



**Conselho das  
Finanças  
Públicas**

# EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM 2025

*Junho de 2026*

Relatório n.º

**05/2026**

---

O Conselho das Finanças Públicas é um órgão independente criado pelo artigo 3.º da Lei n.º 22/2011, de 20 de maio, que procedeu à 5.ª alteração da Lei de Enquadramento Orçamental (Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, republicada pela Lei n.º 37/2013, de 14 de junho). A versão final dos Estatutos do CFP foi aprovada pela Lei n.º 54/2011, de 19 de outubro.

O CFP iniciou a sua atividade em fevereiro de 2012, com a missão de proceder a uma avaliação independente sobre a consistência, cumprimento e sustentabilidade da política orçamental, promovendo a sua transparência, de modo a contribuir para a qualidade da democracia e das decisões de política económica e para o reforço da credibilidade financeira do Estado.

---

*Este Relatório foi elaborado com base na informação disponível até ao dia 22 de junho de 2026.*

Encontra-se disponível em [www.cfp.pt](http://www.cfp.pt), na área de publicações, um ficheiro em formato de folha de cálculo contendo os valores subjacentes a todos os gráficos e quadros do presente relatório. Os principais conceitos de finanças públicas utilizados neste Relatório encontram-se explicados no [Glossário](#) do CFP disponível online.

# ÍNDICE

Resumo não técnico .....	4
<b>Sumário Executivo .....</b>	<b>5</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Análise da atividade assistencial .....</b>	<b>8</b>
1.1 Cuidados de saúde primários .....	8
1.2 Cuidados hospitalares.....	12
1.3 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	15
1.4 Situação global e perspetivas de futuro para a atividade assistencial .....	17
1.5 Despesa corrente em saúde.....	20
<b>2. Análise à conta do SNS .....</b>	<b>23</b>
2.1 Evolução do saldo do SNS.....	24
2.2 Estrutura e variação da receita e da despesa .....	26
2.2.1 Receita .....	26
2.2.2 Despesa.....	29
2.3 Desvios em relação ao orçamento inicial.....	38
2.4 Considerações finais.....	41
<b>3. Dívida e prazos médios de pagamento .....</b>	<b>44</b>
<b>4. Anexos .....</b>	<b>47</b>
4.1 Evolução anual da atividade assistencial no SNS .....	47
4.2 Evolução anual da execução da conta do SNS.....	48
4.3 Entidades que compõem o SNS em 2025 .....	49
4.4 Índice de Gráficos .....	50
4.5 Índice de Quadros.....	51

# RESUMO NÃO TÉCNICO

## Utentes e Médicos de Família

- 10,7 milhões de utentes inscritos no SNS em 2025 (mais 235 mil do que em 2024), dos quais 75% inscritos em Unidades de Saúde Familiar.
- Número de utentes sem médico de família subiu para 1,56 milhões (14,6% do total de utentes inscritos no SNS), mais 41 mil que em 2024; Lisboa e Vale do Tejo concentram mais de 70% dos utentes sem médico de família.

## Atividade Assistencial

- Diminuição de 4,0% nas consultas médicas presenciais nos cuidados primários, para 18 457 e aumento das consultas médicas não presenciais para 15303 (+3,3%);
- Consultas de enfermagem: +3,3%; outros técnicos de saúde: +14,7%.
- Produção hospitalar: +2,4% em consultas e +1,6% em cirurgias.
- Persistem problemas nos serviços de urgência e internamento (ocupação >100%).

## Cuidados Continuados

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: +1,7%; Total: 10 278 camas de internamento e 6 903 lugares domiciliários.
- Lista de espera aumentou, especialmente nas unidades de internamento: mais 159 utentes face a 2024.
- Lisboa e Vale do Tejo com menor cobertura regional: média nacional 729 lugares por 100 mil habitantes com 65 ou mais anos, LVT com 618 lugares.

## Execução Orçamental

- Saldo do SNS em 2025: -1035 M€ (uma melhoria de 534 M€ face a 2024).
- Saldo do SNS incluindo a injeção de capital em 2025: 264 M€ (superior em 857 M€ face a 2024).
- Receita total: 15 926 M€ (+10,8%); despesa total: 16 962 M€ (+6,4%).
- Receita corrente: 98,7% do total; capital: 1,3%.
- Despesas com pessoal: +7,5%; inventários: +4,9%; fornecimentos e serviços externos: +6,2%.
- Despesa de capital: -7,8%.

## Dívida e Prazos médios de pagamentos

- Dívida a fornecedores externos: +148 M€, total: 1,5 mil M€.
- Pagamentos em atraso: +48 M€.
- 23,4% das entidades cumpriram o prazo legal de pagamento (60 dias).

# SUMÁRIO EXECUTIVO

## *Atividade assistencial*

Em 2025, o número de utentes inscritos no SNS voltou a aumentar, atingindo cerca de 10,7 milhões. Manteve-se a tendência de reforço das Unidades de Saúde Familiar, que passaram a abranger 75% dos inscritos. Em sentido contrário, e após a melhoria observada em 2024, o número de utentes sem médico de família voltou igualmente a aumentar, alcançando 1,56 milhões, concentrando-se maioritariamente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta evolução surge num cenário de envelhecimento dos profissionais médicos na especialidade de Medicina Geral e Familiar, o que poderá agravar as dificuldades de acesso aos cuidados primários e aumentar a pressão sobre os serviços hospitalares e de urgência.

A atividade médica nos cuidados de saúde primários reduziu-se ligeiramente em 2025, após o aumento registado em 2024, refletindo sobretudo a diminuição do número de consultas presenciais, num contexto em que as consultas não presenciais continuaram a crescer. Em contrapartida, as consultas de enfermagem e as realizadas por outros técnicos de saúde registaram um aumento, evidenciando uma maior diversificação do perfil assistencial dos cuidados primários. Em meio hospitalar, manteve-se a trajetória de crescimento da atividade assistencial iniciada em 2021. O número de consultas médicas hospitalares aumentou 2,3% face a 2024, enquanto o total de intervenções cirúrgicas registou um crescimento de 1,6%, impulsionado sobretudo pela expansão da cirurgia programada em ambulatório.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados continuou a expandir a sua capacidade em 2025, embora a um ritmo mais moderado do que no ano anterior, atingindo 17 181 respostas (16 902 respostas em 2024). O crescimento concentrou-se sobretudo nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, tanto ao nível da capacidade instalada como do número de utentes referenciados e assistidos. Ainda assim, o aumento da procura continuou a superar a expansão da oferta, traduzindo-se num novo agravamento das listas de espera, particularmente nas unidades de internamento.

## *Execução orçamental*

De acordo com a conta consolidada provisória elaborada pela ACSS, o SNS registou, em 2025, um défice de 1035 M€, traduzindo uma melhoria de 534 M€ face ao ano anterior. Esta evolução refletiu um crescimento da receita para 15 926 M€ (+1548 M€ face a 2024), superior ao aumento da despesa, que totalizou 16 962 M€ (+1014 M€).

A receita corrente representou 98,7% da receita total, atingindo os 15 725 M€ (+10,3%), enquanto a receita de capital se fixou nos 201 M€, correspondendo a 1,3% do total (+62,2% face ao ano anterior). Em termos de estrutura, manteve-se a forte predominância das transferências e subsídios correntes provenientes do Orçamento do Estado (OE), que representaram cerca de 93,9% da receita total do SNS.

Entre as principais componentes da despesa, e em comparação com o ano anterior, destacam-se as despesas com pessoal, que aumentaram 7,5% (+502 M€), os fornecimentos e serviços externos (FSE), com um crescimento de 6,2% (+333 M€), e as compras de inventários, que registaram um acréscimo de 4,9% (+158 M€). Em sentido

contrário, a despesa de capital diminuiu 7,8% (37 M€), mantendo um peso reduzido no total da despesa do SNS (2,6%). Ainda assim, observou-se uma melhoria do grau de execução desta componente, que passou de 59,6% em 2024 para 76,5% em 2025, refletindo uma maior concretização dos investimentos financiados pelo Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

O SNS continuou a beneficiar de reforços extraordinários de capital atribuídos pelo Estado, maioritariamente destinados à regularização de dívida a fornecedores. Em 2025, estas transferências ascenderam a 1,3 mil M€, elevando para cerca de 7,9 mil M€ o montante acumulado desde 2016. A frequência e dimensão destes reforços sugerem a persistência de pressões financeiras significativas sobre o sistema.

### *Dívida e prazos médios de pagamentos*

Em 2025, a dívida do SNS a fornecedores externos ascendeu a 1,5 mil M€, mais 148 M€ do que no ano anterior. Também os pagamentos em atraso registaram um agravamento face a 2024, aumentando 48 M€ e fixando-se em 60 M€. Apesar dos reforços de capital atribuídos pelo Estado às entidades do SNS, que totalizaram 1 299 M€ em 2025 e se destinaram à cobertura de prejuízos acumulados, estes revelaram-se insuficientes para assegurar uma redução estrutural e sustentada do nível de endividamento do sistema. Paralelamente, verificou-se um aumento do prazo médio de pagamento, tendo apenas 23,4% das entidades do SNS cumprido o prazo legal de pagamento a fornecedores de 60 dias.

### *Riscos e incertezas*

O SNS continua a enfrentar desafios estruturais que condicionam o seu desempenho e sustentabilidade, tanto na dimensão assistencial como na financeira.

Embora o Plano de Emergência e Transformação na Saúde tenha registado progressos relevantes, os resultados mais visíveis concentram-se nas medidas operacionais de curto prazo. As reformas de natureza mais estrutural têm avançado de forma mais lenta, mantendo-se problemas persistentes no acesso aos cuidados, como demonstram os 1,56 milhões de utentes sem médico de família atribuído e a execução ainda incompleta de várias medidas previstas nos eixos da saúde mental e da saúde próxima e familiar. A melhoria da capacidade de resposta do SNS continua dependente da concretização de reformas estruturais que reforcem o acesso aos cuidados, a coordenação entre níveis assistenciais e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, nomeadamente através de medidas de promoção da saúde.

Do ponto de vista orçamental, a forte dependência das transferências do OE e o crescimento estrutural da despesa em saúde continuam a constituir desafios relevantes para a sustentabilidade financeira do SNS. Em particular, as despesas com pessoal e com medicamentos hospitalares permanecem entre os principais fatores de pressão sobre a despesa pública em saúde. No caso das despesas com pessoal, esta evolução reflete não apenas a continuidade das medidas de valorização das carreiras dos profissionais de saúde e dos acordos plurianuais já celebrados, mas também a necessidade persistente de reforço da capacidade assistencial do SNS, incluindo através da contratação de novos profissionais e da expansão das USF modelo B. Paralelamente, os atrasos na execução de alguns investimentos financiados pelo PRR continuam a representar riscos para a concretização dos ganhos esperados em termos de modernização e eficiência do sistema de saúde.

# INTRODUÇÃO

O presente Relatório analisa a execução orçamental provisória do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2025, com base na informação elaborada e disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), relativa ao orçamento do SNS implícito no Orçamento do Estado para 2025 (OE/2025), aprovado pela [Lei n.º 45-A/2024, de 31 de dezembro](#), e abreviadamente referido neste Relatório como “orçamento do SNS”. O objetivo central do Relatório consiste em analisar o desempenho assistencial e económico-financeiro do SNS no ano de 2025, incluindo a análise do seu nível de endividamento. A lista de entidades que integram o SNS e que são abrangidas por esta análise consta no Anexo 4.3. Importa assinalar que não integram o SNS, apesar de fazerem parte do Programa da Saúde: a Direção-Geral da Saúde (DGS), o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS), o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A informação contabilística relativa a estas entidades não é considerada nos documentos cujo foco é o SNS enquanto entidade de relato, não integrando, por isso, o perímetro da Conta do SNS.

O Relatório está estruturado em três capítulos, para além deste de natureza introdutória. O primeiro capítulo analisa a evolução da atividade assistencial do SNS, abrangendo os diferentes níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados). Incluem-se ainda comparações internacionais, nomeadamente com países membros da União Europeia e da OCDE. O segundo capítulo foca-se na análise da evolução dos principais agregados da Conta do SNS, assim como dos desvios face à respetiva conta previsional da ACSS que serviu de base ao Orçamento do Estado (OE) de 2025. No terceiro e último capítulo analisa-se a evolução da dívida do SNS, incluindo a sua composição e a evolução dos prazos médios de pagamento a fornecedores. São igualmente sinalizados os principais riscos e incertezas que afetam o sector, bem como a capacidade do SNS para responder às suas responsabilidades futuras, tanto em termos assistenciais como financeiros.

A elaboração deste relatório baseou-se na informação disponibilizada pelas entidades do Ministério da Saúde, com destaque para a ACSS, a Direção Executiva do SNS, I.P. (DE-SNS), e o INFARMED, a quem o Conselho das Finanças Públicas (CFP) expressa o seu agradecimento pela colaboração prestada. No entanto, no decurso da elaboração do presente relatório, o CFP enfrentou dificuldades na articulação institucional necessária à obtenção de informação estatística e operacional na área da saúde. Estas limitações traduziram-se em constrangimentos no acesso atempado a dados relevantes, bem como em dificuldades de harmonização e validação da informação disponibilizada, condicionando a análise de alguns indicadores. Tal refletiu-se na ausência de dados referentes a 2025 no que respeita a: i) pedidos de 1.ª consulta; ii) lista de espera para 1.ª consulta; iii) primeiras consultas realizadas; e iv) percentagem de consultas realizadas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

# 1. ANÁLISE DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

## 1.1 Cuidados de saúde primários

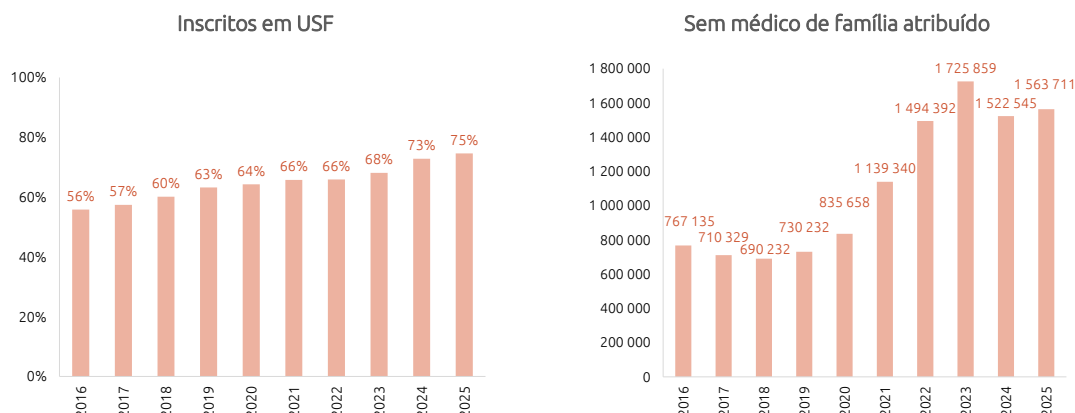
Em 2025, o número de utentes inscritos no SNS voltou a crescer, invertendo a diminuição registada no ano anterior. No total, contavam-se cerca de 10,7 milhões de utentes inscritos, mais 235 mil do que em 2024. No final de 2025, 75% dos utentes encontravam-se inscritos em Unidades de Saúde Familiar (USF), confirmando a tendência de reforço deste modelo organizativo nos cuidados de saúde primários (para uma descrição pormenorizada sobre os vários tipos de USF, consultar a Caixa 1) (Gráfico 1, painel esquerdo). Esta evolução reflete a política de expansão e conversão de unidades para modelos USF, em particular USF modelo B, associadas a maior autonomia organizacional, contratualização de objetivos e incentivos ao desempenho, com vista à melhoria do acesso, continuidade e eficiência dos cuidados. Ainda assim, cerca de 24% dos utentes permaneciam inscritos em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), estruturas que continuam mais presentes em territórios com dificuldades de fixação de profissionais de saúde e maiores carências de recursos humanos, especialmente de médicos de família, refletindo persistentes assimetrias regionais no acesso aos cuidados primários.

Em 2025, o número de utentes sem médico de família atribuído voltou a aumentar, invertendo a trajetória de melhoria observada no ano anterior. Este universo fixou-se em 1,56 milhões de utentes, cerca de mais 41 mil do que em 2024. A região de Lisboa e Vale do Tejo continua a concentrar a maioria destes casos, reunindo mais de 1,1 milhões de utentes sem médico de família, correspondentes a cerca de 70% do total nacional (Gráfico 1, painel direito). Este contexto é particularmente relevante num cenário de envelhecimento da classe médica na especialidade de Medicina Geral e Familiar. Segundo a última informação disponível da Ordem dos Médicos, no final de 2024, encontravam-se inscritos nesta especialidade 9343 médicos (face a 8856 no final de 2023), dos quais 45% com idade superior a 65 anos.<sup>1</sup> O previsível aumento das aposentações poderá, assim, agravar as restrições no acesso aos cuidados primários. Esta pressão tenderá a repercutir-se nos serviços hospitalares, comprometendo a adequada referenciação dos doentes e induzindo o recurso direto às urgências hospitalares.

---

<sup>1</sup> Até à data de fecho de informação deste relatório, a Ordem dos Médicos não tinha ainda publicado as estatísticas anuais referentes ao número de médicos por especialidade para 2025.

**Gráfico 1 – Cobertura de utentes inscritos no SNS, por USF e médico de família**  
(% do total de utentes do SNS e número de utentes)



Fonte: ACSS.

Em 2025, o volume de consultas médicas nos cuidados de saúde primários do SNS reduziu-se ligeiramente, interrompendo o crescimento observado no ano anterior. Esta evolução refletiu sobretudo a quebra das consultas presenciais, uma vez que as consultas não presenciais continuaram a aumentar. Por sua vez, as consultas de enfermagem e as realizadas por outros profissionais de saúde registaram um crescimento, evidenciando uma diversificação do perfil assistencial dos cuidados primários (Quadro 1). Esta recomposição da atividade não se traduziu, contudo, numa melhoria significativa dos indicadores de utilização. Em 2025, o índice de utilização das consultas médicas situou-se em 0,787 e o das consultas de enfermagem em 0,770, sugerindo que a atividade realizada continua aquém da necessária para responder plenamente às necessidades da população.

**Quadro 1 – Atividade assistencial nos cuidados de saúde primários**  
(valores em milhares, salvo indicação em contrário)

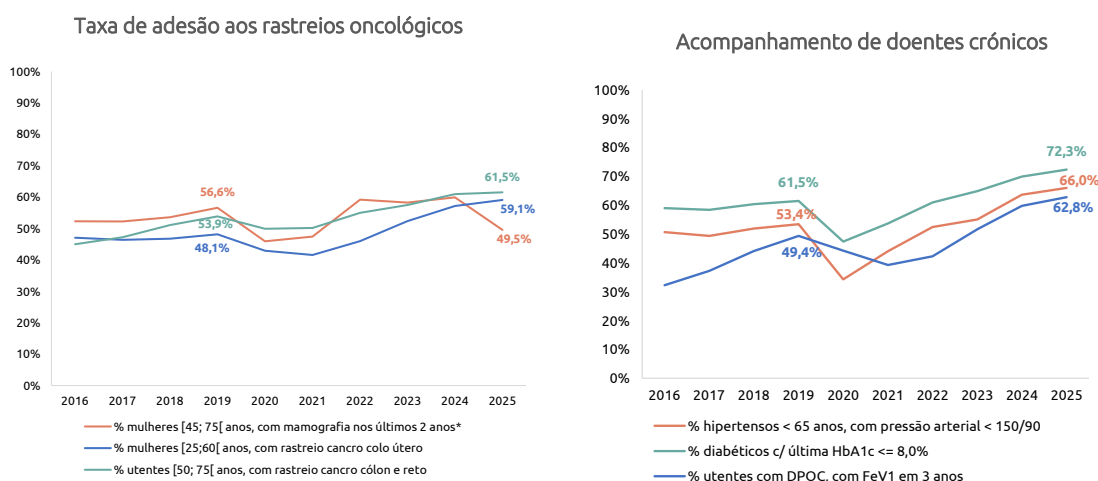
	EXECUÇÃO						Var. 2024/2025	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025		%
<b>Consultas Médicas</b>	<b>32 554</b>	<b>36 038</b>	<b>34 544</b>	<b>33 677</b>	<b>34 051</b>	<b>33 760</b>	<b>-291</b>	<b>-0,9</b>
Presenciais*	14 035	15 888	18 529	18 677	19 231	18 457	-774	-4,0
Não presenciais	18 519	20 150	16 015	15 000	14 820	15 303	483	3,3
<b>Consultas de enfermagem</b>	<b>16 507</b>	<b>25 389</b>	<b>18 413</b>	<b>18 080</b>	<b>19 513</b>	<b>20 158</b>	<b>646</b>	<b>3,3</b>
<b>Consultas de outros técnicos de saúde</b>	<b>540</b>	<b>728</b>	<b>837</b>	<b>959</b>	<b>1 090</b>	<b>1 250</b>	<b>160</b>	<b>14,7</b>
Índice utilização consultas médicas**	0,740	0,789	0,783	0,772	0,803	0,787	-0,016	-2,0
Índice utilização consultas enfermagem**	0,633	0,714	0,656	0,672	0,762	0,770	0,009	1,1

Fonte: ACSS. | Nota: \* Inclui número de consultas médicas presenciais, domicílios médicos e consultas em atendimento complementar (em milhares). \*\*O índice de utilização de consultas médicas (indicador 2017.330.01) e de enfermagem (indicador 2017.331.01) é calculado pela ACSS, respeitando as regras que constam do [Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários](#). Estes índices medem a frequência com que as consultas previsivelmente necessárias para responder às necessidades da população, considerando critérios sociodemográficos e de morbilidade, são efetivamente realizadas nos cuidados de saúde primários. Os índices são calibrados para resultar numa escala de valores entre um mínimo de "0", que significa ausência de resposta, e de "aproximadamente 1", que representa utilização adequada às necessidades.

Os programas de rastreio oncológico mantiveram, em geral, uma trajetória positiva em 2025, embora com evoluções diferenciadas. A cobertura do rastreio do cancro do colo do útero continuou a aumentar, abrangendo 59,1% das mulheres entre os 25 e os 60 anos, o que consolida a recuperação iniciada após o período pandémico. O rastreio do

cancro colorretal prosseguiu a tendência de crescimento e atingiu 61,5% dos utentes entre os 50 e os 75 anos, o valor mais elevado da série analisada. Em contraste, a percentagem de mulheres com mamografia realizada nos últimos dois anos diminuiu para 49,5%, depois de ter atingido 59,9% em 2024. No entanto, de acordo com a ACSS, este desenvolvimento não reflete uma deterioração da atividade de rastreio, mas resulta sobretudo de uma alteração metodológica resultante da Norma n.º 012/2024 da DGS). A partir de 2025, o Programa de Rastreio do Cancro da Mama passou a abranger mulheres entre os 45 e os 74 anos, alargando significativamente a população elegível face ao intervalo anteriormente considerado (50 a 69 anos). Esta alteração conduziu a um aumento superior a 50% do denominador do indicador, enquanto o número de mulheres com mamografia realizada cresceu cerca de 25%. Consequentemente, a diminuição do rácio observado traduz uma quebra de série estatística associada ao alargamento da população-alvo, pelo que não é possível efetuar uma comparação direta entre os valores anteriores a 2025 (Gráfico 2, painel da esquerda). No acompanhamento de doentes crónicos, os indicadores do Gráfico 2 (painel da direita) traduzem a efetividade dos cuidados de saúde primários na gestão de patologias que a literatura classifica como sensíveis a cuidados em ambulatório e cujo controlo atempado e continuado permite reduzir agudizações e evitar internamentos. Entre 2016 e 2025, a trajetória é estruturalmente ascendente nas três dimensões: (i) a proporção de hipertensos com menos de 65 anos com pressão arterial controlada evoluiu de 52% para 66%; (ii) a de diabéticos de 56% para 72%; e, por último, (iii) a de utentes com DPOC realizada nos últimos três anos de 26% para 63%. Esta melhoria foi apenas interrompida em 2020 devido à pandemia de COVID-19. A recuperação destes indicadores após o período pandémico sugere ganhos efetivos de desempenho, que têm tradução orçamental direta, uma vez que um melhor controlo intermédio destas condições reduz a procura de cuidados hospitalares evitáveis.

Gráfico 2 –Rastreio e acompanhamento de utentes nos cuidados de saúde primários (% do universo de utentes)



Fonte: ACSS. | \* Até 2024, inclusive, este rastreio abrangia mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos. Notas: A taxa de adesão aos rastreios oncológicos é calculada em conformidade com as regras de rastreio que constam dos indicadores 2013.044.01, 2013.045.01 e 2013.046.01 acessíveis em [Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários](#). HgbA1c - Hemoglobina glicada | DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica. | FeV1 - volume de ar expirado no 1.º segundo, após uma inspiração máxima, medido através de espirometria.

## Caixa 1 – Unidades de Cuidados de Saúde Primários do SNS

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são equipas multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica, nos termos do [Decreto-Lei n.º 298/2007](#), de 22 de agosto, na sua redação atual. Até 2024, as USF organizavam-se em três modelos, A, B e C, sendo que o modelo C, embora previsto no [Despacho n.º 24101/2007](#), de 22 de outubro, nunca chegou a ser implementado de forma significativa, estando ainda em curso. Com a entrada em vigor do [Decreto-Lei n.º 103/2023](#), de 23 de agosto, que aprovou o novo regime jurídico dos cuidados de saúde primários no âmbito da reforma do SNS promovida pelo XXIII Governo Constitucional, as USF de modelo A foram extintas, passando a generalizar-se o modelo B. Esta alteração procurou uniformizar o funcionamento das USF, estabelecendo regras comuns de organização, funcionamento e contratualização. As USF-A continuam a existir no SNS, mas o seu peso relativo diminuiu substancialmente em resultado da conversão de muitas unidades para o modelo B. A distinção entre os modelos assenta sobretudo no grau de autonomia organizacional, no modelo de financiamento e no nível de desenvolvimento das equipas profissionais:

- As **USF-A** correspondem à fase inicial de desenvolvimento organizacional. Dispõem de alguma autonomia na gestão da atividade assistencial, mas não beneficiam de incentivos financeiros associados ao desempenho. Funcionam frequentemente como etapa de transição para modelos mais evoluídos;
- As **USF-B** apresentam um grau mais elevado de maturidade organizacional, com contratualização de objetivos assistenciais e sistemas de remuneração que incluem incentivos financeiros dependentes do desempenho. Este modelo constitui atualmente o principal modelo de expansão das USF;
- As **USF-C**, previstas no Estatuto do SNS e regulamentadas em 2024, distinguem-se por poderem ser geridas por entidades dos sectores social, cooperativo ou privado, mediante contratos com o SNS. Ao contrário das USF-A e USF-B, que integram exclusivamente estruturas públicas, as USF-C assentam numa lógica de prestação convencionada de cuidados primários financiados pelo SNS.

Existem ainda as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que constituem unidades funcionais dos cuidados de saúde primários que asseguram a prestação de cuidados personalizados à população inscrita, através de equipas multiprofissionais organizadas em torno da promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância clínica e acompanhamento continuado dos utentes. As UCSP não dispõem do mesmo nível de autonomia organizacional que as USF, nem de mecanismos de remuneração associados ao desempenho.

A literatura sobre os cuidados de saúde primários em Portugal evidencia diferenças significativas entre as UCSP e as USF no que respeita à cobertura por médico de família. Um estudo de caso realizado em 2023, com base em dados recolhidos numa semana aleatória de 2022 em três unidades funcionais (USF-A, USF-B e UCSP), envolvendo 62 841 utentes, concluiu que a UCSP concentrava a maior proporção de utentes sem médico de família ([Rosana Rocha, 2023](#)). Nesta unidade, 63,5% dos utentes encontravam-se sem médico atribuído, representando quase metade do total de inscritos, enquanto na USF-B essa proporção era residual (0,1%). Este padrão encontra-se igualmente refletido nos dados nacionais. Segundo o [Relatório de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários da Entidade Reguladora da Saúde](#), as UCSP têm uma expressão organizacional mais relevante apenas na região do Alentejo, onde representam 64,4% das unidades funcionais, sendo nas restantes regiões predominantes as USF, particularmente as USF-B. Por sua vez, o [estudo da ERS sobre qualidade e eficiência das UCSP](#) e das USF demonstrou que, em 2022, as UCSP apresentavam, em todas as regiões, a maior percentagem de utentes sem médico de família. As diferenças eram particularmente expressivas em Lisboa e Vale do Tejo, onde 57,8% dos utentes inscritos nas UCSP não tinham médico de família atribuído, bem como no Alentejo (20,3%) e no Algarve (18,7%). Em contraste,

nas USF-B a proporção de utentes sem médico de família era inferior a 6% em todas as regiões. Em conjunto, estes resultados sugerem que as UCSP concentram uma parte substancial dos utentes sem médico de família, refletindo os constrangimentos de recursos humanos e as desigualdades de acesso que persistem nos cuidados de saúde primários em Portugal.

Quadro 2 – Utentes inscritos em USF e UCSP por região e atribuição de Médico de Família (2022)

Região	UF	Utentes com MF		Sem MF por opção		Sem MF		Total utentes inscritos ativos
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Norte	UCSP	663 830	95,1%	1 935	0,3%	32 220	4,6%	697 985
	USF-A	858 147	97,4%	368	0,0%	22 627	2,6%	881 142
	USF-B	2 149 917	98,1%	389	0,0%	41 783	1,9%	2 192 089
	Total	3 671 894	97,4%	2 692	0,1%	96 630	2,6%	3 771 216
Centro	UCSP	719 888	87,2%	3 316	0,4%	102 743	12,4%	825 947
	USF-A	526 822	93,9%	2 055	0,4%	32 457	5,8%	561 334
	USF-B	400 570	97,3%	82	0,0%	11 073	2,7%	411 725
	Total	1 647 280	91,6%	5 453	0,3%	146 273	8,1%	1 799 006
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	562 504	41,2%	12 780	0,9%	788 905	57,8%	1 364 189
	USF-A	1 047 793	88,0%	743	0,1%	142 782	12,0%	1 191 318
	USF-B	1 235 707	98,8%	496	0,0%	14 903	1,2%	1 251 106
	Total	2 846 004	74,8%	14 019	0,4%	946 590	24,9%	3 806 613
Alentejo	UCSP	242 342	79,3%	1 249	0,4%	62 055	20,3%	305 646
	USF-A	92 616	86,6%	416	0,4%	13 906	13,0%	106 938
	USF-B	95 802	94,8%	7	0,0%	5 245	5,2%	101 054
	Total	430 760	83,9%	1 672	0,3%	81 206	15,8%	513 638
Algarve	UCSP	168 911	81,1%	445	0,2%	38 914	18,7%	208 270
	USF-A	132 563	91,3%	2	0,0%	12 678	8,7%	145 243
	USF-B	124 981	100,0%	0	0,0%	14	0,0%	124 995
	Total	426 455	89,1%	447	0,1%	51 606	10,8%	478 508
Portugal Continental	Total	9 022 393	87,0%	24 283	0,2%	1 322 305	12,8%	10 368 981

Fonte: ERS (2024). | MF = Médico de Família.

## 1.2 Cuidados hospitalares

Em 2025, manteve-se a trajetória de crescimento da atividade assistencial hospitalar iniciada em 2021. O número de consultas médicas hospitalares aumentou 2,4% em relação a 2024, principalmente devido às consultas subsequentes (3,3%), enquanto o número de primeiras consultas se manteve praticamente inalterado (0,3%). Dentro das primeiras consultas, refere-se a diminuição de 1,3% das consultas realizadas ao abrigo do programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), face a um aumento de 1,2% nas restantes (Quadro 4 – Oferta e procura na RNCCI). A proporção de primeiras consultas manteve-se estável, em 28%, o mesmo sucedendo com os pedidos de primeiras consultas não concluídos. Em 2025, o número total de intervenções cirúrgicas aumentou 1,6%, atingindo 904 mil cirurgias. Este crescimento foi impulsionado sobretudo pela cirurgia programada em ambulatório, que aumentou 3,3% e passou a representar 73% das cirurgias programadas realizadas. Em contraste, a cirurgia convencional registou uma ligeira redução, refletindo a substituição progressiva do regime de internamento pelo regime de ambulatório.

Nos serviços de urgência e internamento hospitalar persistiram, em 2025, vários constrangimentos estruturais já observados em anos anteriores. O número de episódios de urgência diminuiu 7,2%, com uma redução da proporção de casos classificados como pouco urgentes (azuis, verdes e brancos). Esta evolução poderá refletir uma utilização mais adequada destes serviços. Verificou-se igualmente uma ligeira melhoria no

cumprimento dos tempos máximos de atendimento recomendados pela triagem de Manchester. Ainda assim, estes tempos foram cumpridos em apenas 44% dos episódios, evidenciando dificuldades persistentes na capacidade de resposta atempada das urgências hospitalares. A proporção de episódios que resultaram em internamento manteve-se estável em 8%.

**Em paralelo, os indicadores de internamento hospitalar continuaram a revelar níveis elevados de pressão sobre a capacidade instalada.** Em 2025, a atividade em hospital de dia prosseguiu a trajetória de expansão, com um aumento de 7,3% no número de sessões realizadas, reforçando a substituição progressiva do internamento convencional sempre que clinicamente adequado. Todavia, este progresso não foi suficiente para aliviar a pressão sobre a capacidade de internamento. Em 2025, a taxa média de ocupação atingiu um novo máximo, situando-se próximo dos 90% das camas disponíveis, acompanhada de um aumento da demora média de internamento. Destacam-se situações particularmente críticas em várias Unidades Locais de Saúde EPE, com taxas de ocupação superiores a 100%, nomeadamente na ULS Tâmega e Sousa (136%), ULS de Braga (116%), ULS do Oeste (114%), ULS do Médio Ave (102%) e ULS de Barcelos/Esposende (101%). A conjugação de ocupação elevada e demora média crescente é compatível com estrangulamentos na alta hospitalar, designadamente a permanência de doentes com alta clínica que aguardam resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou de apoio social, limitando a rotação das camas disponíveis.

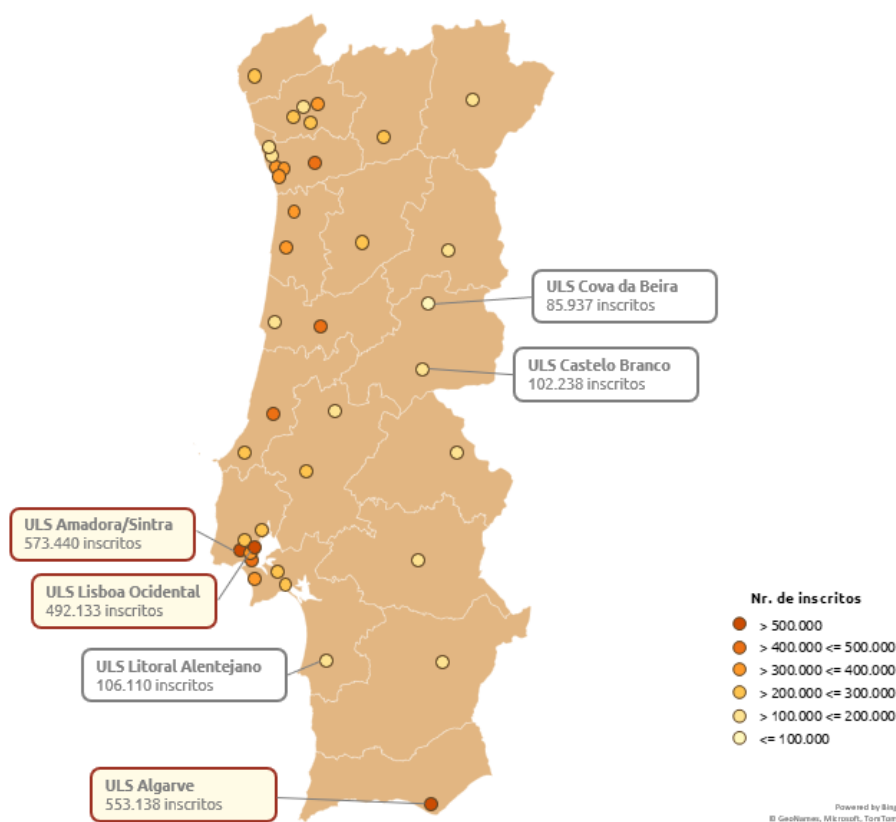
**Quadro 3 – Atividade assistencial nos cuidados hospitalares**  
(valores em milhares, salvo indicação em contrário)

	EXECUÇÃO						Var. 2025/2024	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	em milhares ou p.p.	%
<b>Consultas médicas hospitalares</b>	<b>11 130</b>	<b>12 413</b>	<b>12 779</b>	<b>13 280</b>	<b>14 018</b>	<b>14 358</b>	<b>340</b>	<b>2,4</b>
Primeiras consultas	2 998	3 517	3 658	3 784	3 953	3 963	10	0,3
Primeiras consultas CTH	970	1 103	1 244	1 335	1 459	1 441	-19	-1,3
Outras primeiras consultas	2 028	2 442	2 483	2 449	2 494	2 523	29	1,2
Consultas subsequentes	8 132	8 897	9 121	9 496	10 064	10 394	330	3,3
Primeiras consultas (% total de consultas)	27%	28%	29%	28%	28%	28%	-0,6	-
<b>Doentes saídos do internamento</b>	<b>676</b>	<b>726</b>	<b>750</b>	<b>768</b>	<b>778</b>	<b>757</b>	<b>-21</b>	<b>-2,7</b>
Demora média (em dias)*	8,8	8,7	8,8	8,9	8,8	9,0	0,1	1,4
Taxa de ocupação (%)	77%	81%	86%	89%	89%	90%	0,4	-
<b>Intervenções cirúrgicas</b>	<b>579</b>	<b>709</b>	<b>759</b>	<b>817</b>	<b>890</b>	<b>904</b>	<b>14</b>	<b>1,6</b>
Cirurgia Programada	488	614	662	715	789	803	14	1,8
Cirurgia em ambulatório	322	420	462	509	566	585	19	3,3
Cirurgia convencional	166	194	200	207	222	218	-4	-2,0
Cirurgia em ambulatório (%)	66%	68%	70%	71%	72%	73%	1,0	-
Cirurgia urgente	91	95	97	102	102	102	0	-0,1
<b>Episódios de urgência</b>	<b>4 553</b>	<b>5 196</b>	<b>6 232</b>	<b>6 193</b>	<b>6 176</b>	<b>5 729</b>	<b>-446</b>	<b>-7,2</b>
Azuis, verdes e brancos (%)	43%	44%	44%	42%	40%	35%	-5,4	-
Cumprimento dos tempos de triagem (%)	76%	66%	61%	60%	65%	66%	0,3	-
Episódios que originam internamento (%)	10%	9%	8%	8%	8%	8%	0,6	-
<b>Sessões de hospital de dia</b>	<b>1 149</b>	<b>1 318</b>	<b>1 456</b>	<b>1 580</b>	<b>1 694</b>	<b>1 817</b>	<b>123</b>	<b>7,3</b>

Fonte: ACSS e Portal da Transparência do SNS. | \* A variação da demora média em 2024/2025 encontra-se expressa em dias. | Nota: CTH designa o Programa Consulta a Tempo e Horas, conforme [Portaria n.º 95/2013](#), de 4 de março. Os dados relativos às consultas médicas hospitalares e as suas componentes foram obtidos através do Portal da Transparência do SNS, podendo diferir dos publicados no relatório anterior cuja fonte dos dados foi a Direção Executiva do SNS.

A distribuição dos utentes inscritos nas ULS evidencia uma forte heterogeneidade na dimensão destas unidades. A concentração populacional nas áreas metropolitanas, em particular na região de Lisboa, traduz-se em ULS com mais de 500 mil inscritos, enquanto em várias zonas do interior o número de utentes situa-se abaixo dos 100 mil. Esta disparidade não constitui, em si mesma, um indicador de pressão assistencial, uma vez que esta depende da relação entre a procura e os recursos disponíveis em cada unidade, e não da dimensão absoluta da população inscrita. Tem, no entanto, implicações relevantes para o financiamento e a gestão do sistema. Por um lado, exige que o modelo de afetação de recursos reflita não apenas o número de inscritos, mas também as características da população servida, nomeadamente a estrutura etária e o perfil de morbilidade. Por outro, coloca desafios de gestão distintos: (i) às ULS de grande dimensão associam-se riscos de congestionamento e de complexidade organizativa; e (ii) às de menor dimensão, dificuldades de escala na fixação de profissionais.

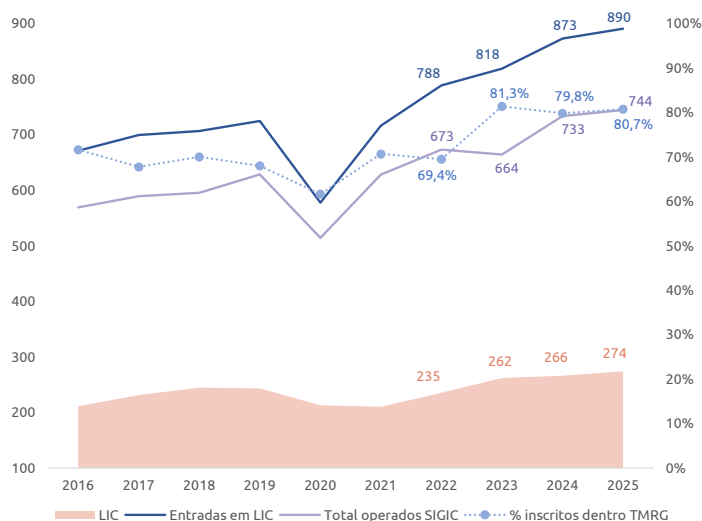
Gráfico 3 – Distribuição geográfica das três ULS com maior e menor número de utentes inscritos (medida em nº de inscritos)



Fonte: ACSS. | Nota: No modelo ULS, a análise considera os utentes inscritos nos cuidados de saúde primários (CSP), e não a população residente. Assim, o número de inscritos pode incluir utentes com residência fora da área geográfica da respetiva ULS.

Em 2025, a atividade cirúrgica do SNS continuou a crescer, mas os indicadores de acesso revelam sinais de agravamento da pressão sobre o sistema. O número de entradas em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) aumentou para 890 mil utentes, face a 873 mil em 2024, enquanto o número de doentes em espera foi de 274 mil, o valor mais elevado da série analisada. Em simultâneo, o total de doentes operados no âmbito do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) aumentou de 733 mil para 744 mil, refletindo a manutenção de elevados níveis de produção cirúrgica. Contudo, a percentagem de inscritos operados dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) subiu ligeiramente para 80,7%, permanecendo, ainda assim abaixo do valor máximo observado em 2023 (81,3%). Estes resultados sugerem que, apesar do reforço da atividade cirúrgica, o crescimento da procura continua a superar a capacidade de resposta do sistema, traduzindo-se num aumento da lista de espera e em dificuldades persistentes no cumprimento dos tempos de resposta estabelecidos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Acesso programado a cirurgias  
(valores em milhares, salvo indicação em contrário)



Fonte: ACSS. | Notas: TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos; LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia; SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

### 1.3 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) continuou a expandir a sua capacidade em 2025, embora a um ritmo claramente inferior ao do ano anterior. O número total de lugares atingiu 17 181, um crescimento de 1,7% que compara com 16 902 lugares e um crescimento de 7,0% em 2024. Este crescimento assentou sobretudo no aumento dos lugares domiciliários em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Registaram-se, em relação a 2024, 191 novos lugares domiciliários disponíveis, e mais 88 camas de internamento. Do lado da procura, o crescimento foi mais forte, com o número de utentes referenciados a aumentar 4 834 (9,8%), com destaque para as referenciações para ECCI. O número de utentes assistidos acompanhou esta tendência, registando um acréscimo de 2 351 (4,3%), impulsionado igualmente pelas ECCI. O desfasamento entre o crescimento do número de utentes referenciados (da procura) e o crescimento da capacidade instalada traduziu-se, assim,

num novo aumento da lista de espera, que atingiu 1910 utentes em 2025 (+159 ou +9,1% face a 2024), com particular incidência nas unidades de internamento (Gráfico 5, painel direito). Esta pressão sobre as respostas de internamento da RNCCI é consistente com os constrangimentos identificados na alta hospitalar, sugerindo que a insuficiência de capacidade da Rede se repercute a montante, na ocupação das camas de casos agudos.

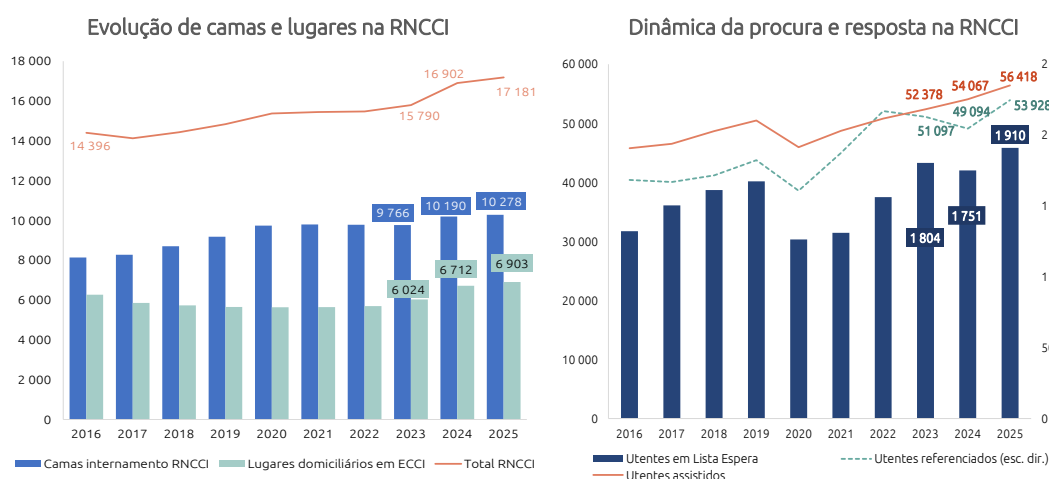
Quadro 4 – Oferta e procura na RNCCI

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Var. 2025/2024
<b>Total RNCCI</b>	<b>14 396</b>	<b>14 123</b>	<b>14 430</b>	<b>14 833</b>	<b>15 374</b>	<b>15 443</b>	<b>15 473</b>	<b>15 790</b>	<b>16 902</b>	<b>17 181</b>	<b>279</b> <b>1,7%</b>
Camas internamento RNCCI	8 132	8 271	8 702	9 182	9 737	9 797	9 783	9 766	10 190	10 278	88 0,9%
Lugares domiciliários em ECCI	6 264	5 852	5 728	5 651	5 637	5 646	5 690	6 024	6 712	6 903	191 2,8%
Taxa Crescimento RNCCI	2,3%	-1,9%	2,2%	2,8%	3,6%	0,4%	0,2%	2,0%	7,0%	1,7%	-5,4%
<b>Utentes referenciados (esc. dir.)</b>	<b>40 407</b>	<b>40 061</b>	<b>41 166</b>	<b>43 750</b>	<b>38 586</b>	<b>44 977</b>	<b>52 063</b>	<b>51 097</b>	<b>49 094</b>	<b>53 928</b>	<b>4 834</b> <b>9,8%</b>
Referenciados para internamento	28 655	29 217	30 546	30 839	26 272	28 898	34 942	34 568	33 084	35 293	2 209 6,7%
Referenciados para ECCI	11 752	10 844	10 620	12 911	12 314	16 079	17 121	16 529	16 010	18 635	2 625 16,4%
<b>Utentes assistidos</b>	<b>45 768</b>	<b>46 525</b>	<b>48 677</b>	<b>50 473</b>	<b>45 959</b>	<b>48 733</b>	<b>50 793</b>	<b>52 378</b>	<b>54 067</b>	<b>56 418</b>	<b>2 351</b> <b>4,3%</b>
Unidades internamento	30 186	31 310	32 013	33 417	29 788	32 495	34 229	34 915	36 351	37 149	798 2,2%
ECCI	15 582	15 215	16 664	17 056	16 171	16 238	16 564	17 463	17 716	19 269	1 553 8,8%
<b>Utentes em Lista Espera</b>	<b>1 322</b>	<b>1 504</b>	<b>1 612</b>	<b>1 674</b>	<b>1 264</b>	<b>1 310</b>	<b>1 562</b>	<b>1 804</b>	<b>1 751</b>	<b>1 910</b>	<b>159</b> <b>9,1%</b>
Para unidades internamento	1 218	1 365	1 420	1 423	1 062	1 067	1 292	1 451	1 245	1 390	145 11,6%
Para ECCI	104	139	192	251	202	243	270	353	506	520	14 2,8%

Fonte: ACSS e Portal da Transparência.

**Persistem ainda assimetrias regionais relevantes na cobertura da RNCCI.** Para uma média nacional de 729 lugares da RNCCI por cada 100 mil habitantes com 65 ou mais anos, a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresentou o rácio mais baixo, com apenas 618 lugares. No extremo oposto, o Algarve registou a maior cobertura populacional (1135 lugares por 100 mil habitantes com 65 ou mais anos), seguido do Alentejo (1125), do Centro (840) e do Norte (656). A amplitude entre os extremos – a cobertura do Algarve é quase o dobro da de LVT – é tanto mais relevante quanto esta última região concentra a maior parcela da população nacional.

Gráfico 5 – Oferta e procura na RNCCI



Fonte: ACSS. Notas: RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados | ECCI – Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados.

#### 1.4 Situação global e perspectivas de futuro para a atividade assistencial

O Plano de Emergência e Transformação na Saúde,<sup>2</sup> aprovado em maio de 2024, teve uma execução parcial e heterogênea. O plano incluía 54 medidas distribuídas por cinco eixos estratégicos. O [II Relatório de Progresso](#), que utilizou a informação disponível até 31 de março de 2025, reconhecia uma tendência de progresso sustentado, mas apontava limitações importantes, nomeadamente: i) falta de dados para avaliar várias medidas; ii) a persistência de assimetrias regionais; e iii) atrasos em medidas estruturantes na saúde mental, na cobertura por médico de família e da requalificação das urgências. Este padrão sugeria uma execução mais rápida nas medidas operacionais e de curto prazo (como o reforço de atividade, contratação, incentivos e reorganização assistencial) do que nas reformas estruturais de maior complexidade, como; i) a implementação das USF de modelo C (ver Caixa 1); ii) a reforma do acesso à cirurgia (SINACC<sup>3</sup>); ou iii) a reconfiguração do funcionamento das urgências. Segundo a informação divulgada pelo Governo a 28 de maio de 2026, apenas seis medidas permaneciam por concluir, concentradas nos eixos estratégicos da saúde próxima e familiar e da saúde mental.

O grupo de trabalho que realizou o II Relatório de Progresso reconheceu melhorias em várias áreas de acesso e de produção assistencial, mas o relatório evidencia igualmente que a pressão sobre o SNS permanece elevada, especialmente nos cuidados primários e continuados. Na atividade cirúrgica, o programa OncoStop<sup>4</sup> reduziu em 87,7% o número de doentes fora dos tempos máximos de resposta garantidos (de 1469 casos em março de 2024 para 180 casos em março de 2025) e as cirurgias não oncológicas cresceram 6,3% face ao 1.º trimestre de 2024. Desde o início do plano, a Linha SNS Grávida encaminhou 36 500 grávidas para respostas alternativas, evitando o recurso direto aos serviços de urgência. Nos cuidados urgentes e emergentes, os 15 Centros de Atendimento Clínico já criados (para situações agudas de menor complexidade e urgência clínica) atenderam mais de 30 000 utentes, e a maioria das medidas prioritárias deste eixo estava concluída à data do relatório. A principal exceção era a requalificação física das urgências, considerada inexecutável no prazo inicialmente definido. Nos cuidados de saúde primários e saúde familiar, os progressos eram visíveis, mas insuficientes, uma vez que 1,56 milhões de utentes continuavam sem médico de família. A criação das USF modelo C encontrava-se em curso com 19 candidaturas registadas e um potencial de cobertura de 191 mil utentes, valor que, mesmo na hipótese de concretização integral, ficaria muito distante de resolver a situação dos 1,56 milhões de utentes sem médico de família. Na saúde mental, a contratação de psicólogos para os cuidados primários e a criação de equipas comunitárias estavam concluídas, mas a desinstitucionalização de doentes crónicos e os programas de intervenção na ansiedade e na depressão não se encontravam ainda operacionais. O relatório recomendava a reprogramação de alguns prazos, a introdução de sistemas de monitorização em tempo

---

<sup>2</sup> O Plano de Emergência e Transformação na Saúde foi aprovado em Conselho de Ministros do XXIV Governo a 29 de maio de 2024. Este plano incluía medidas urgentes, medidas prioritárias e medidas estruturantes divididas por 5 eixos estratégicos: 1) resposta a tempo e horas; 2) bebés e mães em segurança; 3) cuidados urgentes e emergentes; 4) saúde próxima e familiar; e 5) saúde mental.

<sup>3</sup> O SINACC é o [Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia](#) e Consultas que substitui o antigo SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), e que permite acompanhar em tempo real o posicionamento nas listas de espera e gerir o agendamento de consultas e cirurgias.

<sup>4</sup> [Portaria n.º 154/2024/1, de 17 de maio](#).

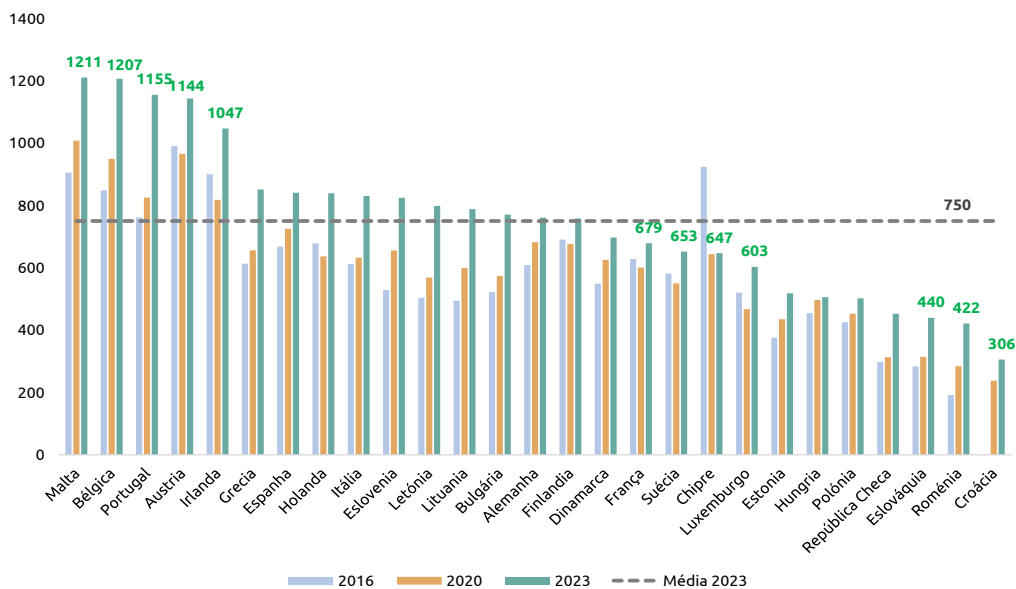
real e uma comunicação mais eficaz com os cidadãos sobre os circuitos de acesso ao SNS.

**De acordo com a OCDE, a percentagem de pessoas com 45 anos ou mais com, pelo menos, uma doença crónica que referem ter boas experiências com os cuidados de saúde em Portugal é inferior à média da OCDE, exceto no que diz respeito à confiança na gestão da própria saúde.** Com efeito, os resultados do [inquérito PaRIS](#) (*Patient-Reported Indicator Surveys*) da OCDE, publicado em março de 2025, mostram que Portugal apresenta desempenhos globalmente inferiores à média da OCDE em vários indicadores de perceção de saúde e experiência dos cuidados. Este inquérito, centrado na experiência e nos resultados reportados por doentes com doenças crónicas nos cuidados de saúde primários, revela que apenas 42% dos participantes portugueses consideram ter boa saúde geral, 57% reportam boa saúde física e 67% boa saúde mental, sendo este último o valor mais baixo registado entre os países participantes. O inquérito evidencia ainda fragilidades na coordenação dos cuidados, na confiança no sistema de saúde e no apoio à autogestão da doença, bem como baixos níveis de literacia digital em saúde. Em sentido positivo, Portugal destaca-se na utilização de registos clínicos eletrónicos e na confiança que os utentes depositam na sua própria capacidade de gerir a sua saúde.

**Os resultados do inquérito PaRIS revelam também desigualdades socioeconómicas importantes, com os grupos de menor rendimento a apresentarem piores indicadores de bem-estar e experiência dos cuidados.** De acordo com a OCDE, "*Em Portugal, seis em cada dez pessoas com doenças crónicas (64%) com rendimentos mais elevados confiam no sistema de saúde, em comparação com 48% das pessoas com rendimentos mais baixos. A confiança no sistema de saúde é inferior à média OCDE no PaRIS, tanto para os grupos com rendimentos elevados (70%) como para os grupos com rendimentos baixos (59%)*". De facto, as pessoas com rendimentos mais baixos enfrentam maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que dependem essencialmente dos serviços de natureza tendencialmente gratuita prestados pelo SNS.

**As fragilidades no acesso e na capacidade de resposta do SNS têm como consequência uma transferência de encargos para as famílias.** Em Portugal, o financiamento público e por seguros obrigatórios representa 62% da despesa total em saúde, contra 75% na média da OCDE, o que deixa às famílias um financiamento comparativamente elevado. Os pagamentos diretos das famílias (*out-of-pocket*), que incluem tanto a aquisição direta de bens e serviços de saúde, públicos ou privados, como a participação nos custos no âmbito de regimes de copagamento, representam frequentemente uma parcela relevante do orçamento familiar. Com efeito, estes constituem a componente mais regressiva do financiamento da saúde, por não estarem associados à capacidade contributiva. De acordo com o [Health at Glance 2025](#), os pagamentos *out-of-pocket* ascenderam a 29% da despesa em saúde em 2023 em Portugal, que compara com uma média de 19% nos países da OCDE. Em 2023, a despesa privada de saúde, que inclui seguros privados e pagamentos *out-of-pocket*, constituiu o 3.º valor mais elevado da UE27, ascendendo a 1155€ *per capita*, medidos em Paridades do Poder de Compra.

Gráfico 6 – Despesa privada em saúde na UE27 em 2023 (€, PPP)



Fonte: OCDE (dados extraídos a 24/03/2026). Notas: Valores em Paridade do Poder de Compra (PPP).

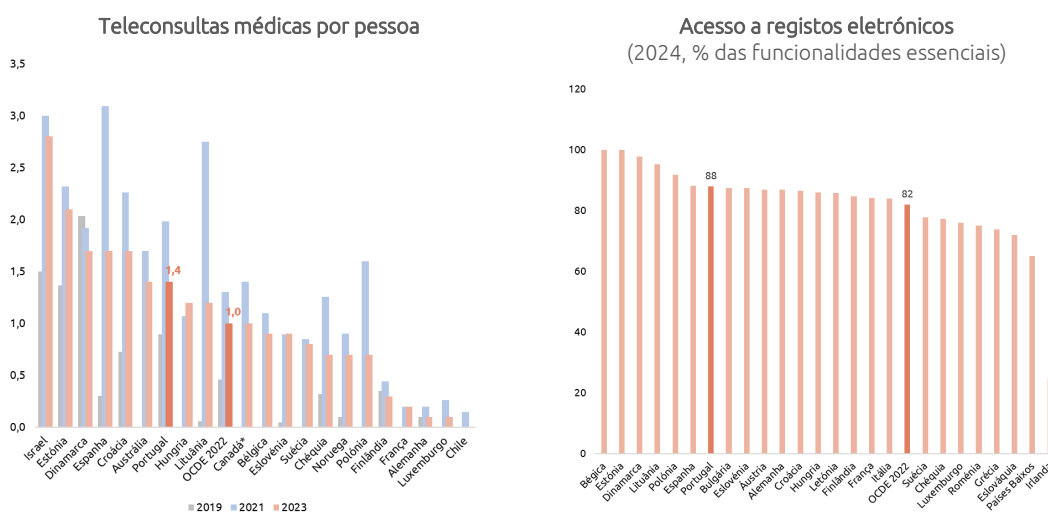
A promoção da saúde regista avanços relevantes em Portugal, mas permanece insuficientemente desenvolvida face ao peso das doenças crónicas e ao envelhecimento acelerado da população, uma fragilidade estrutural que condiciona o desempenho global do SNS. Os dados do [Perfil de Saúde do País 2025](#) mostram que, apesar de Portugal ter uma esperança de vida acima da média da UE, grande parte desses anos é vivida com limitações significativas, sobretudo entre as mulheres. Apenas 54% dos adultos referem ter boa ou muito boa saúde, a terceira proporção mais baixa da UE, e mais de metade das pessoas com 65 ou mais anos vive com limitações nas atividades da vida diária. Os fatores de risco comportamentais continuam a pesar fortemente: o país apresenta um dos consumos de álcool mais elevados da UE, a prevalência da obesidade estabilizou acima da média europeia e os níveis de atividade física permanecem muito reduzidos. Segundo o mesmo relatório, “os riscos comportamentais e ambientais representaram 22% de todas as mortes em Portugal”, o que sublinha a necessidade de reforçar políticas preventivas. Apesar destes desafios, existem áreas de progresso, como a melhoria gradual dos programas de rastreio e bons resultados em indicadores como imunização e admissões hospitalares evitáveis<sup>5</sup>. O quadro acima descrito reclama, em todo o caso, políticas de prevenção mais robustas, intersectoriais e sustentadas, orientadas para reduzir desigualdades e para o aumento dos anos de vida saudável.

Em sentido positivo, Portugal destaca-se favoravelmente no acesso digital aos registos clínicos eletrónicos, com uma cobertura de 88% das funcionalidades essenciais em 2024, acima da média da OCDE, situada em 82%. Apenas a Bélgica e a Estónia oferecem atualmente acesso total às funcionalidades dos registos clínicos eletrónicos, enquanto a Irlanda surge no extremo oposto, com menos de 30% de cobertura. Importa sublinhar

<sup>5</sup> Para maior detalhe, consultar a publicação ocasional “[O sistema de saúde português em perspetiva internacional: análise comparativa](#)”.

que Portugal foi um dos países que registou os maiores aumentos na acessibilidade aos registos clínicos eletrónicos desde 2022, juntamente com a Chéquia, França, Irlanda e a Eslováquia. No que respeita à utilização de teleconsultas, Portugal situa-se também acima da média da OCDE, com 1,4 teleconsultas por pessoa em 2023, que compara com 1 teleconsulta por pessoa, em média, na OCDE. No conjunto, estes indicadores posicionam Portugal como um dos países da OCDE com progressos mais consistentes na digitalização da saúde, tanto na infraestrutura de dados como na confiança e adesão dos cidadãos às ferramentas digitais (*Health at Glance 2025*).

Gráfico 7 – Digitalização na saúde



Fonte: OCDE. | \*Os dados apresentados para o Canadá são referentes a 2022.

### 1.5 Despesa corrente em saúde

A despesa corrente em saúde é um dos principais indicadores utilizados para realizar a análise e comparação internacional da despesa com a saúde de um dado país:

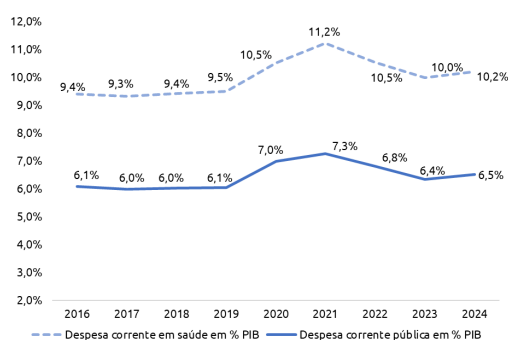
- A despesa corrente em saúde: engloba a despesa corrente pública e privada em saúde, incluindo os pagamentos diretos das famílias, dos seguros de saúde e dos subsistemas, constituindo o indicador habitualmente utilizado nas comparações internacionais.
- A despesa corrente pública em saúde em Portugal: corresponde à componente pública da despesa corrente em saúde apurada na Conta Satélite da Saúde divulgada pelo INE, incluindo não apenas a despesa do SNS, mas também a de outras entidades públicas do sector da saúde, nomeadamente os Serviços Regionais de Saúde (SRS) dos Açores e da Madeira, os subsistemas de saúde públicos, as outras entidades da Administração Pública e os Fundos de Segurança Social.

Segundo os dados mais recentes do INE, relativos a 2024, a componente pública representava cerca de dois terços da despesa corrente em saúde. Numa perspetiva mais abrangente, é habitual recorrer ao indicador de despesa corrente em saúde, que

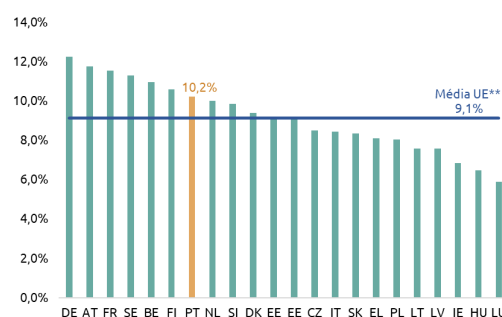
inclui tanto a componente pública como a privada.<sup>6</sup> O crescimento da despesa corrente em saúde tem sido transversal à generalidade dos países da União Europeia (UE), refletindo fatores como o envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos nos sistemas de saúde. Em Portugal, a despesa corrente em saúde, um agregado que compreende as componentes pública e privada, atingiu 29,2 mil M€ em 2024<sup>7</sup> (26,9 mil M€ em 2023), correspondendo a 10,2% do PIB, com a componente pública a assegurar aproximadamente dois terços deste total (Gráfico 8, painel inferior esquerdo). Em termos comparativos, Portugal posiciona-se entre os países da UE com maior peso da despesa em saúde no PIB (Gráfico 8, painel superior direito). Contudo, quando medida em termos *per capita*, a despesa portuguesa permanece inferior à média europeia, (Gráfico 8, painel inferior direito).

Gráfico 8 – Despesa corrente em saúde

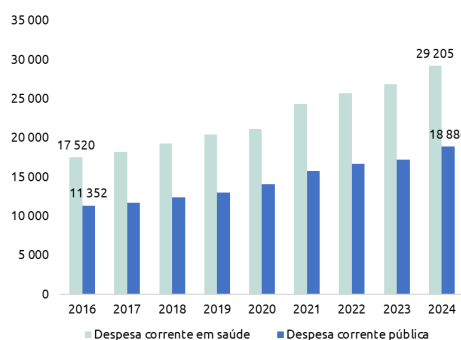
Evolução da despesa corrente em saúde e da despesa corrente pública em Portugal, em % do PIB



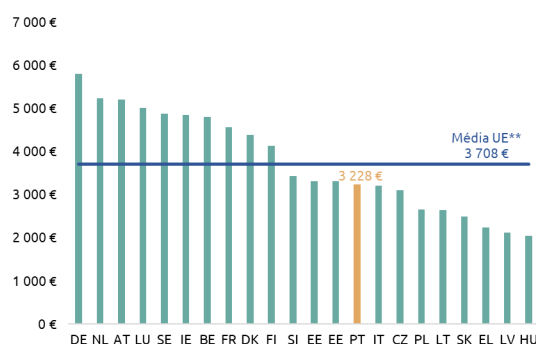
Despesa corrente em saúde nos países da União Europeia em 2024, em % do PIB



Evolução da despesa corrente em saúde e da despesa corrente pública em Portugal (M€)



Despesa corrente em saúde *per capita* nos países da União Europeia, em 2024 (€)\*



Fonte: INE, [conta satélite da saúde](#) e OCDE (gráficos da direita). Nota: \* Valores em Paridade do Poder de Compra (PPP). \*\*A média da UE refere-se aos países com dados disponíveis para 2024. Foram excluídos a Bulgária, Chipre, Croácia, Malta e Roménia, por indisponibilidade de dados para esse ano.

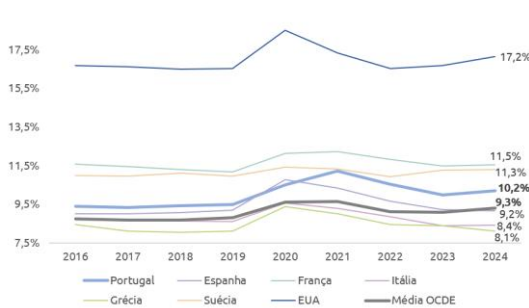
<sup>6</sup> A despesa corrente privada corresponde à despesa suportada pelas sociedades de seguros e outras, pelos subsistemas de saúde privados, por outras Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias e pelas próprias famílias (usualmente designada por pagamentos *out-of-pocket*).

<sup>7</sup> Valores preliminares para 2024 de acordo com os últimos dados disponíveis da [Conta Satélite da Saúde](#), publicada pelo INE em julho 2025.

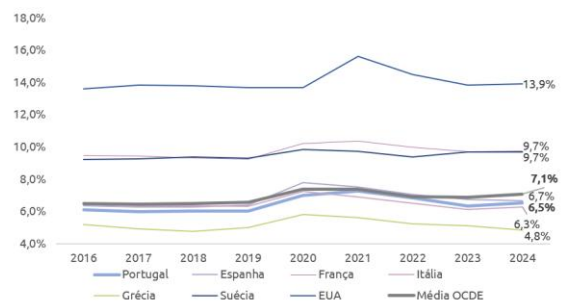
Em 2024, o peso da despesa em saúde aumentou na generalidade dos países da OCDE, tendência que Portugal acompanhou. O peso médio da despesa corrente em saúde subiu para os 9,3% do PIB no conjunto de países da OCDE (Gráfico 9, painel esquerdo). Após a estabilização observada em 2023, esta subida poderá refletir pressões acrescidas sobre os custos no sector da saúde, nomeadamente com pessoal e bens intermédios, bem como uma eventual recuperação da procura por cuidados de saúde. Em Portugal, o peso da despesa corrente total (10,2% do PIB) situa-se acima daquela média. No que respeita à despesa pública, o posicionamento inverte-se, uma vez que o peso médio na OCDE aumentou para 7,1% do PIB em 2024, enquanto em Portugal esta despesa correspondeu a 6,5% do PIB, permanecendo abaixo da média da OCDE, embora com uma trajetória de evolução semelhante ao longo do período em análise (Gráfico 9, painel direito). Esta dupla posição, ou seja, a despesa corrente total acima da média e a despesa pública abaixo, confirma o peso comparativamente elevado do financiamento privado no sistema de saúde português, em linha com o assinalado anteriormente a propósito dos pagamentos diretos das famílias.

Gráfico 9 – Comparação internacional da despesa com saúde em 2024 (% do PIB)

Comparação internacional da despesa corrente em saúde



Comparação internacional da despesa pública em saúde



Fonte: INE (dados de Portugal) e OCDE (restantes países - dados extraídos a 23/03/2026). Nota: A média da OCDE foi calculada como a média aritmética do peso da despesa em saúde no PIB dos países pertencentes à OCDE e com dados disponíveis em 2024. Os dados referentes a 2024 correspondem ao último ano disponível na base de dados OECD *Health Statistics*. Para todos os países apresentados, os valores relativos a 2024 encontram-se classificados pela OCDE como estimados ou provisórios.

## 2. ANÁLISE À CONTA DO SNS

Em 2025, a Conta do SNS passou a refletir a nova configuração institucional resultante da reorganização do SNS. No final do ano, o perímetro de consolidação englobava 47 entidades integradas no serviço público de saúde, distribuídas da seguinte forma:

- (i) **o sector público administrativo (SPA)**, composto por 5 entidades: a ACSS, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA), assim como a Direção Executiva do SNS e o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); e
- (ii) **o sector público empresarial (SPE)**<sup>8</sup>, composto por 42 entidades públicas empresariais (EPE), reguladas pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, incluindo 39 Unidades Locais de Saúde (ULS) e os três Institutos Portugueses de Oncologia (IPO).

A Conta e o Orçamento do SNS oferecem uma perspetiva limitada do desempenho económico-financeiro do sector. Esta limitação manifesta-se em dois planos. No plano orçamental, o Orçamento do SNS, embora consolide os orçamentos das entidades que o integram, continua a não constar do Relatório que acompanha a proposta de Orçamento do Estado, sendo apenas divulgado posteriormente na Nota Explicativa do Ministério da Saúde, no âmbito da discussão na especialidade. Ainda que, pela sua natureza consolidada, não seja objeto de aprovação parlamentar direta, a sua inclusão no Relatório representaria um contributo importante para reforçar a transparência orçamental. No plano patrimonial, uma análise abrangente da situação financeira do SNS exigiria o balanço consolidado, cuja elaboração compete à ACSS e que integra informação sobre ativos, passivos e património líquido. Contudo, à data de conclusão do presente relatório, o balanço referente a 2025 ainda não se encontrava publicado, impossibilitando a respetiva análise (ver Caixa para uma análise da evolução patrimonial entre 2017 e 2024). Reitera-se, por isso, a importância da sua divulgação atempada, preferencialmente em linha com os prazos da Conta Geral do Estado. Recorde-se ainda que as contas consolidadas das entidades do sector da Saúde são objeto de auditoria pelo Tribunal de Contas, que tem vindo a emitir recomendações destinadas à mitigação dos riscos materiais identificados neste âmbito.<sup>9</sup>

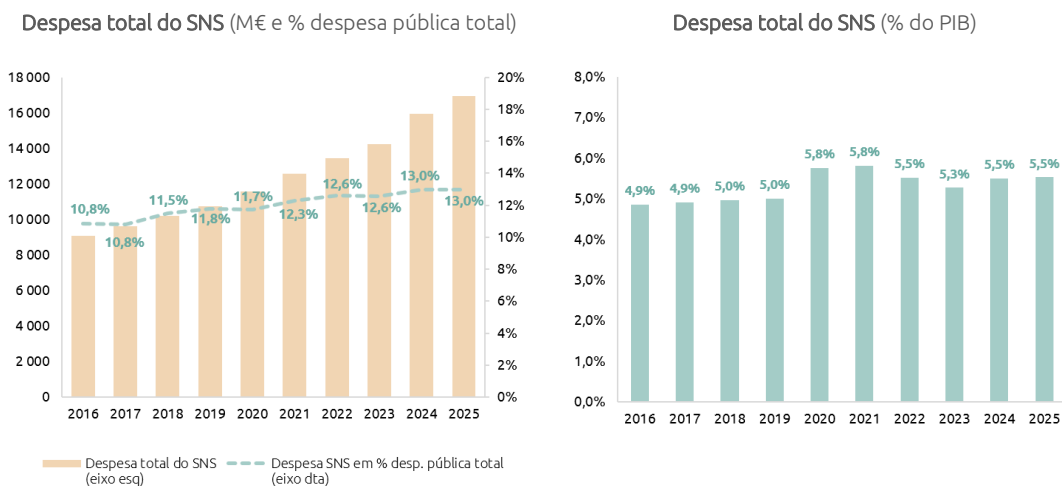
---

<sup>8</sup> No Anexo 4.4 detalha-se e apresenta-se a lista das entidades que integram o SNS à data de 31 de dezembro de 2025.

<sup>9</sup> A última [auditoria de seguimento](#) data de maio de 2022. Esta auditoria analisou o estado de implementação das recomendações anteriormente formuladas pelo Tribunal de Contas e respetivos efeitos sobre as contas consolidadas de 2019, analisando ainda a informação contabilística de 2020, quando apropriado, para o ponto de situação.

Em 2025, a despesa do SNS, tal como apurada pela ACSS, manteve o seu peso relativo na economia e na despesa pública. A despesa total do SNS atingiu 16 962 M€, correspondendo a 5,5% do PIB e a 13,0% da despesa pública (Gráfico 10). Apesar do aumento nominal da despesa, o seu peso relativo na economia e na despesa pública manteve-se globalmente estável face ao ano anterior.

Gráfico 10 – Relação entre a despesa total do SNS, a despesa pública total e o PIB

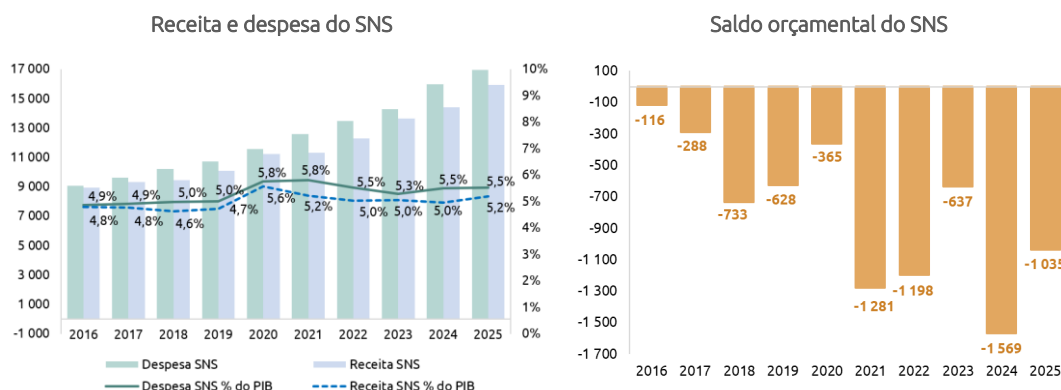


Fontes: ACSS (despesa do SNS) e INE. | Nota: Os dados de 2025 são provisórios. A despesa total do SNS encontra-se na ótica da execução financeira, podendo não ser totalmente comparável com a despesa das administrações públicas em contas nacionais. Não se utilizam os dados COFOG- Saúde por os mesmos não se limitarem à despesa do SNS.

## 2.1 Evolução do saldo do SNS

Em 2025, o saldo do SNS melhorou face ao ano anterior, mas manteve-se negativo e significativamente acima do previsto no Orçamento do Estado para esse ano. O SNS registou um défice orçamental de 1035 M€ em 2025, traduzindo uma redução de 534 M€ face a 2024, ano em que se atingiu o valor mais elevado do período em análise. Esta melhoria decorreu de um crescimento da receita (+1548 M€) superior ao aumento da despesa (+1014 M€). Ainda assim, o saldo manteve-se negativo, prolongando a tendência observada desde 2016 (Gráfico 11, painel direito). Face ao Orçamento do Estado, que previa um défice de 217 M€, o desvio foi de 818 M€. Assim, o défice observado correspondeu a quase cinco vezes o valor orçamentado, evidenciando a suborçamentação inicial do SNS. A análise dos desvios em relação ao orçamentado encontra-se na secção 2.3.

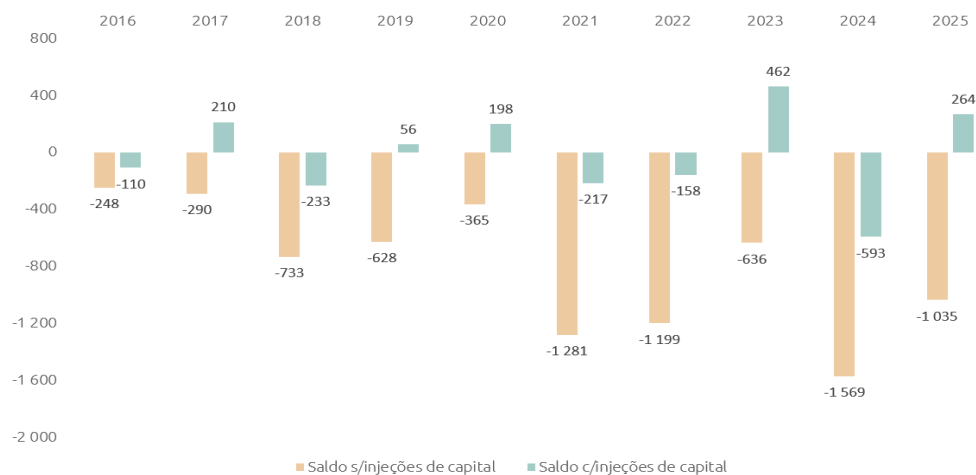
Gráfico 11 – Evolução dos principais agregados orçamentais (M€)



Fonte: ACSS. | Nota: Os dados de 2025 são provisórios.

A situação financeira do SNS continuou a depender de reforços extraordinários de capital atribuídos pelo Estado, os quais não se encontram refletidos no saldo do SNS.<sup>10</sup> À semelhança de anos anteriores, estes reforços destinaram-se sobretudo à regularização de dívida a fornecedores. Neste contexto, o Gráfico 12 apresenta um exercício ilustrativo da evolução do saldo do SNS incluindo estas injeções extraordinárias de capital. A análise evidencia que a evolução do saldo do SNS seria substancialmente distinta, refletindo um desequilíbrio estrutural persistente entre o financiamento inicialmente previsto e as suas necessidades efetivas. Entre 2016 e 2025, os reforços extraordinários de capital acumulados ascenderam a cerca de 7,9 mil M€. Em 2025, ao considerar-se o esforço financeiro total do Estado, que ascendeu a 16 253 M€, o saldo ajustado terá sido de 264M€.

Gráfico 12– Saldo do SNS com e sem reforços extraordinários de capital



Fonte: ACSS, cálculos do CFP. | Nota: O saldo com injeções de capital corresponde ao saldo da conta consolidada do SNS adicionando as injeções de capital realizados pelo Estado nas entidades do SNS, destinados à regularização de dívida a fornecedores.

<sup>10</sup> Na ótica da Contabilidade Nacional estes reforços extraordinários de capital são classificados como receita de capital do SNS, com impacto positivo no saldo.

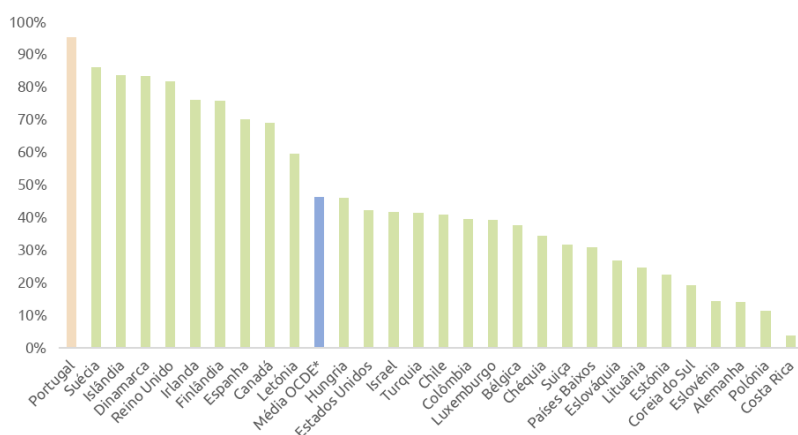
Em 2025, manteve-se evidente a necessidade de reforçar os mecanismos de gestão e controlo da despesa do SNS, de modo a assegurar uma maior eficiência na utilização dos recursos públicos e uma programação orçamental mais ajustada às necessidades efetivas do sistema. A reorganização estrutural iniciada nos últimos anos, marcada pela criação das ULS, pela extinção das ARS e pela consolidação da Direção Executiva do SNS, procurou reforçar a autonomia e a capacidade de gestão das entidades prestadoras, através de novos instrumentos de planeamento e coordenação. Contudo, a informação disponível sobre o grau de implementação e o impacto efetivo das medidas de qualificação da despesa pública anunciadas nos documentos orçamentais continua a ser limitada. A persistência de desvios entre o orçamento inicial e a execução efetiva do SNS evidencia dificuldades recorrentes na programação da atividade assistencial e na antecipação dos encargos associados. Apesar da melhoria observada em 2025 face ao ano anterior, a execução orçamental continuou a exigir a mobilização recorrente de recursos adicionais por parte do Estado, através de reforços extraordinários de capital. Neste contexto, é evidente a necessidade de uma abordagem estrutural orientada para o reforço do planeamento, da transparência e que passe por uma orçamentação inicial realista face às necessidades conhecidas e pelo acompanhamento das principais fontes de pressão sobre a despesa identificadas neste relatório, promovendo um maior alinhamento entre os recursos disponíveis e os objetivos assistenciais do SNS.

## 2.2 Estrutura e variação da receita e da despesa

### 2.2.1 Receita

Em 2025, a receita do SNS aumentou, permanecendo fortemente assente nas transferências da Administração Central. A receita total do SNS cifrou-se em 15 926 M€, o que corresponde a um aumento de 1548 M€ face a 2024 (+10,8%). As transferências provenientes da Administração Central mantiveram-se como a principal fonte de financiamento, representando 93,9% do total, que incluem, principalmente, as transferências do Estado para o SNS e as receitas consignadas. Esta estrutura reflete o modelo de financiamento do SNS, assente predominantemente em impostos gerais, e coloca Portugal entre os países europeus onde o financiamento por via de impostos tem maior preponderância no financiamento do sistema público de saúde (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Transferência de receitas públicas para o financiamento do sistema de saúde em 2023 (% do total de receitas)



Fonte: ACSS (dados de Portugal) e OCDE (dados para os restantes países – dados extraídos a 24/03/2026).

Nota: O gráfico não inclui todos os países da UE por indisponibilidade de dados na OCDE.

**Em 2025, a receita do SNS manteve-se fortemente concentrada na componente corrente, com claro predomínio das transferências e subsídios.** A componente corrente representou 98,7% da receita total, atingindo 15 725 M€ (+10,3%). Por sua vez, a receita de capital manteve um peso residual (1,3%), totalizando 201 M€, ainda assim com crescimento expressivo (+62,2%). No conjunto das receitas correntes, destacam-se as transferências e subsídios correntes obtidos, que correspondem a 96,7% deste agregado. Esta rubrica ascendeu a 15 208 M€, mais 1634 M€ do que em 2024 (+12%). Esta rubrica decompõe-se da seguinte forma:

- (i) as transferências da Administração Central que totalizaram 14 954 M€ em 2025, refletindo um acréscimo de 1552 M€ face ao ano anterior (+11,6%), mantendo um peso predominante, representando 93,9% da receita total. Nesta componente incluem-se as receitas de impostos atribuídas ao SNS a título de dotação específica,<sup>11</sup> incluindo, as receitas consignadas provenientes da contribuição extraordinária sobre a indústria farmacêutica (26,2 M€, +9 M€ do que em 2024),<sup>12</sup> do imposto especial de consumo sobre as bebidas adicionadas de açúcar e edulcorantes<sup>13</sup> (63 M€, um acréscimo de 4,6 M€ face ao ano anterior) e da contribuição extraordinária sobre os fornecedores da indústria de dispositivos médicos do SNS (24,8 M€, +7 M€ face a 2024).<sup>14</sup> Refira-se, ainda, que de acordo com a CGE/2025, o mecanismo de consignação de uma parcela da receita do imposto sobre o tabaco originou uma transferência de 176,6 M€ para o SNS em 2025;<sup>15</sup>
- (ii) as transferências do subsector da Administração Local, entregues pela Direção-Geral das Autarquias Locais (DGAL) à ACSS, através do mecanismo de dedução de quantias devidas pelas autarquias locais relativas aos encargos do SNS com a prestação de cuidados de saúde e a dispensa de medicamentos aos seus trabalhadores.<sup>16</sup> Em 2025, esta rubrica representou apenas 0,1% do total

---

<sup>11</sup> Uma dotação específica é uma verba inscrita no OE afeta ao financiamento de uma determinada área de intervenção pública ou finalidade específica.

<sup>12</sup> A contribuição extraordinária sobre a indústria farmacêutica (CEIF) tem por objetivo garantir a sustentabilidade do SNS na vertente dos gastos com medicamentos, incidindo sobre o volume das vendas da indústria farmacêutica, líquido das despesas de investigação e desenvolvimento. Esta contribuição foi criada pelo Artigo 168.º da Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

<sup>13</sup> Esta receita está consignada à sustentabilidade do SNS e dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, conforme a circunscrição onde sejam introduzidos no consumo. Foi introduzida através do Artigo 212.º da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

<sup>14</sup> Tem por objetivo garantir a sustentabilidade do SNS na vertente dos gastos com dispositivos médicos e com dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro* às entidades do SNS, deduzido do imposto sobre o valor acrescentado. Criada pelo Artigo 375.º da Lei n.º 2/2020, de 31 de março.

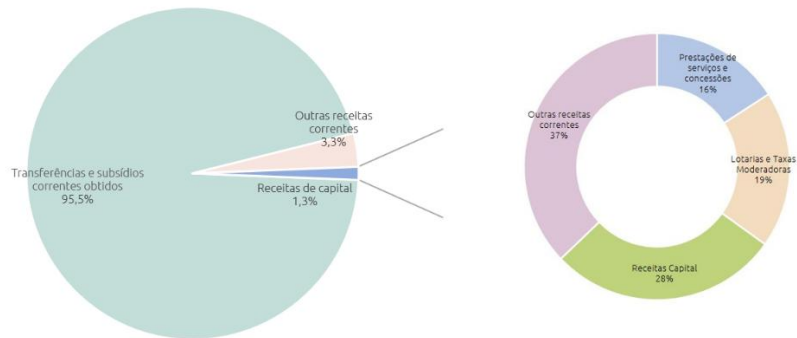
<sup>15</sup> Nos termos do n.º 3 do artigo 254.º da Lei do OE/2024, mantido pela Lei do OE/2025, a receita do imposto sobre o tabaco é consignada na parte que exceda 1466 M€ à promoção da saúde e à sustentabilidade do SNS centralizada na ACSS, I. P., e aos serviços regionais de saúde das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, conforme a circunscrição onde sejam introduzidas no consumo. Os encargos de liquidação e cobrança correspondem a 3% da receita.

<sup>16</sup> O Artigo 225.º da [Lei n.º 71/2018](#), de 31 de dezembro, determina que as autarquias locais, os serviços municipalizados e as empresas locais do continente pagam à ACSS pela prestação de serviços e dispensa de medicamentos aos seus trabalhadores, de acordo com o método de capitação que define que “[o] montante a pagar por cada entidade corresponde ao valor resultante da multiplicação do número total dos respetivos trabalhadores registados no SIAL, a 1 janeiro 2019, por 31,22 % do custo *per capita* do SNS, publicado pelo INE”.

das transferências e subsídios correntes, totalizando 21 M€ (+20 M€ face a 2024); e

- (iii) as outras transferências e subsídios provenientes de outras entidades, correspondendo aos restantes 1,5%, no montante de 233 M€ em 2025 (+79 M€ que em 2024).

Gráfico 14 – Desagregação das receitas do SNS em 2025 (% do total)



Fonte: ACSS.

**As restantes receitas correntes assumiram um peso reduzido, reforçando a elevada dependência do SNS do financiamento do OE.** Em 2025, estas receitas representaram apenas 3,3% da receita total do SNS (4,7% em 2024) (Quadro 7). Estas incluem:

- (i) receitas resultantes de prestações de serviços e concessões com um total de 114 M€ em 2025 (menos 85 M€ face a 2024). Este grupo refere-se a cuidados de saúde prestados a entidades terceiras responsáveis pelo respetivo pagamento, incluindo seguradoras e entidades internacionais. Apesar da sua relevância operacional, tais receitas continuam a representar uma parcela reduzida da receita do SNS, evidenciando a importância de assegurar uma adequada faturação e regularização dos encargos devidos por entidades terceiras, designadamente no caso de utentes não residentes;<sup>17</sup>
- (ii) as receitas provenientes de lotarias, apostas mútuas e imposto do jogo, que totalizaram 120 M€ em 2025 (+10 M€ do que no ano anterior). Estas verbas são anualmente transferidas para a ACSS, sendo distribuídas de acordo com as normas definidas em [Portaria](#);<sup>18</sup> e

<sup>17</sup> Para uma análise detalhada da proporção de utentes estrangeiros não abrangidos por mecanismos de comparticipação e dos constrangimentos na respetiva cobrança, ver o [relatório da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde](#), de novembro de 2024.

<sup>18</sup> As verbas transferidas resultam da participação nos lucros dos jogos sociais e da receita do jogo online, constituindo receita consignada ao financiamento de áreas prioritárias da saúde. O respetivo enquadramento encontra-se definido no [Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março](#), cabendo ao Ministério da Saúde 16,60% dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

- (iii) as taxas moderadoras, que geraram 17 M€ em 2025, menos 4 M€ face a 2024. Esta evolução prolonga a trajetória descendente observada nos últimos anos, associada à eliminação da maioria destas taxas em 2022 e ao elevado número de utentes isentos.<sup>19</sup>

Quadro 5 – Evolução dos principais agregados de receita e despesa no SNS

	Var. 2025/2024				
	2024	2025*	M€	%	Ctvh (p.p.)
<b>Total da Receita</b>	<b>14 379</b>	<b>15 926</b>	<b>1 548</b>	<b>11</b>	
Receita Corrente	14 255	15 725	1 471	10	11,4
Lotarias, apostas mútuas e imposto do jogo	110	120	10	9	10,4
Taxas moderadoras	21	17	-4	-20	-16,1
Transferências e subsídios correntes obtidos	13 573	15 208	1 634	12	13,5
Prestações de serviços e concessões	199	114	-85	-43	-24,4
Outras receitas correntes	352	267	-86	-24	-18,4
Receita de Capital	124	201	77	62	100,9
<b>Total da Despesa</b>	<b>15 948</b>	<b>16 962</b>	<b>1 014</b>	<b>6</b>	
Despesa Corrente	15 468	16 519	1 051	7	7,3
Despesas com pessoal	6 663	7 165	502	8	8,1
Remunerações	3 655	4 027	372	10	11,2
Suplementos de remunerações	1 076	1 070	-6	-1	-0,6
Subsídio de férias e natal	629	672	42	7	7,2
Encargos sobre remunerações	1 237	1 332	95	8	8,3
Outros gastos com pessoal	67	65	-2	-3	-2,5
Compras de Inventários	3 197	3 356	158	5	5,2
Fornecimentos e serviços externos	5 411	5 744	333	6	6,5
Serviços de saúde	4 008	4 258	249	6	6,6
Meios complementares diagnóstico e terapêutica	1 283	1 374	92	7	7,7
Produtos vendidos por farmácias	1 819	2 056	237	13	14,7
Produtos fornecidos por farmácias hospitalares	0	0	0	-100	0,0
Internamentos	440	367	-73	-17	-13,9
Contratos e acordos (inclui PPP)	365	410	45	12	14,0
Outros subcontratos de serviços de saúde	102	51	-51	-50	-25,0
Outros subcontratos	1	1	0	-18	-14,7
Fornecimentos e serviços	1 401	1 485	84	6	6,4
Juros e gastos similares suportados	1	5	4	480	2 787,3
Transferências e subsídios concedidos	183	242	59	32	42,5
Outras despesas correntes	13	7	-6	-45	-24,8
Despesa de Capital	480	442	-37	-8	-7,2
Aquisição de bens de capital	413	339	-74	-18	-14,7
Transferências de capital	67	103	36	54	83,6
<b>Saldo Global</b>	<b>-1 569</b>	<b>-1 035</b>	<b>534</b>		
<i>Por memória:</i>					
Injeções de capital	975,6	1 299,1	323,6	33,2	44,2

Fonte: ACSS. Notas: \* Os dados de 2025 são provisórios. Ctvh - contributo para a taxa de variação. No Anexo 4.2. (Quadro 10) consta a execução da Conta do SNS para todos os anos do período 2016-2025, horizonte temporal do presente relatório. Devido a efeitos de arredondamento, os totais apresentados podem não corresponder exatamente ao somatório das parcelas.

## 2.2.2 Despesa

**Em 2025, a despesa do SNS aumentou, mantendo-se fortemente concentrada na componente da despesa corrente.** A despesa do SNS atingiu 16 962 M€, correspondendo a um aumento de 6,4% face ao ano anterior (+1014 M€). A componente da despesa corrente representou 97,4% da despesa total e constituiu o principal fator explicativo do crescimento, com um acréscimo de 1051 M€. Esta componente concentra-se sobretudo em três rubricas: despesas com pessoal (43,4% da

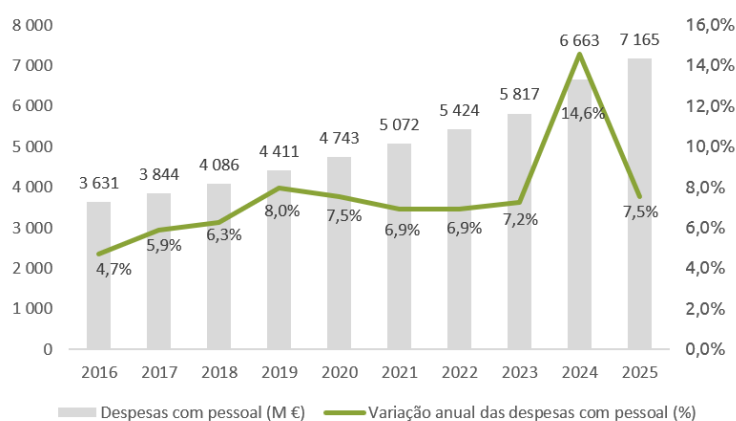
<sup>19</sup> Em 2025, 6 248 408 utentes encontravam-se isentos ou dispensados do pagamento de taxas moderadoras, menos 24 545 do que em 2024. A maioria destas situações decorreu de doença crónica (29,5%), insuficiência económica (29,2%) e menoridade (26,1%).

despesa corrente), fornecimentos e serviços externos (FSE) (34,8%) e compras de inventários (20,3%) (Quadro 7). Por sua vez, a despesa de capital ascendeu a 442 M€, menos 37 M€ do que em 2024, invertendo a trajetória de aumento registada no ano anterior. Ainda assim, o seu peso permaneceu residual, representando apenas 2,6% da despesa total do SNS, o que evidencia a reduzida expressão do investimento face à predominância de despesas correntes. No entanto, numa perspetiva mais longa, o peso da despesa de capital no PIB aumentou de 0,06% em 2017 para 0,14% em 2025, com uma média de 0,11% no período, refletindo um reforço do investimento, impulsionado em parte pelos projetos financiados pelo PRR, embora ainda insuficiente para alterar o perfil marcadamente corrente da despesa do SNS (ver Caixa 1 sobre a execução do PRR na Saúde).

### 2.2.2.1 Despesas com pessoal

**Em 2025, a despesa com pessoal do SNS continuou a crescer, refletindo uma trajetória de aumento sustentado observada ao longo da última década.** A despesa com pessoal do SNS ascendeu a 7165 M€, traduzindo um aumento de 7,5% (+ 502 M€) face ao ano anterior e explicando praticamente metade do crescimento da despesa total. Desde 2016, esta rubrica aumentou cerca de 97%, passando de 3631 M€ para 7165 M€ em 2025. A evolução registada em 2025 resulta da conjugação de dois fatores: por um lado, a atualização das remunerações (efeito preço) e, por outro, a variação no número total de trabalhadores (efeito volume). O número de trabalhadores das entidades que integram o SNS atingiu os 158 595, representando um acréscimo de 3960 (+2,6%) face a 2024. No final de 2025, o subsector da saúde concentrava mais de 20% do emprego total das administrações públicas, sendo, segundo a [Síntese do Emprego Público da DGAEP](#), o segundo maior sector empregador da Administração Pública, apenas superado pela educação (32%).

Gráfico 15 – Evolução das despesas com pessoal



Fonte: ACSS.

No que respeita à componente remuneratória, os dados da DGAEP indicam que, em 2025, a remuneração base média mensal e o ganho médio mensal no sector da saúde

registaram aumentos de 5,7% e 6%, fixando-se em 1884€ e 2496€, respetivamente.<sup>20</sup> O acréscimo das despesas com pessoal reflete, em grande medida, a implementação de um conjunto de medidas de valorização e reorganização dos recursos humanos no SNS. Entre estas, destacam-se: (i) atualizações remuneratórias na Administração Pública, nos termos do [Decreto-Lei n.º 1/2025, de 16 de janeiro](#), que altera a base remuneratória e atualiza os valores das remunerações da Administração Pública; (ii) o novo regime de carreira de enfermagem;<sup>21</sup> (iii) a revisão da carreira dos farmacêuticos;<sup>22</sup> (iv) as alterações na estrutura remuneratória da carreira médica;<sup>23</sup> (v) a atribuição de suplementos associados ao novo modelo de organização das USF, iniciado em 2024;<sup>24</sup> e (vi) a atribuição de suplementos associados ao desempenho dos serviços de urgência.<sup>25</sup>

**Atendendo à diversidade de carreiras e dos níveis de qualificação dos profissionais de saúde, importa aprofundar a análise da evolução dos efeitos volume e preço.** Em 2025, o número de trabalhadores aumentou em todos os grupos profissionais, com destaque para os enfermeiros (+1347; +2,4%), os médicos (+489; +1,5%), os técnicos de diagnóstico e terapêutica (+434; +3,8%) e os técnicos superiores de saúde (+173; +9,5%). Paralelamente, o peso da componente variável das remunerações, nomeadamente as horas extraordinárias e os suplementos, é visível na divergência entre a evolução da remuneração base mensal e do ganho mensal (Gráfico 15). A carreira médica sobressai por apresentar o maior diferencial entre estes indicadores, o qual voltou a aumentar em 2025, atingindo 1622€, face aos 1465€ registados no ano anterior. Esta dependência da componente variável, em particular do trabalho

---

<sup>20</sup> De acordo com a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), a remuneração base mensal corresponde ao “montante líquido (antes da dedução de quaisquer descontos) em dinheiro e/ou em géneros pago com carácter regular e garantindo aos trabalhadores no período de referência e correspondente ao período normal de trabalho”. Relativamente ao ganho mensal é determinado como sendo o “montante líquido (antes da dedução de quaisquer descontos) em dinheiro e/ou em géneros pago mensalmente com carácter regular pelas horas de trabalho efetuadas. Inclui para além da remuneração de base todos os prémios e subsídios ou suplementos regulares, bem como o pagamento por horas suplementares ou extraordinárias”.

As remunerações de base mensal e do ganho mensal referentes a 2025 correspondem ao mês de outubro, data dos dados mais recentes disponibilizados pela DGAEP. Assim, as variações apresentadas são calculadas face a outubro de 2024.

As carreiras passíveis de serem diretamente classificadas como pertencentes ao sector da saúde na [Síntese do Emprego Público](#) são: (i) médicos, (ii) enfermeiros, (iii) técnicos de diagnóstico e terapêutica, assim como (iv) técnicos superiores de saúde.

<sup>21</sup> [Decreto-Lei n.º 111/2024, de 19 de dezembro](#), que altera o regime da carreira especial de enfermagem, o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, alterando as respetivas tabelas remuneratórias, com efeitos a partir de novembro de 2024.

<sup>22</sup> [Decreto-Lei n.º 45/2025, de 27 de março](#), que altera o regime da carreira especial farmacêutica, bem como o regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais, integradas no SNS.

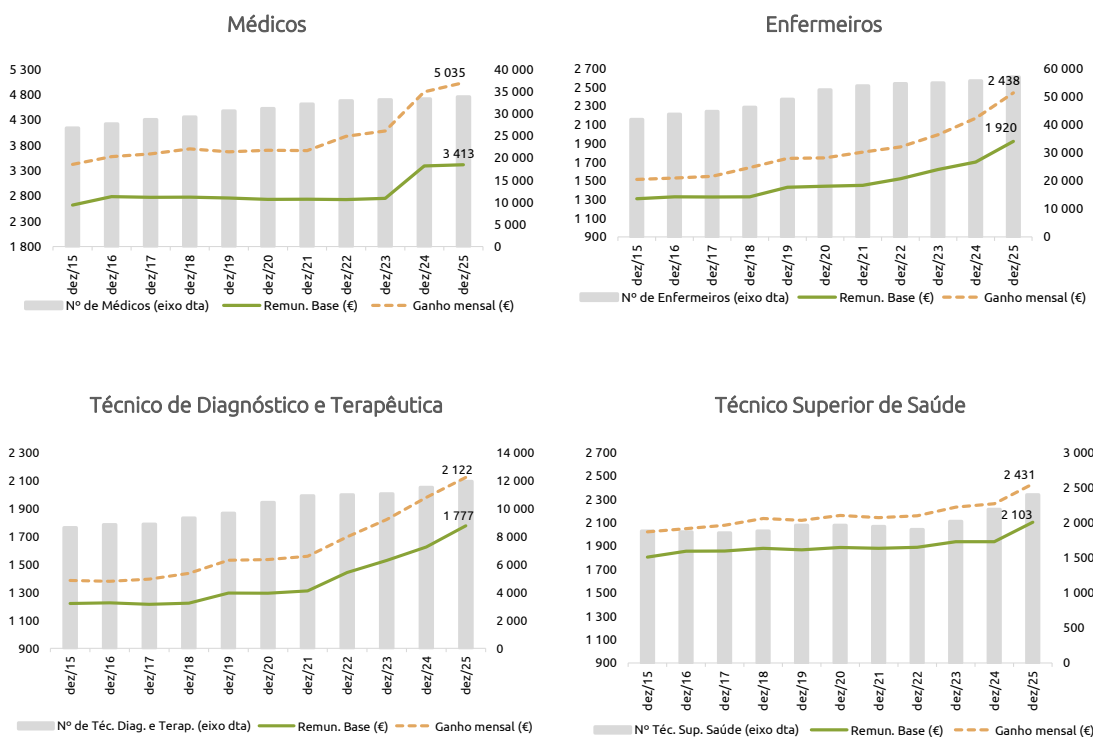
<sup>23</sup> [Decreto-Lei n.º 46/2025, de 27 de março](#), que altera as diferentes estruturas remuneratórias aplicáveis aos trabalhadores médicos em regime de dedicação plena, aos trabalhadores médicos integrados na carreira especial médica e aos médicos internos.

<sup>24</sup> [Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro](#), que aprova o regime jurídico de dedicação plena no SNS e da organização e do funcionamento das USF.

<sup>25</sup> No que respeita aos suplementos previstos no [Decreto-Lei n.º 45-A/2024, de 12 de julho](#), estes estabelecem um mecanismo de compensação do desempenho dos médicos, através da atribuição de um suplemento remuneratório destinado a assegurar o funcionamento dos serviços de urgência quando são ultrapassados os limites legais de trabalho suplementar.

suplementar, constitui um sinal de pressão sobre a capacidade instalada, em particular nos serviços de urgência, e introduz imprevisibilidade na despesa.

Gráfico 15 – Evolução do número de trabalhadores, das remunerações de base mensal e do ganho mensal no SNS



Fonte: DGAEP. Nota: Existem quatro principais quebras de série, que influenciam a evolução do número de trabalhadores no sector da saúde, nomeadamente a inclusão na esfera da gestão pública do então: (i) Hospital de Braga, EPE a partir de setembro de 2019; (ii) Hospital de Vila Franca de Xira, EPE a partir de junho de 2021; (iii) o Hospital de Loures, EPE em 2022; e iv) do INEM, IP em 2023.

O recurso ao trabalho suplementar manteve-se elevado em 2025, refletindo as dificuldades persistentes na resposta às necessidades assistenciais e a pressão sobre os recursos humanos do SNS. As entidades do SNS registaram 19,8 milhões de horas de trabalho suplementar, refletindo um acréscimo de 2,8% face ao ano anterior. O encargo associado a este tipo de trabalho aumentou 11,4%, ascendendo a 468 M€ em 2025. Os médicos concentraram 36% do total de horas suplementares realizadas, correspondendo a 7,1 milhões de horas, enquanto os enfermeiros representaram 31,5%, com 6,2 milhões de horas. Em termos financeiros, o trabalho suplementar encontra-se maioritariamente concentrado no prestado por médicos, representando 55,5% desta despesa (260 M€) e os enfermeiros os restantes 27,3% (128 M€), refletindo o diferencial de custo horário entre as duas carreiras. As ULS de Coimbra, Santa Maria e São José destacaram-se como as entidades com maior recurso a trabalho suplementar, registando 1,7 milhões, 1,4 milhões e 1,2 milhões de horas, respetivamente, e encargos conjuntos de aproximadamente 92 M€, correspondendo a cerca de 20% da despesa total do SNS com este tipo de trabalho. Este volume encontra-se associado, em parte, ao elevado grau de diferenciação destas unidades, que asseguram um amplo conjunto de valências clínicas e funcionam como centros de referência nacional, prestando cuidados a doentes provenientes de várias regiões do país.

**A contratação de prestação de serviços médicos continuou a assumir um peso relevante em 2025, evidenciando a persistência de estrangimentos na capacidade de resposta do SNS com recursos próprios.** Em 2025, foram contratadas 6,6 milhões de horas, um aumento de 6% face ao ano anterior, correspondendo a uma despesa de 265 M€ (+37 M€ face a 2024). Por se encontrar registada na rubrica contabilística dos Fornecimentos e Serviços Externos (FSE,) esta despesa não é refletida como despesas com pessoal, subavaliando a leitura do custo total do fator trabalho. Do total de horas contratadas, 86,9% (5,7 milhões de horas) correspondeu à aquisição de serviços a médicos em regime de prestação de serviços (“tarefeiros”). As ULS do Algarve, do Médio Tejo e do Oeste destacaram-se entre as entidades com maior volume de horas contratadas, registando, respetivamente, 470 mil, 388 mil e 359 mil horas, concentrando 18,4% do total de horas contratadas no SNS. Refira-se que o padrão geográfico é distinto do observado no trabalho suplementar: enquanto este último se concentra nos grandes centros hospitalares diferenciados, o recurso a prestadores externos incide sobretudo em entidades com maior dificuldade de atração e fixação de profissionais de saúde.

**O absentismo manteve-se elevado em 2025 e continua a representar um desafio relevante para a gestão dos recursos humanos e para a capacidade de resposta do SNS.**

A taxa média de absentismo das entidades do SNS situou-se em 9,5%, mantendo-se em linha com o valor observado no ano anterior.<sup>26</sup> As taxas mais elevadas registaram-se nas ULS do Estuário do Tejo (13,2%), do Litoral Alentejano (12,8%) e do Médio Ave (12,7%). O absentismo assume particular relevância pelo impacto que pode exercer sobre a despesa, nomeadamente através da necessidade de reforçar a contratação temporária e intensificar o recurso ao trabalho suplementar. Acresce que níveis elevados de absentismo podem afetar a produtividade e a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo indiretamente para o aumento dos custos do sistema. Por grupo profissional, as taxas mais elevadas observaram-se entre os médicos internos (13,4%), os técnicos auxiliares de saúde (11,7%) e os assistentes operacionais (11,5%).

#### 2.2.2.2 Fornecimentos e serviços externos

**Em 2025, o aumento dos Fornecimentos e Serviços Externos (FSE) manteve-se maioritariamente concentrado na aquisição de serviços de saúde.** Os FSE registaram um crescimento de 6,2%, totalizando 5744 M€ (+333 M€). Esta rubrica engloba a despesa com a aquisição de bens e serviços a entidades externas ao perímetro do SNS. A sua estrutura é dominada pelos serviços de saúde, que representaram 74,1% da despesa com FSE, enquanto os restantes fornecimentos e serviços corresponderam a 25,9%.

A despesa com serviços de saúde totalizou 4258 M€ em 2025, correspondendo a um aumento de 6,2% face a 2024 (+249 M€). Para esta evolução contribuíram, sobretudo, as seguintes componentes da despesa (Gráfico 16, painel direito):

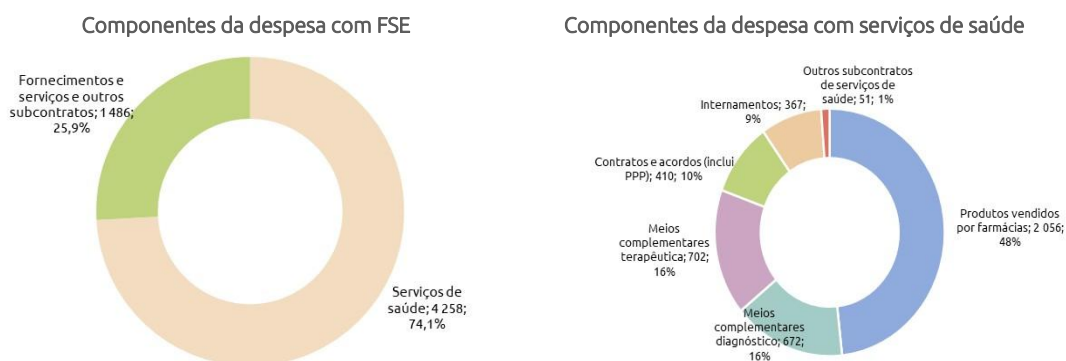
---

<sup>26</sup> A média das taxas de absentismo foi calculada com base nas taxas de absentismo por grupo profissional e por entidade do SNS, facultadas pela ACSS. A taxa de absentismo é calculada através do rácio entre o total de dias de ausência de todos os trabalhadores (não incluindo férias) e o total de dias potenciais de trabalho. Os dados relativos a 2024 devem, contudo, ser interpretados com reserva, uma vez que a integração gradual de trabalhadores nas ULS ao longo desse ano, no âmbito do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, poderá afetar a comparabilidade e estimação do absentismo, devido a estrangimentos associados ao sistema de Recursos Humanos e Vencimentos (RHV).

- (i) os produtos vendidos em farmácias comunitárias, que atingiram 2056 M€ em 2025, mais 13% do que no ano anterior (+237 M€). Esta componente inclui a despesa com medicamentos suportada pelo SNS, que ascendeu a 1894 M€, o valor mais alto desde 2014, refletindo um crescimento de 12,4%, de acordo com os dados do INFARMED disponíveis no [Portal do SNS - área da transparência](#). Esta evolução refletiu quer o aumento do número de embalagens participadas dispensadas em ambulatório (+5,2%), quer o crescimento do encargo médio suportado pelo SNS por embalagem (+6,8%), evidenciando simultaneamente efeitos de volume e de custo médio, segundo dados do INFARMED;
- (ii) os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que se situaram em 1374 M€, traduzindo um acréscimo de 7,1% (+92 M€). Esta evolução foi impulsionada, em particular, pelo aumento da despesa em medicina física e de reabilitação (+11 M€) e em cuidados respiratórios domiciliários (+27 M€);
- (iii) os contratos e acordos, incluindo as Parcerias Público-Privadas, que totalizaram 410 M€, mais 12,4% (+45 M€) que em 2024, com destaque para a componente de acordos, que atingiu 166 M€ (+58 M€); e
- (iv) em sentido contrário, as rubricas de internamentos e de “Outros subcontratos de serviços de saúde” registaram reduções de 73 M€ e 51 M€, respetivamente, face ao ano anterior. No caso desta última, a diminuição foi explicada quase integralmente pela redução da despesa associada a convenções internacionais (-43 M€), relativas aos encargos com cuidados de saúde prestados a cidadãos portugueses no estrangeiro.

A despesa com outros fornecimentos e serviços registou um aumento de 84 M€ (+6%), totalizando 1485 M€ em 2025. Esta despesa abrange um conjunto diversificado de serviços especializados adquiridos,<sup>27</sup> incluindo a contratação de serviços médicos, vulgo “tarefeiros” (Gráfico 17, painel esquerdo).

Gráfico 16– Estrutura da despesa com FSE em 2025 (M€ e %)



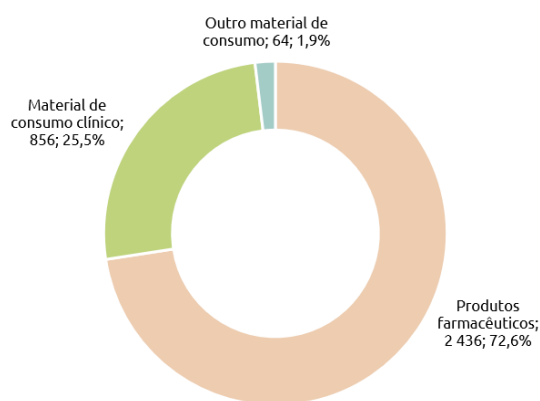
Fonte: ACSS.

<sup>27</sup> Inclui os serviços relacionados com sistemas de informação, serviços clínicos, serviços de alimentação, lavandaria, vigilância e segurança, materiais de consumo, eletricidade, água, transportes, entre outras.

### 2.2.2.3 Compras de inventários

A despesa com compras de inventários aumentou 158 M€ (+4,9%) face ao ano anterior, totalizando 3356 M€. Esta evolução foi impulsionada pelo crescimento das aquisições de produtos farmacêuticos (+7,7% ou +173 M€) que representou 72,6% do total desta rubrica, tendo as restantes componentes registado, em conjunto, uma ligeira redução (Gráfico 17). A despesa com produtos farmacêuticos atingiu 2436 M€, sendo maioritariamente associada a medicamentos de cedência hospitalar, cuja dinâmica é analisada em maior detalhe no ponto seguinte (2.2.2.4).

Gráfico 17 – Estrutura da despesa com compras de inventário em 2025 (M€ e %)



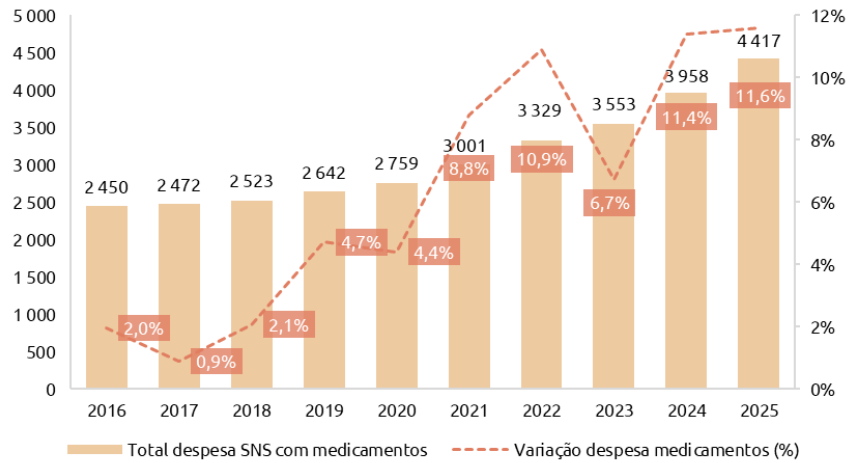
Fonte: ACSS.

### 2.2.2.4 Despesa com medicamentos

A despesa com medicamentos manteve uma trajetória de crescimento em 2025, continuando a representar uma das principais componentes da despesa do SNS.<sup>28</sup> Os encargos do SNS com medicamentos ascenderam a 4,4 mil M€, abrangendo quer os medicamentos dispensados em farmácias comunitárias (mercado de ambulatório), quer os utilizados ou cedidos em contexto hospitalar (mercado hospitalar). O aumento de 11,6%, em 2025, evidencia uma ligeira aceleração face ao ritmo observado no ano anterior (11,4%). A evolução destes encargos revela uma tendência de crescimento ao longo da última década, com uma taxa média anual de 6,4%. Depois de um crescimento de 6,7% em 2023, a despesa voltou a acelerar em 2024 e manteve o ritmo elevado em 2025 (Gráfico 18).

<sup>28</sup> Consideram-se os dados disponibilizados pelo INFARMED (recolhidos através do [Portal do SNS](#), área da Transparência). A despesa global com medicamentos é registada em diferentes rubricas contabilísticas, pelo que existem diferenças de valores relativamente à conta do SNS, devido a: i) diferentes origens dos dados, em que a conta do SNS é elaborada tendo por base a informação contabilística das entidades, ao passo que a despesa com medicamentos aqui em apreço é compilada pelo INFARMED através de um reporte específico feito pelas entidades; e ii) a conta do SNS inclui outros produtos geridos pelos serviços farmacêuticos em ambiente hospitalar, como alguns dispositivos médicos e produtos de saúde.

Gráfico 18 – Evolução da despesa com medicamentos no SNS (M€ e %)

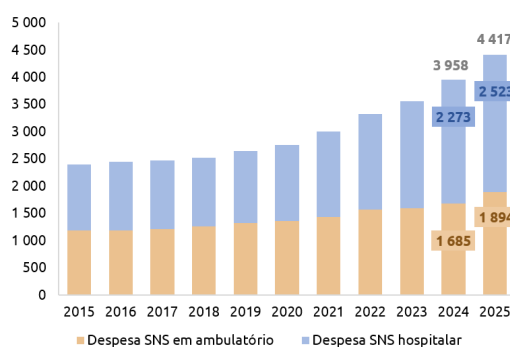


Fonte: Portal Transparência do SNS.

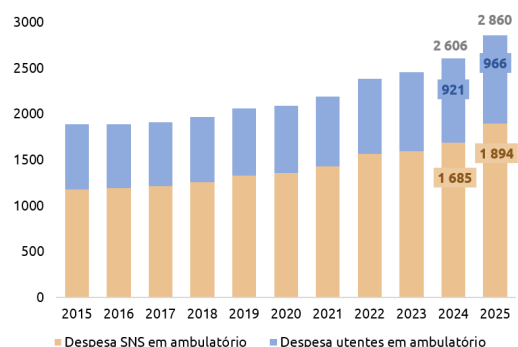
O crescimento da despesa com medicamentos continuou a ser impulsionado, sobretudo, pelo segmento hospitalar, embora o mercado de ambulatório também tenha mantido uma trajetória de expansão em 2025. A despesa com medicamentos em ambiente hospitalar atingiu os 2523 M€ (+250 M€; +11%) face ao ano anterior, representando cerca de 57% da despesa total com medicamentos. Por sua vez, os encargos com medicamentos em ambulatório atingiram 1894 M€ (+208 M€; +12,4% face a 2024) (Gráfico 19, painel esquerdo). Ainda neste segmento, a despesa suportada diretamente pelos utentes totalizou 966 M€, mais 45 M€ do que no ano anterior (Gráfico 19, painel direito). Em média, este encargo correspondeu a 4,74 € por embalagem, valor praticamente sem alteração face ao registado em 2024 (-0,01 €).<sup>29</sup>

Gráfico 19 – Evolução da estrutura da despesa com medicamentos no SNS (M€)

Medicamentos em ambulatório e ambiente hospitalar



Despesa do SNS e dos utentes em ambulatório

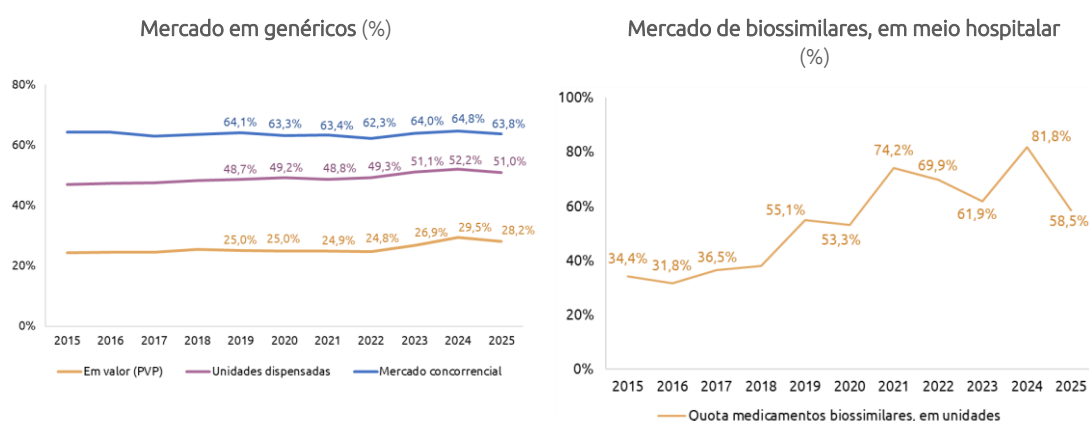


Fonte: Portal Transparência do SNS.

<sup>29</sup> A Informação publicada pelo INFARMED na [Monitorização mensal da despesa com medicamentos no ambulatório](#).

A utilização de medicamentos genéricos<sup>30</sup> e biossimilares<sup>31</sup> continua a assumir particular importância para a promoção da eficiência e sustentabilidade da despesa farmacêutica no SNS, tal como evidenciado pela OCDE.<sup>32, 33</sup> No mercado de ambulatório, a quota dos medicamentos genéricos na despesa diminuiu ligeiramente, para 28,2% (29,5% em 2024), correspondendo a 51% das unidades de medicamentos dispensadas e a 63,8% do mercado concorrencial<sup>34</sup> (Gráfico 20, painel esquerdo). Por sua vez, em meio hospitalar, a quota dos medicamentos biossimilares reduziu-se para 58,5%, face aos 81,8% observados em 2024 (Gráfico 20, painel direito). Importa, contudo, ter presente que a evolução deste indicador pode ser influenciada por alterações no conjunto de medicamentos considerados e pelo grau de adoção dos biossimilares nas diferentes moléculas.

Gráfico 20 - Quota medicamentos genéricos e biossimilares no SNS



Fonte: Portal Transparência do SNS e APIFARMA, Boletins de Conjuntura. Nota: A quota de mercado dos biossimilares depende do conjunto de moléculas incluídas em cada período de análise. A entrada de novos biossimilares, particularmente em moléculas de elevado volume de utilização, pode influenciar significativamente a quota agregada, uma vez que estes tendem a apresentar níveis de utilização inicialmente reduzidos. Assim, as variações observadas ao longo do tempo podem refletir não apenas alterações na utilização dos biossimilares já estabelecidos, mas também efeitos de composição decorrentes da expansão do universo de moléculas consideradas e do momento de entrada e grau de adoção dos biossimilares no mercado.

<sup>30</sup> Um medicamento genérico é um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência.

<sup>31</sup> Um medicamento biossimilar é um medicamento biológico (significa que é produzido a partir de células vivas, com recurso a métodos de biotecnologia), que é desenvolvido com o objetivo de ser similar a um outro medicamento biológico já aprovado (o denominado “medicamento de referência”) e que cumpre os mesmos padrões de qualidade, segurança e eficácia que se aplicam a todos os medicamentos biológicos.

<sup>32</sup> Para mais informações consultar o relatório “[Health at a Glance 2025](#)” da OCDE.

<sup>33</sup> Em 2016, Portugal definiu uma [Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020](#), assumindo o objetivo de “promover uma política sustentável na área do medicamento, de modo a conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica, o aumento da quota de utilização de medicamentos genéricos e da utilização de biossimilares e o estímulo à investigação e à produção nacional no setor”.

<sup>34</sup> De acordo com as [notas metodológicas](#) publicadas pelo INFARMED, “A quota de genéricos expressa em unidades abrange todo o universo de medicamentos, retirando o efeito dos diferentes tamanhos de embalagens. Contudo não tem em consideração as diferentes dosagens do medicamento” e “A quota de genéricos no mercado concorrencial corresponde à percentagem de unidades dispensadas de medicamentos genéricos comercializados no conjunto de unidades dispensadas de medicamentos em que as substâncias ativas possuem genéricos comercializados.”

### 2.3 Desvios em relação ao orçamento inicial

O desvio do saldo do SNS face ao previsto no Orçamento do Estado para 2025 (OE/2025) refletiu sobretudo a execução das componentes da receita e da despesa correntes. O déficit observado em 2025 foi significativamente superior ao previsto no OE/2025 (Quadro 8).<sup>35</sup> A decomposição evidencia que cerca de 70% do desvio teve origem no saldo corrente, refletindo simultaneamente uma receita inferior ao estimado e uma despesa acima do orçamentado. Por sua vez, ao nível do saldo de capital, a execução da receita ficou aquém do previsto (- 377 M€), apenas parcialmente compensada por uma menor realização da despesa de capital (-136 M€).

A receita corrente do SNS ficou abaixo do previsto, refletindo desvios negativos em várias componentes, com destaque para as prestações de serviços, mas particularmente para as outras transferências correntes. A receita corrente do SNS ficou 226 M€ abaixo do valor estimado no OE/2025. Este desvio negativo resultou, sobretudo, das prestações de serviços e concessões (-96 M€) e das transferências e subsídios correntes obtidos (- 88 M€).

A receita de capital do SNS ficou aquém do previsto, refletindo uma execução das transferências de capital inferior à inicialmente estimada. Em 2025, a receita de capital registou um desvio negativo de 377 M€ face ao valor previsto no OE/2025. Esta evolução decorreu, sobretudo, de uma menor execução das transferências de capital associadas ao financiamento do investimento, nomeadamente através de fundos europeus, incluindo o PRR.

A despesa corrente do SNS excedeu o previsto, refletindo sobretudo pressões nas rubricas de fornecimentos e serviços externos e de pessoal. A despesa corrente do SNS ficou acima do valor previsto no OE/2025 em 350 M€. Entre as principais rubricas, destacam-se os FSE, com um desvio de 201 M€, e as despesas com pessoal, que superaram o orçamentado em 110 M€. No caso dos FSE, o desvio está associado, sobretudo, aos produtos vendidos por farmácias (+159M€), meios complementares de diagnóstico e terapêutica (+144M€) bem como pela rubrica fornecimentos e serviços. (+60M€), parcialmente compensado pelo desvio negativo em internamentos (-111M€) e outros subcontratos (-103M€). Já que no respeito às despesas com pessoal, o acréscimo reflete um conjunto de fatores anteriormente identificados, nem todos integralmente incorporados nas previsões do OE/2025.

Em 2025, a despesa de capital do SNS ficou aquém do inicialmente previsto, refletindo sobretudo uma execução das transferências de capital inferior ao orçamentado. A despesa de capital registou um desvio de 136 M€ face ao valor inscrito no OE/25, concentrado essencialmente nas transferências de capital. Ainda assim, o grau de execução registou uma melhoria significativa face a 2024, passando de 59,6% para 76,5%. De acordo com a Conta Geral do Estado de 2025, esta evolução refletiu uma maior execução dos projetos enquadrados no PRR, associada à crescente pressão para cumprimento das metas de execução. Destacaram-se os investimentos na transição digital do sistema de saúde e na aquisição de equipamento médico pesado, no âmbito do programa de modernização tecnológica do SNS.

---

<sup>35</sup> Neste ponto é efetuada a análise aos desvios observados tendo por base a conta do SNS previsional relativa a 2025 prevista no Orçamento do Estado.

Quadro 6 – Desvio face ao orçamento do SNS para 2025

	2025		Desvio		Execução*
	Orçamento	Execução*	M€	%	%
<b>Total da Receita</b>	<b>16 530,0</b>	<b>15 926,4</b>	<b>-603,6</b>	<b>-3,7</b>	<b>96,3</b>
Receita Corrente	15 951,6	15 725,4	-226,2	-1,4	98,6
Lotarias, apostas mútuas e imposto do jogo	128,6	120,2	-8,4	-6,5	93,5
Taxas moderadoras	28,1	16,6	-11,5	-40,9	59,1
Transferências e subsídios correntes obtidos	15 295,5	15 207,7	-87,8	-0,6	99,4
Prestações de serviços e concessões	210,1	114,0	-96,1	-45,7	54,3
Outras receitas correntes	289,3	266,9	-22,4	-7,7	92,3
Receita de Capital	578,4	201,0	-377,4	-65,2	34,8
<b>Total da Despesa</b>	<b>16 747,2</b>	<b>16 961,5</b>	<b>214,3</b>	<b>1,3</b>	<b>101,3</b>
Despesa Corrente	16 168,8	16 519,2	350,4	2,2	102,2
Despesas com pessoal	7 055,1	7 165,4	110,3	1,6	101,6
Compras de inventários	3 346,4	3 355,6	9,2	0,3	100,3
Fornecimentos e serviços externos	5 542,9	5 744,0	201,1	3,6	103,6
Serviços de saúde	4 098,7	4 257,8	159,1	3,9	103,9
Meios complementares diagnóstico e terapêutica	1 229,7	1 374,1	144,4	11,7	111,7
Produtos vendidos por farmácias	1 897,2	2 055,8	158,6	8,4	108,4
Internamentos	478,2	366,9	-111,3	-23,3	76,7
Contratos e acordos (inclui PPP)	340,0	410,3	70,3	20,7	120,7
Outros subcontratos de serviços de saúde	153,6	50,7	-102,9	-67,0	33,0
Outros subcontratos	19,5	1,0	-18,5	-94,9	5,1
Fornecimentos e serviços	1 424,7	1 485,2	60,5	4,2	104,2
Juros e gastos similares suportados	0,5	4,9	4,4	880,0	980,0
Transferências e subsídios concedidos	202,3	242,4	40,1	19,8	119,8
Outras despesas correntes	21,6	6,9	-14,7	-68,1	31,9
Despesa de Capital	578,4	442,3	-136,1	-23,5	76,5
Aquisição de bens de capital	334,4	338,9	4,5	1,3	101,3
Transferências de capital	244,0	103,4	-140,6	-57,6	42,4
<b>Saldo Global</b>	<b>-217,2</b>	<b>-1 035,1</b>	<b>-817,9</b>		

Fonte: ACSS. | Nota: \* Os dados de 2025 são provisórios. | Ctv - contributo para a taxa de variação. Devido a efeitos de arredondamento, os totais apresentados podem não corresponder exatamente ao somatório das parcelas.

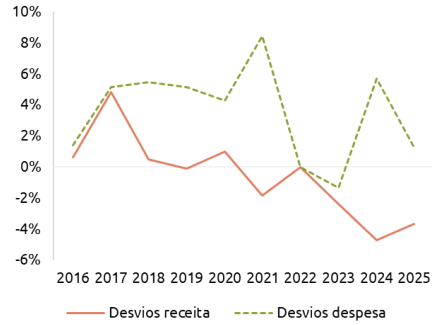
**Em 2025, os desvios da receita e da despesa do SNS em face do orçamento inicial foram inferiores à média registada no período 2016-2024.** Os desvios significativos nas componentes da receita e da despesa constituem uma característica recorrente da execução orçamental do SNS ao longo dos últimos anos. No entanto, em 2025 verificou-se uma redução da divergência face ao orçamentado, após o agravamento observado no ano anterior (Gráfico 22, painel esquerdo). A receita apresentou um desvio de -3,7% face ao orçamento inicial, afastando-se da média histórica de -0,2% entre 2016-2024, enquanto a despesa registou um desvio de +1,3%, abaixo da média de 3,8% observada entre 2016-2024.

**O desvio do saldo reduziu-se face ao ano anterior, refletindo uma menor discrepância entre a execução orçamental e as previsões iniciais.** O desvio do saldo atingiu -818 M€, traduzindo uma evolução favorável face ao valor de -1569 M€ registado em 2024. Esta evolução resultou, em grande parte, do comportamento da receita, cujo desvio face ao orçamento inicial, embora negativo (-3,7%), foi menos acentuado do que no ano anterior (-4,7%). Por sua vez, a despesa apresentou um desvio positivo de +1,3%, também inferior ao registado em 2024 (+5,7%). Ainda assim, a combinação de uma receita abaixo do previsto e de uma despesa acima do orçamentado contribuiu para um

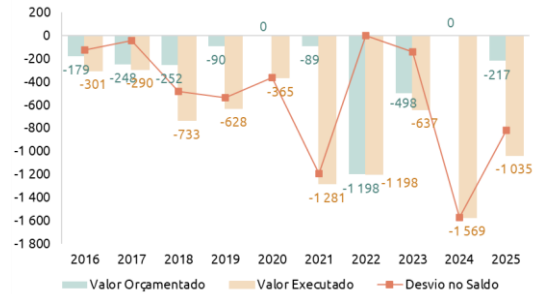
saldo mais negativo do que o estimado no OE/2025 (Gráfico 21, painel direito).

Gráfico 21 - Evolução dos desvíos orçamentais no SNS

Evolução dos desvíos na receita e na despesa (%)



Evolução dos desvíos no saldo (M€)



Fonte: ACSS. | Nota: Os dados 2025 são provisórios. O desvio é calculado como a diferença entre o valor executado e o valor orçamentado. Assim, um desvio positivo indica que o valor executado excedeu o orçamentado, enquanto um desvio negativo indica que o valor executado ficou aquém do previsto.

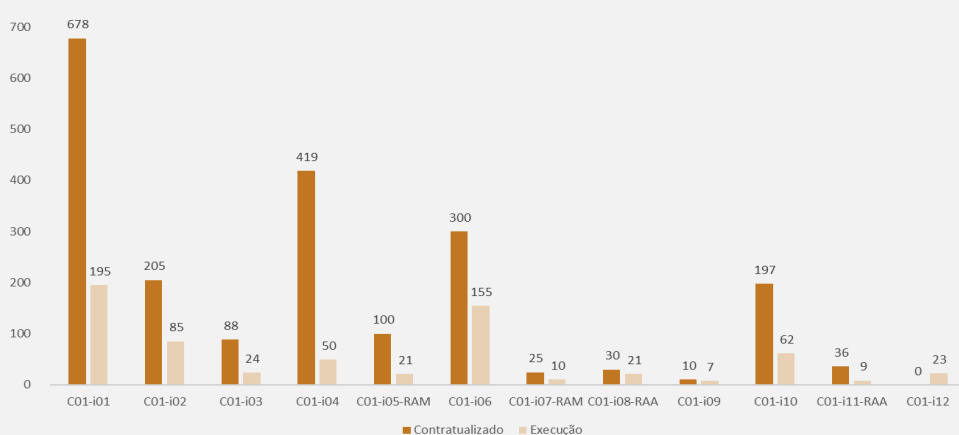
### Caixa 2 - Ponto de situação da execução do PRR na área da Saúde

A componente Saúde do PRR dispunha inicialmente de uma dotação de 1,4 mil M€, tendo sido objeto de sucessivos reforços no âmbito das reprogramações entretanto aprovadas. Em março de 2026, a dotação ascendia a 2 mil M€. Contudo, até essa data, a execução financeira ascendia apenas a cerca de 661 M€, o equivalente a aproximadamente 32% da dotação prevista. A proposta de reprogramação apresentada em março de 2026 prevê ainda uma ligeira redução da dotação desta componente.

De acordo com o Relatório n.º 1/2026 da Comissão Nacional de Acompanhamento do Plano de Recuperação e Resiliência (CNAPRR), os investimentos considerados mais críticos concentram-se nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e Paliativos e modernização hospitalar, precisamente as áreas em que a execução era mais baixa em março de 2026, de 29%, 41% e 12%, respetivamente (Gráfico 23). No caso dos cuidados de saúde primários, estavam previstas 100 novas unidades de saúde e a modernização de 392 unidades existentes, mas apenas 92 das 492 intervenções previstas estavam consideradas ‘substancialmente concluídas’ até março de 2026. O mesmo relatório identifica diversos constrangimentos à execução, nomeadamente atrasos na contratação pública, sucessivas revisões dos projetos, fragmentação da governação e insuficiência de recursos humanos. A CNAPRR alerta ainda para o risco de cumprimento meramente formal das metas, sem correspondência plena em ganhos estruturais na capacidade de resposta do SNS.

Adicionalmente, persistem preocupações quanto à sustentabilidade operacional dos investimentos realizados, uma vez que a conclusão física das infraestruturas por si só, nem sempre assegura a respetiva entrada em funcionamento efetivo, que depende dos custos de operação e manutenção e da capacidade de contratação de profissionais de saúde. Com efeito, trata-se de uma fragilidade que liga o investimento financiado pelo PRR às pressões da despesa corrente anteriormente analisadas neste capítulo.

Gráfico 22 - Execução financeira dos investimentos PRR na Saúde (março de 2026, M€)



**Legenda:**

- C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas
- C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências
- C01-i04: Modernização e renovação de áreas hospitalares e equipamentos para hospitais
- C01-i05: RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira
- C01-i06: Transição digital da Saúde
- C01-i07-RAM: Digitalização do Serviço Regional de Saúde da Madeira
- C01-i08-RAA: Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores
- C01-i09: Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa
- C01-i10: Programa de Modernização Tecnológica do SNS
- C01-i11-RAA: Modernização e requalificação do Serviço Regional de Saúde
- C01-i12: Construção do Hospital de Lisboa Oriental

Fonte: Recuperar Portugal; Relatório 1/2026, de 22 de abril, da Comissão Nacional de Acompanhamento do PRR.

## 2.4 Considerações finais

Em 2025, o financiamento do SNS continuou a assentar, quase integralmente, nas transferências do OE e nas injeções de capital. Esta é uma característica do modelo Beveridgiano português, o que por si só não tem de constituir uma fragilidade, assim se instituem os incentivos económicos corretos, permitindo, em cada momento, conhecer os custos dos cuidados de saúde e conceber mecanismos adequados de gestão para os antecipar e controlar. Acrescem os desafios emergentes associados ao crescimento estrutural da despesa em saúde, impulsionado pelo envelhecimento da população, pela inovação tecnológica e pelo aumento da procura de cuidados. Neste contexto, e tendo em conta o crescimento médio anual da despesa pública em saúde de 6,5% entre 2016 e 2025, torna-se importante reforçar a previsibilidade e sustentabilidade do modelo de financiamento do SNS, através de uma programação plurianual mais robusta e possivelmente de uma maior diversificação das fontes de financiamento no médio e longo prazo. Um enquadramento financeiro de médio prazo mais robusto poderá contribuir para aumentar a previsibilidade das dotações atribuídas ao sector da saúde, promover um maior alinhamento entre objetivos assistenciais e recursos disponíveis e reduzir a dependência de injeções de capital extraordinárias que têm influenciado o ciclo orçamental do SNS.

O crescimento sustentado da despesa do SNS, em particular nas áreas das despesas com pessoal e dos medicamentos hospitalares, continua a representar um desafio relevante para a sustentabilidade financeira do sistema e das finanças públicas. Esta

pressão resulta dos já mencionados fatores estruturais, externos, como o envelhecimento da população e a crescente complexidade terapêutica, a que se juntam razões internas de política, e.g. medidas de valorização das carreiras dos profissionais de saúde. Neste contexto, os acordos plurianuais celebrados com diferentes grupos profissionais, bem como a expansão das USF modelo B e a continuação da contratação de profissionais de saúde, deverão continuar a exercer pressão sobre a despesa nos próximos anos, e sem prejuízo da sua efetiva necessidade. Por outro lado, a reorganização do SNS através da generalização das ULS poderá contribuir, no médio prazo, para reforçar a integração de cuidados, melhorar o planeamento da atividade e promover ganhos de eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

**A sustentabilidade financeira do SNS depende igualmente do reforço da capacidade de gestão e da estabilidade da governação das entidades do sector da saúde.** Os modelos de gestão assentes em critérios de competência técnica, experiência e responsabilização favorecem uma utilização mais eficiente dos recursos públicos e uma maior previsibilidade na execução orçamental. Dada a elevada complexidade operacional das entidades hospitalares, a continuidade das equipas de gestão e o reforço dos instrumentos de monitorização e avaliação de desempenho revestem-se de especial importância.

**O reforço dos instrumentos de gestão financeira pública previstos na Lei de Enquadramento Orçamental é determinante para a sustentabilidade do SNS.** A disponibilização de informação mais robusta e sistemática sobre os custos, através da contabilidade de gestão, permite avaliar com mais rigor o custo das atividades desenvolvidas e comparar entre entidades com características semelhantes. Para além de apoiar uma orçamentação mais alinhada com os objetivos assistenciais, estes instrumentos são igualmente essenciais para promover exercícios regulares de revisão da despesa, identificar ineficiências e fundamentar decisões sobre a afetação dos recursos públicos no sector da saúde. Neste âmbito, importa assinalar os progressos registados na implementação da contabilidade de gestão no SNS, nomeadamente através da entrada em vigor, em 2025, do Plano de Contabilidade Analítica das ULS e dos IPO<sup>36</sup>, acompanhado por mecanismos regulares de reporte e monitorização coordenados pela ACSS.

**A digitalização assume um papel central na modernização do SNS, com potencial para reforçar a eficiência operacional, melhorar a integração da informação clínica e apoiar a prestação de cuidados mais diferenciados.** Em 2025, o PRR manteve um papel relevante no financiamento de investimentos associados à transição digital da saúde, incluindo a modernização dos sistemas de informação, a interoperabilidade de dados e a renovação tecnológica de equipamentos e infraestruturas. Contudo, os atrasos verificados na execução de vários investimentos, assinalados anteriormente, evidenciam a persistência de constrangimentos na concretização destas reformas, e adiam a materialização dos ganhos esperados em capacidade de resposta e eficiência do SNS.

---

<sup>36</sup> Plano de Contabilidade Analítica das ULS e dos IPO, publicado pela ACSS através da [Circular Normativa n.º 20/2024, de 21 de junho](#).

### Caixa 3 – Evolução da situação patrimonial do SNS, 2017-2024

A análise da situação financeira do SNS beneficiaria da consideração da respetiva posição patrimonial, particularmente num contexto marcado pela recorrência de défices, pela realização de sucessivos reforços de capital por parte do Estado e pela acumulação de responsabilidades de curto prazo. A indisponibilidade do balanço consolidado de 2025 impede esta análise. Para ilustrar a informação adicional proporcionada por este instrumento, apresenta-se a evolução dos principais agregados patrimoniais do SNS entre 2017 e 2024 (Quadro 7). Importa ainda ter presente que os valores de 2024 foram influenciados pelo processo de reorganização institucional do SNS, associado à criação das ULS e à extinção das ARS, cujo impacto contabilístico não se encontrava integralmente refletido nas contas consolidadas no final do exercício.

Quadro 7 – Evolução dos principais agregados do balanço consolidado do SNS  
(M€, salvo indicação em contrário)

Rubricas do balanço	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ativo não corrente	2 407	2 388	2 410	2 518	2 613	2 809	2 822	2 863
Ativo corrente	2 292	1 709	1 707	2 316	2 578	2 570	2 774	2 868
<b>Ativo total</b>	<b>4 699</b>	<b>4 097</b>	<b>4 117</b>	<b>4 834</b>	<b>5 191</b>	<b>5 379</b>	<b>5 596</b>	<b>5 731</b>
<b>Património líquido</b>	<b>319</b>	<b>308</b>	<b>171</b>	<b>678</b>	<b>562</b>	<b>518</b>	<b>1 017</b>	<b>586</b>
Passivo não corrente	157	223	394	455	353	403	442	465
Passivo corrente	4 223	3 567	3 552	3 701	4 276	4 458	4 137	4 680
<b>Passivo total</b>	<b>4 380</b>	<b>3 789</b>	<b>3 946</b>	<b>4 156</b>	<b>4 629</b>	<b>4 861</b>	<b>4 579</b>	<b>5 145</b>
<b>Indicadores</b>								
Autonomia Financeira	6,8%	7,5%	4,2%	14,0%	10,8%	9,6%	18,2%	10,2%
Grau de endividamento	93,2%	92,5%	95,8%	86,0%	89,2%	90,4%	81,8%	89,8%
Liquidez geral	0,54	0,48	0,48	0,63	0,60	0,58	0,67	0,61
Peso do passivo corrente	96,4%	94,1%	90,0%	89,0%	92,4%	91,7%	90,3%	91,0%

Fonte: ACSS, Relatórios e Contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, 2017-2024 e cálculos do CFP.

A informação disponível para o período 2017-2024 evidencia um aumento da dimensão patrimonial do SNS, com o ativo total a crescer de 4,7 mil M€ para 5,7 mil M€ e o passivo de 4,4 mil M€ para 5,1 mil M€. Embora o património líquido tenha registado uma evolução favorável ao longo do período analisado, ascendendo a 586 M€ em 2024, a autonomia financeira do SNS permaneceu reduzida, ainda que tenha aumentado de 6,8% em 2017 para 10,2% em 2024. Em sentido inverso, o grau de endividamento diminuiu de 93,2% para 89,8%, mantendo-se, contudo, em níveis elevados.

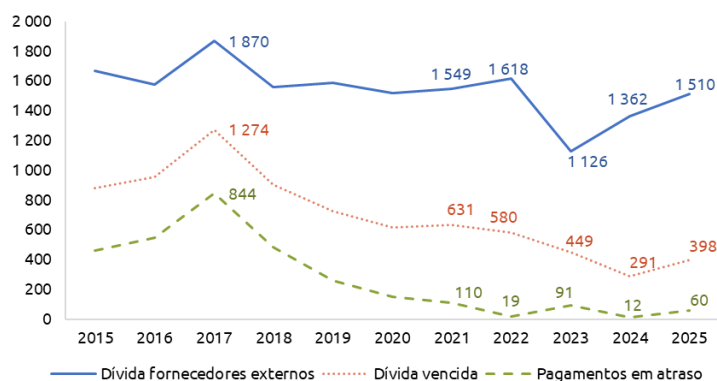
A análise do balanço permite igualmente identificar características relevantes da estrutura financeira do SNS que não são observáveis através da Execução orçamental do SNS. Em particular, o passivo encontrava-se fortemente concentrado em responsabilidades de curto prazo, com o passivo corrente a representar cerca de 91% do passivo total em 2024. Adicionalmente, a liquidez geral situava-se em 0,61, indicando que os ativos correntes eram insuficientes para cobrir integralmente as responsabilidades de curto prazo. Estas características evidenciam a relevância da análise patrimonial para a avaliação dos riscos associados à liquidez, à acumulação de dívida a fornecedores e à capacidade de cumprimento atempado das obrigações financeiras.

### 3. DÍVIDA E PRAZOS MÉDIOS DE PAGAMENTO

A dívida do SNS a fornecedores externos voltou a aumentar em 2025, refletindo a persistência das pressões financeiras sobre o sistema. Em 2025, esta dívida aumentou 148 M€ face ao ano anterior, atingindo 1,5 mil M€. Este acréscimo resulta tanto do aumento da dívida vencida em 107 M€ como da dívida vincenda em 41 M€ (Gráfico 23).<sup>37</sup>

Consequentemente, os pagamentos em atraso do SNS agravaram-se em 2025, evidenciando a persistência de dificuldades na regularização atempada dos compromissos financeiros. Os pagamentos em atraso totalizavam 60 M€ no final de 2025, o que representa um aumento de 48 M€ face a 2024. O facto de o passivo continuar a apresentar um padrão de deterioração, apesar das receitas provenientes do Estado e atribuídas às EPE, confirma que se têm manifestado insuficientes para acompanhar o ritmo de acumulação de compromissos. Neste contexto, mantém-se a necessidade de reforçar a eficiência da gestão, designadamente através da agilização e maior transparência dos processos de pagamento, bem como do fortalecimento da supervisão, do controlo de gestão e da função de tesouraria das entidades do SNS. Paralelamente, importa assegurar uma maior articulação entre o planeamento da atividade, a programação orçamental e as necessidades efetivas de financiamento, promovendo uma melhor adequação das transferências de receita do Estado para o SNS ao perfil temporal da despesa, de forma a reduzir a recorrência de situações de desequilíbrio financeiro.

Gráfico 23 – Evolução da dívida e dos pagamentos em atraso (M€)

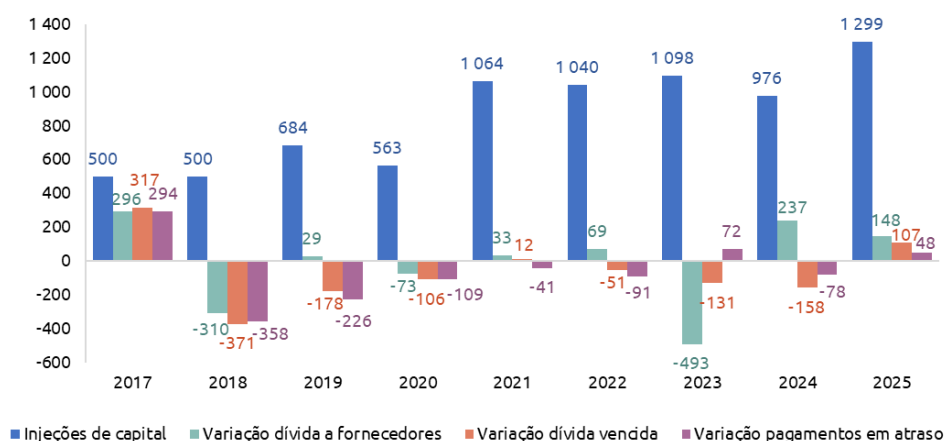


Fonte: ACSS.

<sup>37</sup> As entidades do SNS efetuam o reporte de três tipos de dívida face a entidades externas às administrações públicas: i) dívida a fornecedores; ii) dívida vencida; e iii) pagamentos em atraso. A dívida a fornecedores externos engloba a dívida vincenda (cujo prazo de pagamento ainda se encontra a decorrer) e a dívida vencida (cujo prazo acordado de pagamento já terminou). Esta última inclui ainda os pagamentos em atraso, que se definem como dívida vencida cujo término do prazo de pagamento ocorreu há mais de 90 dias (Artigo 3.º, alínea e), da [Lei n.º 8/2012](#), de 21 de fevereiro, na sua redação atual).

À semelhança de anos anteriores, em 2025 foram realizadas novas injeções de capital no SNS para regularização de dívidas a fornecedores externos.<sup>38</sup> Estes reforços de capital concedidos pelo Estado às entidades do SNS ascenderam a 1299 M€ em 2025, comparando com 976 M€ em 2024. Ainda assim, esta medida continuou a revelar-se insuficiente para assegurar uma redução estrutural da dívida do SNS. Embora o crescimento da dívida a fornecedores externos tenha desacelerado em 2025, aumentando 148 M€ face aos 237 M€ registados em 2024, esta continuou a apresentar uma trajetória ascendente (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Injeções de capital e variação da dívida (M€)



Fonte: ACSS.

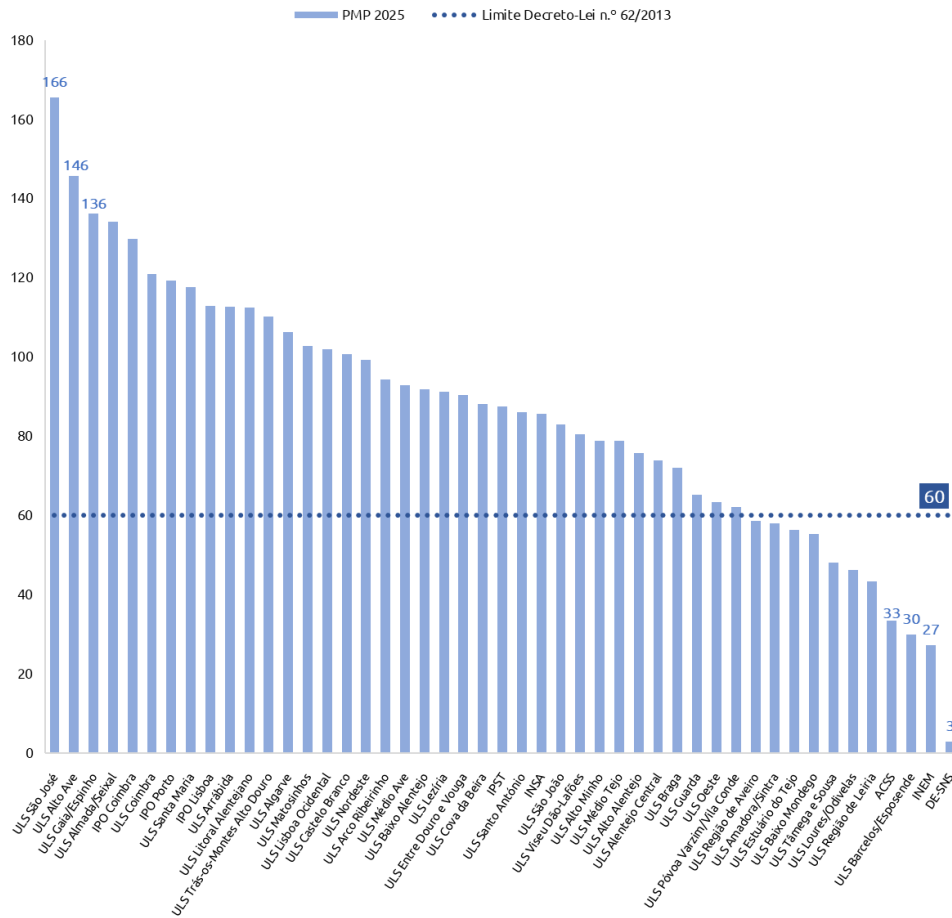
Em 2025, o prazo médio de pagamento<sup>39</sup> das entidades do SNS situou-se em 95 dias,<sup>40</sup> traduzindo um agravamento de 18 dias face ao ano anterior. Das 47 entidades que integram o SNS, apenas 11 (23,4%) cumpriram o objetivo de manter o PMP abaixo dos 60 dias, conforme estipulado no [Decreto-Lei n.º 62/2013](#), de 10 de maio, aplicável às entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde (Gráfico 25). Em contraste, 36 entidades (76,6%) ultrapassaram o limite estabelecido.

<sup>38</sup> Aumentos de capital estatutário e outros instrumentos de capital, direcionados sobretudo para a regularização de passivos, nomeadamente dívidas vencidas a fornecedores com prazo superior a 90 dias.

<sup>39</sup> O prazo médio de pagamento a fornecedores é calculado e divulgado pelas entidades do SNS, nos termos dos normativos aplicáveis, nomeadamente a [Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008](#), de 22 de fevereiro; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 191-A/2008](#), de 27 de novembro; [Despacho n.º 9870/2009](#), de 6 de abril, publicado na 2.ª Série do Diário da República de 13 de abril. Anualmente, os decretos-lei sobre a execução do Orçamento do Estado também estipulam requisitos sobre os PMP. A informação sobre os diferentes PMP das entidades do SNS está disponível [online](#). Encontram-se sujeitos a juros legais de mora os casos em que os prazos de pagamento das entidades públicas que prestem cuidados de saúde excedam os 60 dias. Nos termos do artigo 3.º, alínea a), [Decreto-Lei n.º 62/2013](#), de 10 de maio, que transpõe a [Diretiva n.º 2011/7/UE](#), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de fevereiro, o atraso de pagamento consiste em qualquer falta de pagamento do montante devido no prazo contratual ou legal, tendo o credor cumprido as respetivas obrigações, salvo se o atraso não for imputável ao devedor. Esta definição corresponde ao conceito de dívida vencida que é reportada pelas entidades do SNS, sujeitando-a às medidas contra os atrasos de pagamento nas transações comerciais estabelecidas por este decreto-lei.

<sup>40</sup> No caso das entidades do sector empresarial do Estado integradas no SNS, o PMP médio situou-se em 90 dias no final de 2025, representando um agravamento de 10 dias face a 2024.

Gráfico 25 - Prazo médio de pagamentos das entidades do SNS no final de 2025 (dias)



Fonte: ACSS. | Notas: PMP significa prazo médio de pagamentos. O significado das restantes siglas consta da lista de entidades que compõem o SNS (Anexo 4.4.).

## 4. ANEXOS

### 4.1 Evolução anual da atividade assistencial no SNS

Quadro 8 – Cuidados de Saúde Primários (milhares, salvo indicação em contrário)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Consultas Médicas</b>	<b>30 475</b>	<b>30 951</b>	<b>30 692</b>	<b>31 184</b>	<b>31 569</b>	<b>32 554</b>	<b>36 038</b>	<b>34 544</b>	<b>33 677</b>	<b>34 051</b>	<b>33 760</b>
Presenciais*	22 468	22 429	21 940	22 238	22 328	14 035	15 888	18 529	18 677	19 231	18 457
Não presenciais	8 007	8 522	8 753	8 946	9 241	18 519	20 150	16 015	15 000	14 820	15 303
<b>Consultas de enfermagem</b>	<b>20 074</b>	<b>19 255</b>	<b>18 756</b>	<b>19 108</b>	<b>19 286</b>	<b>16 507</b>	<b>25 389</b>	<b>18 413</b>	<b>18 080</b>	<b>19 513</b>	<b>20 158</b>
<b>Consultas outros técnicos saúde</b>	<b>359</b>	<b>445</b>	<b>487</b>	<b>587</b>	<b>664</b>	<b>540</b>	<b>728</b>	<b>837</b>	<b>959</b>	<b>1 090</b>	<b>1 250</b>
Índice utilização consultas médicas**	n.d.	0,895	0,828	0,830	0,828	0,740	0,789	0,783	0,772	0,803	0,787
Índice utilização consultas enfermagem**	n.d.	0,774	0,703	0,729	0,742	0,633	0,714	0,656	0,672	0,762	0,770

Fonte: ACSS. | Notas: \* Inclui consultas médicas presenciais, domicílios médicos e consultas médicas "urgentes" (realizadas em serviços de atendimento permanente e afins). | \*\* O índice de utilização de consultas médicas ([indicador 2017.330.01](#)) e de enfermagem ([indicador 2017.331.01](#)) é calculado pela ACSS, com as regras que constam do [Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários](#).

Quadro 9 – Cuidados Hospitalares (milhares, salvo indicação em contrário)

	EXECUÇÃO						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Consultas médicas hospitalares</b>	<b>12 420</b>	<b>11 130</b>	<b>12 413</b>	<b>12 779</b>	<b>13 280</b>	<b>14 018</b>	<b>14 358</b>
Primeiras consultas	3 575	2 998	3 517	3 658	3 784	3 953	3 963
Primeiras consultas CTH	1 299	970	1 103	1 244	1 335	1 459	1 441
Outras primeiras consultas	2 230	2 028	2 442	2 483	2 449	2 494	2 523
Consultas subsequentes	8 846	8 132	8 897	9 121	9 496	10 064	10 394
% primeiras consultas total consultas	29%	27%	28%	29%	28%	28%	28%
<b>Doentes saídos internamento</b>	<b>787</b>	<b>676</b>	<b>726</b>	<b>750</b>	<b>768</b>	<b>778</b>	<b>757</b>
Demora média (em dias)	8,6	8,8	8,7	8,8	8,9	8,8	9,0
Taxa ocupação (%)	87%	77%	81%	86%	89%	89%	90%
<b>Intervenções cirúrgicas</b>	<b>704</b>	<b>579</b>	<b>709</b>	<b>759</b>	<b>817</b>	<b>890</b>	<b>904</b>
Cirurgia Programada	603	488	614	662	715	789	803
Cirurgia em ambulatório	399	322	420	462	509	566	585
Cirurgia convencional	204	166	194	200	207	222	218
% Cirurgia em ambulatório	66%	66%	68%	70%	71%	72%	73%
Cirurgia urgente	101	91	95	97	102	102	102
<b>Episódios urgência</b>	<b>6 426</b>	<b>4 553</b>	<b>5 196</b>	<b>6 232</b>	<b>6 193</b>	<b>6 176</b>	<b>5 729</b>
% azuis, verdes e brancos	42%	43%	44%	44%	42%	40%	35%
% Cumprimento tempos triagem	63%	76%	66%	61%	60%	65%	66%
% episódios que originam internamento	8%	10%	9%	8%	8%	8%	8%
<b>Sessões hospital dia</b>	<b>1 326</b>	<b>1 149</b>	<b>1 318</b>	<b>1 456</b>	<b>1 580</b>	<b>1 694</b>	<b>1 817</b>

Fonte: ACSS, Portal da Transparência e Direção Executiva do SNS. | Nota: CTH designa o Programa Consulta a Tempo e Horas, conforme [Portaria n.º 95/2013](#), 4 março. Os dados relativos às consultas médicas hospitalares e as suas componentes foram obtidos através do Portal da Transparência do SNS, podendo diferir dos publicados no relatório anterior cuja fonte dos dados foi a Direção Executiva do SNS.

## 4.2 Evolução anual da execução da conta do SNS

Quadro 10 – Execução anual da Conta do SNS (M€)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
<b>Total da Receita</b>	<b>10 099,0</b>	<b>11 209,4</b>	<b>11 303,5</b>	<b>12 267,3</b>	<b>13 618,2</b>	<b>14 378,8</b>	<b>15 926,4</b>
<b>Receita Corrente</b>	<b>10 048,8</b>	<b>11 151,8</b>	<b>11 219,8</b>	<b>12 159,5</b>	<b>13 472,7</b>	<b>14 254,9</b>	<b>15 725,4</b>
Lotarias, apostas mútuas e imposto do jogo	122,9	98,5	108,6	108,6	117,7	109,8	120,2
Taxas moderadoras	178,0	97,4	66,6	45,9	25,8	20,8	16,6
Prestações de serviços e concessões	187,4	148,5	135,6	157,7	187,3	198,5	114,0
Transferências e subsídios correntes obtidos	9 486,3	10 724,3	10 837,2	11 626,8	12 899,6	13 573,4	15 207,7
Outras receitas correntes	74,2	83,1	71,8	220,5	242,3	352,4	266,9
<b>Receita de Capital</b>	<b>50,2</b>	<b>57,6</b>	<b>83,7</b>	<b>107,8</b>	<b>145,5</b>	<b>123,9</b>	<b>201,0</b>
<b>Total da Despesa</b>	<b>10 727,0</b>	<b>11 574,2</b>	<b>12 584,5</b>	<b>13 465,8</b>	<b>14 254,5</b>	<b>15 947,9</b>	<b>16 961,5</b>
<b>Despesa Corrente</b>	<b>10 566,0</b>	<b>11 285,1</b>	<b>12 302,8</b>	<b>13 177,1</b>	<b>13 875,2</b>	<b>15 468,3</b>	<b>16 519,2</b>
Despesas com pessoal	4 410,8	4 743,4	5 072,1	5 423,6	5 816,7	6 663,4	7 165,4
Compras de inventários	1 926,7	2 249,3	2 458,7	2 600,1	2 772,9	3 197,4	3 355,6
Fornecimentos e serviços externos	4 138,0	4 135,3	4 632,5	5 003,6	5 128,3	5 410,6	5 744,0
Serviços de saúde	3 264,3	3 214,4	3 574,1	3 719,2	3 722,7	4 008,4	4 257,8
Meios complementares diagnóstico e terapêutica	968,3	968,1	1 248,7	1 316,0	1 245,0	1 282,5	1 374,1
Produtos vendidos por farmácias	1 434,7	1 471,0	1 548,9	1 739,9	1 714,0	1 819,3	2 055,8
Produtos fornecidos por farmácias hospitalares	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0
Internamentos	275,1	308,6	303,5	330,9	381,9	440,2	366,9
Contratos e Acordos (sem PPP)	108,5	113,5	115,4	118,5	122,3	130,7	188,9
PPP	416,9	277,7	285,5	145,0	158,4	234,2	221,4
Outros subcontratos de serviços de saúde	60,8	75,5	72,1	68,9	97,2	101,5	50,7
Outros subcontratos	0,5	1,5	1,7	2,3	2,5	1,2	1,0
Fornecimentos e serviços	873,2	919,4	1 056,7	1 282,1	1 403,1	1 401,0	1 485,2
Juros e gastos similares suportados	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	0,8	4,9
Transferências e subsídios concedidos	61,3	145,1	128,2	141,7	148,0	183,4	242,4
Outras despesas correntes	28,4	11,4	10,5	7,1	8,5	12,6	6,9
<b>Despesa de Capital</b>	<b>161,0</b>	<b>289,1</b>	<b>281,7</b>	<b>288,7</b>	<b>379,3</b>	<b>479,6</b>	<b>442,3</b>
Aquisição de bens de capital	158,6	288,4	281,1	287,1	358,7	412,6	338,9
Transferências de capital	2,4	0,7	0,6	1,6	20,6	67,1	103,4
<b>Saldo</b>	<b>-628,0</b>	<b>-364,8</b>	<b>-1 281,0</b>	<b>-1 198,5</b>	<b>-636,3</b>	<b>-1 569,1</b>	<b>-1 035,1</b>
<i>Por memória:</i>							
Injeções de capital	683,6	563,0	1 064,1	1 040,1	1 098,2	975,6	1 299,1

Fonte: ACSS | Nota: \* Os dados de 2025 são provisórios. | Devido a efeitos de arredondamento, os totais apresentados podem não corresponder exatamente ao somatório das parcelas.

### 4.3 Entidades que compõem o SNS em 2025

Entidade	Sigla	Natureza	Tipo
1 Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	ACSS	SPA	SPA
2 Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.	DE-SNS	SPA	SPA
3 Instituto Nacional de Emergência Médica I.P.	INEM	SPA	SPA
4 Instituto Nacional Saude Dr. Ricardo Jorge - Lisboa	INSA	SPA	SPA
5 Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	IPO Coimbra	EPE	IPO
6 Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	IPO Lisboa	EPE	IPO
7 Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.	IPO Porto	EPE	IPO
8 Instituto Portugues de Sangue e da T ransplantação, IP	IPST	SPA	SPA
9 Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.	ULS Arrábida	EPE	ULS
10 Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.	ULS Cova da Beira	EPE	ULS
11 Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	ULS Guarda	EPE	ULS
12 Unidade Local de Saúde da Lezíria, E. P. E	ULS Lezíria	EPE	ULS
13 Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E.	ULS Região de Aveiro	EPE	ULS
14 Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.	ULS Região de Leiria	EPE	ULS
15 Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E.	ULS Almada / Seixal	EPE	ULS
16 Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E.	ULS Amadora/Sintra	EPE	ULS
17 Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, E.P.E.	ULS Barcelos / Esposende	EPE	ULS
18 Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E.	ULS Braga	EPE	ULS
19 Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	ULS Castelo Branco	EPE	ULS
20 Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.	ULS Coimbra	EPE	ULS
21 Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	ULS Entre Douro e Vouga	EPE	ULS
22 Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E.	ULS Gaia / Espinho	EPE	ULS
23 Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.	ULS Lisboa Ocidental	EPE	ULS
24 Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, E.P.E.	ULS Loures/Odivelas	EPE	ULS
25 Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	ULS Matosinhos	EPE	ULS
26 Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.	ULS Santa Maria	EPE	ULS
27 Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.	ULS Santo António	EPE	ULS
28 Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.	ULS São João	EPE	ULS
29 Unidade Local de Saúde de São José, E.P.E.	ULS São José	EPE	ULS
30 Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	ULS Trás-os-Montes Alto Douro	EPE	ULS
31 Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.	ULS Viseu Dão-Lafões	EPE	ULS
32 Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E.	ULS Alentejo Central	EPE	ULS
33 Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.	ULS Algarve	EPE	ULS
34 Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, E.P.E.	ULS Alto Alentejo	EPE	ULS
35 Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.	ULS Alto Ave	EPE	ULS
36 Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	ULS Alto Minho	EPE	ULS
37 Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, E.P.E.	ULS Arco Ribeirinho	EPE	ULS
38 Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	ULS Baixo Alentejo	EPE	ULS
39 Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E.	ULS Baixo Mondego	EPE	ULS
40 Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, E.P.E.	ULS Estuário do Tejo	EPE	ULS
41 Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	ULS Litoral Alentejano	EPE	ULS
42 Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E.	ULS Médio Ave	EPE	ULS
43 Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.	ULS Médio Tejo	EPE	ULS
44 Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	ULS Nordeste	EPE	ULS
45 Unidade Local de Saúde do Oeste, E.P.E.	ULS Oeste	EPE	ULS
46 Unidade Local de Saúde do T âmega e Sousa, E.P.E.	ULS T âmega e Sousa	EPE	ULS
47 Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	ULS Póvoa Varzim/Vila Conde	EPE	ULS

**Notas:** EPE = Entidade Pública Empresarial; SPA = Entidade integrada no Sector Público Administrativo; IPO = Instituto Português de Oncologia e ULS = Unidade Local de Saúde.

#### 4.4 Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Cobertura de utentes inscritos no SNS, por USF e médico de família (% do total de utentes do SNS e número de utentes).....	9
Gráfico 2 –Rastreo e acompanhamento de utentes nos cuidados de saúde primários (% do universo de utentes).....	10
Gráfico 3 – Distribuição geográfica das três ULS com maior e menor número de utentes inscritos (medida em nº de inscritos) .....	14
Gráfico 4 – Acesso programado a cirurgias (valores em milhares, salvo indicação em contrário) .....	15
Gráfico 5 – Oferta e procura na RNCCI.....	16
Gráfico 6 – Despesa privada em saúde na UE27 em 2023 (€, PPP) .....	19
Gráfico 7 – Digitalização na saúde .....	20
Gráfico 8 – Despesa corrente em saúde .....	21
Gráfico 9 – Comparação internacional da despesa com saúde em 2024 (% do PIB) .....	22
Gráfico 10 – Relação entre a despesa total do SNS, a despesa pública total e o PIB .....	24
Gráfico 11 – Evolução dos principais agregados orçamentais (M€) .....	25
Gráfico 12– Saldo do SNS com e sem reforços extraordinários de capital.....	25
Gráfico 13 – Transferência de receitas públicas para o financiamento do sistema de saúde em 2023 (% do total de receitas) .....	26
Gráfico 14 – Desagregação das receitas do SNS em 2025 (% do total).....	28
Gráfico 15 – Evolução das despesas com pessoal.....	30
Gráfico 16 – Evolução do número de trabalhadores, das remunerações de base mensal e do ganho mensal no SNS.....	32
Gráfico 17– Estrutura da despesa com FSE em 2025 (M€ e %).....	34
Gráfico 18 – Estrutura da despesa com compras de inventário em 2025 (M€ e %) .....	35
Gráfico 19 – Evolução da despesa com medicamentos no SNS (M€ e %) .....	36
Gráfico 20 – Evolução da estrutura da despesa com medicamentos no SNS (M€).....	36
Gráfico 21 - Quota medicamentos genéricos e biossimilares no SNS .....	37
Gráfico 22 - Evolução dos desvios orçamentais no SNS.....	40

Gráfico 23 - Execução financeira dos investimentos PRR na Saúde (março de 2026, M€) .....	41
Gráfico 24 – Evolução da dívida e dos pagamentos em atraso (M€).....	44
Gráfico 25 - Injeções de capital e variação da dívida (M€) .....	45
Gráfico 26 - Prazo médio de pagamentos das entidades do SNS no final de 2025 (dias)	46

#### 4.5 Índice de Quadros

Quadro 1 – Atividade assistencial nos cuidados de saúde primários (valores em milhares, salvo indicação em contrário).....	9
Quadro 2 – Utentes inscritos em USF e USCP por região e atribuição de Médico de Família (2022) .....	12
Quadro 3 – Atividade assistencial nos cuidados hospitalares (valores em milhares, salvo indicação em contrário) .....	13
Quadro 4 – Oferta e procura na RNCCI (valores em milhares, salvo indicação em contrário) .....	16
Quadro 5 – Evolução dos principais agregados de receita e despesa no SNS .....	29
Quadro 6 – Desvio face ao orçamento do SNS para 2025 .....	39
Quadro 7 – Evolução dos principais agregados do balanço consolidado do SNS .....	43
Quadro 8 – Cuidados de Saúde Primários (milhares, salvo indicação em contrário) .....	47
Quadro 9 – Cuidados Hospitalares (milhares, salvo indicação em contrário) .....	47
Quadro 10 – Execução anual da Conta do SNS (M€) .....	48