refletida na persistência de listas de espera significativas.

Em contraste, o sistema neerlandês apresenta uma arquitetura institucional que privilegia a coordenação entre níveis de cuidados, uma forte rede de cuidados primários, um sistema de seguros de saúde regulado com mecanismos explícitos de proteção financeira e um investimento significativo em cuidados de longa duração.

No conjunto dos indicadores analisados, esta organização institucional parece traduzir-se numa maior capacidade de converter os recursos disponíveis em qualidade de vida, acesso atempado aos cuidados e proteção financeira para os cidadãos.

Esta leitura comparativa encontra também eco em avaliações internacionais independentes (Tabela 24). O *Euro Health Consumer Index* posiciona os Países Baixos consistentemente entre os sistemas de saúde com melhor desempenho na Europa, ocupando em 2025 o 2.º lugar, enquanto Portugal surge em 13.º lugar (Tabela 5). De forma semelhante, o *Legatum Prosperity Index*, na dimensão da saúde, coloca os Países Baixos em 11.º lugar a nível mundial e Portugal em 40.º lugar (Tabela 6). Já o *Mirror* 2024 colocava os Países Baixos em 2º lugar (Tabela 7).

Embora estes *rankings* não constituem evidência primária — uma vez que combinam múltiplos indicadores e metodologias distintas — funcionam como uma validação externa aproximada da leitura comparativa aqui desenvolvida, sugerindo que os padrões identificados nesta análise são consistentes com avaliações internacionais independentes.

Capítulo VI: Conclusões do estudo comparativo

A análise comparativa desenvolvida no Capítulo V identificou diferenças estruturais relevantes entre os sistemas de saúde de Portugal e dos Países Baixos, com base em indicadores relativos ao estado de saúde, à eficiência na utilização dos recursos, à equidade no acesso e no financiamento, à qualidade dos cuidados e à sustentabilidade intergeracional.

O presente capítulo extrai e interpreta essas conclusões à luz de um quadro normativo que articula contributos da economia da saúde, da teoria da justiça e dos princípios da bioética pública — autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça distributiva, procedimental e intergeracional.

O objetivo é duplo: responder à questão central da investigação — “De que forma as diferenças estruturais entre os modelos português e neerlandês se refletem em indicadores comparáveis de desempenho dos sistemas de saúde e qual é a avaliação comparativa desses resultados à luz dos critérios da bioética?” — e identificar implicações para o desenho institucional das políticas de saúde, considerando os contextos económico, demográfico e institucional de cada país.

Com base nesta análise, apresentam-se ainda recomendações de política pública para ambos os sistemas, procurando traduzir os resultados comparativos em orientações que reforcem a equidade, a eficiência e a sustentabilidade.

1. Resposta à questão central da investigação

A evidência empírica analisada ao longo do Capítulo V permite concluir que as diferenças estruturais entre os sistemas de saúde português e neerlandês se refletem de forma consistente nos indicadores de desempenho, favorecendo globalmente o sistema neerlandês.

Esta superioridade não se explica apenas pelo maior volume de recursos, mas sobretudo pela forma como são organizados e utilizados. Tal reflete-se na centralidade dos cuidados

primários, na articulação entre níveis de cuidados, na separação entre cuidados curativos e de longa duração, no pluralismo regulado e na transparência dos processos de decisão.

Portugal dispõe, ainda assim, de ativos institucionais relevantes. O Serviço Nacional de Saúde assegura cobertura universal e apresenta desempenhos de excelência em áreas específicas, como a transplantação e a vacinação, contando com profissionais qualificados e uma rede hospitalar significativa.

Persistem, contudo, fragilidades estruturais: fragmentação institucional, predominância hospitalocêntrica, menor desenvolvimento dos cuidados primários e de longa duração, níveis elevados de pagamentos diretos e dificuldades de acesso atempado.

Importa ainda recordar que a ADSE e os seguros de saúde funcionam como mecanismos de financiamento e acesso a prestadores maioritariamente privados ou sociais, sendo a sua expansão indicativa de limitações no acesso oportuno ao sistema público.

2. Avaliação comparativa à luz da bioética pública

O princípio da autonomia exige que os cidadãos disponham de condições institucionais que lhes permitam tomar decisões informadas sobre a sua saúde e aceder aos cuidados em tempo útil. Neste plano, o sistema neerlandês oferece condições mais favoráveis ao exercício efetivo da autonomia. A cobertura universal por médico de família, a centralidade dos cuidados primários e a disponibilidade de informação comparável sobre prestadores e seguradoras permitem maior previsibilidade na utilização do sistema.

Em Portugal, a inexistência de médico de família para uma parte significativa da população, as dificuldades de navegação no sistema e algum desconhecimento de direitos, como a segunda opinião médica, limitam esse exercício. A autonomia não se reduz, assim, à liberdade formal de escolha, dependendo de condições organizacionais que permitam compreender e utilizar o sistema de saúde de forma efetiva.

O princípio da beneficência exige que os sistemas maximizem os benefícios clínicos produzidos pelos recursos disponíveis. Em vários indicadores, como a mortalidade tratável e a sobrevivência após eventos cardiovasculares, os resultados dos Países Baixos revelam-

se globalmente mais favoráveis. A esperança de vida saudável em idades avançadas é também superior, sugerindo uma maior capacidade de converter recursos em ganhos de saúde ao longo do ciclo de vida.

Portugal apresenta, conforme evidenciado anteriormente, desempenhos de excelência em áreas como a transplantação e a vacinação, evidenciando a competência técnica dos profissionais e a capacidade do sistema quando existem estruturas organizativas adequadas. Ainda assim, diferenças observadas em internamentos evitáveis, acesso atempado e indicadores de atividade sugerem limitações organizacionais na utilização dos recursos disponíveis. O desafio português reside, assim, não apenas no financiamento, mas na capacidade de transformar recursos em ganhos efetivos de saúde.

O princípio da não-maleficência implica evitar danos evitáveis. Nos Países Baixos, indicadores relacionados com internamentos inapropriados, infeções associadas aos cuidados e prescrição excessiva tendem a apresentar melhores resultados. As listas de espera, embora existentes, tendem a ser mais curtas, monitorizadas e previsíveis.

Em Portugal, fenómenos como os internamentos sociais e os tempos de espera prolongados podem originar agravamentos evitáveis do estado de saúde e sofrimento adicional. Nestes casos, o dano decorre de limitações organizacionais que atrasam o acesso ao tratamento. A não-maleficência exige, assim, não apenas qualidade técnica, mas acesso em tempo clinicamente adequado.

A justiça distributiva exige que o acesso aos cuidados não dependa da posição socioeconómica. Nos Países Baixos, os pagamentos diretos representam cerca de 12% da despesa total em saúde, enquanto em Portugal ultrapassam 29%, com maior incidência de despesas catastróficas.

Esta diferença está associada a uma segmentação do acesso, em que cidadãos com seguro privado ou acesso à ADSE conseguem contornar limitações do setor público. O desafio consiste em evitar que a capacidade financeira se converta numa vantagem sistemática no acesso aos cuidados, comprometendo a equidade de um sistema formalmente universal.

A justiça procedimental refere-se à legitimidade e transparência das decisões sobre a distribuição de recursos. Nos Países Baixos, o pacote básico de benefícios é definido com base em avaliações explícitas, com critérios publicamente fundamentados.

Em Portugal as listas de espera tendem a funcionar como mecanismo implícito de racionamento, com critérios pouco transparentes e incumprimento recorrente dos tempos máximos de resposta, o que fragiliza a legitimidade das decisões.

A justiça intergeracional exige que as políticas considerem a sustentabilidade futura. Os Países Baixos apresentam indicadores mais favoráveis neste domínio, nomeadamente pelo investimento em cuidados de longa duração, que representa cerca de 29% da despesa em saúde, face a cerca de 5% em Portugal.

O contexto português é mais exigente, marcado pelo envelhecimento populacional e por restrições orçamentais associadas à dívida pública. A sustentabilidade financeira assume, assim, uma dimensão ética, envolvendo escolhas sobre a distribuição de recursos entre gerações presentes e futuras.

A investigação permite afirmar, de forma fundamentada, que as diferenças estruturais entre os dois modelos de organização dos sistemas de saúde se refletem de forma direta e consistente nos indicadores comparáveis de desempenho.

O sistema neerlandês, caracterizado por maior coerência institucional, melhor articulação entre níveis de cuidados, maior transparência decisória e proteção financeira mais efetiva das famílias, apresenta resultados globalmente superiores nos planos do estado de saúde, da eficiência, da equidade e da capacidade de resposta. A avaliação comparativa à luz da bioética pública revela igualmente uma vantagem global nos princípios analisados.

A coerência na distribuição de responsabilidades entre financiadores, reguladores e prestadores, a articulação funcional entre níveis de cuidados e a transparência nos processos de decisão contribuem para uma utilização mais eficiente e equitativa dos recursos disponíveis.

Portugal dispõe, contudo, de ativos funcionais relevantes — um Serviço Nacional de Saúde universal, profissionais altamente qualificados e desempenhos de excelência em áreas específicas — que constituem uma base sólida para a realização de reformas institucionais. O desafio central que emerge desta investigação não consiste em abandonar a matriz universal do SNS, mas em garantir que a universalidade formal do direito à saúde se traduza em igualdade substantiva no acesso atempado e de qualidade aos cuidados de saúde para todos os cidadãos.

3. Implicações para as políticas de saúde

A análise comparativa desenvolvida no Capítulo V e a avaliação normativa anterior permitem identificar várias implicações relevantes para o desenho institucional das políticas de saúde.

Em primeiro lugar, o desempenho dos sistemas de saúde depende menos do volume de recursos e mais da sua organização institucional. Os sistemas com regras claras de responsabilização, boa articulação entre níveis de cuidados e transparência tendem a apresentar melhores resultados em eficiência, equidade e qualidade.

Em segundo lugar, os cuidados de saúde primários assumem um papel central. Quando funcionam como porta de entrada e coordenação clínica, orientam melhor o percurso dos doentes e reduzem a pressão hospitalar; quando essa função é limitada, o sistema torna-se mais hospitalocêntrico e menos eficiente.

Em terceiro lugar, destaca-se a crescente importância dos cuidados de longa duração num contexto de envelhecimento demográfico. A sua insuficiência pode comprometer a eficiência e a qualidade dos cuidados, levando, por exemplo, a internamentos prolongados e à utilização inadequada de recursos hospitalares.

4. Recomendações para Portugal

A análise comparativa evidencia que a principal fragilidade ética do sistema português não reside apenas na disponibilidade de recursos, mas na dificuldade em assegurar acesso a tratamento em tempo clinicamente adequado para todos os cidadãos.

Embora o Serviço Nacional de Saúde garanta cobertura universal, a persistência de listas de espera prolongadas gera desigualdades no acesso. Quem dispõe de meios complementares — como seguros de saúde ou ADSE — consegue recorrer ao setor privado, enquanto os restantes permanecem sujeitos a tempos de espera frequentemente superiores ao recomendado.

À luz da teoria da justiça e dos princípios da bioética pública, esta situação levanta uma questão central: segundo o “véu de ignorância” de John Rawls, dificilmente se escolheria um sistema em que o acesso dependesse da capacidade económica ou do vínculo profissional.

Assim, o princípio orientador das recomendações consiste em assegurar que a universalidade formal do direito à saúde se traduza em igualdade efetiva no acesso aos cuidados, garantindo que nenhum cidadão fica privado de tratamento necessário por depender apenas do sistema público.

Este princípio não implica eliminar a pluralidade institucional existente, bem enraizada na sociedade portuguesa, mas sim reforçar a articulação entre os setores público, privado e social, preservando o papel do Serviço Nacional de Saúde como garante último do acesso.

À luz deste princípio orientador, apresentam-se seis eixos de recomendações de política pública para reforçar o desempenho do sistema de saúde português, respondendo às fragilidades identificadas e respeitando as características institucionais do Serviço Nacional de Saúde.

4.1 Garantia de acesso em tempo clinicamente aceitável

Uma das principais fragilidades do sistema português reside na dificuldade em assegurar acesso a tratamento em tempo clinicamente adequado.

Apesar da cobertura universal, as listas de espera prolongadas geram desigualdades: quem dispõe de recursos ou seguros recorre ao setor privado, enquanto os restantes enfrentam tempos de espera frequentemente superiores ao recomendado.

Recomenda-se a criação de mecanismos que garantam acesso atempado, incluindo o recurso subsidiário a prestadores privados ou sociais convencionados, com financiamento público e supervisão adequada. O objetivo é reforçar o SNS como garante último do acesso, assegurando igualdade efetiva.

4.2 Reforço dos cuidados de saúde primários

A evidência comparativa mostra que os cuidados de saúde primários são essenciais para o bom desempenho dos sistemas de saúde. Em Portugal persistem fragilidades, como a falta de médico de família para parte da população e dificuldades na gestão de doenças crónicas. Recomenda-se reforçar o acesso ao médico de família, valorizar a autonomia das equipas e fortalecer a sua função de coordenação, promovendo também equipas multidisciplinares e melhor integração de informação clínica.

4.3 Desenvolvimento dos cuidados de longa duração

O envelhecimento demográfico aumenta a necessidade de cuidados continuados. A capacidade da RNCCI permanece limitada, contribuindo para internamentos prolongados por falta de alternativas.

Recomenda-se expandir a rede de cuidados continuados, desenvolver modelos de financiamento estáveis e reforçar parcerias com o setor social, assegurando respostas adequadas à dependência e à dignidade dos utentes.

4.4 Melhoria da coordenação institucional

A fragmentação institucional no sistema português constitui uma fragilidade relevante. Embora a coexistência de vários atores não constitua, em si mesma, um problema, faltam mecanismos eficazes de coordenação entre eles. Recomenda-se reforçar a articulação entre níveis de cuidados, clarificar responsabilidades e promover maior integração entre prestadores, melhorando a continuidade assistencial e a eficiência do sistema.

4.5 Reforço da proteção financeira das famílias

A proteção financeira das famílias é uma dimensão central da justiça no acesso à saúde. Em Portugal, os pagamentos diretos continuam a ter um peso significativo, aumentando o risco de despesas catastróficas, sobretudo nos agregados de menor rendimento. Recomenda-se

reforçar os mecanismos de proteção financeira, limitando a exposição a custos no acesso a cuidados essenciais e alargando a cobertura pública, de modo a reduzir desigualdades e garantir que o acesso à saúde não depende da capacidade económica.

4.6 Eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde

Num contexto de envelhecimento e restrições orçamentais, a sustentabilidade do sistema depende da eficiência na utilização dos recursos. Existem margens de melhoria na gestão hospitalar, na articulação entre níveis de cuidados e na organização do trabalho clínico. Recomenda-se reforçar a avaliação do desempenho, adotar modelos de financiamento orientados para resultados em saúde e melhorar a integração dos sistemas de informação clínica. A sustentabilidade deve ser entendida como uma exigência ética de justiça intergeracional.

5. Recomendações para os Países Baixos

Embora o sistema de saúde neerlandês apresente bons resultados, a experiência desde a reforma de 2006 permite identificar alguns domínios de melhoria, nomeadamente em termos de equidade, eficiência e sustentabilidade. As recomendações não visam alterar a arquitetura do modelo, baseado na concorrência regulada com seguro obrigatório universal, mas sim aperfeiçoá-lo.

5.1 Equidade e proteção financeira

O sistema neerlandês combina seguro obrigatório com um dedutível anual para a sustentabilidade, mas pode ter efeitos regressivos, penalizando famílias com menores rendimentos ou maiores necessidades de saúde. Recomenda-se introduzir maior progressividade no dedutível ou a sua redução para grupos vulneráveis, como doentes crónicos ou agregados de baixos rendimentos, preservando o seu efeito moderador.

5.2 Regulação do mercado segurador

As seguradoras desempenham um papel central como compradoras de cuidados, mas o mercado tem vindo a concentrar-se em poucos grandes grupos. Esta evolução exige reforço da supervisão regulatória, garantindo que o poder de mercado das seguradoras não compromete a diversidade da oferta nem o equilíbrio nas relações com os prestadores.

5.3 Cooperação entre prestadores e qualidade dos cuidados

A experiência neerlandesa mostra que os ganhos de qualidade resultam tanto da concorrência como da cooperação clínica. A crescente complexidade dos cuidados exige maior coordenação entre instituições e profissionais. Recomenda-se o desenvolvimento de redes de cooperação, sobretudo em áreas altamente especializadas, assegurando regulação e transparência adequadas.

5.4 Transparência e informação para os cidadãos

O funcionamento do sistema depende de elevados níveis de transparência e de informação acessível. Muitos utentes têm dificuldade em comparar seguros ou avaliar a qualidade dos prestadores. Recomenda-se reforçar a disponibilização de informação clara sobre desempenho, qualidade e cobertura, facilitando escolhas informadas e reforçando a confiança no sistema.

6. Observações finais

A análise comparativa procurou responder à questão de como as diferenças institucionais entre os sistemas de saúde de Portugal e dos Países Baixos se refletem no seu desempenho, à luz dos princípios da bioética pública.

Os resultados indicam que o sistema neerlandês apresenta, de forma consistente, melhores desempenhos em acesso atempado, proteção financeira e organização dos cuidados primários e de longa duração. Estas diferenças resultam menos do volume de recursos e mais de uma arquitetura institucional mais coerente e mais bem articulada.

O caso português evidencia, por sua vez, fragilidades associadas à fragmentação institucional, à insuficiente capacidade dos cuidados primários, à limitada oferta de cuidados continuados e a dificuldades no acesso atempado, com impactos na eficiência e equidade.

A análise à luz da bioética pública reforça esta leitura: apesar da cobertura universal, as dificuldades de acesso podem comprometer princípios como a beneficência, a não-maleficência e a justiça distributiva.

As recomendações apresentadas procuraram responder a estas limitações. Em Portugal, focam-se no reforço organizacional do sistema, enquanto nos Países Baixos incidem em ajustes para melhorar a equidade, a transparência e a coordenação.

Em termos gerais, a comparação evidencia que o desempenho dos sistemas de saúde depende não apenas dos recursos disponíveis, mas da forma como são organizados e utilizados. A coordenação entre níveis de cuidados, a clareza das responsabilidades e a transparência são determinantes para transformar recursos em ganhos efetivos de saúde.

Assim, uma das principais conclusões é que reformas institucionais orientadas para melhorar a organização e coordenação podem gerar ganhos significativos em eficiência, equidade e qualidade, mesmo em contextos de restrição orçamental.

A principal conclusão deste estudo é que a equidade no acesso à saúde não depende apenas da consagração formal de direitos, mas da capacidade efetiva dos sistemas em os tornar operacionais em tempo clinicamente relevante.

Referências Bibliográficas

- ACSS** – *Monitorização Mensal da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* – novembro de 2025. <https://www.acss.min-saude.pt>
- ADSE – INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA.** *Plano de Atividades 2025*. Lisboa: ADSE, I.P., 2025.
- AKERLOF, George A.** – *The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. Quarterly Journal of Economics. Cambridge. Vol. 84, n.º 3 (1970), p. 488–500. DOI: <https://doi.org/10.2307/1879431>
- ARROW, Kenneth J.** – *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review. Nashville. Vol. 53, n.º 5 (1963), p. 941–973. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1812044>
- ASF – AUTORIDADE DE SUPERVISÃO DE SEGUROS E FUNDOS DE PENSÕES** – *Observatório dos Seguros de Saúde*. Disponível em: <https://observatoriosegurossaude.pt/>
- BAKX, Pieter; VAN DOORSLAER, Eddy; WOUTERSE, Bram** – *Long-Term Care in the Netherlands*. NBER Working Paper n.º 31823. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3386/w31823>
- BARROS, P.P.** – *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina, 4.ª ed., 2023.
- BARROS, P.P. , & GARCÍA-RAMÍREZ, José A.** – *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Portugal*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 2025.
- BAUMOL, William J.; BOWEN, William G.** – *Performing Arts: The Economic Dilemma*. New York: Twentieth Century Fund, 1966. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0770451800055287>
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.** – *Principles of Biomedical Ethics*. 8.ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2019.

- BLUMENTHAL, David; GUMAS, Evan D.; SHAH, Arnav; GUNJA, Munira Z.; WILLIAMS II, Reginald D.** – *Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System – Comparing Performance in 10 Nations*. Nova Iorque: The Commonwealth Fund, 2024. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications>
- BOOSKE, Bridget C.; ATHENS, Jessica K.; KINDIG, David A.; PARK, Hyojun; REMINGTON, Patrick L.** – *Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health*. Madison: University of Wisconsin Population Health Institute, 2010.
- CÂMARA MUNICIPAL DE PAREDES.** – *Apontamentos da Nossa História: Médico de Partido Municipal – séculos XIX–XX*, 2023.
- CFP – CONSELHO DAS FINANÇAS PÚBLICAS.** *O Sistema de Saúde Português em Perspetiva Internacional: Análise Comparativa*. Conselho das Finanças Públicas, 2025.
- COMISSÃO EUROPEIA; OCDE** – *Portugal: Country Health Profile 2025 – State of Health in the EU*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2025.
- COMPANJE, Karel P.; HENDRIKS, Rob H. M.; VERAGHTERT, Karel F. E.; WIDDERSHOVEN, Bernadette E. M.** – *Two Centuries of Solidarity: German, Belgian and Dutch Social Health Insurance, 1770–2008*. 1.^a ed. Londres: Routledge, 2010. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003708780>
- CULYER, Anthony J.** – *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision*. Oxford Review of Economic Policy, Vol. 5(1), 34–58, 1989. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23606197>
- DANIELS, Norman** – *Just Health Care: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press, 2008.
- DANIELS, Norman; SABIN, James E.** – *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- DE SWAAN, Abram** – *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- DEKKER, Wisse** – *Bereidheid tot verandering [Disponibilidade para a mudança]*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.
- DGS – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.** *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. Direção-Geral da Saúde, 2022.

- ENTHOVEN, Alain C.** – *Managed Competition of Alternative Delivery Systems*. Journal of Health Politics, Policy and Law. Durham. Vol. 13, n. 2 (1988), pp. 305–321. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-13-2-305>
- ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.** *Acesso aos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde*. ERS, 2025.
- ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.** *Cuidados de Saúde Primários – Qualidade e Eficiência nas UCSP e USF*. ERS, 2024.
- ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.** *Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público*. ERS, 2024.
- ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.** *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. ERS, 2025.
- ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.** *Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde no 1.º Semestre de 2025*. ERS, 2025.
- ESTEVES, Alexandra** – *Os Hospitais em Portugal no Século XIX e na Primeira Metade do Século XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro. Vol. 31, n. 1 (2024). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100038>
- EUROSTAT** – *Statistics Explained*. Luxemburgo: Comissão Europeia. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
- EUROPEAN SOCIAL POLICY NETWORK** – *Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: The Netherlands*. Bruxelas: European Commission, 2018.
- FERREIRA, Fernando A.** – *História da Saúde e da Assistência Médica em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.
- GASH, Tom; ROOS, Theo** – *Choice and Competition in Public Services: Learning from History*. Londres: Institute for Government, 2012.
- GROSSMAN, Michael** – *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. Journal of Political Economy. Chicago. Vol. 80, n. 2 (1972), pp. 223–255. DOI: <https://doi.org/10.1086/259880>
- HOUWAART, Eduard S.** – *De Hygiënisten: artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840–1890*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1991.
- INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.** *Estatísticas da Saúde 2023*. INE, 2025.

- JEURISSEN, Patrick; MAARSE, Hans** – *The Market Reform in Dutch Health Care: Results, Lessons and Prospects*. Bruxelas: European Observatory on Health Systems and Policies, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577820/>
- JORNAL DE NOTÍCIAS** – *Hospitais atingem o maior número de sempre de internamentos sociais*. Jornal de Notícias. Porto, 16 abril 2025.
- KRONEMAN, Madelon; BOERMA, Wienke; VAN DEN BERG, Michael; GROENEWEGEN, Peter; DE JONG, Judith; VAN GINNEKEN, Ewout** – *The Netherlands: Health System Review*. Health Systems in Transition. Copenhaga. Vol. 18, n. º 2 (2016).
- LE GRAND, Julian** – *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- LEGATUM INSTITUTE** – *The 2023 Legatum Prosperity Index*. Disponível em: <https://www.prosperity.com>
- LOPES, Maria A.** – *Pobreza, Assistência e Controlo Social em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- MARMOT, Michael** – *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. Londres: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, 2010. Disponível em: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- MARMOT, Michael; ALLEN, Jessica; BELL, Ruth; BLOOMER, Ellen; GOLDBLATT, Peter** – *WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide*. The Lancet, Vol. 380, n. º 9846, pp. 1011–1029, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- MARMOT, Michael; FRIEL, Sharon; BELL, Ruth; HOUWELING, Tanja A. J.; TAYLOR, Sebastian** – *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. The Lancet, Vol. 372, n. º 9650, p. 1661–1669, 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- MASLOW, Abraham H.** – *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review. Washington, DC. Vol. 50, n. º 4 (1943), pp. 370–396. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- MCGUIRE, Thomas G.** – Physician Agency. In **CULYER, Anthony J.; NEWHOUSE, Joseph P.** (eds.) – *Handbook of health economics*. Vol. 1A. Amsterdam: Elsevier, 2000, pp. 461–536. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80167-8](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80167-8)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE** – *Relatório e Contas*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2024.

- NEWHOUSE, Joseph P.; THE INSURANCE EXPERIMENT GROUP** – *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.
- NUNES, Rui** – *Healthcare as a Universal Human Right: Sustainability in Global Health*. Londres: Routledge, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003241065>
- OCDE** – *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. Paris: OCDE Publishing, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>
- OCDE** – *Government at a Glance 2025*. Paris: OCDE Publishing, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1787/0efd0bcd-en>
- OCDE** – *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OCDE Publishing, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- OCDE** – *OECD Economic Surveys: Netherlands 2025*. Paris: OCDE Publishing, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1787/2dd1f4aa-en>
- OCDE** – *OECD Economic Surveys: Portugal 2026*. Paris: OCDE Publishing, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1787/025b3445-en>
- OCDE & Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde** – *Portugal: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU, 2025*.
- OCDE & Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde** – *Portugal: Health System Summary, 2024*.
- OCDE & Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde** – *The Netherlands: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU, 2025*.
- OCDE & Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde** – *The Netherlands: Health System Summary, 2024*.
- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde** – *E agora? Relatório de Primavera*. Lisboa: OPSS, 2024.
- O'NEILL, Onora** – *A Question of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- PAULY, Mark V.** – *The Economics of Moral Hazard: Comment*. American Economic Review. Nashville. Vol. 58, n. º 3 (1968), pp. 531–537. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1813785>

PlanAPP – *A Força de Trabalho do SNS e do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira: Análise Comparativa*. Lisboa: PlanAPP, 2025.

PlanAPP; Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública – *Estudo sobre a Sustentabilidade Financeira da ADSE – 1.º Relatório*. Lisboa: PlanAPP, 2023.

PRZEWORSKI, Adam, & TEUNE, Henry – *The Logic of Comparative Social Inquiry*. Nova Iorque: Wiley-Interscience, 1970.

QUENTIN, Wilm, PARTANEN, Vesa-Matti, BROWNWOOD, Ian, & KLAZINGA, Niek – Measuring Healthcare Quality. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.

RADIS – *Relatório de Avaliação de Desempenho e Impacto do Sistema de Saúde*. Lisboa: RADIS, 2025.

RAND Corporation – *The Health Insurance Experiment: A classic RAND study speaks to the current health care reform debate (Research Brief RB-9174-HHS)*. 2006. <https://www.rand.org>

RAWLS, John – *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971.

RAWLS, John – *Justice as Fairness: A Restatement*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.

SÁ, Isabel G.; LOPES, Maria A. – *História Breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

SCHROEDER, Steven A. – *We Can Do Better: Improving the Health of the American People*. New England Journal of Medicine. Boston. Vol. 357, n.º 12 (2007), pp. 1221–1228. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMs073350>

SCHUT, Frederik T.; VAN DE VEN, Wynand P. M. M. – *Effects of Purchaser Competition in the Dutch Health System*. Health Economics, Policy and Law. Cambridge. Vol. 6, n.º 1 (2011), pp. 1–29. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133109990189>

SEN, Amartya – *Inequality Reexamined*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

SEN, Amartya – *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

SEN, Amartya – *The Idea of Justice*. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

SIMÕES, Jorge – *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*. Coimbra: Almedina, 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constitution of the World Health Organization*. Nova Iorque: Nações Unidas, 1946.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6–12, 1978.
<https://www.who.int>

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constitution of the World Health Organization*. Official records of the World Health Organization. Genebra, n.º 2, 1948, pp. 100–102.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2.ª ed. Richard Wilkinson; Michael Marmot (Eds.). Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Health Expenditure Database*. Genebra: WHO, 2024.

WORLD POPULATION REVIEW – *Euro Health Consumer Index by Country*. Disponível em:
<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/euro-health-consumer-index-by-country>

ZORGINSTITUUT NEDERLAND – *Healthcare in the Netherlands*. Diemen: ZIN, [s.d.].
Disponível em <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>

Anexos

Tabela 1 — Organograma do Ministério da Saúde em março de 2026

Administração Direta do Estado	Serviço Nacional de Saúde – Setor Público Empresarial
Secretaria-Geral do Ministério da Saúde Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) Direção-Geral da Saúde	Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, EPE Unidade Local de Saúde do Alto Alve, EPE Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, EPE Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, EPE Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, EPE Unidade Local de Saúde de Braga, EPE Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, EPE Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, EPE Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, EPE Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, EPE Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, EPE Unidade Local de Saúde da Lezíria, EPE Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, EPE Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, EPE Unidade Local de Saúde do Noroeste, EPE Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE Unidade Local de Saúde da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE Unidade Local de Saúde de São João, EPE Unidade Local de Saúde de São José, EPE Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, EPE Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Administração Indireta do Estado	
Administração Central do Sistema de Saúde, IP Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, IP INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP Instituto Nacional de Emergência Médica, IP Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, IP)	
Entidade Reguladora	
Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	
Órgãos Consultivos	
Conselho Nacional de Saúde Conselho Nacional de Saúde Mental	
Setor Público Empresarial	
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE	
Associações participadas pelo Estado	
Serviço de Utilização Comum dos Hospitais	

SETOR PÚBLICO, PRIVADO, SOCIAL E COOPERATIVO
<i>está sujeito a:</i> ERS – regula e autoriza atividade IGAS – inspeciona DGS – define normas clínicas ACSS – audita convenções INFARMED – autoriza medicamentos e dispositivos

Serviço Nacional de Saúde – Setor Público Administrativo
Serviço Nacional de Saúde – Serviços Descontrados das Administrações Regionais de Saúde
Hospitais em parceria público-privada (PPP)
Hospital de Cascais Doutor José de Almeida
Hospitais geridos pelas Misericórdias
Hospital de S. Paulo – Serpa Hospital Luciano de Castro – Anadia Hospital São José – Fafe

Fonte: Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 2 — Sistema de Saúde em Portugal

SISTEMA SAUDE EMPORTUGAL INE2023	Publico	Privado	Total	Peso privado
Hospitais	112	130	242	54%
Camas Internamento	24 254	11 459	35 713	32%
Equipamento radiologia	326	474	800	59%
Equipamento Medicina Nuclear	21	11	32	34%
Outro equipamento	221	312	533	59%
Medicos nos Hospitais	23 864	1 152	25 016	5%
Medicos inscritos Ordem			62 132	
Medicos Dentista Ordem			12 067	
Enfermeiros	43 930	5 829	49 759	12%
Outro pessoal	56 709	20 367	77 076	26%
Internamento hospitais gerais	794 975	292 164	1 087 139	27%
Dias internamento hospitais gerais	6 817 279	912 485	7 729 764	12%
Dias internamento por utente	8,6	3,1	7,1	
Consultas	14 077 739	9 060 756	23 138 495	39%
Cirurgias	954 008	399 647	1 353 655	30%
Pequenas cirurgias	115 384	66 642	182 026	37%
Urgencias	6 526 926	1 545 998	8 072 924	19%
Actos complementares diagnostico	56 255 834	16 381 610	72 637 444	23%
Analises clinicas	122 995 861	15 021 496	138 017 357	11%
Partos totais	69 556	15 485	85 041	18%
Partos cesariana	22 601	9 881	32 482	30%
Peso cesarianas nos partos	32%	64%	38%	
Farmacias			3118	
Medicamentos comparticados			8967	
a 90%			1997	64%
Sistema nervoso central			1440	
a 69%			3332	107%
Aparelho cardiovascular			1961	
a 37%			3638	117%
Sistema nervoso central			1369	

Fonte: INE, 2023.

Tabela 3 — Camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

	IPSS	Particular/Privado	SCM — Misericórdias	SNS	TOTAL
ECCI				6893	6893
UC	377	502	427	190	1496
ULDm	1250	1059	2889		5198
UMDR	930	911	1491		3332
TOTAL	2557	2472	4807	7083	16919

Notas: ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados — ao domicílio), UC (Unidade de Convalescença), ULDM (Unidade de Longa Duração e Manutenção), UMDR (Unidade Média Duração e Reabilitação).

Fonte: Elaboração própria, através de dados da RNCCI.

Tabela 4 — Despesa pública por função como percentagem do PIB, 2023

Country	General public services	Defence	Public order and safety	Economic affairs	Environmental protection	Housing and community amenities	Health	Recreation, culture and religion	Education	Social protection
Australia	4.3	2.3	2.0	5.3	0.9	0.6	7.6	0.9	5.7	10.6
Austria	5.7	0.6	1.4	7.4	0.6	0.4	9.1	1.2	4.9	21.4
Belgium	6.8	0.9	1.7	6.8	1.2	0.4	7.9	1.2	6.3	20.1
Chile	2.8	0.8	1.7	2.8	0.2	0.9	5.5	0.5	4.5	8.6
Colombia	11.7	1.0	2.2	4.1	0.6	0.7	11.3	0.7	3.8	12.1
Costa Rica	4.1	0.0	2.4	2.4	0.3	0.6	6.5	0.2	6.6	8.1
Czechia	4.6	1.2	1.8	6.4	0.8	0.9	8.9	1.3	4.5	13.5
Denmark	5.8	1.8	0.9	2.9	0.4	0.2	8.2	1.5	5.5	19.5
Estonia	4.2	2.7	1.9	4.9	0.7	0.5	6.5	2.0	6.3	13.5
Finland	6.6	1.4	1.2	4.6	0.2	0.5	7.6	1.7	6.3	25.7
France	6.2	1.8	1.7	6.3	1.0	1.3	8.9	1.5	5.0	23.4
Germany	6.1	1.1	1.6	5.8	0.6	0.5	7.5	1.0	4.5	19.7
Greece	8.2	2.2	1.9	5.9	1.5	0.4	5.8	1.1	4.0	18.5
Hungary	10.2	1.9	1.7	9.2	0.6	1.6	4.0	2.6	5.2	12.2
Iceland	8.8	0.1	1.6	4.9	0.7	0.6	8.2	3.0	6.7	10.8
Ireland	2.2	0.2	0.8	2.0	0.4	0.6	5.2	0.5	2.8	8.1
Israel	4.7	6.1	1.5	2.9	0.6	-0.2	5.2	1.4	6.5	11.3
Italy	7.4	1.2	1.7	5.8	0.9	4.3	6.5	0.8	3.9	21.1
Japan	3.6	1.1	1.2	4.9	1.1	0.6	8.1	0.4	3.2	16.1
Korea	4.9	2.6	1.2	5.7	1.1	1.2	5.6	1.0	4.8	9.0
Latvia	3.9	3.1	2.6	6.4	0.5	0.9	5.3	1.3	6.1	13.5
Lithuania	3.4	2.5	1.2	3.3	0.5	0.7	5.3	1.2	5.1	14.0
Luxembourg	5.5	0.5	1.3	6.2	1.1	0.6	5.5	1.3	5.0	19.8
Netherlands	3.6	1.3	1.8	5.1	1.5	0.6	7.0	1.1	4.9	16.2
Norway	5.0	1.8	1.0	5.6	1.0	0.8	8.0	1.5	4.6	17.5
Poland	4.9	2.0	2.3	7.5	0.7	0.7	5.7	1.3	4.9	16.8
Portugal	5.8	0.8	1.6	4.4	0.8	0.5	6.7	0.9	4.3	16.6
Slovak	5.5	1.2	2.4	7.4	0.9	0.5	6.6	1.1	5.0	17.5
Slovenia	4.6	1.2	1.6	6.3	0.9	0.5	7.4	1.5	5.4	17.0
Spain	5.7	0.9	1.8	5.0	1.0	0.5	6.6	1.2	4.2	18.5
Sweden	5.2	1.8	1.4	5.0	0.6	0.8	7.3	1.4	7.2	18.7
Switzerland	4.2	0.9	1.6	3.9	0.5	0.2	2.2	1.0	5.6	13.1
United Kingdom	6.4	2.2	2.2	4.9	0.7	0.9	8.7	0.6	4.8	15.4
United States	6.9	3.0	1.9	3.2	0.0	0.5	10.1	0.2	5.4	7.9
OECD	6.0	2.2	1.7	4.6	0.5	0.8	8.4	0.7	4.9	13.4
OECD-EU	5.9	1.3	1.7	5.8	0.8	1.2	7.2	1.2	4.7	19.3
Bulgaria	3.2	1.5	2.6	5.7	0.7	1.0	5.5	0.8	4.1	13.8
Croatia	4.8	1.3	2.2	7.8	0.8	1.6	7.8	2.0	5.3	13.0
Romania	5.4	1.7	2.7	6.5	0.7	1.5	4.7	1.0	3.3	12.8

Fontes: *OECD National Accounts Statistics*; Eurostat — *Government Finance Statistics*.

Tabela 5 — Índice Europeu do Consumidor em Saúde

COUNTRY	EURO HEALTH CONSUMER INDEX (EHCI) SCORE ↓
 Switzerland	893
 Netherlands	883
 Norway	857
 Denmark	855
 Belgium	849
 Finland	839
 Luxembourg	809
 Sweden	800
 Austria	799
 Iceland	797
 France	796
 Germany	785
 Portugal	754

Fonte: *Health Consumer Powerhouse, 2019 — EHCI, 2018*.

Tabela 6 — Índice de Prosperidade *Legatum*, posições 1—26

2013 rank	2022 rank	2023 rank	Country	Safety and Security	Personal Freedom	Governance	Social Capital	Investment Environment	Enterprise Conditions	Infrastructure and Market Access	Economic Quality	Living Conditions	Health	Education	Natural Environment
4	1	1	Denmark	6	2	3	1	8	8	9	7	2	16	5	5
1	3	2	Sweden	10	4	7	4	6	15	7	8	3	9	8	1
2	2	3	Norway	3	1	2	3	9	14	20	5	4	7	10	9
5	4	4	Finland	15	3	1	7	2	12	10	20	7	15	2	2
3	5	5	Switzerland	2	12	4	12	12	1	11	2	5	10	4	6
6	6	6	Netherlands	9	5	5	8	3	9	3	10	1	11	6	39
8	7	7	Luxembourg	1	6	8	18	20	4	6	6	6	12	36	10
14	9	8	Iceland	8	7	10	5	19	20	19	21	10	8	11	13
9	8	9	Germany	19	9	9	20	21	6	5	11	8	13	19	12
7	10	10	New Zealand	32	11	6	2	7	21	23	22	30	25	18	11
15	11	11	Ireland	11	8	13	16	14	16	24	4	19	23	12	17
10	12	12	United Kingdom	21	17	15	15	10	10	12	15	9	34	14	22
13	14	13	Canada	18	14	12	10	13	13	15	32	13	32	17	20
11	13	14	Austria	12	15	14	14	16	19	14	25	21	22	22	7
12	15	15	Australia	20	20	11	6	22	24	28	23	15	21	7	19
19	16	16	Japan	5	27	17	141	5	5	8	28	17	2	13	15
18	17	17	Singapore	7	107	18	21	4	11	1	1	14	1	1	87
20	20	18	Belgium	30	10	16	23	11	25	17	27	18	18	15	35
17	22	19	United States	69	29	23	9	17	3	4	16	29	69	20	28
22	19	20	Taiwan, China	4	26	20	44	23	7	34	12	31	4	16	73
23	21	21	Estonia	28	13	19	34	28	23	32	14	22	37	21	8
16	18	22	Hong Kong	16	98	28	68	1	2	2	3	27	14	9	30
21	23	23	France	38	28	21	43	18	18	16	30	20	20	28	14
24	24	24	Spain	24	21	27	11	24	27	13	52	11	26	30	34
28	27	25	Czechia	13	22	32	36	26	42	40	17	24	28	31	27
29	28	26	Portugal	29	16	24	29	29	31	18	46	23	40	39	32

Fonte: *Prosperity Institute*, 2023.

Tabela 7 — Classificação do desempenho dos sistemas de saúde

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Overall Ranking	1	7	5	9	2	4	6	8	3	10
Access to Care	9	7	6	3	1	5	4	8	2	10
Care Process	5	4	7	9	3	1	10	6	8	2
Administrative Efficiency	2	5	4	8	6	3	7	10	1	9
Equity	1	7	6	2	3	8	—	4	5	9
Health Outcomes	1	4	5	9	7	3	6	2	8	10

Fonte: MIRROR, 2024.

Tabela 8 — Estado de saúde da população

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Esperança de vida à nascença	82,7	82	81,7 (UE)	State of Health 2024 (OCDE)
Esperança de vida aos 65 anos	21,1	20	20,2 (UE)	Eurostat 2023
Esperança de vida saudável aos 65 (Mulheres)	7,3	11,9	9,2 (UE)	State of Health 2022 (OCDE)
Esperança de vida saudável aos 65 (Homens)	8,6	9,3	8,9 (UE)	State of Health 2022 (OCDE)
Saúde autoavaliada "boa ou muito boa" (%)	50	70	68,0 (UE)	HAG 2025 (OCDE)
Saúde autoavaliada - baixo rendimento (%)	35	55	59,0 (UE)	HAG 2025 (OCDE)
Saúde autoavaliada - alto rendimento (%)	65	85	80,0 (UE)	HAG 2025 (OCDE)
Depressão crónica - total (%)	12,2	8,3	7,2 (UE)	Eurostat 2019
Depressão crónica - ≥65 anos (%)	19,6	6,3	8,5 (UE)	Eurostat 2019
População com 16+ anos que avalia saúde como boa/muito boa (%)	53,6	-	67,9 (UE-27)	INE, ICOR 2024; Eurostat 2023

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9 — Determinantes sociais e comportamentais de saúde

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Álcool - consumo per capita (litros)	11,9	7,8	8,5 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
População que ingere álcool diariamente (%)	20,7	8,3	8,4 (UE)	Eurostat 2019
Tabagismo diário (%)	14,2	13,2	14,8 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Obesidade (%)	15,9	14,9	19,0 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Atividade física insuficiente (%)	56	11	30,0 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Atividade física aeróbica + fortalecimento (%)	6,7	16,5	13,6 (UE)	Eurostat 2019
Consumo 5+ porções fruta/vegetais/dia (%)	14,4	29,5	12,4 (UE)	Eurostat 2019
Pessoas que usam bicicleta >10 min (%)	6,1	61,3	23,6 (UE)	Eurostat 2019
Pessoas com exercício >150 min/semana - 1º quintil (%)	11,6	57,6	26,3 (UE)	Eurostat 2019
Pessoas com exercício >150 min/semana - 5º quintil (%)	24,9	67,4	39,5 (UE)	Eurostat 2019
Pessoas com exercício >150 min/semana - ensino básico (%)	9,4	49,6	20,5 (UE)	Eurostat 2019
Pessoas com exercício >150 min/semana - ensino superior (%)	25,6	70,5	42,4 (UE)	Eurostat 2019
Obesidade - mulheres baixa educação (%)	58,4	53,9	50,3 (UE)	Eurostat 2022
Obesidade - mulheres ensino superior (%)	33,1	35,2	33,0 (UE)	Eurostat 2022

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10 — Inputs de recursos

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Despesa total em saúde per capita (USD PPP)	5.212	8.436	5.967 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Despesa total em saúde % PIB	10,2	10	9,3 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Despesa corrente em saúde (% PIB)	10	-	-	INE, Conta Satélite 2023
Crescimento despesa em 10 anos (%)	63,7	39,5	-	Eurostat 2023
Médicos por 1000 habitantes	5,8	3,9	3,9 (OCDE)	Eurostat 2023
Médicos inscritos na Ordem (n.º)	62.132	-	-	INE 2023
Médicos por 1000 habitantes (Portugal, 2025, SNS)	2,1	-	-	Portal Transparência SNS 2025
Médicos de família por 1000 habitantes	3,1	1,8	-	Eurostat 2023
Enfermeiros por 1000 habitantes	7,9	11,4	9,2 (OCDE)	Eurostat 2023
Enfermeiros ativos (n.º)	83.538	-	-	INE 2023
Enfermeiros por 1000 habitantes (Portugal, 2025, SNS)	5	-	-	Portal Transparência SNS 2025
Psiquiatras por 1000 habitantes	0,15	0,26	0,16 (UE)	Eurostat 2023
Dentistas por 1000 habitantes	1,2	0,6	-	Eurostat 2023
Farmacêuticos por 1000 habitantes	1,6	0,2	-	INE 2023
Camas hospitalares por 1000 hab	3,4	2,3	4,2 (OCDE)	Eurostat 2023
Camas hospitalares (total Portugal)	35.700	-	-	INE 2023
Taxa ocupação camas (%)	80	61	71 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
População sem médico de família (%)	14,5	1	-	Portal SNS 2024

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 11 — Outputs de resultados clínicos

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Mortalidade evitável (por 100 mil)	130	133	168 (OCDE)	State of Health 2023
Mortalidade tratável (por 100 mil)	75	59	90 (OCDE)	State of Health 2023
Mortalidade evitável antes dos 75 anos (RADIS)	213,4	-	296,2 (UE)	PORDATA 2022
Sobrevivência 30 dias - enfarte (% mortalidade)	7	5	10,0 (OCDE)	State of Health 2023
Sobrevivência 30 dias - AVC (% mortalidade)	10	9,3	14,0 (OCDE)	State of Health 2023
Mortalidade infantil (por 1000)	2,5	3,6	3,3 (UE)	HAG 2025
Óbitos infantis (n.º)	230	-	-	INE 2022
Mortalidade materna (por 100 mil)	14	3,4	10,3 (OCDE)	HAG 2025
Hospitalizações evitáveis - diabetes (por 100 mil)	50	40	110 (OCDE)	State of Health 2023

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 12 — Eficiência técnico-organizacional

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Duração média internamento (dias)	9,3	5,2	6,4 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Duração média internamento - hospitais gerais (dias)	7,1	-	-	INE 2023
Duração média internamento - hospitais especializados (dias)	50	-	-	INE 2023
Consultas presenciais por habitante/ano	3,9	10,1	6,5 (OCDE)	Eurostat 2023
Consultas totais por habitante/ano	5,3	10,1	-	Eurostat 2023
Consultas externas hospitalares (n.º)	23,1 milhões	-	-	INE 2023
Consultas por médico no ano	672	2.580	1.908 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Urgências por 100 habitantes	77	12	31 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
Atendimentos urgência (n.º)	8,1 milhões	-	-	INE 2023
% urgências em hospitais públicos	79,00%	-	-	INE 2023
% autorreferenciações urgência (2024)	64,40%	-	-	ERS 2025
% urgências não urgentes (Portugal)	40%	-	-	ERS 2025
% genéricos em volume	52	79	56 (OCDE)	HAG 2025 (OCDE)
% genéricos em valor	23	27	25 (OCDE)	HAG 2025
Polimedicação em idosos (>5 medicamentos) (%)	22	20	19 (OCDE)	HAG 2025
Cirurgias totais (n.º)	1,2 milhões	-	-	INE 2023
% cirurgias em ambulatório	87,60%	-	-	Portal SNS 2024
Cirurgias anca por 100 mil hab	114	241	198 (OCDE)	Eurostat 2022
Cirurgias joelho por 100 mil hab	83	166	156 (OCDE)	Eurostat 2022

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 13 — Acesso universal VS. Acesso efetivo

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Cobertura populacional formal	100%	100%	98% (OCDE)	HAG 2025
Utentes inscritos no SNS (2025)	10.681.987	-	-	Portal SNS 2025
Médico de família atribuído (%)	85%	99%	-	Portal SNS / CFP
Utentes sem médico de família (%)	14,50%	1%	-	Portal SNS 2024
Necessidades não satisfeitas (total)	3,90%	1,90%	3,8% (UE)	Eurostat 2024
Necessidades não satisfeitas (custo)	1,20%	0,30%	1,0% (UE)	Eurostat 2024
Necessidades não satisfeitas (lista espera)	1,20%	0,30%	1,4% (UE)	Eurostat 2024

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 14 — Gradiente socioeconómico no acesso

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Unmet needs - % população	2,50%	0,50%	3,4% (UE)	HAG 2025
Unmet needs - 1º quintil (mais pobre)	6,00%	2,00%	5,0% (UE)	HAG 2025
Unmet needs - 5º quintil (mais rico)	1,00%	0,00%	2,0% (UE)	HAG 2025
Unmet needs - risco pobreza	7,50%	4,30%	6,0% (UE)	Eurostat 2024
Unmet needs - por idade > 65 anos	3,50%	0,40%	3,3% (UE)	Eurostat 2024
Unmet needs - baixa educação	3,40%	0,90%	3,3% (UE)	Eurostat 2024
Cuidados dentários - total	9,90%	1,10%	4,6% (UE)	Eurostat 2024
Cuidados dentários - risco pobreza	32,50%	6,00%	13,6% (UE)	Eurostat 2024
População sem acesso hospital 45 min - rural	26,20%	-	16,9% (OCDE)	HAG 2025

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 15 — Seguros duplicados e ADSE

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
População com seguro de saúde voluntário (duplicado)	~40%	82%	36% (OCDE)	HAG 2025 ; RADIS 2025
População abrangida pela ADSE e subsistemas	~12%	-	-	RADIS 2025
Dupla cobertura (% total)	35%	-	10,4% (média UE)	OCDE 2023; RADIS 2025
Tem por Dificuldade de acesso a serviços do SNS	43%			Observatorio asf
Compra para redução da espera para marcações	25%			Observatorio asf
Compra por maior qualidade dos serviços no privado	10%			Observatorio asf
Satisfação global com o SNS	7%			Observatorio asf
Satisfação com o conjunto dos seguros de saúde	8%			Observatorio asf

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 16 — Equidade no financiamento e proteção financeira

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Financiamento público (% despesa total)	61,50%	82,70%	75% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Pagamentos diretos (OOP) - total	29,30%	12,00%	19% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Pagamentos diretos (% despesa total)	28,19% (2024)	-	14,9% (UE)	RADIS 2025; Eurostat 2023
OOP - medicamentos	17,40%	9,80%	18,4% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
OOP - ambulatório	44,90%	33,30%	22% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
OOP - dentista	9%	4%	16% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Despesas catastróficas (% lares)	7,50%	0,50%	-	<i>HAG 2025</i>
Despesas catastróficas - 1º quintil	5,00%	0,00%	-	<i>HAG 2025</i>
Despesas catastróficas - 5º quintil	0,10%	0,00%	-	<i>HAG 2025</i>
Pagamentos diretos % consumo famílias	4,90%	2,70%	3,2% (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Despesa per capita em medicamentos (USD PPP)	622	485	766 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
% genéricos em volume	52%	79%	56% (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
% genéricos em valor	23%	27%	25% (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Cobertura pública - medicamentos	55%	68%	59% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Cobertura pública - ambulatório	57%	79%	77% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Cobertura pública - internamento	80%	94%	91% (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Existência de stop-loss (teto máximo de despesa)	Não	385 €	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 17 — Eficácia clínica

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Mortalidade tratável (por 100 mil)	75	59	90 (OCDE)	<i>State of Health 2023</i>
Mortalidade 30 dias - enfarte (%)	7,1	2,9	6,5 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Mortalidade 30 dias - AVC (%)	9,3	5,1	7,7 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Rastreio mamografia 50-69 anos (%)	55,5	70,2	55,5 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Rastreio colorectal (% pop alvo)	17	67	47,0 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 18 — Segurança do doente

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Prescrição antibióticos (DDD/1000 hab)	18	8,8 (NL)	15,8 (OCDE)	HAG 2025
Benzodiazepinas ação prolongada (≥65 anos, por 1000)	87,1	47,1 (média OCDE)		CFP 2025
Infeções associadas a cuidados em lares (%)	5,70%	3,2% (média OCDE)		HAG 2025 ; ECDC 2023
Internamentos inapropriados - taxa (%)	11,7% (2025)	-		RADIS 2025
Internamentos inapropriados - custos anuais	95 M€	-		RADIS 2025
Utentes a aguardar vaga RNCCI (n.º)	1.751	-		RADIS 2024
Septicemia bacteriana recém-nascido (% mortes infantis)	9,10%	-		INE 2022
Consumo antidepressivos (DDD/1000 hab)	152	51		HAG 2025

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 19 — Centralidade no doente (reconhecimento)

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Cuidados de saúde de boa qualidade (doentes crónicos)	69%	92%	87%	PaRIS 2024 (OCDE)
Confiança no sistema de saúde	54%	71%	62%	PaRIS 2024 (OCDE)
Cuidados centrados na pessoa	77%	90%	87%	PaRIS 2024
Confiança em gerir própria saúde	61%	78%	59%	PaRIS 2024
Coordenação dos cuidados	49%	49%	59%	PaRIS 2024
Seguido pelo mesmo profissional (5+ anos)	50%	73%	58%	PaRIS 2024
Utentes que se sentem perdidos no SNS	50%	-	-	RADIS 2025
Dificuldade em marcar consultas/exames	61%	-	-	RADIS 2025
Doentes crónicos com contacto de apoio	57%	-	-	RADIS 2025
Doentes crónicos com contacto direto do médico	26%	-	-	RADIS 2025
Desconhecem direito a segunda opinião	30%	-	-	RADIS 2025
Desconhecem Carta dos Direitos do Doente	41%	-	-	RADIS 2025
Convocatória para rastreio cancro colo útero	27%	-	-	RADIS 2025
Convocatória para rastreio cancro colorretal	28%	-	-	RADIS 2025

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 20 — Listas de espera

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Tempo espera catarata (dias)	120	65	-	<i>State of Health 2023</i>
Tempo espera anca (dias)	150	55	-	<i>State of Health 2023</i>
Tempo espera joelho (dias)	200	55	-	<i>State of Health 2023</i>
Cirurgias anca por 100 mil hab	114	241	198 (OCDE)	Eurostat 2022
Cirurgias joelho por 100 mil hab	83	166	156 (OCDE)	Eurostat 2022
Doentes em LIC dentro do TMRG (%)	71,70%	-	-	Portal SNS 2024
TMRG excedente - cirurgia (%)	15%	-	-	<i>State of Health 2023</i>
TMRG excedente - oncologia (%)	17%	-	-	<i>State of Health 2023</i>
Incumprimento TMRG - cirurgias oncológicas (%)	22,40%	-	-	RADIS 2025
Incumprimento TMRG - doentes muito prioritários (cirurgia)	41,10%	-	-	RADIS 2025
Primeiras consultas dentro do TMRG (%)	49,7% (2024)	-	-	Portal SNS 2024
% cumprimento tempo-alvo - Muito Urgentes (2023)	44,40%	-	-	ERS 2025

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 21 — Prevenção da doença

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Despesa em prevenção (% despesa total saúde)	3,24% (2022)	5,0% (2023)	3,0% (OCDE) ; 5,49% (UE)	Eurostat 2022; <i>HAG 2025</i>
Despesa em prevenção per capita (PPS €)	91,4	258	202,2 (UE)	Eurostat 2022
Despesa em prevenção (% PIB)	0,34	0,58	0,57 (UE)	Eurostat 2022
Rastreio colorectal (% pop alvo)	17	67	47,0 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Rastreio mamografia 50-69 anos (%)	55,5	70,2	55,5 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Rastreio cancro colo útero (convocatória)	27%	-	-	RADIS 2025
Vacinação sarampo (% crianças)	96	80	88 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Vacinação gripe (≥65 anos)	72	65	50 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 22 — Cuidados de longa duração e contexto demográfico

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Despesa LTC % despesa saúde	5,00%	29,10%	14% (OCDE) ; 18,1% (UE)	<i>State of Health 2024</i>
LTC per capita (PPP€)	150	1.410	694 (UE)	<i>State of Health 2023</i>
Despesa LTC (% PIB)	1	4,1	1,8 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Camas LTC por 1000 idosos (≥65 anos)	3,9	73	41 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Trabalhadores LTC por 1000 idosos	8	83	50 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
% mortes em hospital	64,40%	21%	40% (OCDE)	INE 2022; <i>HAG 2025</i>
Hospitalização domiciliária - camas (2024)	365	-	-	RADIS 2025
Hospitalização domiciliária - crescimento (2020-24)	62%	-	-	RADIS 2025
Taxa de utilização - hospitalização domiciliária	82%	-	-	RADIS 2025
População ≥65 anos - 2023 (%)	23,7	20,1	18,5 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
População ≥65 anos - projeção 2050 (%)	34	24,6	26,4 (OCDE)	<i>HAG 2025</i>
Rácio de dependência de idosos - projeção 2050	70,1	49,6	56,7 (UE)	Eurostat

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 23 — Dívida pública e constrangimento estruturais

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Peso da dívida pública (% PIB)	99,30%	47,50%	-	<i>OECD Economic Surveys 2024</i>
Serviços públicos gerais (% PIB) (inclui juros)	5,80%	3,00%	5,9% (OCDE)	<i>Government at a Glance 2025</i>
Despesa com pensões (% PIB)	13,00%	7,50%	-	<i>OECD Economic Surveys</i>
Educação (% PIB)	4,30%	4,90%	4,7% (OCDE)	<i>Government at a Glance 2025</i>
Habituação (% PIB)	0,50%	0,80%	1,2% (OCDE)	<i>Government at a Glance 2025</i>
Despesa pública total % PIB	42,60%	43,90%	49,1% (OCDE)	<i>Government at a Glance 2025</i>
Índice de Dependência Total (2023)	58,5	-	-	INE 2023
Despesa em saúde excluindo LTC (% PIB)	9,70%	7,20%	-	Cálculo próprio

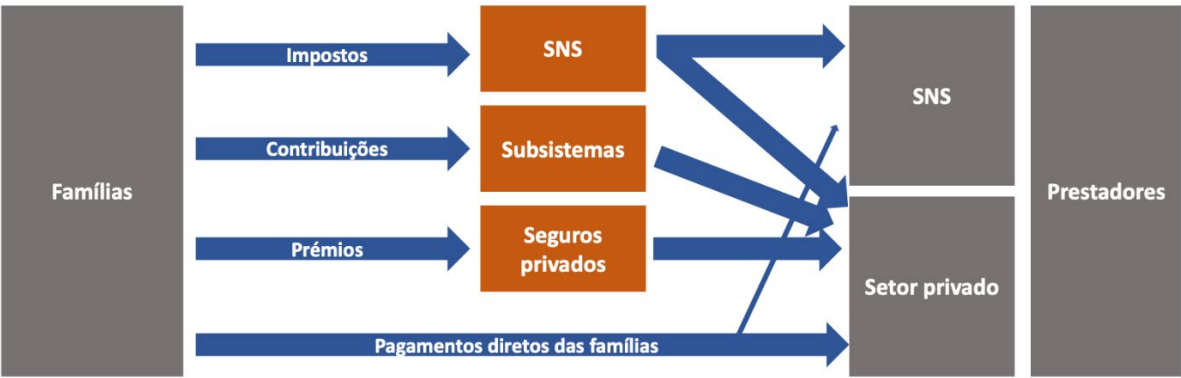
Fonte: Elaboração própria.

Tabela 24 — *Rankings* internacionais (validação externa)

Indicador	Portugal	Países Baixos	OCDE/UE	Fonte/Ano observação
Euro Health Consumer Index 2025	754 (13º)	883 (2º)		EHCI 2025
Legatum Prosperity Index - Saúde (Europa)	40º	11º		Legatum 2025
Mirror, Mirror 2024 - Overall Ranking	-	2º		The Commonwealth Fund

Fonte: Elaboração própria.

Figura 1 — Fluxos de financiamento do sistema de saúde português



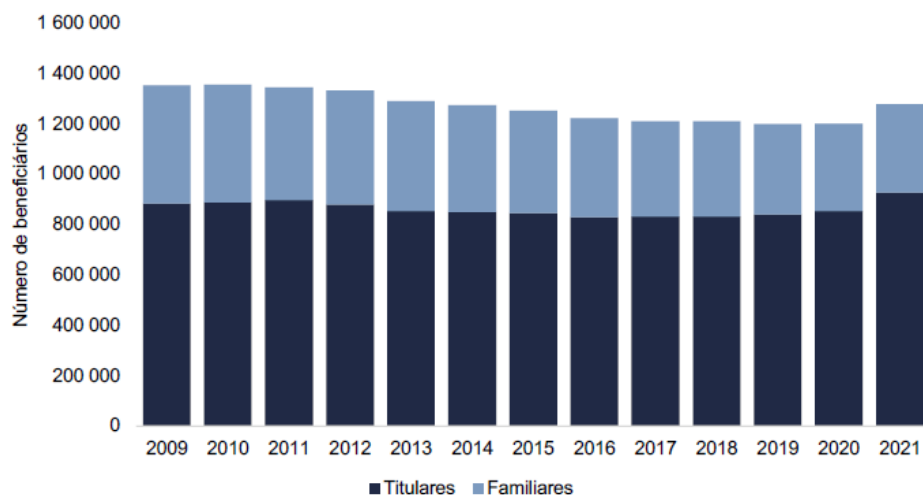
Fonte: PlanAPP, ADSE, 2023.

Figura 2 — Número total de pessoas seguras com seguros de saúde

2019	3.020.215
2020	3.160.623
2021	3.453.760
2022	3.704.307
2023	3.920.390
2024	4.060.378

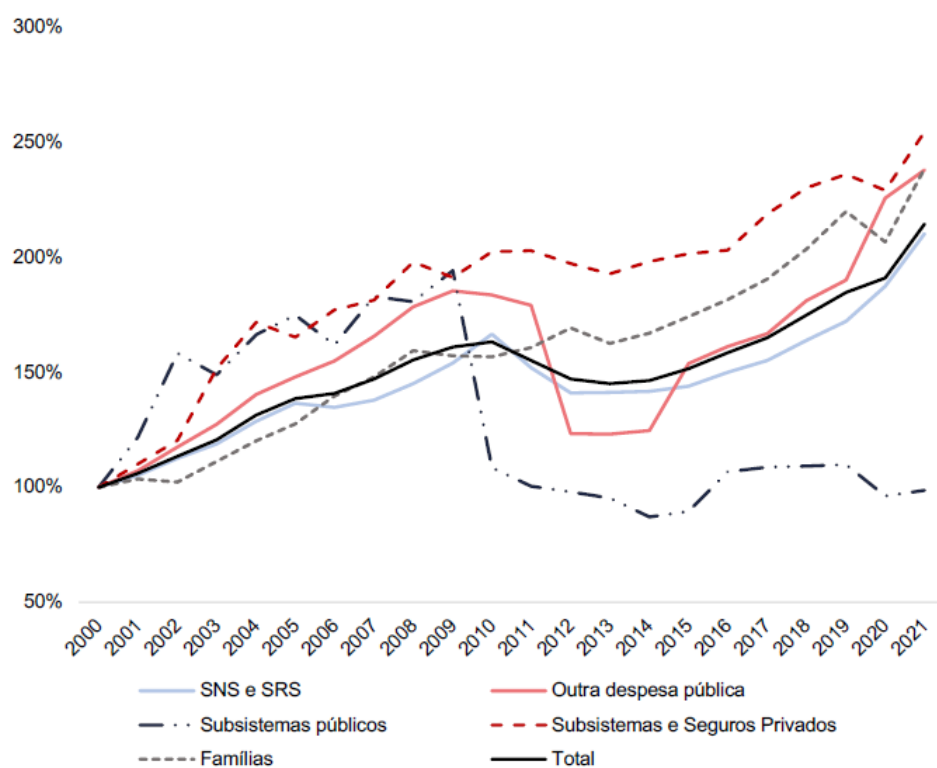
Fonte: Observatório dos Seguros de Saúde.

Figura 3 — Evolução do número de beneficiários da ADSE



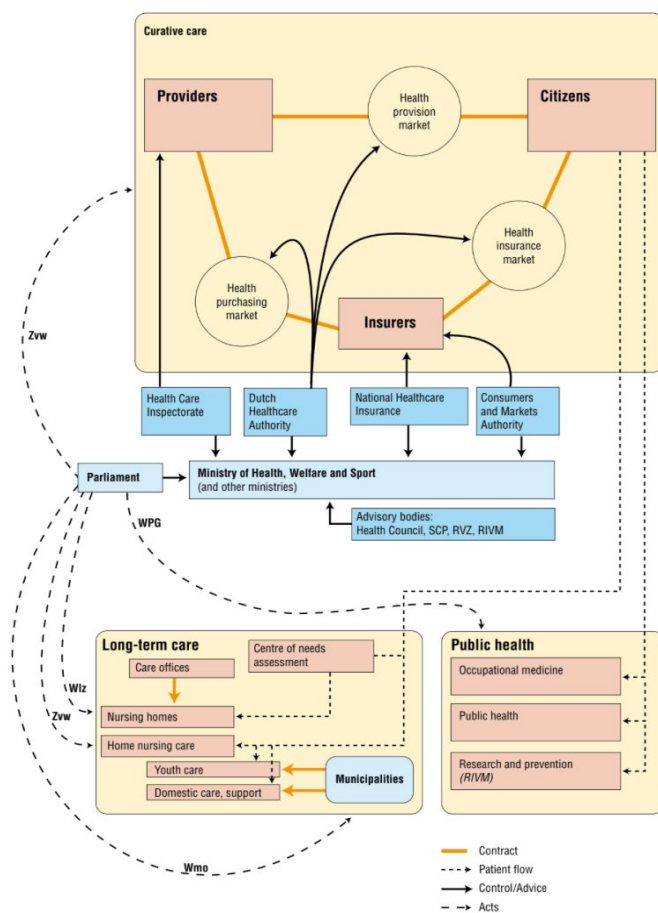
Fonte: PlanAPP, ADSE, 2023.

Figura 4 — Crescimento relativo das fontes de financiamento do sistema de saúde



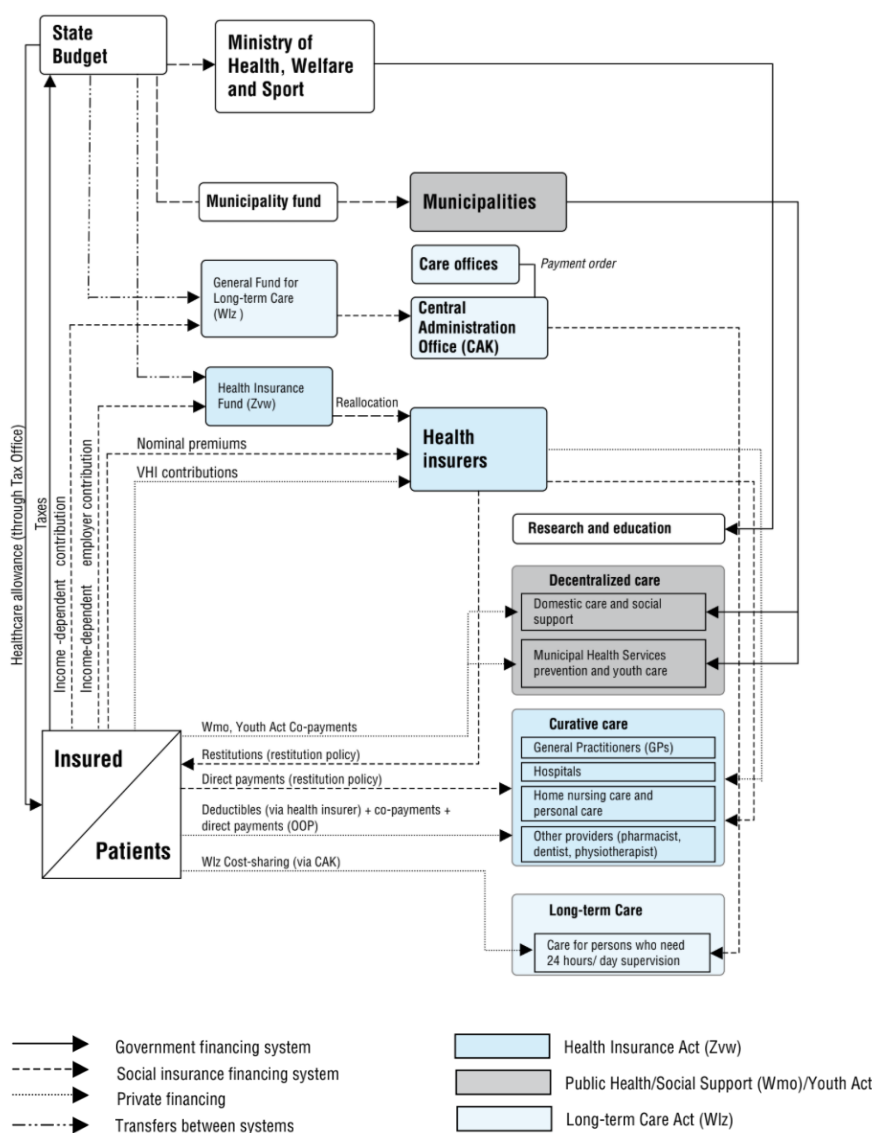
Fonte: PlanAPP, ADSE, 2023.

Figura 5 — Visão geral organizacional do sistema de saúde neerlandês



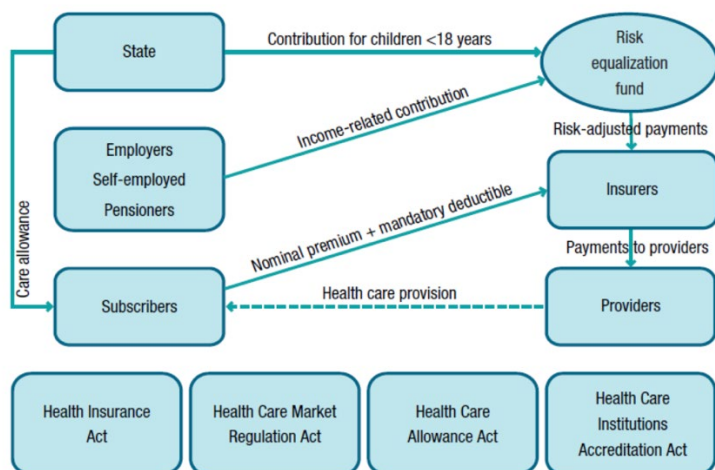
Fonte: *Health Systems in Transition*, 2016.

Figura 6 — Fluxograma financeiro do sistema de saúde nos Países Baixos



Fonte: *Health Systems in Transition*, 2016.

Figura 7 — Estrutura da concorrência regulamentada no sistema de saúde neerlandês



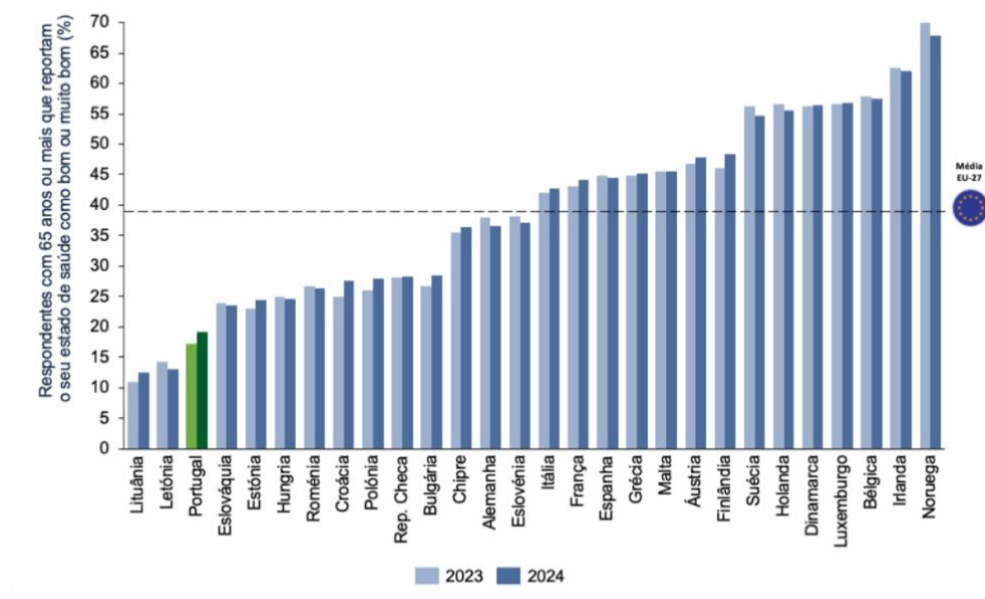
Fonte: *Health Systems in Transition*, 2016.

Figura 8 — Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo, UE-27



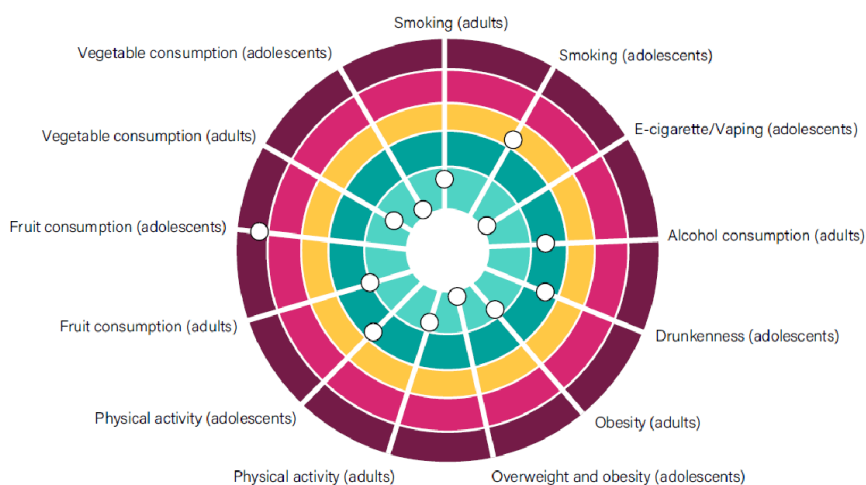
Fonte: Eurostat, 2022.

Figura 9 — Respondentes com 65 anos ou mais que reportam o seu estado de saúde como bom ou muito bom



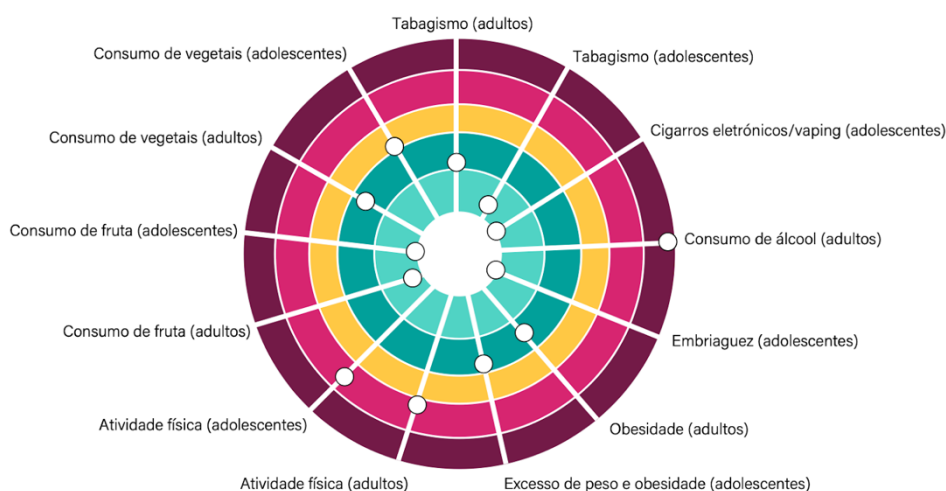
Fonte: Eurostat — Estado de saúde auto-reportado.

Figura 10 — Desempenho dos Países Baixos nos fatores comportamentais de risco para a saúde



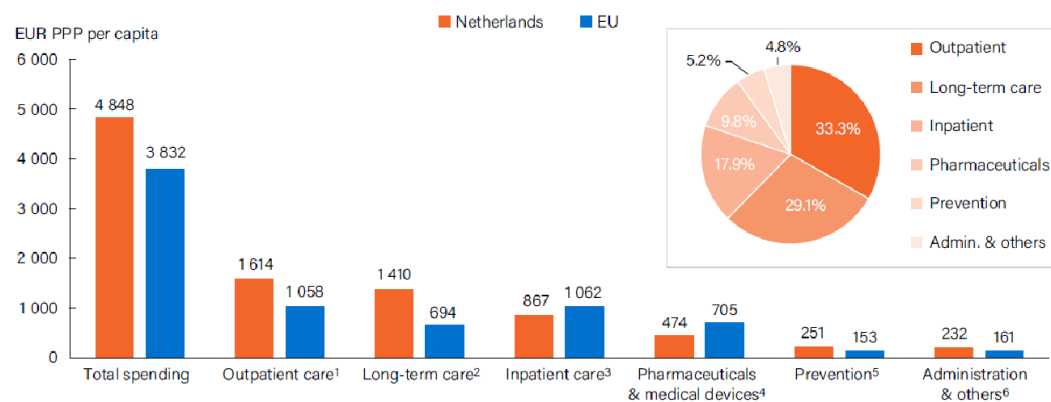
Fontes: OCDE, com base no *HBSC 2022* (indicadores de adolescentes); Eurostat, com base no *EU-SILC* e no *OECD Data Explorer* (indicadores para adultos, 2022 ou ano mais próximo).

Figura 11 — Desempenho de Portugal nos fatores comportamentais de risco para a saúde



Fontes: OCDE, com base no *HCSC 2022* (indicadores de adolescentes); Eurostat, com base no *EU-SILC* e no *OECD Data Explorer* (indicadores de adultos, 2022 ou ano mais próximo), exceto para tabagismo (*EHIS 2019*).

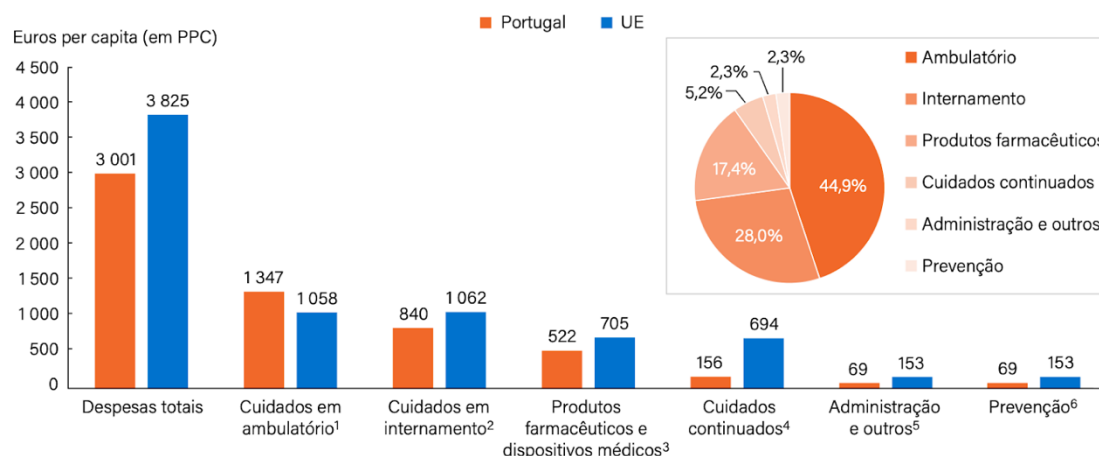
Figura 12 — Distribuição da despesa em saúde e distribuição por tipo de cuidados nos Países Baixos em comparação com a média da UE



Notes: 1. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 2. Includes only the health component; 3. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 4. Includes only the outpatient market; 5. Includes only spending for organised prevention programmes; 6. Includes health system governance and administration and other spending. The EU average is weighted (calculated by the OECD).

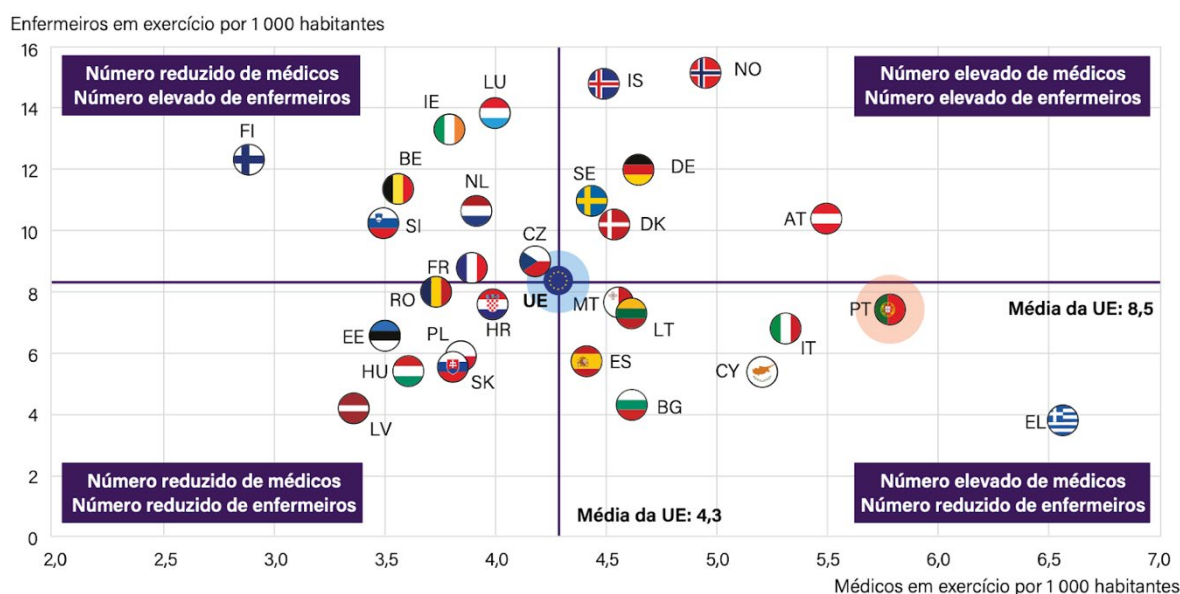
Fonte: *OCDE Data Explorer*. Dados referentes a 2023.

Figura 13 — Despesa em saúde *per capita* e distribuição por tipo de cuidados em Portugal e na UE



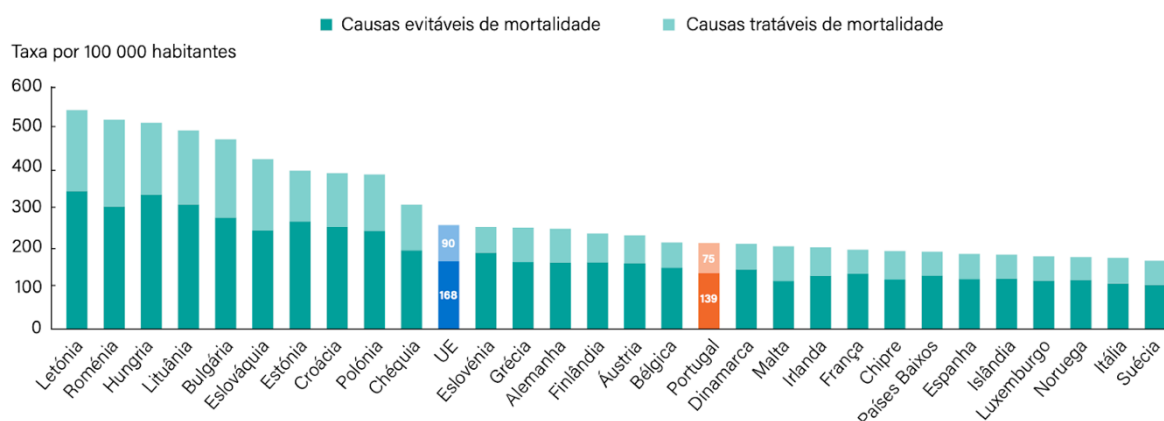
Fonte: OCDE Data Explorer. Dados referentes a 2023.

Figura 14 — Número de médicos e enfermeiros em exercício por 1000 habitantes em países da UE



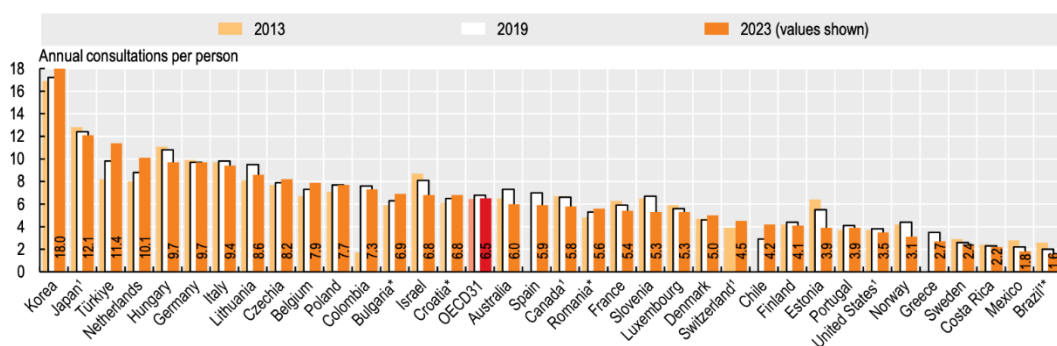
Fonte: OCDE Data Explorer. Dados referentes a 2023 ou ano mais próximo.

Figura 15 — Mortalidade por causas evitáveis e tratáveis nos países da UE



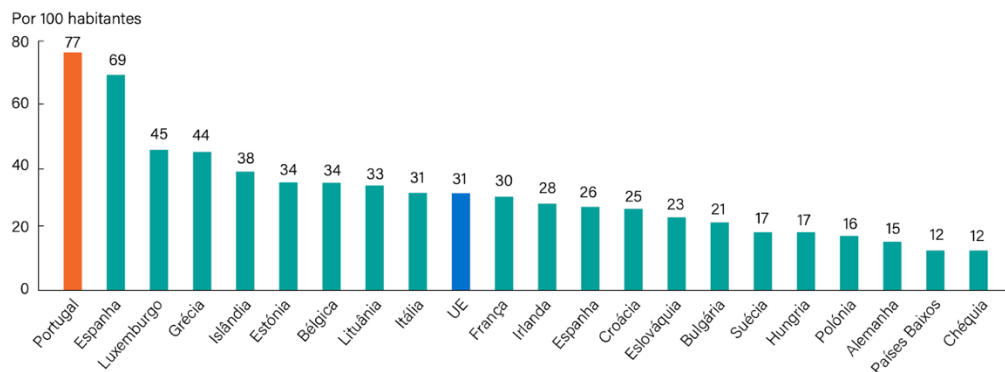
Fonte: OCDE Data Explorer. Dados referentes a 2022.

Figura 16 — Número de consultas médicas presenciais por pessoa em países da OCDE (2013, 2019 e 2023)



Fonte: OECD Health Statistics, 2025.

Figura 17 — Número de visitas aos serviços de urgência por 100 habitantes nos países da UE (2023)



Fonte: OECD Health at a Glance 2025: OECD Indicators.

Figura 18 — Número de episódios de urgência por prioridade clínica, entre 2022 e o 1.º semestre de 2024)

Prioridade	1ºS	2022 2ºS	Total	1ºS	2023 2ºS	Total	2024 1ºS
Emergente	9.703 (0,3%)	10.482 (0,3%)	20.185 (0,3%)	10.097 (0,3%)	10.337 (0,3%)	20.434 (0,3%)	10.160 (0,3%)
Muito Urgente	277.717 (9,6%)	308.000 (10,1%)	585.717 (9,9%)	311.615 (10,3%)	320.370 (10,6%)	631.985 (10,4%)	316.596 (10,5%)
Urgente	1.275.736 (44,1%)	1.377.440 (45,3%)	2.653.176 (44,7%)	1.405.733 (46,3%)	1.408.614 (46,4%)	2.814.347 (46,4%)	1.412.840 (46,9%)
Pouco Urgente	1.200.014 (41,5%)	1.219.504 (40,1%)	2.419.518 (40,8%)	1.181.387 (38,9%)	1.162.215 (38,3%)	2.343.602 (38,6%)	1.147.235 (38,1%)
Não Urgente	494.43 (1,7%)	49.062 (1,6%)	98.505 (1,7%)	48.918 (1,6%)	47.964 (1,6%)	96.882 (1,6%)	46.838 (1,6%)

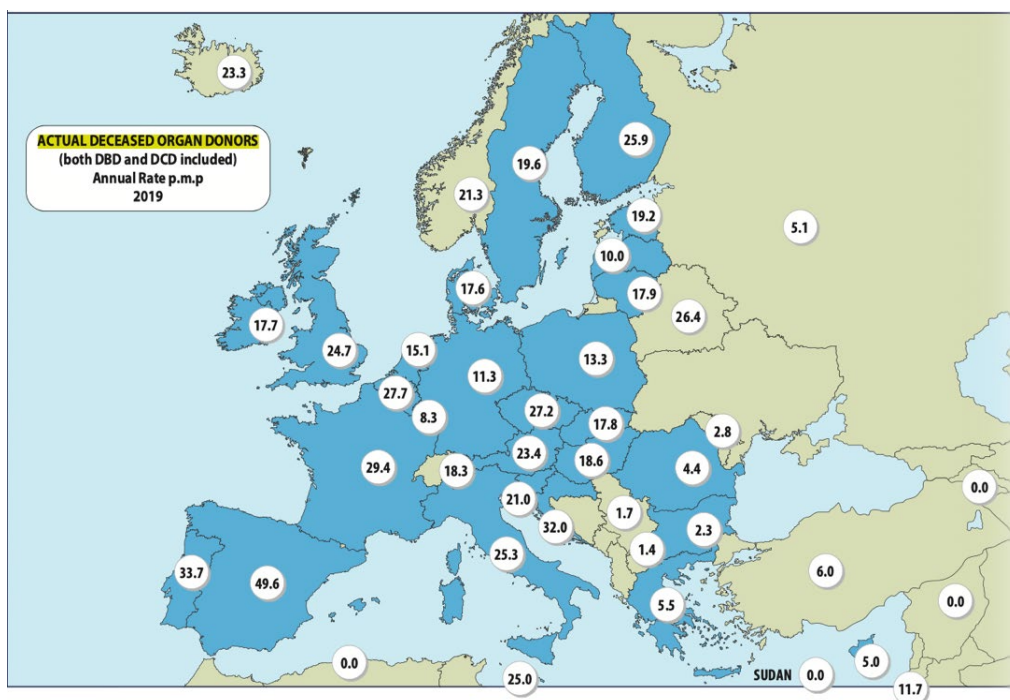
Fontes: ACSS e ERS.

Figura 19 — Número de episódios de urgência por origem do utente e dois menores níveis de prioridade clínica, entre 2022 e o 1.º semestre de 2024)

Tipo de referênciação	Pouco Urgente (Verde)	Não Urgente (Azul)	Acumulado
Iniciativa do utente	4.834.584 (83,1%)	201.371 (81,8%)	5.035.955 (81,9%)
SNS 24	465.106 (3,9%)	9.380 (7,9%)	474.486 (7,7%)
CSP	168.181 (4,1%)	9.880 (2,8%)	178.061 (2,9%)
Outros ⁴²	441.524 (8,9%)	21.558 (7,5%)	463.082 (7,5%)

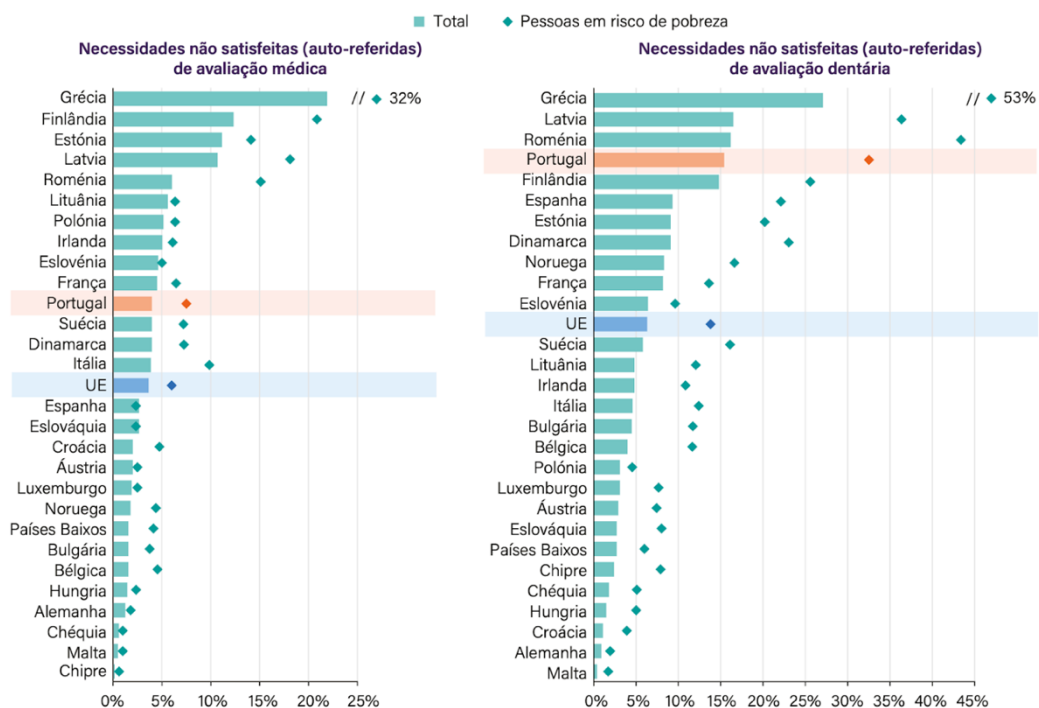
Fontes: ACSS e ERS.

Figura 20 — Taxa anual de dadores falecidos efetivos de órgãos, por milhão de habitantes, 2019



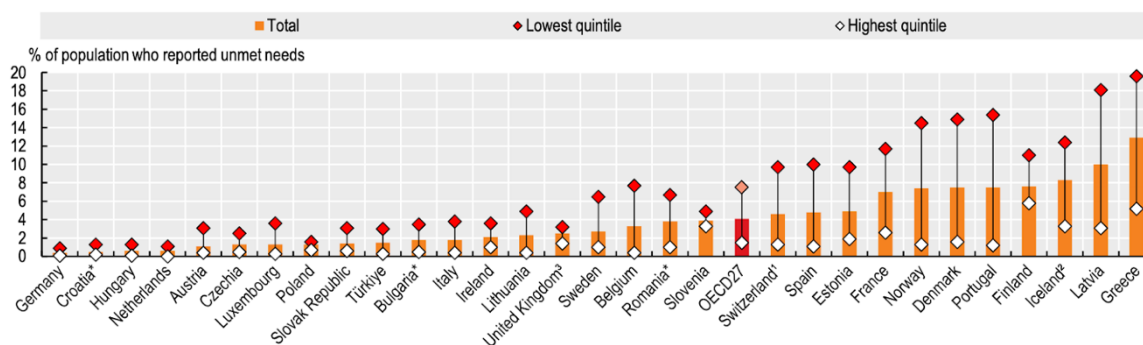
Fonte: *Newsletter Transplant*, 2020.

Figura 21 — Necessidades não satisfeitas de cuidados médicos e dentários auto-reportadas nos países da UE



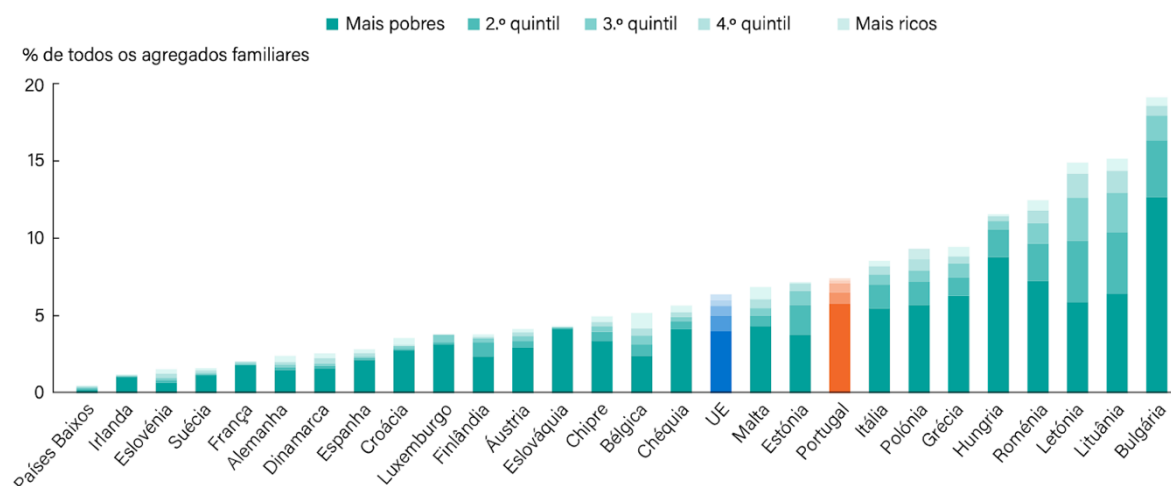
Fonte: Eurostat — *EU-SILC*. Dados referentes a 2024.

Figura 22 — População que reporta necessidades não satisfeitas de cuidados dentários, por nível de rendimento, nos países da UE



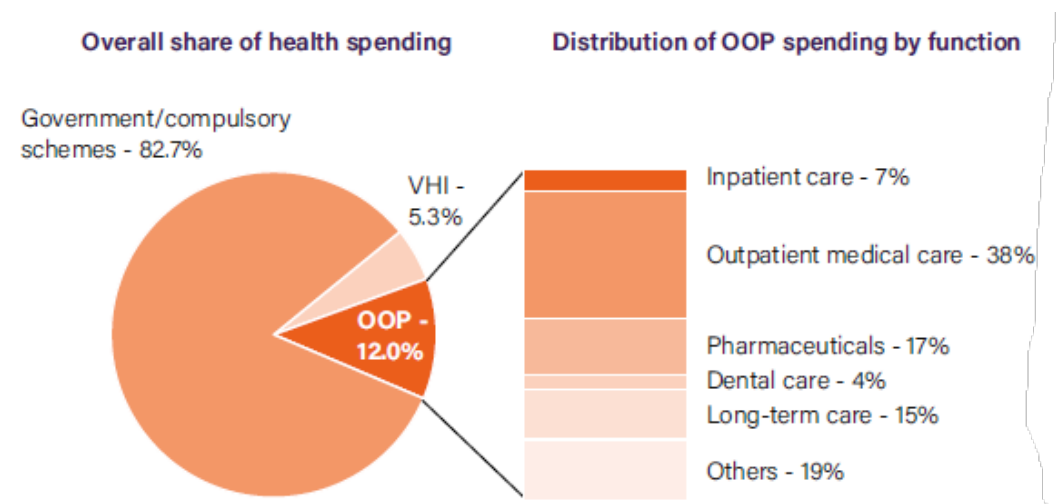
Fonte: Eurostat — EU-SILC. Dados referentes a 2024 ou ano mais próximo.

Figura 23 — Agregados familiares com despesa catastrófica em saúde nos países da UE, por quintil de rendimento



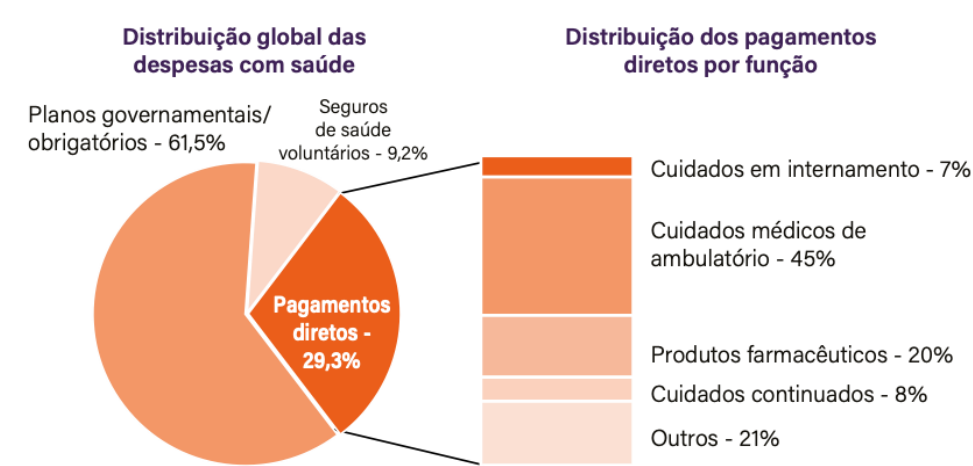
Fonte: WHO Barcelona Office for Health Systems Financing. Dados referentes a 2022.

Figura 24 — Estrutura da despesa em saúde e distribuição da despesa direta (out-of-pocket) dos utentes nos Países Baixos



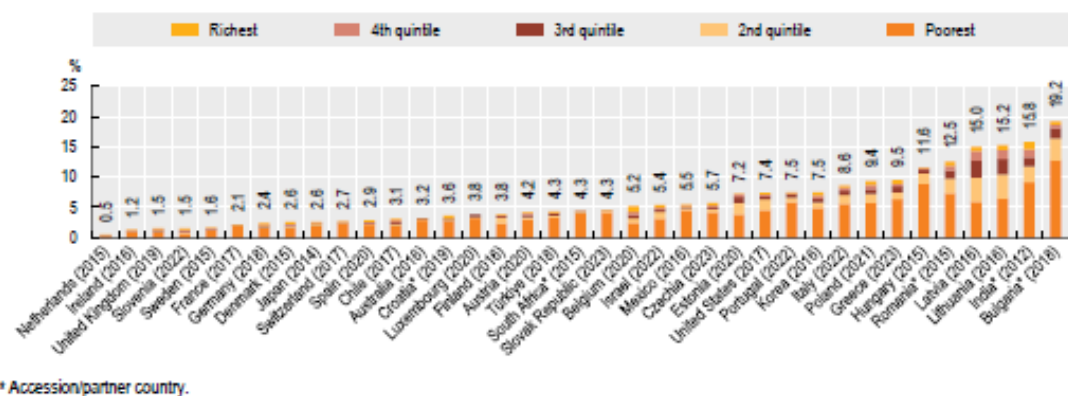
Fonte: *OECD Data Explorer*. Dados referentes a 2023.

Figura 25 — Estrutura da despesa em saúde e dos pagamentos diretos dos utentes em Portugal



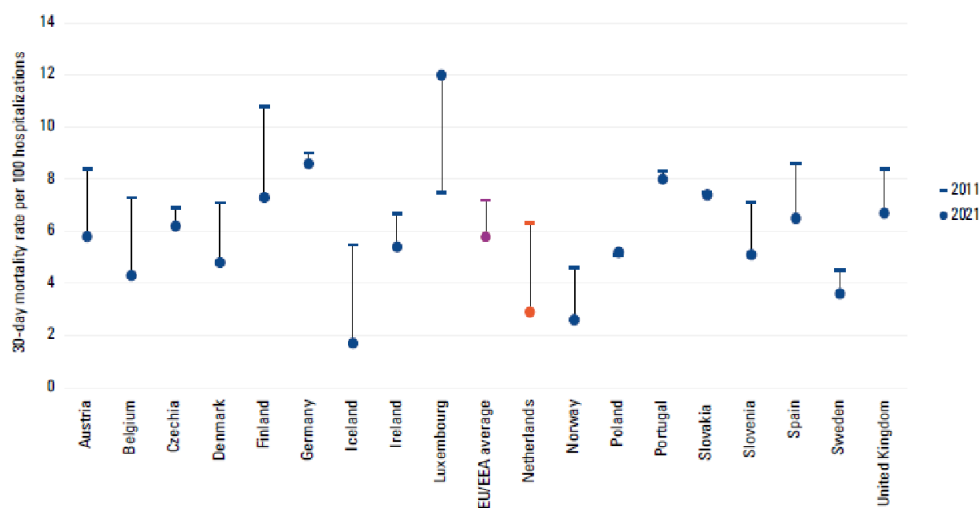
Fonte: *OCDE Data Explorer*. Dados referentes a 2023.

Figura 26 — Agregados familiares com despesa catastrófica em saúde, por quintil de rendimento



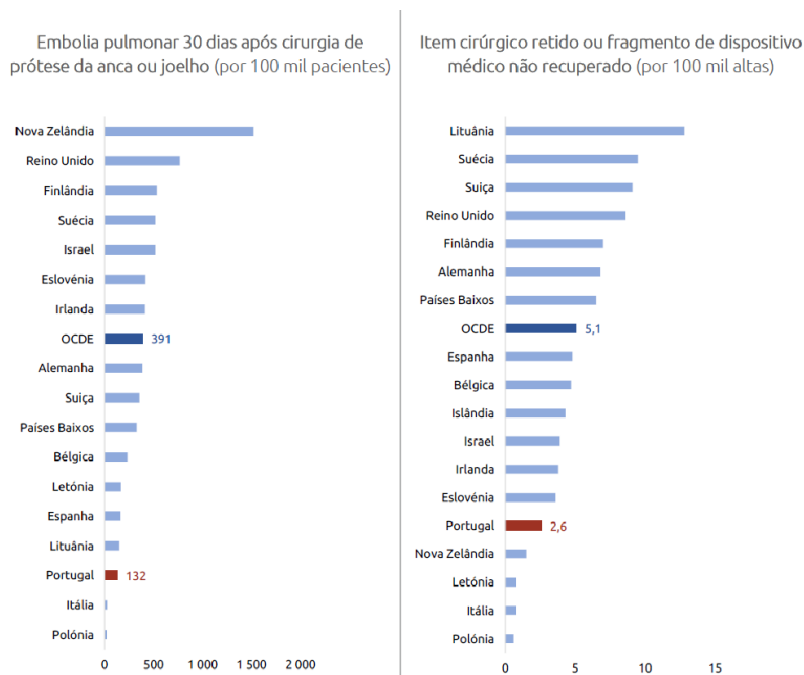
Fonte: WHO Regional Office for Europe, UHC Watch, 2025.

Figura 27 — Mortalidade hospitalar até 30 dias após enfarte agudo do miocárdio em países da UE (entre 2011 e 2021)



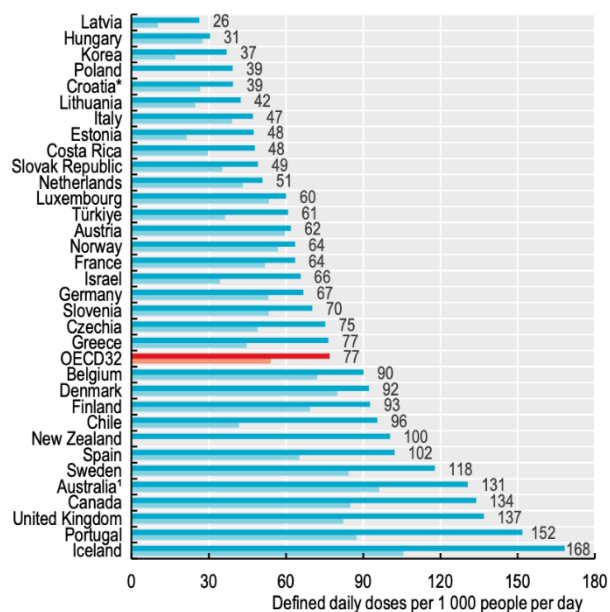
Fonte: OCDE, 2024.

Figura 28 — Indicadores de segurança cirúrgica: embolia pulmonar após prótese da anca/joelho e retenção de material cirúrgico em países da UE



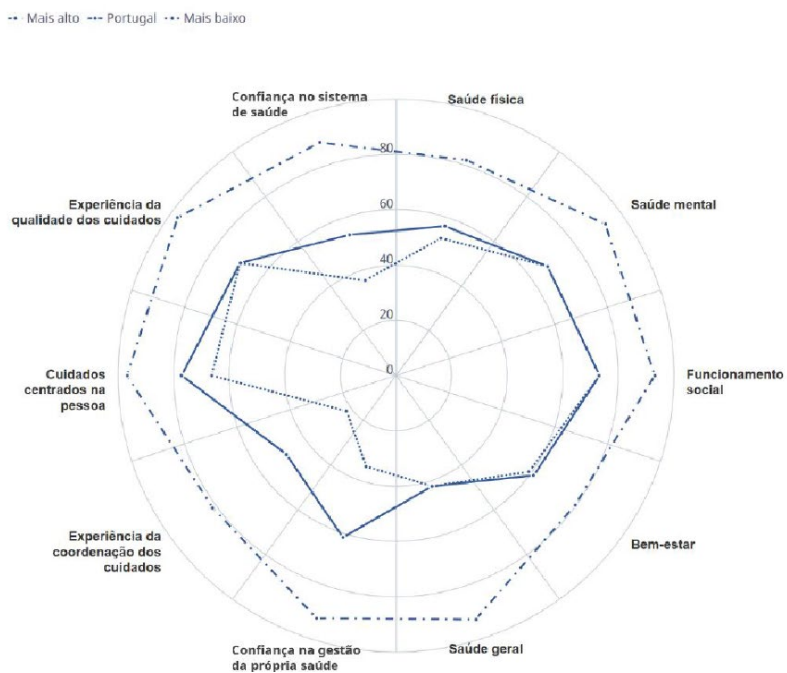
Fonte: OCDE — Conselho das Finanças Públicas.

Figura 29 — Consumo de antidepressivos (doses diárias definidas por 1000 habitantes por dia)



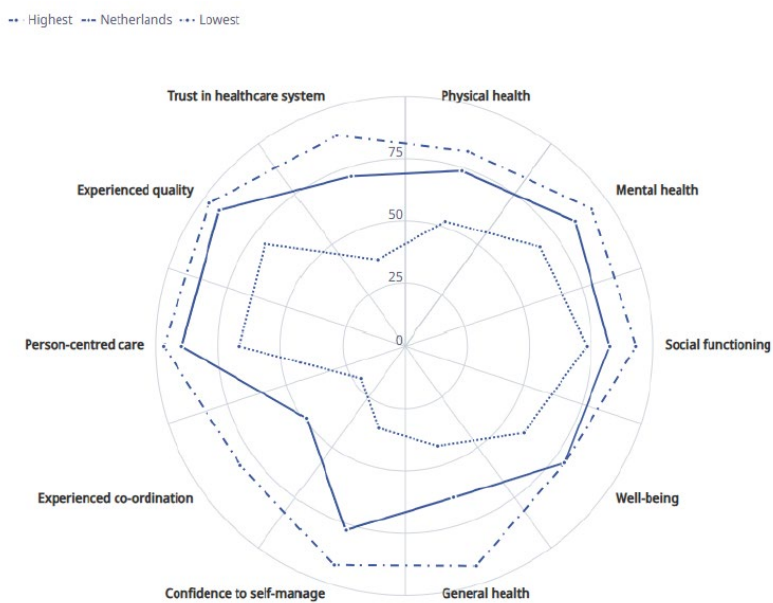
Fonte: OECD Health Statistics, 2025. Dados referentes a 2023 ou ao último ano disponível.

Figura 30 — Percentagem de pessoas com uma ou mais doenças crónicas que referem resultados ou experiências positivas em Portugal



Fonte: OCDE — Inquérito *PaRIS*.

Figura 31 — Percentagem de pessoas com uma ou mais doenças crónicas que referem resultados ou experiências positivas nos Países Baixos



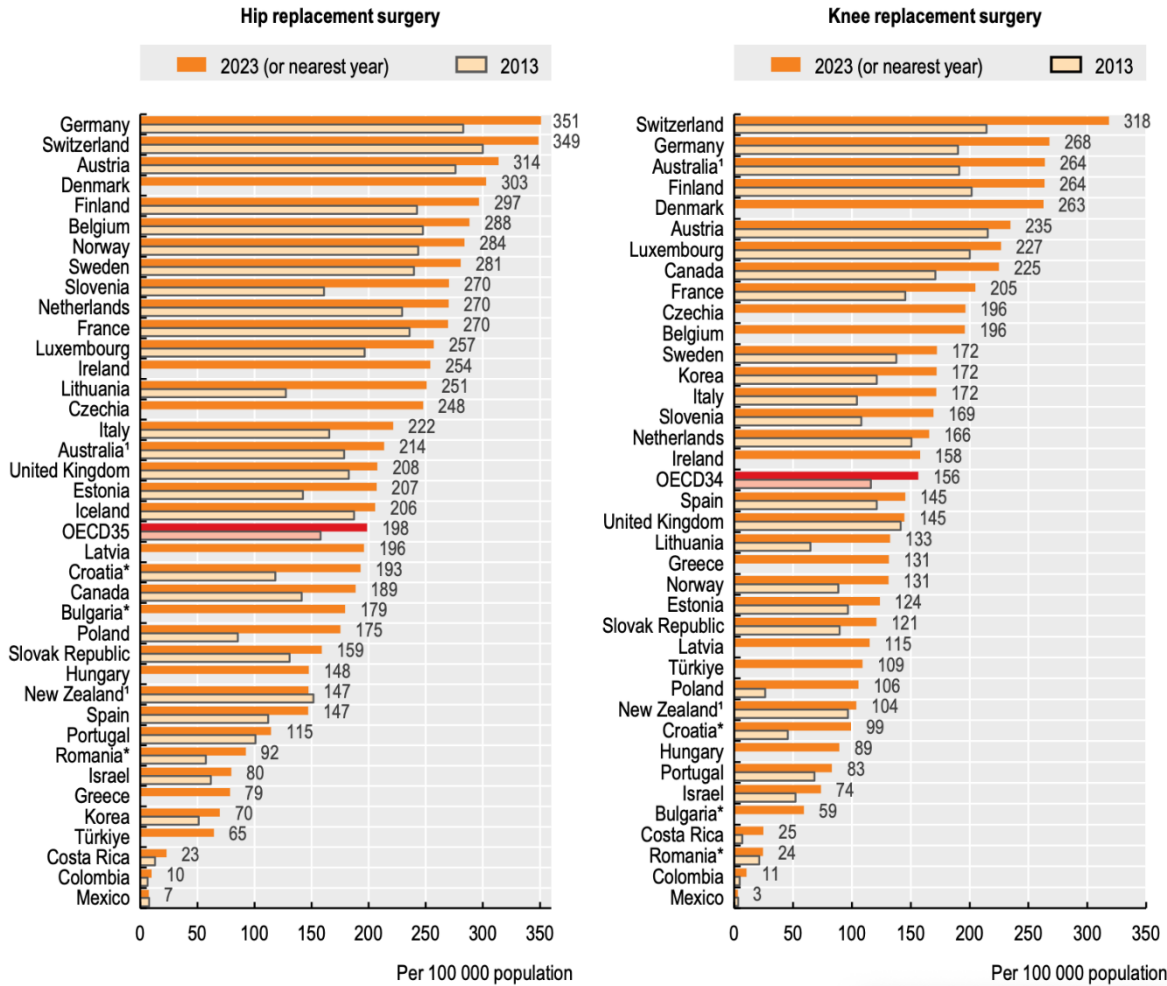
Fonte: OCDE — Inquérito *PaRIS*.

Figura 32 — Número de episódios de urgência com cumprimento do tempo-alvo por prioridade clínica, entre 2022 e o 1.º semestre de 2024

Prioridade	1ºS	2022 2ºS	Total	1ºS	2023 2ºS	Total	2024 1ºS
Muito Urgente	43,7%	43,7%	43,7%	44,5%	44,3%	44,4%	44,2%
Urgente	68,8%	67,2%	67,9%	67,7%	65,2%	66,5%	65,0%
Pouco Urgente	80,5%	77,2%	78,8%	80,3%	78,0%	79,2%	77,0%
Não Urgente	85,2%	82,4%	83,8%	81,2%	80,7%	81,0%	79,8%

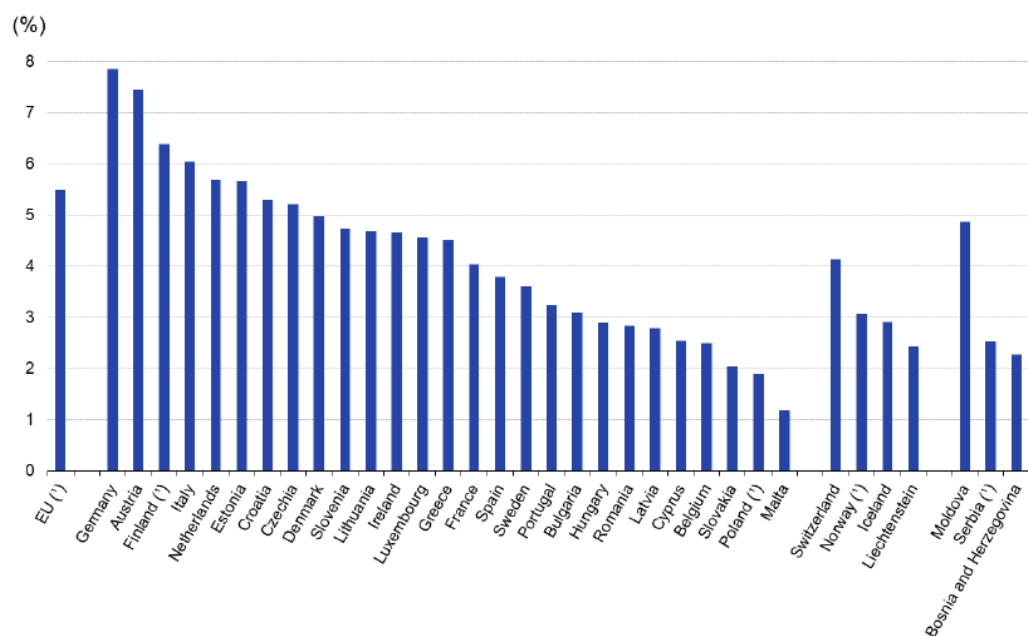
Fontes: ACSS e ERS.

Figura 33 — Taxa de cirurgias de substituição da anca e do joelho (2013 e 2023 ou ano mais próximo)



Fonte: *OECD Health Statistics*, 2025.

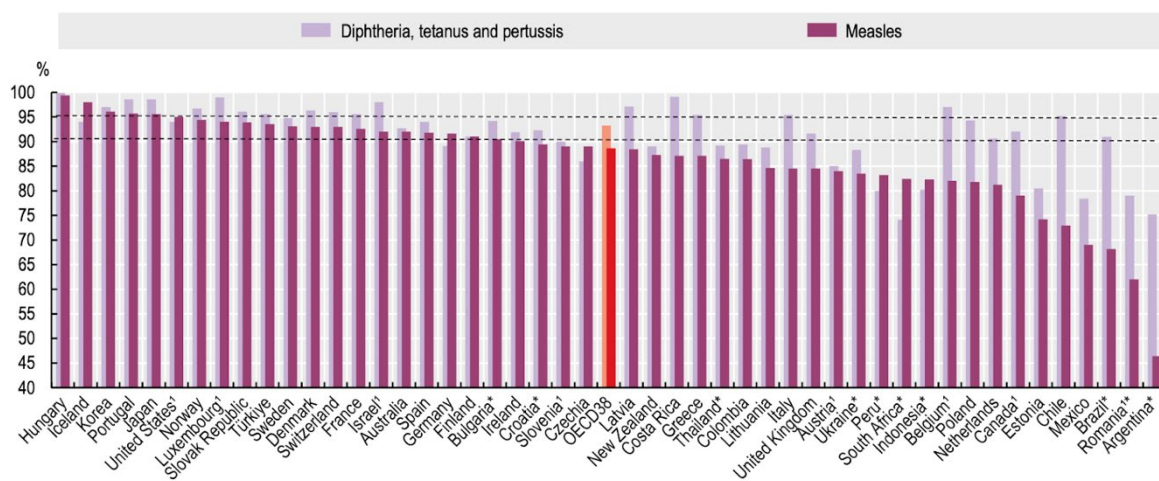
Figura 34 — Despesa em prevenção como percentagem da despesa corrente em saúde na UE



(*) Provisional.

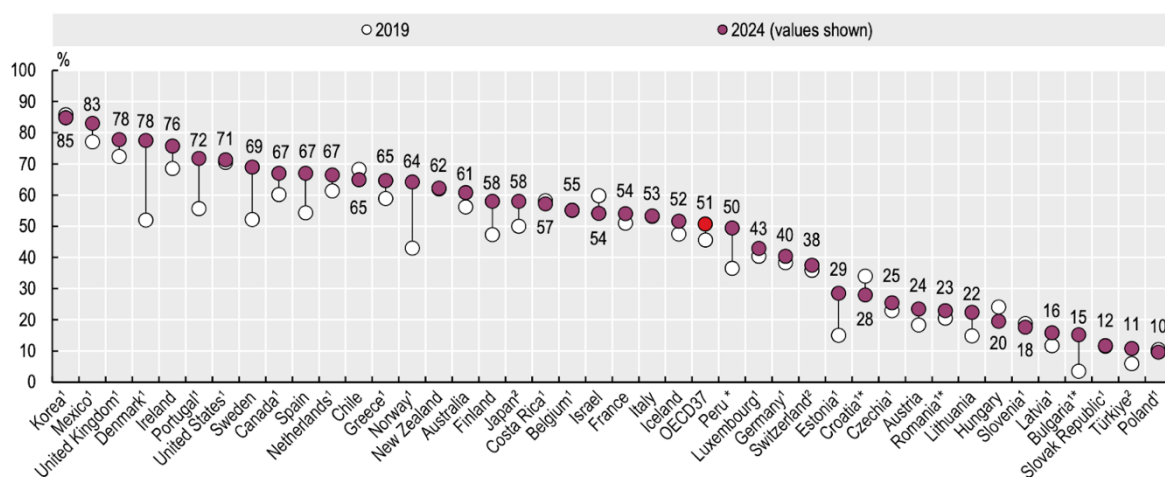
Fonte: Eurostat, 2022.

Figura 35 — Cobertura vacinal infantil contra sarampo e difteria-tétano-pertussis (DTP) que recebeu 2 doses dessas vacinas



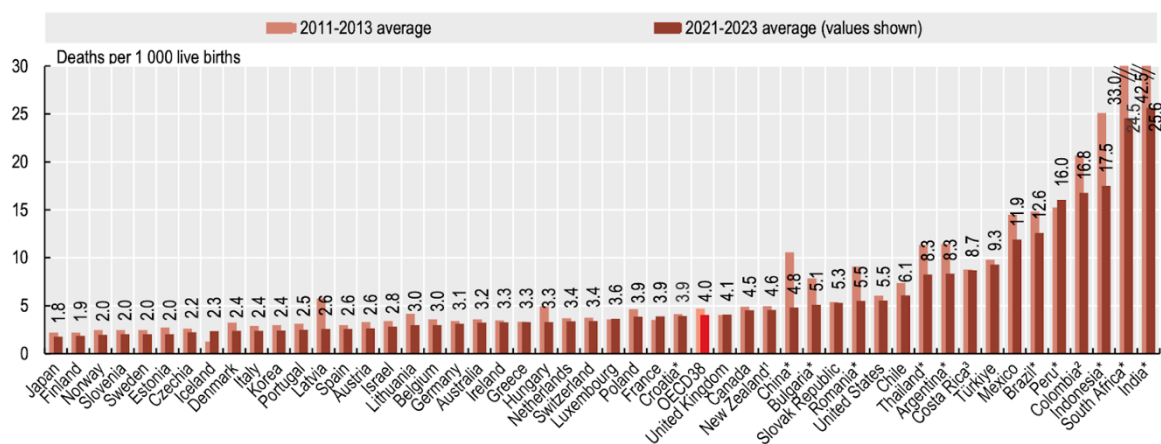
Fonte: OECD Health Statistics, 2025. Dados referentes a 2024 ou ano mais próximo.

Figura 36 — Percentagem da população com 65 anos ou mais vacinada contra a gripe influenza



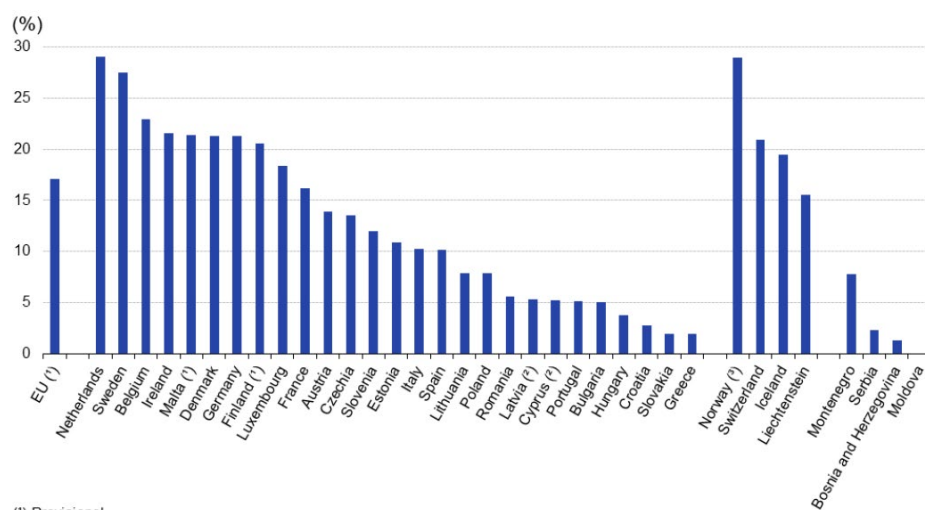
Fonte: *OECD Health Statistics*, 2025. Dados referentes a 2019 e 2024 ou ano mais próximo.

Figura 37 — Taxa de mortalidade infantil (2011-2023 e 2011-2013 ou ano mais próximo)



Fonte: *OECD Health Statistics*, 2025.

Figura 38 — Despesa em cuidados de longa duração como despesa corrente em saúde na UE



(*) Provisional.

(*) The definition of long-term care (health) differs due to difficulties of separating health and social services.

Fonte: Eurostat, 2023.