

A força de trabalho do SNS e do *National Health Service*

Análise comparativa



FICHA TÉCNICA

Título

A força de trabalho do SNS e do *National Health Service*: análise comparativa

Autoria

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas

Data

Abril de 2026

Nota: Esta Nota de Análise integra uma coleção de publicações sobre os Recursos Humanos da Saúde enquadrada pelos Despachos n.º 7985/2023 de 3 de agosto e n.º 4757/2025 de 23 de abril, que determinam o estabelecimento de mecanismos de cooperação e de trabalho conjunto do PLANAPP com diversas entidades competentes do Ministério da Saúde, prevendo a realização pelo PLANAPP de um conjunto de estudos, com vista ao enquadramento do planeamento e da gestão estratégica de recursos humanos da saúde.

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas

Campus XXI, Av. João XXI, n. 63

1000-300 Lisboa

planapp@planapp.gov.pt

www.planapp.gov.pt

Índice

Índice de Quadros	4
Índice de Figuras	4
Siglas e acrónimos	5
Resumo Ilustrado	6
1. Introdução	7
2. Enquadramento e questões metodológicas.....	9
2.1. A origem dos dados	9
2.2. A correspondência entre nomenclaturas/categorias diferentes	9
2.3. Os dados de base populacional	15
3. Análise Comparativa da Força de Trabalho do SNS e do NHS.....	16
3.1. Evolução comparada da população, dos RHS e da densidade de RHS face à população	17
3.2. Estrutura comparada dos RHS por macrogrupos profissionais.....	20
3.3. Evolução comparada das densidades por grupo profissional e por especialidade médica	22
4. Síntese Conclusiva	25
Referências	27
Anexo I – Dados de Enquadramento Global.....	28
Anexo II – Desagregação Funcional - Profissionais SNS a partir dos dados do RHV	29
Anexo III – Desagregação Funcional - Profissionais NHS a partir dos dados do NHS Digital	30

Índice de Quadros

Quadro 1 - Tabela de Conversão – Macrogrupos Profissionais	10
Quadro 2 - Tabela de Conversão – Desagregação Macrogrupo: Médicos.....	11
Quadro 3 - Tabela de equiparação – Especialidades Médicas.....	12

Índice de Figuras

Figura 1 - População residente em Portugal Continental e em Inglaterra (2018-2024)	15
Figura 2 - RHS em ETC do respetivo serviço nacional de saúde (2018 – 2024)	17
Figura 3 - Evolução da densidade (rácio) dos RHS (ETC) face à População (‰) (2018-2024)	18
Figura 4 - Índice da Evolução do stock de RHS (em ETC) ao serviço do SNS e do NHS (2018=100)	19
Figura 5 - Distribuição percentual (%) por macrogrupos profissionais (2024).....	20
Figura 6 - Rácios populacionais por macrogrupos profissionais (2018 e 2024).....	23
Figura 7 - Variação dos rácios populacionais (ETC por 10.000 habitantes) de médicos especialistas por especialidades – as 15 maiores em cada sistema	24

Siglas e acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde IP

AHPs – *Allied Health Professionals*

AO – Assistentes Operacionais

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ETC – Equivalente a Tempo Completo (*full-time equivalent*)

GPs – *General Practitioners*

HCHS – *Hospital & Community Health Service*

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências IP

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

INE – Instituto Nacional de Estatística IP

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica IP

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação IP

MGF – Medicina Geral e Familiar

MS – Ministério da Saúde

NHS – *National Health System*

NP – Número de Profissionais (*head count*)

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ONS – *Office for National Statistics*

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos da Saúde

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos (sistema de informação de processamento remuneratório do SNS)

SC – Serviços Centrais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Resumo Ilustrado



Cobertura geográfica



Portugal Continental

88,9 mil km²



Inglaterra

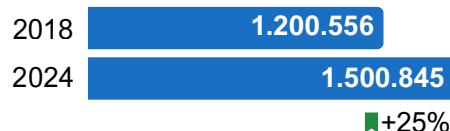
130,3 mil km²



População abrangida



Profissionais (ETC)



Rácio de profissionais por 10.000 habitantes



Cobertura e população

O SNS cobre uma área geográfica menor do que o NHS, servindo mais de 10 milhões de habitantes, enquanto o NHS em Inglaterra abrange mais de 58,5 milhões, o que implica desafios de escala e complexidade organizacional distintos.

Dimensão da força de trabalho

Entre 2018 e 2024, o SNS aumentou os seus RH de 127,7 mil para 148,2 mil profissionais ETC, enquanto o NHS evoluiu de 1,2 milhões para 1,5 milhões de ETC, refletindo uma capacidade relativa de expansão superior.

Densidade de recursos humanos da saúde

A densidade de RHS no SNS passou de 129,8 para 144,6 profissionais em ETC por 10.000 habitantes, mas permanece significativamente abaixo da do NHS, que reforçou a sua densidade de profissionais por 10.000 habitantes de 214,7 para 256,0 consolidando uma vantagem estrutural de investimento nos RHS bastante mais marcada. A densidade dos RHS do SNS face à população, em 2024, representava apenas 56,5% da alcançada no NHS, tendo piorado, em termos comparativos, face a 2018, ano em que os RHS do SNS face à população representavam 60,5% dos do congénere NHS.

Síntese comparativa

A diferença de densidade e escala indica que, apesar do crescimento dos RHS verificado no SNS, o NHS mantém uma capacidade de RHS mais robusta, e mais reforçada, para responder às necessidades em saúde da população abrangida, adicionalmente sustentada por maior diversificação funcional e integração organizacional.

1. Introdução

A presente Nota de Análise insere-se na série de trabalhos desenvolvidos pelo PLANAPP¹, conforme previsto nos Despachos n.º 7985/2023, de 3 de agosto, e n.º 4747/2025, de 23 de abril, em colaboração com os órgãos competentes do Ministério da Saúde (MS). Neste contexto, além de um conjunto de estudos que resultaram na criação de uma primeira [nota de mapeamento dos instrumentos de planeamento de recursos humanos na área da saúde](#), bem como de um diagnóstico preliminar do mercado de trabalho restrito ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) que aprofundou as características da [força de trabalho do SNS em Portugal](#) (diversidade e dinâmicas para o período de 2010 a 2023)², foi ainda publicada uma [nota sobre os temas de trabalho, liderança e género no SNS](#). Adicionalmente, examinou-se a [organização do tempo e a carga de trabalho dos recursos humanos do SNS](#) entre 2018 e 2022, com foco especial nas horas de trabalho suplementar realizadas por profissionais com vínculo estável e nas horas de prestação de serviços, exclusivamente no âmbito clínico, financiadas pelas entidades do SNS. Procedeu-se também à análise do [impacto do absentismo](#), entendido enquanto as ausências ao trabalho dos recursos humanos (RH) do SNS, entre 2018 e 2023, em especial no que respeita à situação dos profissionais com vínculo estável ao SNS. Publicou-se o [primeiro estudo de âmbito nacional sobre satisfação de profissionais](#) de saúde – médicos e enfermeiros –, que detalhou também os resultados relativos aos seus fatores de retenção profissional. Complementarmente, e numa lógica de *benchmarking* nacional, foi ainda desenvolvida uma [nota de análise, na qual se analisa as dotações e densidades de Recursos Humanos em Saúde \(RHS\) do SSRAM, gerido pelo Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. \(SESARAM\), comparando-as com as existentes no Serviço Nacional de Saúde \(SNS\)](#) e as suas – ainda vigentes no período abrangido pela análise – cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Todos estes trabalhos foram acompanhados de outros instrumentos de sistematização e divulgação de dados, como [dashboards](#) e [infografias](#).

Pretende-se agora aprofundar o trabalho desenvolvido respeitante à caracterização e análise da adequação da força de trabalho do SNS, numa lógica de comparação com outras realidades internacionais, realçando a necessidade de não nos circunscrevermos apenas ao olhar sobre o nosso serviço de saúde pública nacional, e alargando-o a sistemas e problemas marcados e reconhecidamente semelhantes, como é o caso do NHS de Inglaterra, à semelhança do qual, aliás, foi edificado o SNS português.

Neste contexto, a presente nota, que constitui a 8.ª publicação do PLANAPP dedicada ao tema da Força de Trabalho da Saúde, desenvolve uma análise comparativa da evolução do número de profissionais de saúde entre o NHS e o SNS, de 2018 a 2024.

O *National Health Service* (NHS) inglês, fundado em 1948, inspirou-se no relatório Beveridge (1942), que defendia a criação de um sistema abrangente de proteção social, tendo sido concebido como um serviço público universal e gratuito no ponto de utilização, com os cuidados a serem disponibilizados

¹ Para mais detalhes ver: [Políticas de gestão e planeamento estratégico de RH da saúde](#) (PLANAPP).

² E foi complementado com uma publicação mais sintética, em inglês.

através de serviços públicos. O NHS tornou-se o primeiro sistema de saúde no Ocidente a assegurar cuidados médicos (incluindo saúde oral), de enfermagem e outros cuidados de saúde a toda a população, independentemente da sua condição económica, sendo financiado solidariamente por receitas de impostos gerais. O Serviço Nacional de Saúde português foi criado em 1979, consolidando o direito à proteção da saúde e o dever do Estado de garantir o acesso universal, geral e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, ambos expressos no texto constitucional. A sua origem e edificação inspirou-se, precisamente, no modelo britânico, tornando-se o instrumento central através do qual o Estado assegura cuidados de saúde — da promoção e prevenção ao diagnóstico, tratamento e reabilitação — financiados essencialmente por impostos (pagos por todos os contribuintes) e abrangendo toda a população, com carácter universal.

Neste breve contexto institucional, a escolha do NHS para efeitos de *benchmarking*, havendo informação disponível e comparável, resulta evidente, apesar da história mais longa do NHS.

O foco deste estudo centra-se na comparação das dinâmicas de crescimento do universo de trabalhadores de saúde em geral, e dos macrogrupos profissionais considerados, em específico, nesses diferentes contextos institucionais, analisando as tendências existentes nos quadros de profissionais de Saúde das duas instituições, e sistematizando-as. O ponto central da análise é a comparação dos rácios de profissionais de saúde por 10.000 habitantes (‰)³ entre o NHS e o SNS. O objetivo é avaliar a distribuição proporcional comparativa desses profissionais face à população residente (enquanto *proxy* das necessidades de saúde existentes). Com estes elementos, será possível fazer uma apreciação da adequação ou desequilíbrio relativos entre os RHS e as necessidades populacionais em cada um dos países, não apenas ao nível quantitativo (contingentes de RHS face à população/necessidades), mas também ao nível qualitativo (adequação de competências/*skill-mix* da força de trabalho da saúde).

Esta informação é importante para apontar possíveis desequilíbrios resultantes das escolhas de gestão e de políticas atuais, e formular recomendações para otimizar a alocação de recursos humanos em saúde no nosso país.

³ A presente Nota utiliza a notação de densidade de profissionais em perdecemilagem (‰), o que corresponde a uma razão de profissionais por 10.000 habitantes.

2. Enquadramento e questões metodológicas

A análise comparativa internacional da densidade de profissionais de saúde, relevante para a identificação de padrões ou *benchmarks* de referência, apresenta um elevado grau de dificuldade. A comparabilidade entre países com perfis demográficos, económicos, sociais e epidemiológicos diferentes entre si e até com sistemas de saúde, embora similares, organizacionalmente distintos, é bastante complexa e a sua eventual simplificação poderá induzir conclusões com elevada probabilidade de erro.

2.1. A origem dos dados

Os dados sobre a força de trabalho da saúde considerados pelo PLANAPP tiveram uma dupla origem. As fontes de informação utilizadas foram, no caso de Portugal, a informação estatística disponibilizada pela ACSS/SPMS – 2018 a 2024, com origem no RHV-sistema de informação de processamento de remunerações no SNS; e no caso de Inglaterra, recolheram-se (à data de 18 de novembro de 2025) os dados de livre acesso disponibilizados pelo NHS Digital⁴, para os mesmos períodos.

Verificou-se que os dados disponibilizados para o SNS português são de pior qualidade e bastante menor riqueza e diversidade do que aqueles que o [NHS disponibiliza mensalmente em livre acesso](#), o que acarretou algumas dificuldades para o trabalho dos dados do RHV, já abordadas nos anteriores estudos do PLANAPP sobre este tema.

2.2. A correspondência entre nomenclaturas/categorias diferentes

A inexistência de uma correspondência direta entre as diferentes categorias profissionais reconhecidas em cada um dos países acrescentou também desafios no estabelecimento de comparações internacionais. No caso português a organização da informação dos profissionais de saúde segue uma lógica de categoria profissional/carreira, contrariamente ao que se passa no NHS em Inglaterra, que segue uma lógica mais funcional. Em anexo (Anexo II), consta a tipologia de profissões trabalhada a partir dos dados do RHV, disponível para o SNS, e também a classificação funcional disponível no NHS Digital com dados mensais muito detalhados sobre os RHS do NHS inglês (Anexo III). O RHV apresenta categorias mais detalhadas para alguns dos grupos profissionais, nomeadamente o dos médicos, mas nem sempre a informação sobre as mesmas é completa ou coerente para todo o período considerado, pelo que foi necessário optar por uma classificação de grupos profissionais do SNS mais agregada, conforme consta no Quadro 1. Quanto ao NHS, existem dados públicos muitíssimo detalhados, completos e coerentes ao longo do período, de acordo, nomeadamente, com a classificação apresentada no Anexo I (existindo outros agrupamentos disponíveis).

⁴ [NHS workforce statistics - NHS England Digital](#) e [General Practice Workforce - NHS England Digital](#)

Desta forma, para efeitos de viabilidade de uma análise comparativa, e com fiabilidade e coerência no período temporal, foi necessário ajustar a desagregação dos dados e estabelecer quatro macrogrupos profissionais: Médicos (que se desagregam em Internos e Especialistas), Médicos Dentistas⁵, Enfermeiros e Outros.

A tabela de conversão mobilizada é apresentada de seguida.

Quadro 1 - Tabela de Conversão – Macrogrupos Profissionais

 Staff Group	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Grupo Profissional	Macrogrupo Profissional
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Doctors (except Dental Group) & GP</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Doctors (only Dental Group)</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Dentistas
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nurses & health visitors</i> • <i>Midwives</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ambulance staff</i> • <i>Scientific, therapeutic & technical staff</i> • <i>Support to doctors, nurses & midwives</i> • <i>Support to ambulance staff</i> • <i>Support to ST&T staff</i> • <i>Senior managers</i> • <i>Managers</i> • <i>Central functions</i> • <i>Hotel, property & estates</i> • <i>Unknown</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêuticos • Técnicos Superiores de Saúde • Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica • Informáticos • Técnicos Superiores • Assistentes Técnicos • Assistentes Operacionais/ Técnicos Auxiliares de Saúde • Outros⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> • Outros

Também no que respeita à formação médica e à desagregação associada do grupo profissional dos médicos, verifica-se que, apesar da formação médica e da organização da carreira médica no NHS e no SNS terem semelhanças estruturais, existem diferenças significativas em termos de organização, nomenclatura e progressão, que foi necessário compreender e procurar fazer corresponder, de forma aproximada.

Atenta a falta de detalhe dos dados do RHV sobre os RHS do SNS, não é possível detalhar as competências e formação especializada dos enfermeiros do SNS (o grupo profissional mais prevalente no nosso sistema público), nem detalhar com rigor outras categorias profissionais, de modo comparável ao disponibilizado publicamente para o NHS.

⁵ Praticamente inexistentes no SNS português.

⁶ Como os Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) ou os Administradores Hospitalares.

O caso da profissão médica permite, todavia, diferenciar entre internos e especialistas nos dois contextos, bem como equacionar equivalências entre especialidades, uma vez que existiam dados sobre estes elementos para o SNS.

Apresenta-se de seguida a matriz de conversão considerada na inventariação dos médicos especialistas e dos médicos internos usada para efeitos de *benchmarking* na presente nota de análise.

Quadro 2 - Tabela de Conversão – Desagregação Macrogrupo: Médicos

 Staff Group	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Categoria	Macrogrupo Profissional Médicos
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Foundation Programme</i> • <i>Core Training</i> • <i>Specialty Training</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Internato – Formação Geral • Internato – Formação Especializada 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Internos
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Staff Grade</i> • <i>Specialty Doctor</i> • <i>Associate Specialist</i> • <i>Consultant</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente • Assistente Graduado • Assistente Graduado Sénior 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Especialistas

Seguindo a lógica de análise preconizada nos trabalhos desenvolvidos pelo PLANAPP, foram considerados exclusivamente os profissionais com vínculo efetivo ao SNS e NHS, ou seja, consideraram-se apenas profissionais de saúde com ligação formal a entidades do SNS, tendo sido excluídos todos os profissionais em formação – à exceção dos Médicos – bem como todos os prestadores de serviços. Das fontes já referidas, foi extraída informação para os seis anos completos mais recentes (2018-2024), trabalhada na unidade “Equivalente a Tempo Completo” (ETC)⁷, para o SNS português e disponível de origem para o NHS inglês.

No que respeita ao modelo organizacional das instituições prestadoras de cuidados de saúde existem algumas diferenças que importa ressaltar e que inviabilizam uma análise desagregada por tipologia equiparada de atividade desempenhada. Os recursos humanos da saúde (RHS) em Portugal encontram-se afetos sobretudo a dois setores produtivos de atividade no SNS, conforme o tipo de cuidados a que os profissionais se dedicam: Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), ou Cuidados de Saúde Primários (CSP). Acresce o setor dos Serviços Centrais (SC), que agrega os RH normalmente não envolvidos diretamente na prestação de cuidados, pelo facto de trabalharem em serviços centralizados. No caso do NHS, os RHS encontram-se afetos aos *Hospital & Community Health Services* (HCHS) e à *Primary Care General Practice*. Os *Hospital & Community Health Services* diferenciam-se pela vertente de maior intervenção comunitária face aos CSH portugueses, na medida




⁷ Para o cálculo do ETC no SNS comparou-se a carga horária efetiva com a carga horária das 35 horas semanais, com a exceção dos Médicos Especialistas e Internos para os quais foi utilizada como base as 40 horas semanais deste grupo profissional.

em que na “linha” dos *Community Health Services* do NHS é desempenhado um papel essencial na prestação de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar, promovendo a autonomia, prevenção, reabilitação e o apoio contínuo a pessoas com necessidades complexas. Já a *Primary Care General Practice* é mais facilmente equiparável ao modelo de CSP nacional (que, em parte, nela se inspirou). Adicionalmente, no caso do NHS, em termos de dados estatísticos não encontramos, isolada, a figura de Serviços Centrais, em grande medida descentralizados, ou afetos às próprias instituições de saúde do NHS. Neste sentido, para aumentar a fiabilidade da comparação foram apenas consideradas as seguintes instituições dos SC do SNS: INEM, IPST, ICAD e INSA, tendo em conta a sua missão e a existência de serviços equiparáveis no âmbito do NHS.


A leitura integrada e a comparação entre os dois modelos revelam desde já que, embora ambos procurem garantir a continuidade de cuidados e a proximidade ao utente, o NHS apresenta uma estrutura mais consistente e operacionalmente integrada, enquanto o SNS está ainda em processo de consolidação da articulação entre níveis de cuidados, enfrentando desafios ao nível da coordenação e continuidade de cuidados, da interoperabilidade e da gestão de recursos.

Uma dificuldade suplementar que se colocou ao exercício de comparação é a que se relaciona com as diferenças estruturais das especialidades médicas em vigor em cada um dos países considerados. Visando a mera comparabilidade entre os países, foi realizado um exercício de correspondência entre as estruturas de especialidades de ambos os casos. Este exercício baseou-se numa análise sumária e breve dos respetivos programas de formação, pelo que algumas das correspondências poderão não ser totalmente infalíveis do ponto de vista médico-científico, e não foi possível estabelecer a correspondência inequívoca entre todas as especialidades dos dois países. De qualquer forma, apesar das diferenças formais, a vasta maioria das especialidades médicas é equivalente entre os dois países, conforme se pode verificar no quadro de conversão considerado para este domínio de informação.

Quadro 3 - Tabela de equiparação – Especialidades Médicas

		
Alergologia	<i>Allergy</i>	Imunoalergologia
Anatomia Patológica	<i>Diagnostic Neuropathology</i>	Anatomia Patológica
	<i>Forensic Histopathology</i>	
	<i>General pathology</i>	
	<i>Histopathology</i>	
	<i>Paediatric and Perinatal Pathology</i>	
Anestesiologia	<i>Anaesthetics</i>	Anestesiologia
Cardiologia	<i>Cardiology</i>	Cardiologia
Cardiologia Pediátrica	<i>Paediatric cardiology</i>	Cardiologia Pediátrica
Cirurgia Cardíaca e Torácica	<i>Cardio-thoracic surgery</i>	Cirurgia Cardiorácica
		Cirurgia Cardíaca
		Cirurgia Torácica
Cirurgia Geral	<i>General surgery</i>	Cirurgia Geral

NHS/SNS	 NHS England	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Cirurgia Maxilo-Facial	<i>Oral and Maxillofacial Surgery</i>	Cirurgia Maxilo-Facial
Cirurgia Pediátrica	<i>Paediatric surgery</i>	Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	<i>Plastic surgery</i>	Cirurgia Plástica e Reconstructiva
Cirurgia Vascular	<i>Vascular Surgery</i>	Cirurgia Vascular
Dermatologia	<i>Dermatology</i>	Dermatovenereologia
Doenças Infecciosas	<i>Medical Virology</i>	Infeciologia/Doenças Infecciosas
	<i>Virology</i>	
	<i>Genito-urinary medicine</i>	
	<i>Infectious diseases</i>	
Endocrinologia	<i>Endocrinology and diabetes mellitus</i>	Endocrinologia/Nutrição
	<i>Metabolic Medicine</i>	
Especialidades Dentárias	<i>Additional dental specialties</i>	
	<i>Community Health Service Dental</i>	
	<i>Dental and Maxillofacial Radiology</i>	
	<i>Dental Public Health</i>	
	<i>Endodontics</i>	
	<i>General Dental Practitioner</i>	
	<i>Oral and Maxillofacial Pathology</i>	
	<i>Oral Medicine</i>	
	<i>Oral Surgery</i>	
	<i>Orthodontics</i>	
	<i>Paediatric dentistry</i>	
	<i>Periodontics</i>	
	<i>Prosthodontics</i>	
	<i>Restorative dentistry</i>	
<i>Special Care Dentistry</i>		
Estomatologia		Estomatologia
Farmacologia Clínica	<i>Clinical pharmacology and therapeutics</i>	Farmacologia Clínica
	<i>Pharmaceutical medicine</i>	Farmacologia Clínica
Gastrenterologia	<i>Gastroenterology</i>	Gastrenterologia
	<i>Gastro-enterology</i>	Gastrenterologia
Genética Médica	<i>Clinical genetics</i>	Genética Médica
Ginecologia/Obstetrícia	<i>Community Sexual and Reproductive Health</i>	Ginecologia/Obstetrícia
	<i>Obstetrics and Gynaecology</i>	
Hematologia	<i>Haematology</i>	Hematologia Clínica
Imuno-hemoterapia		Imuno-hemoterapia
Medicina Desportiva	<i>Sport and Exercise Medicine</i>	Medicina Desportiva
Medicina do Trabalho	<i>Occupational medicine</i>	Medicina do Trabalho
Medicina Física e de Reabilitação	<i>Rehabilitation medicine</i>	Medicina Física e de Reabilitação
Medicina Geral e Familiar	<i>General Med Practitioner</i>	Medicina Geral e Familiar
	<i>General Medical Practitioner</i>	
	<i>General Practice (GP)</i>	
Medicina Geriátrica	<i>Geriatric medicine</i>	
Medicina Intensiva	<i>Intensive care medicine</i>	Medicina Intensiva
Medicina Interna	<i>Acute Internal Medicine</i>	Medicina Interna

NHS/SNS		 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
	<i>Aviation and Space Medicine</i>	
	<i>Emergency Medicine</i>	
	<i>General (internal) medicine</i>	
Medicina Legal		Medicina Legal
Medicina Nuclear	<i>Nuclear medicine</i>	Medicina Nuclear
Medicina Paliativa	<i>Palliative medicine</i>	
Medicina Tropical	<i>Tropical medicine</i>	
Nefrologia	<i>Renal medicine</i>	Nefrologia
Neurocirurgia	<i>Neurosurgery</i>	Neurocirurgia
Neurologia	<i>Clinical neurophysiology</i>	Neurologia
	<i>Neurology</i>	
Oftalmologia	<i>Medical ophthalmology</i>	Oftalmologia
	<i>Ophthalmology</i>	
Oncologia Médica	<i>Medical oncology</i>	Oncologia Médica
Ortopedia	<i>Trauma and orthopaedic surgery</i>	Ortopedia
Otorrinolaringologia	<i>Audio Vestibular Medicine</i>	Otorrinolaringologia
	<i>Otolaryngology</i>	
Outras	<i>Other Specialties</i>	
Patologia Clínica	<i>Chemical pathology</i>	Patologia Clínica
	<i>Immunology</i>	
	<i>Medical microbiology</i>	
Pediatria	<i>Paediatrics</i>	Pediatria
Pneumologia	<i>Respiratory medicine</i>	Pneumologia
Psiquiatria	<i>Forensic psychiatry</i>	Psiquiatria
	<i>General psychiatry</i>	
	<i>Liaison psychiatry</i>	
	<i>Medical Psychotherapy</i>	
	<i>Old age psychiatry</i>	
	<i>Psychiatry of learning disability</i>	
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	<i>Child and adolescent psychiatry</i>	Pedopsiquiatria
Radiologia	<i>Clinical radiology</i>	Radiologia
		Neurorradiologia
Radioncologia	<i>Clinical Oncology</i>	Radioterapia/Radioncologia
Reumatologia	<i>Rheumatology</i>	Reumatologia
Saúde Pública	<i>Community Health Services</i>	Saúde Pública
	<i>Public health medicine</i>	
Urologia	<i>Urology</i>	Urologia

2.3. Os dados de base populacional

Com base na informação respeitante ao efetivo de RHS apurado em ETC (por grupo profissional e por especialidade médica), era necessário calcular, para efeitos comparativos, a respetiva densidade dos profissionais de saúde por 10.000 habitantes. Esta será a principal unidade de análise, para além da apresentação dos valores absolutos dos ETC e das dinâmicas evolutivas associadas. Relativamente aos dados da população, essenciais para o cálculo das densidades de profissionais de saúde, e à semelhança da metodologia utilizada anteriormente nesta série de publicações, a fonte dos dados utilizada no caso do SNS foi a das estimativas anuais da população residente, INE, sendo considerado o indicador da “População residente (Série longa, início 1991 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2024)”. No caso do NHS, foi utilizada a informação da série “*Population estimates for England and Wales: mid-2024*” do *Office for National Statistics (ONS)* do Reino Unido.

Os valores considerados foram os seguintes:

Figura 1 - População residente em Portugal Continental e em Inglaterra (2018-2024)

	Portugal Continental	Inglaterra
2018	9.845.271	55.924.528
2019	9.887.569	56.230.056
2020	9.904.781	56.325.961
2021	9.929.630	56.554.891
2022	10.022.426	57.144.395
2023	10.142.079	57.932.470
2024	10.248.477	58.620.101

3. Análise Comparativa da Força de Trabalho do SNS e do NHS

Os sistemas de saúde de Portugal e do Reino Unido assentam ambos no modelo *Beveridgiano*, caracterizado por financiamento público através de impostos e acesso universal aos cuidados de saúde. No entanto, apresentam diferenças significativas na sua organização, grau de centralização, autonomia local e mecanismos de gestão.

Em Portugal continental, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um sistema centralizado, sob tutela do Ministério da Saúde, com coordenação operacional assegurada pela Direção Executiva do SNS, após a extinção das (anteriores) cinco Administrações Regionais de Saúde, que se efetivou, em termos operacionais, a partir de 1 de janeiro de 2024. A estrutura organizativa de prestação de cuidados em território continental assenta, desde então, essencialmente em 39 unidades locais de saúde (ULS)⁸, que integram cuidados primários e hospitalares e subcontratam diretamente outras prestações de saúde, quando necessárias. A gestão direta da prestação de cuidados no SNS é basicamente assegurada por entidades públicas empresariais (EPE), com menor autonomia gestionária e de organização local comparativamente ao modelo britânico.

Já no Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) apresenta uma organização mais descentralizada e regionalizada. O *NHS England* coordena os serviços em Inglaterra, enquanto as regiões da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte têm estruturas próprias. A prestação de cuidados no NHS é organizada através dos *Integrated Care Systems* (ICS), que integram cuidados primários, hospitalares e sociais, com forte autonomia local. Os *General Practitioners* (GPs) desempenham um papel central como porta de entrada no sistema, operando frequentemente em regime contratual independente.

Ambos os sistemas enfrentam desafios comuns, como o envelhecimento da população, a pressão sobre os serviços de urgência, as listas de espera e a escassez de profissionais em áreas críticas. Contudo, a forma como cada sistema gere os seus recursos humanos e os respetivos incentivos à retenção, define o *skill-mix* das profissões e (re)distribui competências, e o modo como estrutura as carreiras, médica e dos restantes profissionais de saúde, influencia diretamente a capacidade de resposta e, em particular, a equidade no acesso à prestação de cuidados.

Este enquadramento permite contextualizar a análise comparativa dos recursos humanos de saúde, oferecendo uma base para compreender as diferenças quantitativas e qualitativas entre os dois sistemas.

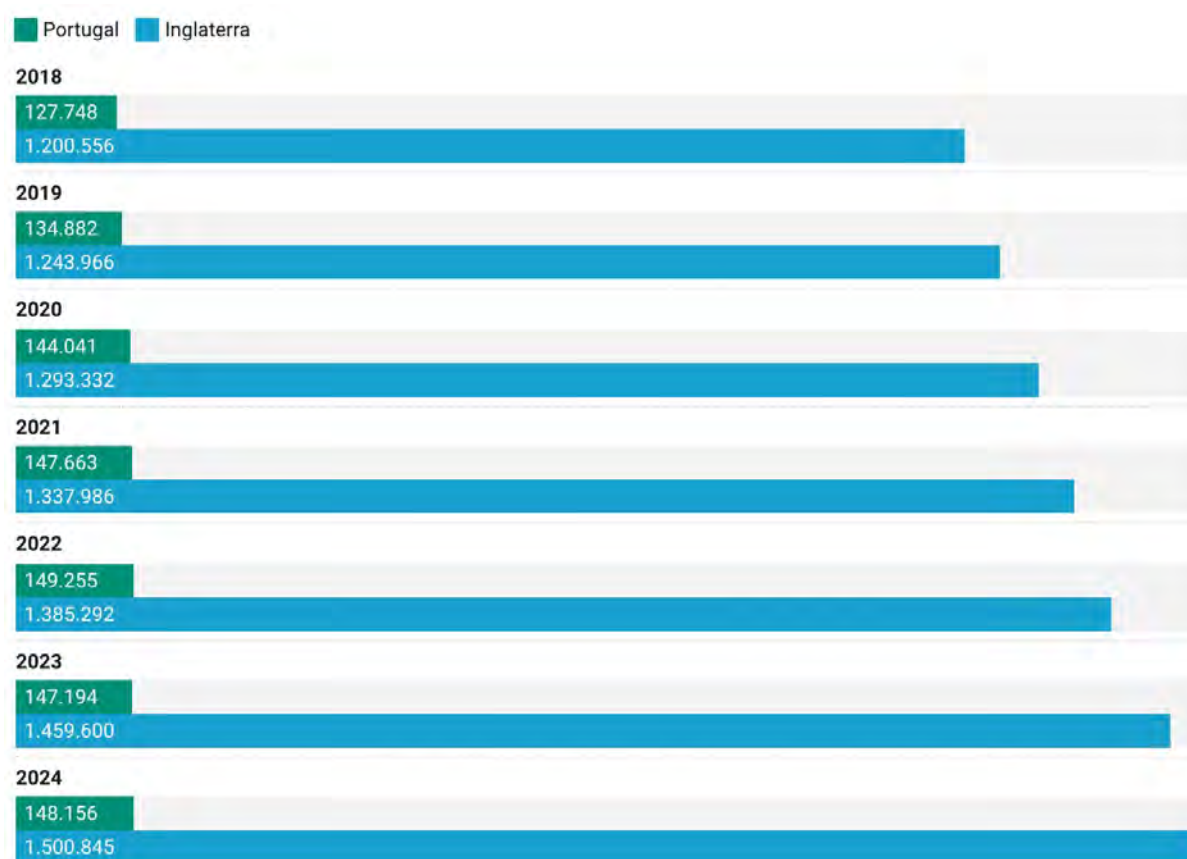
⁸ Para além dos três Institutos Portugueses de Oncologia.

3.1. Evolução comparada da população, dos RHS e da densidade de RHS face à população

A leitura comparada da trajetória 2018-2024, com base nos dados da população apresentados na Figura 1, bem como na evidência constante nas Figuras 2, 3 e 4, revelam dois padrões consistentes:

- o crescimento demográfico sucedido em ambas as geografias, embora mais intenso em Inglaterra do que em Portugal continental, o que pressiona os rácios populacionais do nº de profissionais ETC do serviço público de saúde face à população;
- uma expansão contínua do stock de profissionais em ETC, mais acelerada no NHS do que no SNS, com impacto direto na densidade final comparativa de RHS face à população.

Figura 2 - RHS em ETC do respetivo serviço nacional de saúde (2018 – 2024)



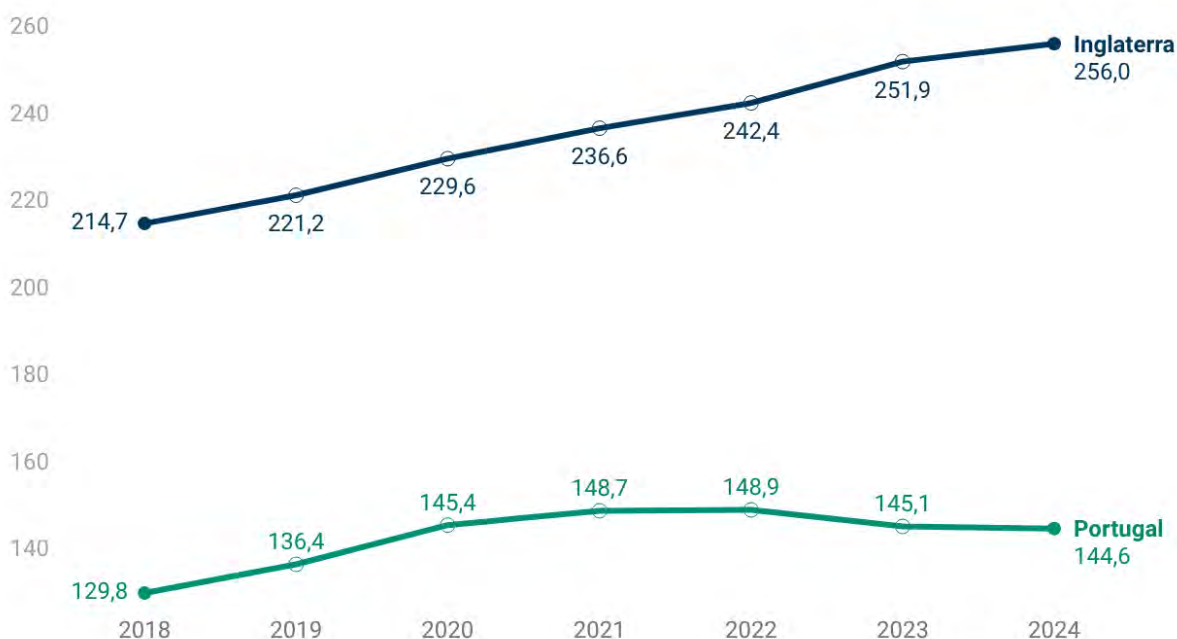
No Anexo I encontram-se dados detalhados sobre a evolução destes agregados. Os dados evidenciam que, em Portugal, a população residente no continente aumentou, nos anos em análise, de 9,8 para 10,2 milhões, enquanto o contingente de RHS do SNS em ETC passou de 127,7 mil para 149,2 mil, o que se traduz numa densidade que progride até 2022, depois tem uma leve redução e estabiliza em torno de 145 ETC por 10 000 habitantes, ligeiramente abaixo do valor máximo registado no período (148,9 em 2022), sugerindo que a expansão de profissionais de saúde não tem acompanhado o

crescimento demográfico no país. Ainda assim, destaca-se que, no período em análise, a população cresceu cerca de 4,1%, enquanto os profissionais do SNS em ETC cresceram 16%.

Em Inglaterra, a população cresceu de 55,9 para 58,6 milhões, um aumento de 4,8% mas o aumento de profissionais em ETC de 1,2 para 1,5 milhões (um crescimento de 25%) foi suficientemente pronunciado para elevar a densidade de ETC de RHS do NHS de 215 para 255 por 10 000 habitantes, consolidando uma vantagem estrutural face ao nosso SNS, que decorre tanto da escala do investimento em RHS, como da maturidade de modelos organizacionais que suportam o seu crescimento líquido e a retenção de profissionais.

Com efeito, conforme ilustrado na Figura 3, a densidade dos RHS do SNS face à população, em 2024, representava apenas 56,5% da alcançada no NHS, tendo piorado, em termos comparativos, face a 2018, ano em que os RHS do SNS face à população representavam 60,5% dos do congénere NHS inglês.

Figura 3 - Evolução da densidade (rácio) dos RHS (ETC) face à População (‰) (2018-2024)

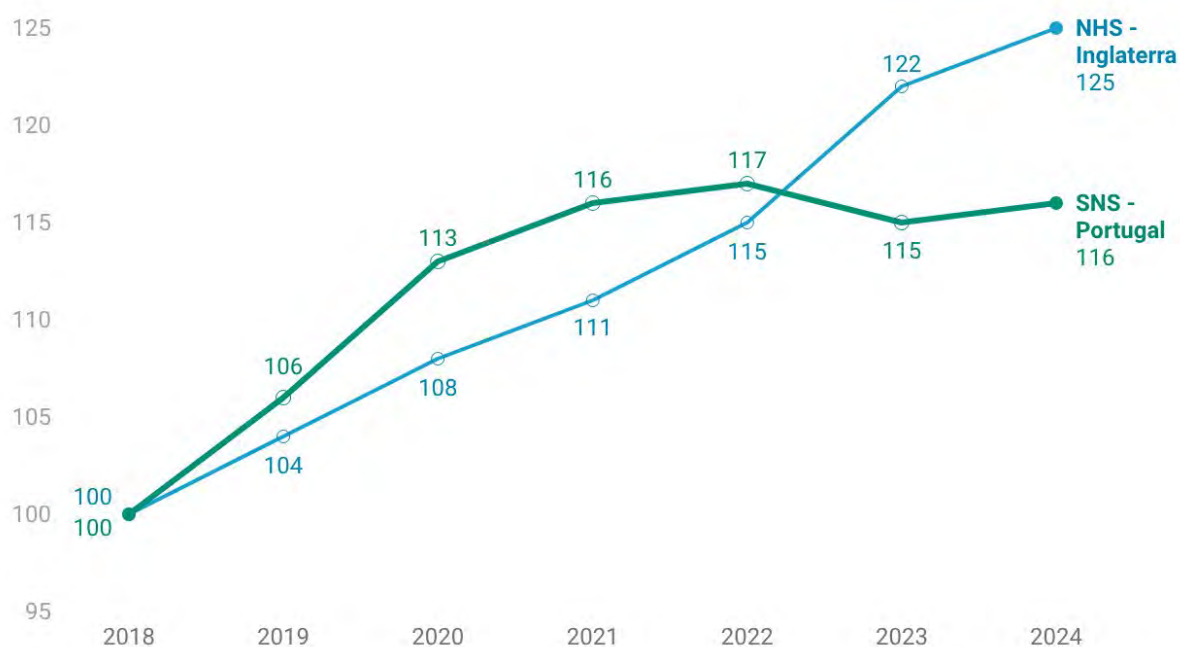


Em síntese, o diferencial de densidade entre sistemas amplia-se ao longo do período, refletindo trajetórias de reforço mais robustas no NHS e uma estagnação relativa no SNS em anos recentes, com implicações potenciais na acessibilidade, tempos de resposta e capacidade relativa da rede pública prestadora de cuidados de saúde à população.

O índice da evolução do stock de RHS⁹, apresentado de seguida (Figura 4), evidencia um gradiente de crescimento sistematicamente mais favorável ao NHS. Entre 2018 (ano base) e 2024, o SNS evolui do índice 100 para 117, com uma desaceleração após 2022 e um recuo relativo em 2023, que indicia limites na capacidade de recrutamento líquido do serviço público, na estabilização de vínculos e/ou na absorção de saídas.

O NHS, por outro lado, que parte de um stock relativo muito mais elevado do que o SNS, progride ainda assim, +25%, de 100 (ano base=2018) para 125 no mesmo período, com aceleração mais nítida após 2022, compatível com políticas de expansão de quadros e integração de perfis profissionais intermédios que aumentam a capacidade de resposta do sistema.

Figura 4 - Índice da Evolução do stock de RHS (em ETC) ao serviço do SNS e do NHS (2018=100)



Esta divergência dinâmica confirma que, mesmo quando o SNS cresce em termos absolutos, a sua trajetória relativa fica, em termos comparados, aquém do verificado no NHS, que adicionalmente parte de níveis relativos de RHS face à população bastante superiores no início do período, o que ajuda a explicar a diferença de densidades e a persistência de pressões assistenciais maiores no sistema português.

⁹ Índice calculado pela razão dos ETC disponíveis em cada ano no respetivo sistema de saúde pelo valor de ETC disponíveis em 2018, chamado "ano base", e multiplicados por 100, para criar a padronização a partir da base 100.

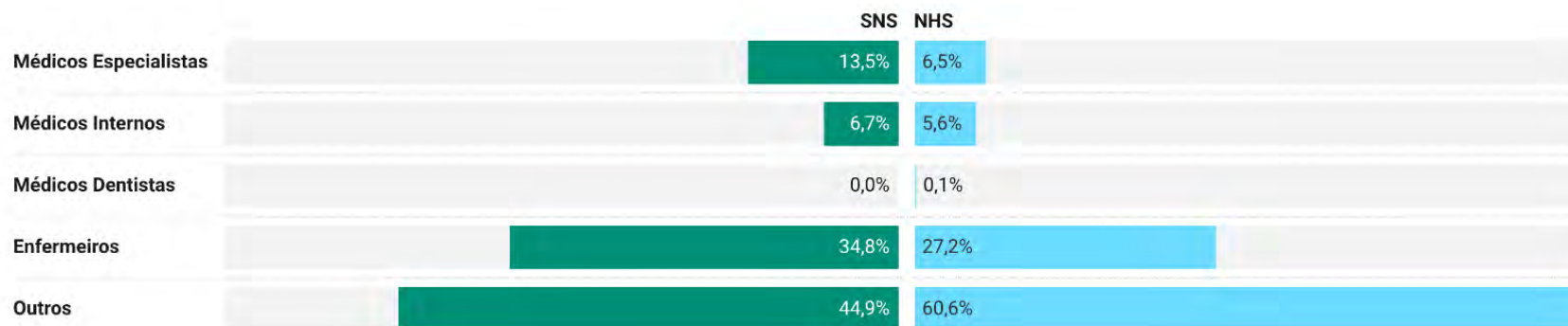
3.2. Estrutura comparada dos RHS por macrogrupos profissionais

A análise da estrutura dos macrogrupos profissionais evidencia traços distintos de desenho institucional dos sistemas públicos de saúde em análise, conforme pode ser apreciado na Figura 5.

No SNS, médicos e enfermeiros concentram mais de metade dos ETC, com um peso de médicos que desce marginalmente de 21,2% para 20,3%, entre 2018 e 2024, como apresentado na Figura 6, e um reforço de enfermeiros de 33,5% para 34,8%, nesse período. No NHS, o peso relativo dos médicos estabiliza em torno de 12% e o de enfermeiros em 27,2%, sendo o macrogrupo dos “Outros” profissionais o predominante, representando cerca de 61% do total.

Estas diferenças estruturais marcadas traduzem uma aposta sistémica do NHS em funções aliadas e de suporte clínico, técnico e operacional, bem como em perfis intermédios que libertam tempo médico e dilatam a capacidade assistencial das equipas (conforme apresentado no Anexo III, com o detalhe da classificação funcional dos RHS do NHS). Esta diferença face ao SNS português é coerente com um maior leque de funções praticadas no NHS em áreas de diagnóstico, reabilitação, gestão de percurso, integração/continuidade de cuidados, ligação ao apoio social e, também, nas vastas áreas das operações logísticas (incluindo funções de gestão e de monitorização). É uma realidade que permite compreender como o sistema inglês sustenta densidades de RHS bastante superiores sem depender exclusivamente do aumento proporcional de médicos e enfermeiros, criando alavancas de eficiência, trabalho em equipas multidisciplinares e polivalência na contratação e afetação funcional dos RHS.

Figura 5 - Distribuição percentual (%) por macrogrupos profissionais (2024)



De facto, a composição das equipas de saúde, frequentemente designada por *skill-mix*, constitui um elemento estruturante na eficiência, qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde. A prestação de cuidados de saúde exige e depende de equipas efetivamente multidisciplinares, trabalhando de modo articulado e para um fim comum. A forma como os diferentes profissionais são organizados e como as suas funções são alocadas/distribuídas tem implicações diretas na capacidade de resposta dos serviços, na utilização racional dos recursos humanos e na adequação dos cuidados às reais necessidades da população. Neste domínio, o SNS e o NHS apresentam, claramente, abordagens distintas, refletindo diferentes trajetórias de evolução organizacional e estratégica.

Enquanto o SNS mantém uma estrutura funcional bastante tradicional, fortemente centrada nas categorias profissionais de médicos e enfermeiros, com uma menor diversificação de funções intermédias e especializadas, o NHS, de modo contrastante, tem vindo a desenvolver um modelo mais dinâmico e multifuncional, que incorpora uma maior variedade de perfis profissionais e promove uma redistribuição mais vasta das responsabilidades clínicas e organizacionais.

A configuração do *skill-mix* no SNS, seja mais ou menos dependente ou resultante de opções políticas deliberadas, tende, de forma comparativa, a limitar a flexibilidade das equipas e a sobrecarregar certos profissionais com tarefas que poderiam ser redistribuídas entre grupos profissionais, com vantagem social (tal como sucede em vários sistemas de saúde noutros países ocidentais), limitando, assim, a eficiência operacional e a capacidade de inovação na prestação de cuidados.

Entre as principais características do modelo britânico destaca-se, por outro lado, o investimento na qualificação e diversificação de funções intermédias, como os casos dos *Advanced Nurse Practitioners* e os *Physician Associates*, que assumem tarefas clínicas anteriormente reservadas aos médicos, permitindo que estes se concentrem nos casos mais complexos. Esta estratégia parece contribuir para uma melhor gestão do tempo clínico e para uma resposta mais célere e eficaz às necessidades dos utentes. Adicionalmente, o NHS valoriza o papel dos *Allied Health Professionals* (AHPs), cuja atuação especializada em áreas como o diagnóstico, a reabilitação e a prevenção reforça a capacidade técnica das equipas e amplia o espectro de intervenção dos serviços de saúde.

Outro elemento distintivo é a integração dos cuidados através dos *Integrated Care Systems*, que, dotados de elementos dedicados à gestão e monitorização de cuidados, promovem uma articulação estreita entre os serviços de saúde dos vários níveis de cuidados, e entre estes e os serviços dedicados ao apoio social, favorecendo uma abordagem centrada na pessoa e na continuidade dos cuidados. Esta lógica de integração permite uma resposta mais coordenada e eficiente, especialmente em contextos de multimorbilidade e de envelhecimento populacional. A formação contínua e a mobilidade funcional são também pilares do modelo britânico, assegurando que os profissionais se mantêm atualizados e capazes de se adaptar rapidamente às exigências emergentes do sistema, podendo progredir a nível profissional de modo relativamente flexível.

Estas práticas representam caminhos relevantes que podem servir de referência ao SNS português, no sentido de promover uma evolução na composição e na distribuição das competências profissionais dentro das equipas de prestação de cuidados. A diversificação funcional, a valorização (e formação contínua) de perfis intermédios e especializados, o investimento em funções dedicadas à integração

dos cuidados e o investimento permanente na formação e mobilidade funcional constituem vetores estratégicos para reforçar a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde nacional, num contexto de crescente complexidade e pressão sobre os recursos disponíveis.

3.3. Evolução comparada das densidades por grupo profissional e por especialidade médica

Como já referido, a informação disponível só permite detalhar “competências” no caso da profissão médica, em termos das respetivas especialidades. Em termos da profissão médica, e considerando a densidade do total de médicos, os dados apresentados na Figura 6 evidenciam que ambos os sistemas convergem em torno de 29-31 ETC por 10.000¹⁰ habitantes em 2024, com o SNS a subir de 27,5 para 29,3 e o NHS de 25,5 para 31,1, o que sugere uma redução relativa do *gap* agregado de médicos nos dois casos, ainda que com uma distribuição interna distinta entre internos e especialistas.

De facto, a densidade de médicos internos no NHS é significativamente superior/mais elevada, passando de 10,6 para 14,4 por 10.000 habitantes, enquanto no SNS sobem de 9,2 para 9,7, o que indicia ciclos formativos volumosos e um *pipeline* de formação¹¹ mais alargado no Reino Unido, com efeitos futuros na disponibilidade de especialistas.

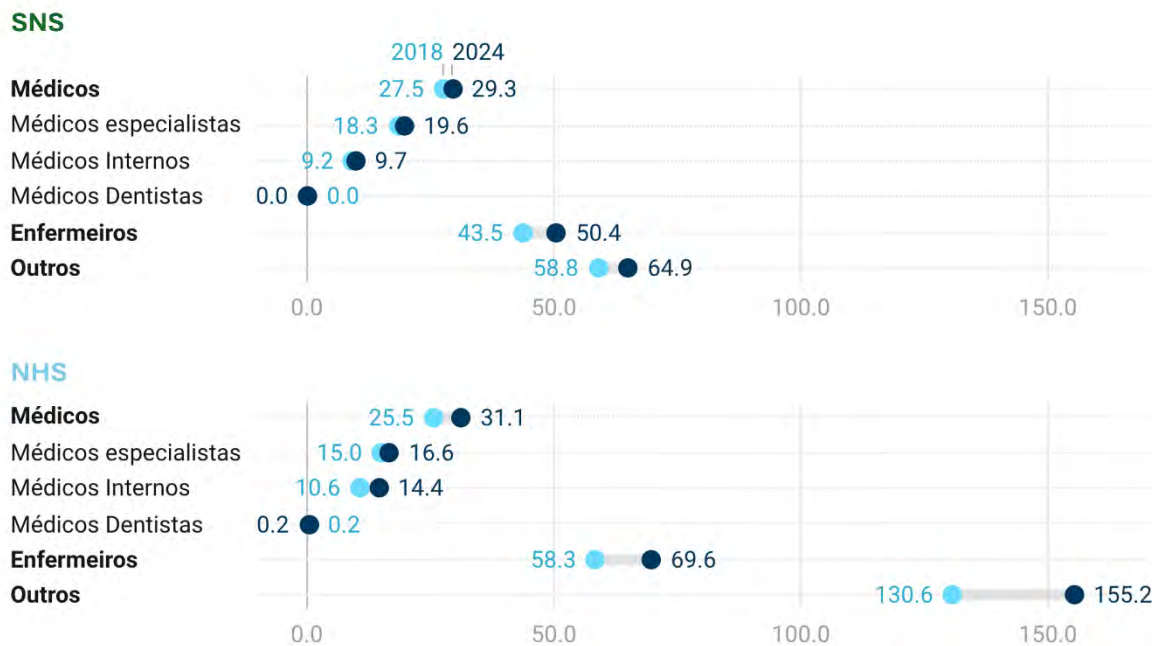
Em contrapartida, a densidade de médicos especialistas é ligeiramente mais elevada em Portugal (19,6 em 2024) do que em Inglaterra (16,6), o que reflete uma estrutura etária e de carreira diferente, bem como uma maior proporção de médicos alocados a funções de responsabilidade clínica final no SNS.

É, porém, nos enfermeiros e no grupo “Outros” que se observa um diferencial sistémico: o NHS apresenta densidades muito superiores de ETC destes macrogrupos face à população, passando, nos enfermeiros, de 58,3 para 69,6 por 10.000, face aos 43,5 para 50,4 no SNS, e, nos “Outros”, de 130,6 para 155,2 por 10.000, contra 58,8 para 64,9 em Portugal. Estes valores materializam, de forma evidente, o efeito de investimento na escala e no *skill-mix* do NHS, com maior capacidade de diluição de tarefas, gestão de fluxos, prevenção e reabilitação, enquanto o SNS permanece mais “médico-cêntrico”, o que limita a elasticidade operacional e a eficiência marginal por unidade de profissionais do SNS.

¹⁰ Na desagregação por macrogrupos profissionais, utilizou-se a dotação de densidades por 10.000 ao invés da permissão. Isso foi realizado para se poder perceber grupos com menor número de profissionais, tal como no caso dos médicos dentistas.

¹¹ O afunilamento formativo de médicos no NHS inglês é comparativamente mais alargado face ao SNS.

Figura 6 - Rádios populacionais por macrogrupos profissionais (2018 e 2024)



No caso da profissão médica, a comparação apresentada na Figura 6 evidencia aproximações e desvios que importa analisar à luz dos modelos de prestação. O rácio total de especialistas, como analisado antes, é superior no SNS ao longo do período, evoluindo de 18,3 para 19,6, enquanto o NHS sobe de 15,0 para 16,6, sugerindo que, apesar da menor densidade global de médicos internos em Portugal, a massa crítica de especialistas por população é mais alta, possivelmente refletindo estruturas de carreira estabilizadas, menor dispersão por funções não clínicas e maior mobilização em contextos hospitalares.

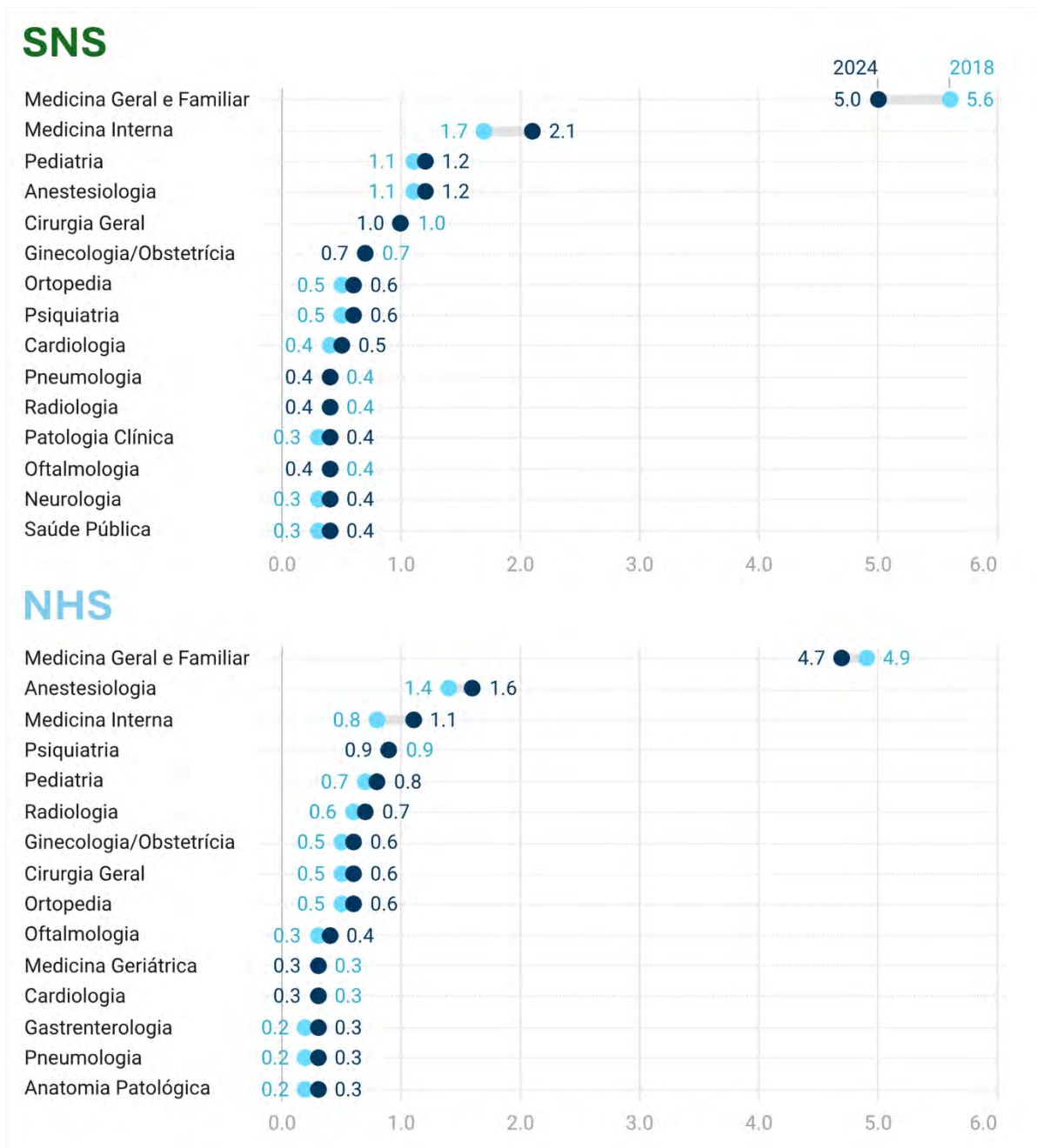
A análise por especialidade médica apresentada na Figura 7, permite observar no SNS um peso relativo estável de Medicina Geral e Familiar (MGF), que, contudo, desce de 5,6 para 5,0 por 10.000, apontando para uma tensão crescente entre necessidades da população e a capacidade efetiva de reposição nos cuidados de saúde primários. Em Inglaterra, verifica-se que Medicina Geral e Familiar (MGF) também recua ligeiramente de 4,9 para 4,7, mas parte de um ponto mais baixo e opera num ecossistema com suporte multiprofissional muito mais vasto, o que pode mitigar os efeitos de rácio mais reduzido.

Em áreas hospitalares centrais e de maior volume, como Medicina Interna e Anestesiologia, ambos os sistemas progridem, com o SNS a subir em Medicina Interna de 1,7 para 2,1 ETC por 10.000 habitantes, e o NHS a reforçar Anestesiologia de 1,4 para 1,6, procurando acompanhar necessidades de fluxo de bloco, cuidados críticos e resposta a listas de espera. Especialidades como Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Psiquiatria evidenciam aumentos modestos ou estabilidade em ambos os casos, sugerindo reforços incrementais sem alterações estruturais marcantes. Em Radiologia e Pneumologia, os ganhos são contidos, mas consistentes no NHS,

coerentes com pressões de diagnóstico e doença respiratória, enquanto no SNS a evolução é mais comedida.

Globalmente, o padrão parece confirmar que a maior densidade total de especialistas no SNS não se traduz automaticamente em vantagens operacionais equivalentes, porque o NHS tende a compensar a falta relativa de médicos especialistas com equipas mais alargadas, funções intermédias e maior densidade de enfermagem, bem como “Outros” RHS que ampliam a capacidade resolutiva por especialista médico e aumentam a produtividade sistémica.

Figura 7 - Variação dos rácios populacionais (ETC por 10.000 habitantes) de médicos especialistas por especialidades – as 15 maiores em cada sistema



4. Síntese Conclusiva

A comparação entre a força de trabalho do SNS e do NHS – dois sistemas de saúde de natureza pública, ambos de modelo *Beveridgiano*, revela diferenças estruturais relevantes na organização destes profissionais, na autonomia local e na gestão dos recursos humanos. O SNS apresenta uma configuração mais centralizada, com coordenação nacional e integração progressiva entre cuidados primários e hospitalares, enquanto o NHS opera num modelo descentralizado, articulado regional e localmente através dos *Integrated Care Systems*, que reforçam a integração entre níveis de cuidados de saúde e entre estes e o apoio social.

Estas diferenças organizacionais condicionam a forma como cada sistema aloca competências, estrutura carreiras e define mecanismos de planeamento da respetiva força de trabalho.

Do ponto de vista metodológico, a análise comparativa enfrenta desafios significativos, decorrentes da heterogeneidade demográfica, epidemiológica e funcional entre países, bem como da ausência de correspondência direta entre categorias profissionais. Para mitigar estas limitações, foram definidos macrogrupos profissionais homogéneos (Médicos, desagregados em Internos e Especialistas, Médicos Dentistas; Enfermeiros; e Outros), com base em tabelas de conversão que asseguram consistência na agregação dos dados. A informação utilizada refere-se exclusivamente a profissionais com vínculo efetivo ao SNS e ao NHS, expressa em ETC, excluindo prestadores de serviços e formandos não-médicos. As densidades face à população foram calculadas em per milagem de habitantes, utilizando estimativas anuais da população residente do INE para Portugal e do *Office for National Statistics* (ONS) para Inglaterra, garantindo coerência comparativa na base demográfica. Apesar destas precauções, subsistem limitações inerentes à diversidade de nomenclaturas, à estrutura das especialidades médicas e à organização funcional das equipas, pelo que os resultados devem ser interpretados como aproximações comparativas e não como equivalências estritas.

A análise comparativa dos dados para o período 2018-2024 evidencia diferenças estruturais e dinâmicas entre os dois sistemas que se refletem tanto na evolução quantitativa como na composição qualitativa dos recursos humanos em saúde. O NHS apresenta uma trajetória de crescimento mais robusta, sustentada por um aumento contínuo do *stock* da sua força de trabalho avaliado em equivalentes a tempo completo, e por uma densidade global que se reforça ano após ano, atingindo valores significativamente superiores aos do SNS. Isto traduz-se na taxa de crescimento ao longo do período analisado, que foi de 25% para o NHS e de 16% para o SNS. Esta vantagem não decorre apenas da escala populacional ou do volume absoluto de profissionais, mas sobretudo da capacidade de manter um ritmo de expansão consistente e de diversificar a composição das equipas, incorporando um leque alargado de funções técnicas, operacionais e clínicas intermédias que conferem maior elasticidade, e porventura maior eficácia, ao sistema.

No SNS, apesar do crescimento absoluto do número de profissionais avaliado em ETC, observa-se uma estabilização da densidade nos últimos anos do período, sugerindo limites à capacidade de absorção ou estrangimentos na reposição de quadros. A estrutura continua fortemente centrada em médicos e enfermeiros, com variações marginais na distribuição interna, o que contrasta com o modelo

britânico, onde o grupo “Outros” assume um peso predominante e traduz uma lógica organizacional orientada para a polivalência, multidisciplinaridade e para a integração funcional. Esta diferença de desenho tem implicações diretas na capacidade de resposta, na gestão de fluxos assistenciais e na eficiência operacional.

Assim, em 2024, a densidade dos RHS do SNS face à população representava apenas 56,5% da alcançada no NHS, tendo piorado, em termos comparativos, face a 2018, ano em que os RHS do SNS face à população representavam 60,5% do valor da densidade do congénere NHS inglês.

A leitura dos rácios de densidade de RHS por 10.000 habitantes, por macrogrupos, confirma que, embora exista convergência entre os dois serviços públicos nos valores globais de médicos face à população, a respetiva composição interna diverge: o SNS apresenta maior densidade relativa de médicos especialistas, enquanto o NHS evidencia maior densidade comparativa de médicos internos, sinalizando um *pipeline* formativo mais amplo e uma estratégia de renovação da força de trabalho médica inglesa. Contudo, nos enfermeiros e nas profissões aliadas, a vantagem do NHS é expressiva, reforçando a lógica de que a capacidade resolutiva dos serviços de saúde não depende apenas do número de médicos, mas da articulação entre diferentes perfis e competências profissionais. Esta lógica é ainda mais visível na análise das especialidades médicas, onde o SNS mantém rácios superiores no total de médicos especialistas e em áreas nucleares da medicina, mas sem equiparar, nem compensar, a menor densidade de suporte ao nível multiprofissional quando comparado ao modelo inglês.

Em síntese, os resultados descrevem dois sistemas que partilham desafios comuns e evoluem positivamente em termos de reforço de recursos, mas que seguem trajetórias diferenciadas: o NHS aposta numa expansão quantitativa mais acelerada, acompanhada de diversificação funcional e integração organizacional, enquanto o SNS privilegia a consolidação de quadros médicos e de enfermagem, mantendo uma estrutura mais tradicional e um crescimento mais contido (ou até em estagnação nos anos recentes). Estas diferenças ajudam a explicar a persistência e o agravamento comparativo de assimetrias na densidade global de RHS e na composição multidisciplinar das equipas, entre SNS e NHS, com reflexos expectáveis na capacidade de resposta e na sustentabilidade operacional de cada sistema.

Referências

Ferreira, A. S., Melo, W. de, Costa, R., Pereira, S., & Duarte, N. (2024). *Os profissionais do SNS: Retrato e evolução*. PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas. Obtido de <https://www.planapp.gov.pt>.

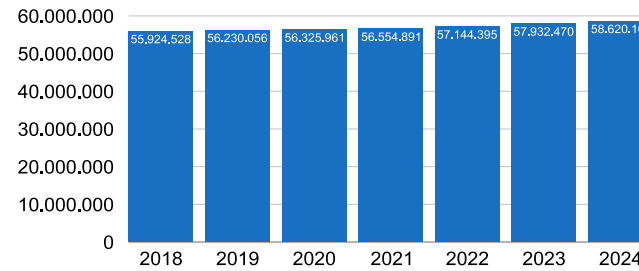
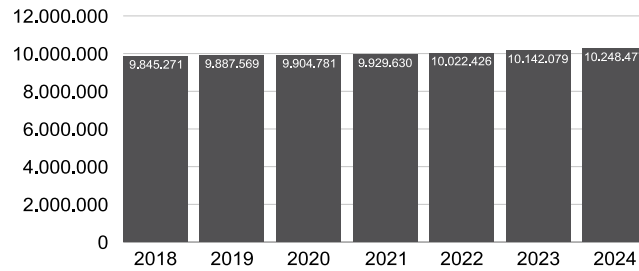
Governo do Reino Unido. Fit for the Future: The 10 Year Health Plan for England. GOV.UK, 3 de julho de 2025, <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future> .

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas. (2023). *Planeamento de recursos humanos em saúde – Radiografia dos instrumentos de planeamento* (Coleção Profissionais da Saúde, n.º 1). Lisboa: PLANAPP. Obtido de <https://www.planapp.gov.pt>.

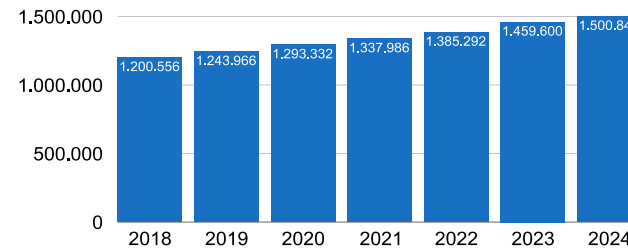
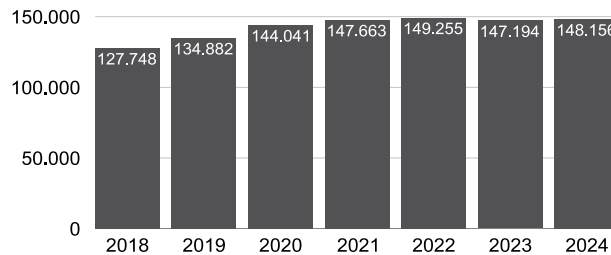
Anexo I – Dados de Enquadramento Global



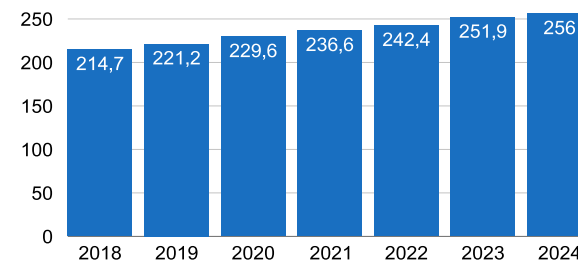
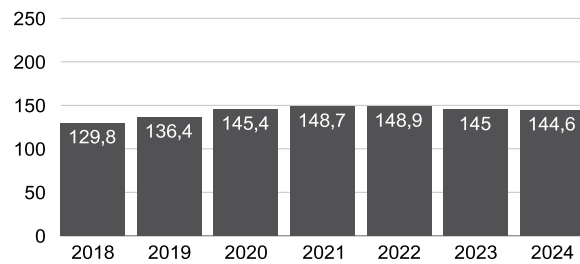
População abrangida



Profissionais SNS/NHS (ETC)

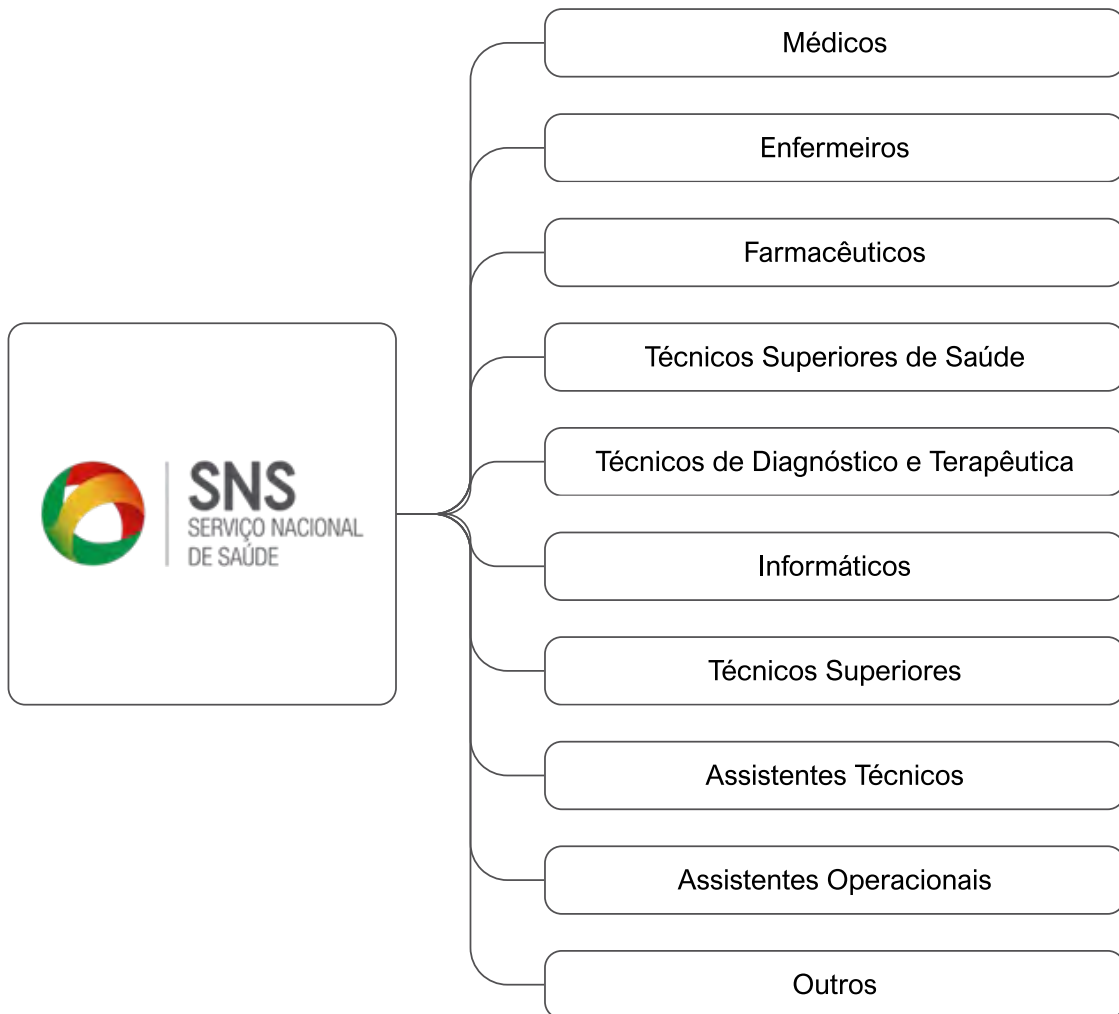


Rácio de profissionais por 10.000 habitantes



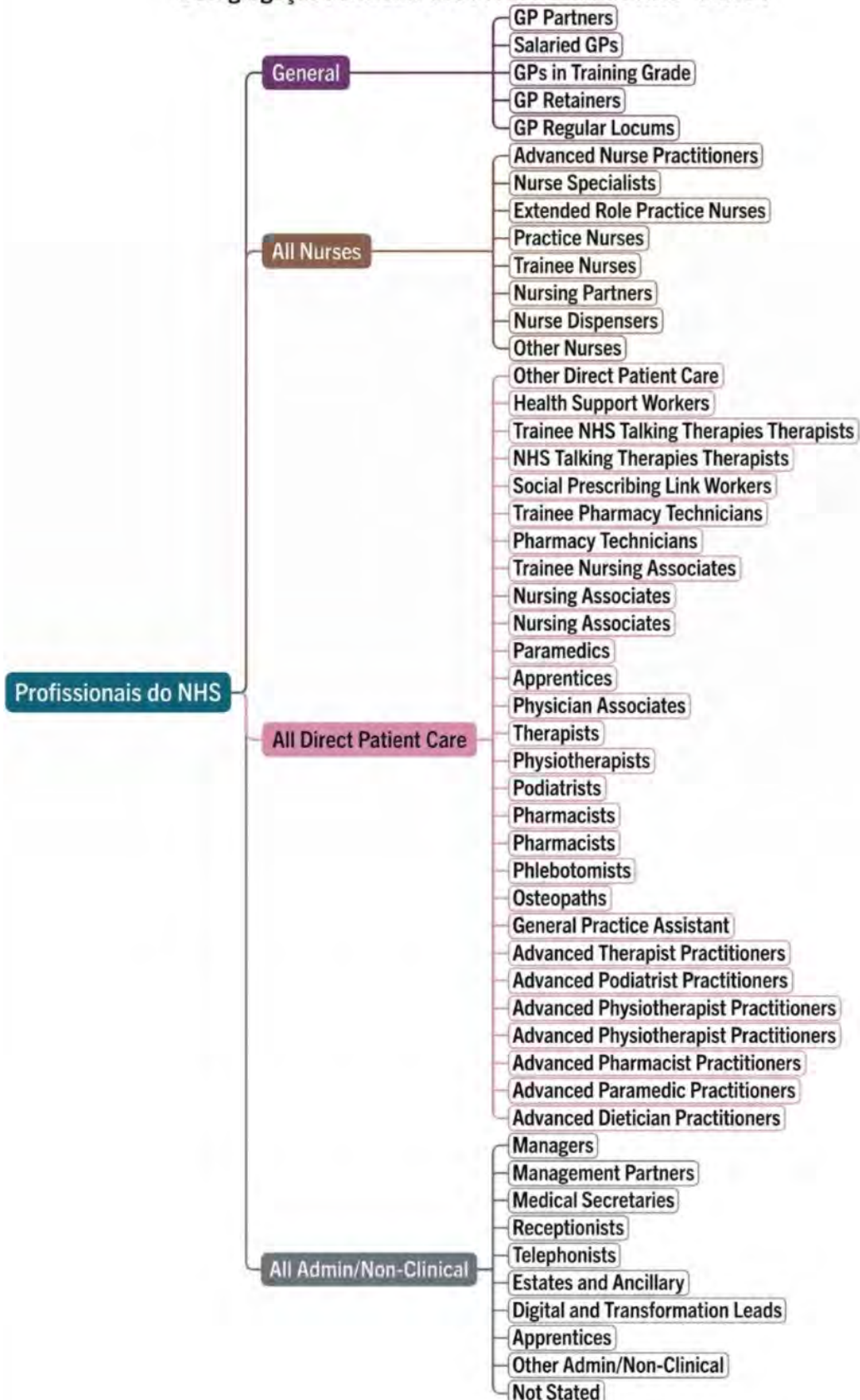
Fontes: INE e RHV; ONS e NHS Digital.

Anexo II – Desagregação Funcional - Profissionais SNS a partir dos dados do RHV

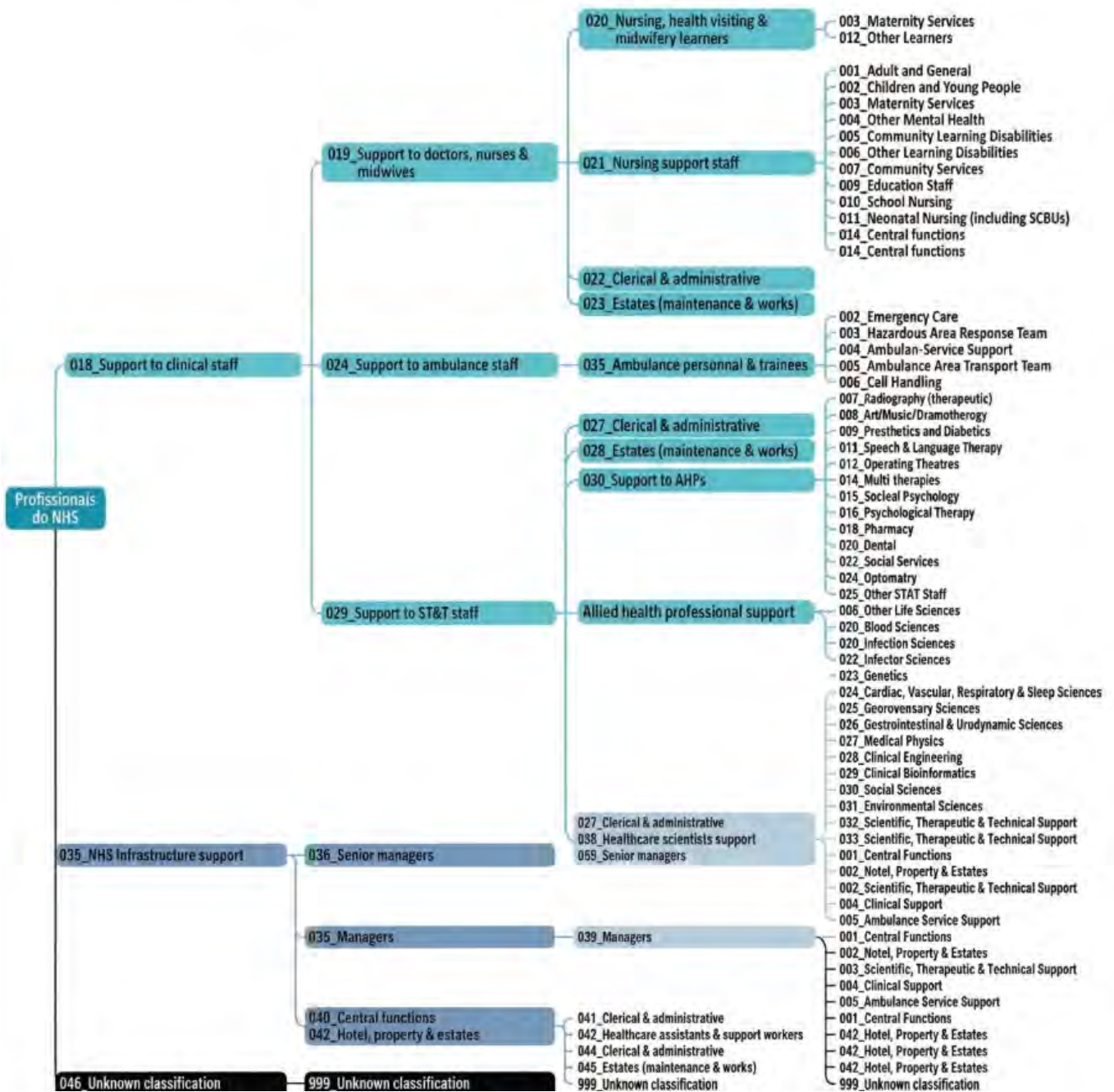


Anexo III – Desagregação Funcional - Profissionais NHS a partir dos dados do NHS Digital

Desagregação Funcional dos Profissionais do NHS - Parte 1



Desagregação Funcional dos Profissionais do NHS - Parte 2



















Desagregação Funcional dos profissionais do NHS - Parte 3



Notas de Análise

As Notas de Análise são publicações de curta/média dimensão dedicadas a um tema ou questão específica de políticas públicas, podendo revestir a forma de revisão de literatura, análise estatística, sistematização de conhecimento e metodologias existentes.

1. Sustentabilidade demográfica e políticas de família 
2. Impacto macroeconómico do choque de inflação importada 
3. Os Salários em Portugal: evolução na última década 
4. A produtividade das empresas em Portugal - Determinantes intrínsecas e de contexto 
5. Semana de quatro dias - Revisão de Literatura e Estudos-Piloto 
6. Como o mercado de trabalho e a igualdade de género influenciam a fecundidade em Portugal 
7. Organização do tempo de trabalho na Administração Pública Central: Inquérito e análise dos resultados 
8. Planeamento de Recursos Humanos em Saúde - Radiografia dos Instrumentos de Planeamento 
9. Trabalho, Liderança e Género no SNS - Nota de Análise 
10. Agenda Nacional de Avaliação - Lições das experiências de outros países 
11. Evolução dos salários por nível de ensino em Portugal: dinâmicas recentes 
12. Envelhecimento na população: perceções, recursos de saúde e respostas sociais 
13. Dinâmica da produtividade do trabalho em Portugal: efeito de produtividade setorial vs. alteração da composição setorial 
14. A força de trabalho do SNS e do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira: análise comparativa 
15. Desajuste educacional no mercado de trabalho: incidência e impacto salarial em Portugal 
16. A força de trabalho do SNS e do *National Health Service* inglês: análise comparativa 

 www.planapp.gov.pt

 PLANAPP

 @planapp_

 Newsletter

 PLANAPP