

# Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português

Observatório da Despesa em Saúde | 03

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



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

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

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitamos. Mencionamos todos os pressupostos que considerámos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos manifestamos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



**PEDRO PITA BARROS**



**EDUARDO COSTA**

### Principais mensagens:

1. Portugal destaca-se como um dos países com maior peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento do sistema de saúde.
2. Os pagamentos diretos das famílias correspondem quase exclusivamente a pagamentos a prestadores privados. Na sua grande maioria, estão associados ao recurso a cuidados de saúde privados de ambulatório, mas também à aquisição de medicamentos nas farmácias comunitárias.
3. O acesso a cuidados de saúde é uma das principais preocupações dos sistemas de saúde. O elevado peso dos pagamentos diretos coloca uma maior pressão sobre as famílias de menores rendimentos e representa uma potencial barreira de acesso.
4. Tentativas de melhorar o acesso, reduzindo os pagamentos diretos as famílias, deverão incidir principalmente sobre a comparticipação de medicamentos e no acesso a cuidados de ambulatório, em particular saúde oral para famílias com mais dificuldades económicas

## A relevância das despesas diretas no financiamento do sistema de saúde português

### Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português

Os sistemas de saúde têm múltiplas fontes de financiamento, variando entre países e ao longo do tempo. A principal fonte de financiamento do sistema de saúde português prende-se com despesa pública, correspondente ao orçamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), serviços regionais de saúde e outras despesa pública. Em 2021, **a despesa pública representou cerca de 66% da despesa corrente em saúde** (figura 1).

O SNS, ao determinar pagamentos das famílias nas coberturas de serviços que disponibiliza, leva a que as decisões do SNS sejam também responsáveis por parte das despesas privadas das famílias. Em particular, as taxas moderadoras pagas pelas famílias em instituições do SNS, bem como os copagamentos de medicamentos prescritos no SNS correspondem a despesa paga pelas famílias, que é consequência da própria cobertura conferida pelo SNS. Estas duas categorias de pagamentos diretos das famílias correspondem a 4% da despesa em saúde. Assim, **para além da despesa pública realizada, a decisão pública é, por isso, responsável por mais de 70% do financiamento do sistema de saúde.**

Para além do financiamento público, o sistema de saúde é também financiado por despesa privada. Despesa associada a subsistemas de saúde e seguros privados constituem mecanismos de proteção financeira adicionais à proteção dos sistemas públicos. Em 2021, **os subsistemas e seguros de saúde privados representaram cerca de 7,5% da despesa de saúde** em Portugal.

Existe, porém, uma franja significativa da despesa em saúde não diretamente associada a mecanismos de proteção financeira públicos ou privados. De facto, **cerca de 29% da despesa em saúde é financiada diretamente pelas famílias no momento da prestação de cuidados de saúde.** Estas despesas podem ser interpretadas como o **grau de desproteção financeira no acesso a cuidados de saúde.**

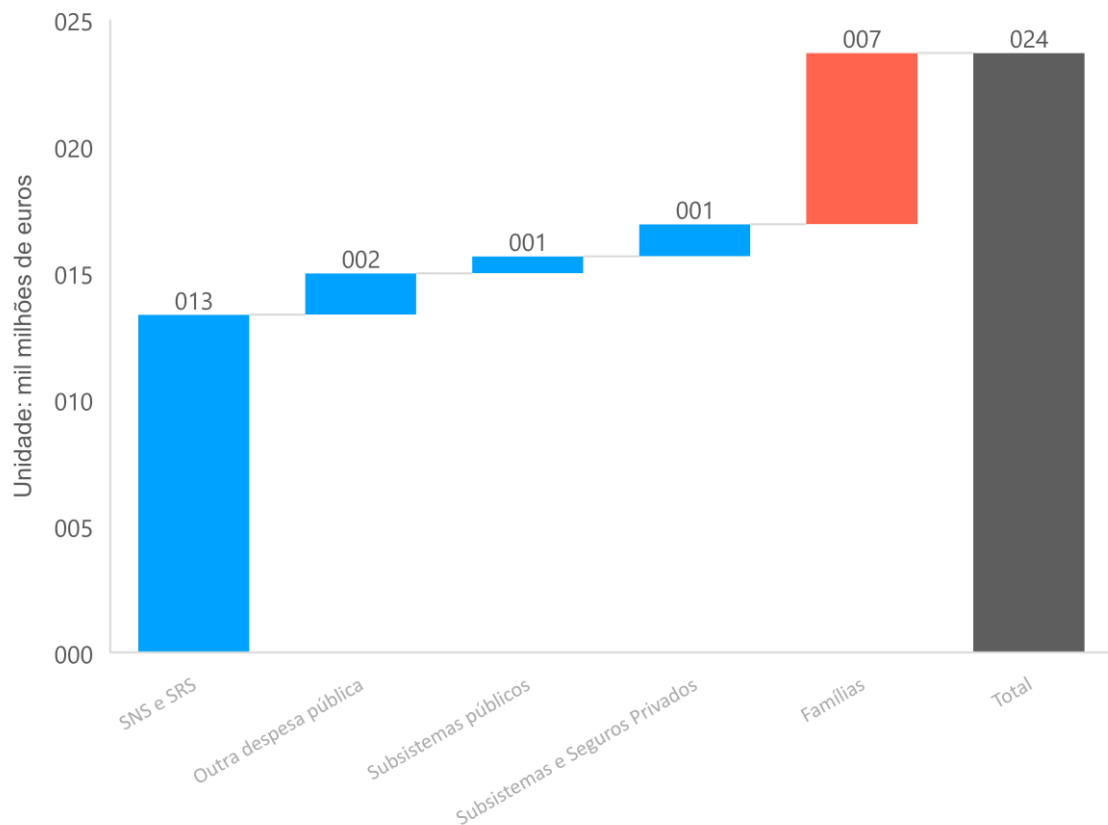


Figura 1: Decomposição da despesa corrente em saúde por agente financiador (mil milhões de euros; 2021)

Fonte: cálculos próprios, Instituto Nacional de Estatística – Conta Satélite da Saúde 2022

**Os pagamentos diretos realizados pelas famílias corresponderam em 2021 a quase sete mil milhões de euros, representando uma parte significativa da despesa em saúde em Portugal.** Estes pagamentos correspondem a pagamentos realizados a prestadores privados por cidadãos sem seguros de saúde, copagamentos realizados a prestadores privados por cidadãos com seguros de saúde, taxas moderadoras nos serviços públicos de saúde, bem como ao pagamento das despesas com medicamentos pelos cidadãos (em particular a parte dessa despesa não comparticipada pelo SNS).

No contexto europeu, **Portugal destaca-se como um dos países com maior peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento do sistema de saúde.** Em 20221, apenas quatro países europeus apresentaram valores de pagamentos diretos mais elevados, tal como ilustrado na figura 2. O desvio face ao padrão europeu sugere que a desproteção financeira no momento de acesso aos cuidados de saúde em Portugal é significativa. Estas diferenças entre países provavelmente não são explicadas apenas por variações no grau de tolerância ao risco da população, refletindo impactos financeiros distintos entre países.

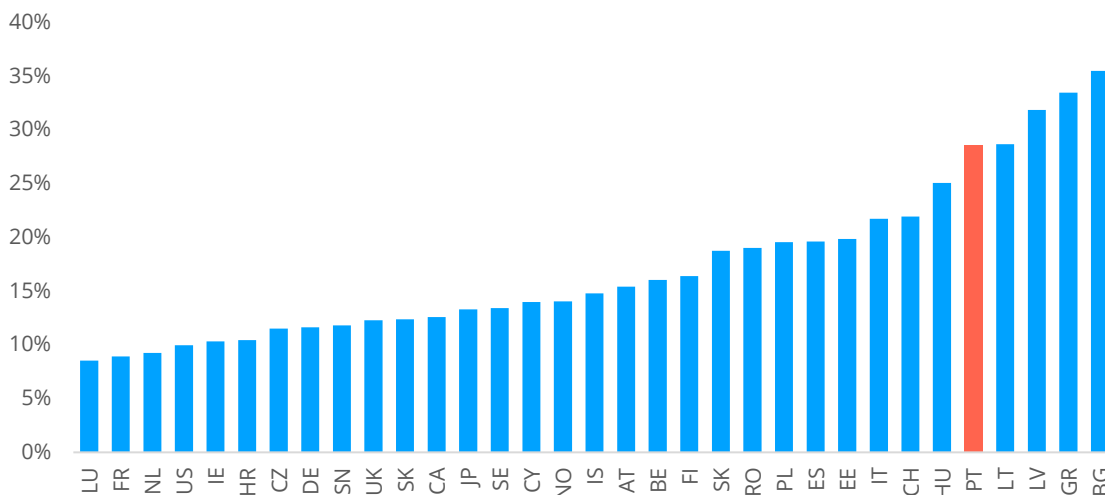


Figura 2: Pagamentos Diretos das Famílias (% da despesa corrente em saúde; 2021 ou ano mais próximo)

Fonte: Cálculos próprios; OECD Health at a Glance 2022

O desvio face à média europeia não é recente. A figura 3 ilustra a evolução do peso dos pagamentos diretos das famílias em Portugal e na média dos países Europeus ao longo do anos. Desde do início da série, em 2000, verifica-se que o peso dos pagamentos diretos em Portugal é superior ao registado na maioria dos países da Europa. Além disso, em anos mais recentes, verifica-se uma divergência da tendência em Portugal face aos restantes países europeus.

**O elevado peso dos pagamentos diretos em Portugal**, em termos absolutos e em termos relativos, quer face ao total da despesa em cuidados de saúde, quer numa perspetiva internacional, **levanta preocupações sobre o nível de proteção financeira conferido pelo sistema de saúde português e o acesso ao mesmo**. Assim, importa compreender os determinantes dos pagamentos diretos das famílias e as principais situações nas quais os mesmos ocorrem.

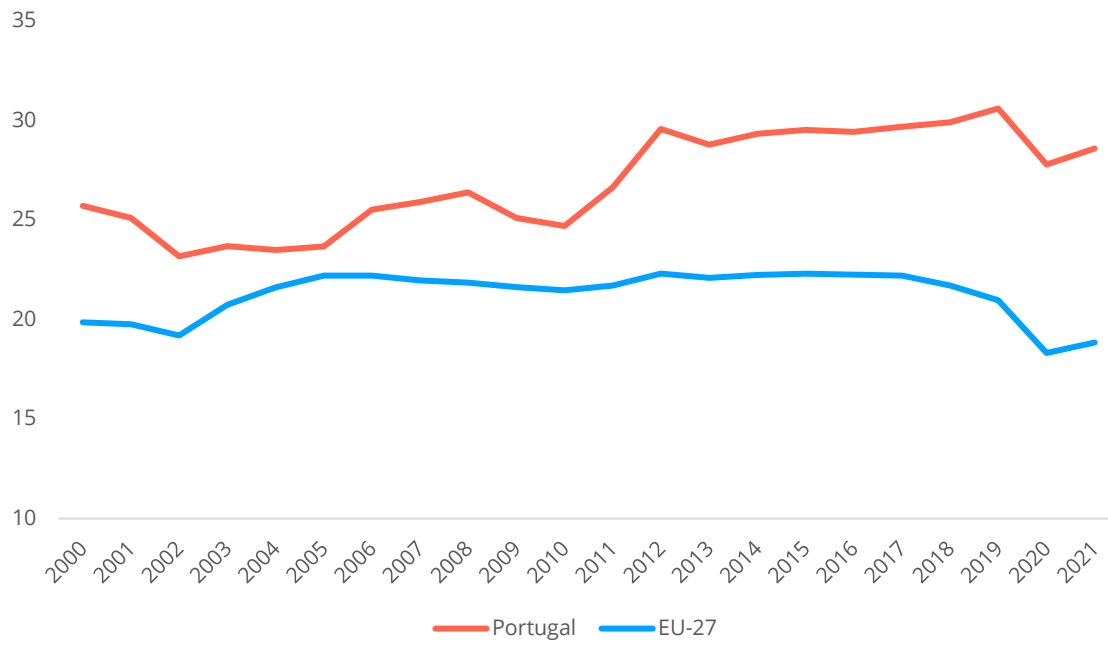


Figura 3: Evolução dos pagamentos diretos das famílias (% da despesa corrente em saúde; 2000 - 2021)

Fonte: Cálculos próprios; OECD Health at a Glance 2022

## Despesas diretas das famílias no setor público

### Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português

Contrariamente àquilo que possa ser a perceção da opinião pública, ou a importância relativa no debate público, **a quase totalidade de pagamentos diretos corresponde a despesa realizada em prestadores privados de cuidados de saúde**. A existência de pagamentos diretos das famílias em unidades públicas ocorre apenas no que diz respeito ao pagamento de taxas moderadoras. Porém, tal como pode ser observado na figura 4, o peso desses **pagamentos no setor público é historicamente muito reduzido – representando cerca de 1% dos pagamentos diretos das famílias em 2020**, resultando das medidas adotadas pelo governo.

Desde 2000, o valor dos pagamentos diretos a instituições públicas foi sempre muito reduzido, tendo atingido um máximo de 2,5% dos pagamentos diretos totais em 2013. Durante a crise financeira de 2011/2014 verificou-se um aumento generalizado dos valores das taxas moderadoras no SNS, que atingiram cerca de 2,5% do total da despesa, implicando um aumento dos pagamentos diretos. Simultaneamente, a par do aumento nominal das taxas moderadoras, verificou-se também um aumento expressivo dos utentes isentos do seu pagamento. Desde então, o peso dos pagamentos diretos a entidades do setor público tem estado em queda, tendo em consideração o elevado volume da população isenta do pagamento de taxas moderadoras e a eliminação das taxas moderadoras da maioria dos serviços do SNS.

Assim, a quase totalidade dos pagamentos diretos das famílias corresponde a pagamentos realizados a entidades privadas. Contudo, alguns destes **pagamentos em entidades privadas podem ser consequência de mecanismos de proteção públicos**. Por exemplo, uma receita médica comparticipada pelo SNS implica um copagamento do utente num prestador privado – a farmácia. Neste caso, o pagamento direto realizado numa entidade privada é consequência da proteção conferida pelo SNS. Por isso, ainda que a quase totalidade dos pagamentos diretos ocorra em entidades privadas, o setor público tem responsabilidade em parte desses pagamentos, por os originar.

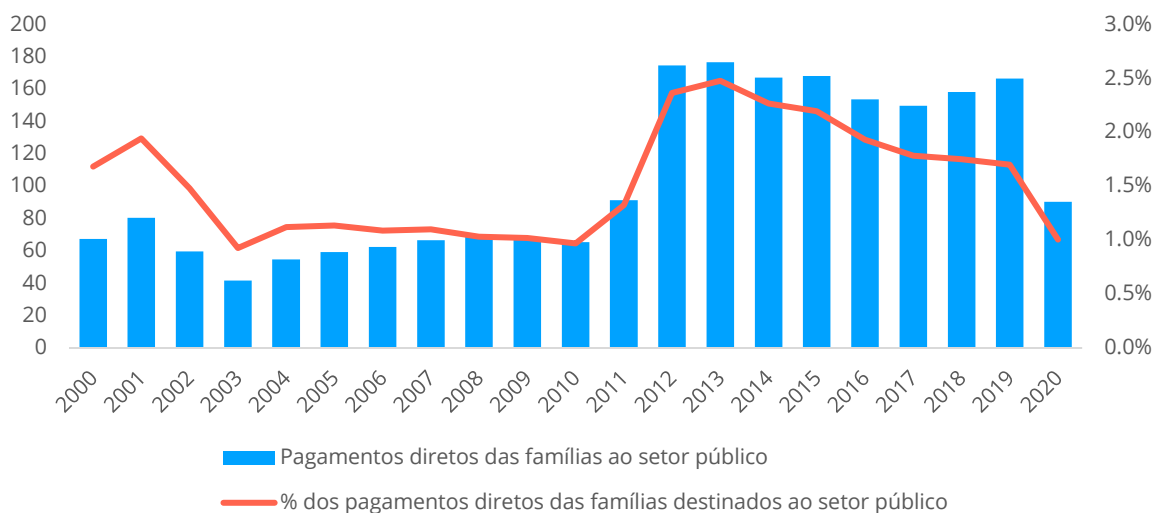


Figura 4: Evolução dos pagamentos diretos ao setor público (ME; % do total de pagamentos diretos das famílias; 2000-2020)

Fonte: cálculos próprios, Instituto Nacional de Estatística – Conta Satélite da Saúde 2022

O Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde 2022, publicado no contexto da *Social Equity Initiative*, analisa a perceção dos cidadãos relativa aos pagamentos diretos das famílias nas instituições públicas de cuidados de saúde.

A figura 5 representa o valor médio gasto nas várias categorias (taxas moderadoras, transportes, medicamentos e outras despesas) em 2022 para deslocações aos cuidados de saúde primários, enquanto a figura 6 replica a mesma análise no que diz respeito aos cuidados de saúde hospitalares. Nas duas análises é efetuada a decomposição de acordo com a classe socioeconómica dos cidadãos inquiridos, correspondendo A à classe mais favorecida e E à classe menos favorecida.

A análise dos dados demonstra que o **valor das taxas moderadoras** – quer nos cuidados de saúde primários, quer nos cuidados de saúde hospitalares – **é reduzido tendo em consideração o total de despesas reportadas**. Para além disso, verifica-se que o valor médio das taxas moderadoras tende a cair com a classe socioeconómica – as classes mais desfavorecidas tendem a estar isentas do seu pagamento.

**A principal despesa associada às visitas aos cuidados de saúde primários ou hospitalares prende-se com a despesa com medicamentos**, paga diretamente pelas famílias, na sequência da consulta realizada. Para além disso, são também reportadas despesas com transportes e outras despesas, que não são contabilizadas como despesa em saúde na contabilidade oficial sobre a despesa na área da saúde. Assim, os **pagamentos diretos das famílias são uma estimativa inferior do custo direto suportado pelas mesmas – custos indiretos associados à ida a serviços de saúde não são contabilizados como despesas em saúde** e, por isso, não são contabilizados como pagamentos diretos das famílias no contexto das despesas em saúde.

No total das despesas auto-reportadas na ida a cuidados de saúde primários ou hospitalares públicos, o pagamento das taxas moderadoras representa apenas uma pequena parte do valor reportado pelos cidadãos que recorrem a estes serviços.

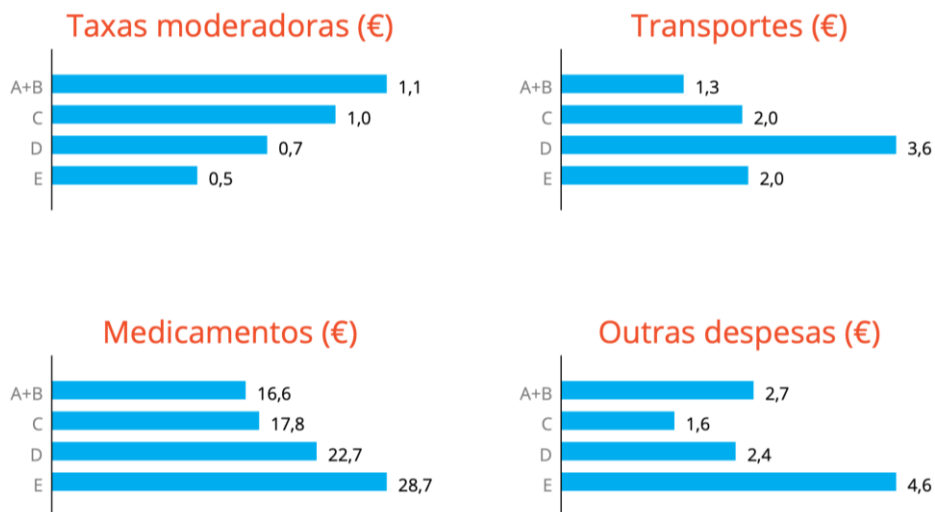


Figura 5: Despesa média autoreportada na ida a cuidados de saúde primários (€; 2022)

Fonte: Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde 2022, Nova School of Business and Economics

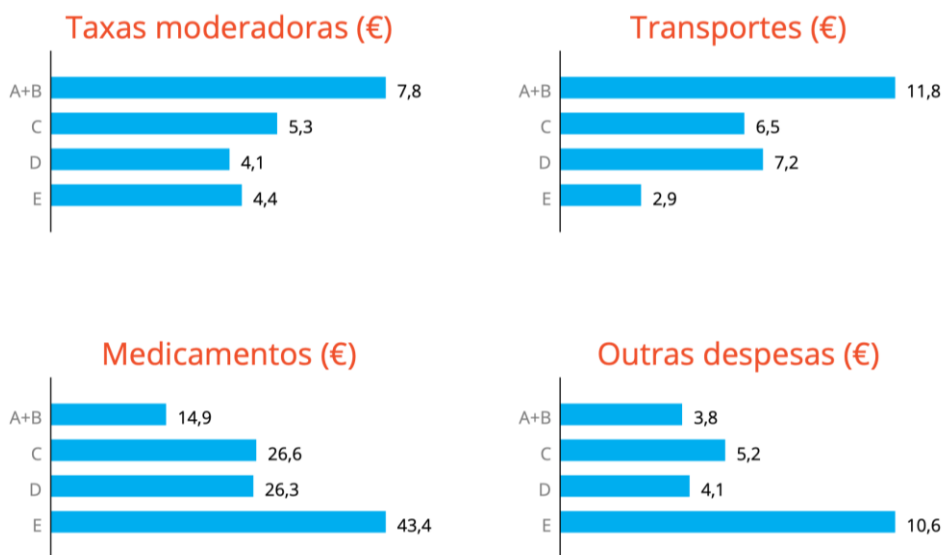


Figura 6: Despesa média autoreportada na ida a cuidados de saúde hospitalares (€; 2022)

Fonte: Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde 2022, Nova School of Business and Economics

## Despesas diretas das famílias no setor privado

### Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português

Tal como descrito na secção anterior, a quase totalidade dos pagamentos diretos das famílias, que são contabilizados como despesa em saúde, corresponde a pagamentos a prestadores privados.

Os dados disponíveis na Conta Satélite da Saúde, publicados anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística, permitem monitorizar a evolução da despesa em saúde em Portugal nas suas várias componentes. Para além disso, é também possível desagregar as fontes de financiamento do sistema de saúde de acordo com a prestação de cuidados de saúde. Ou seja, é possível analisar o destino dos pagamentos diretos realizados pelas famílias.

A figura 7 decompõe os pagamentos diretos realizados pelas famílias em 2020 de acordo com o prestador financiado. Verifica-se que **a grande maioria dos pagamentos diretos das famílias é realizada em duas grandes categorias: prestadores de ambulatório (38%) e farmácias (24%)**. Para além disso, os hospitais e as vendas de bens médicos recebem cerca de 15% e 11% dos pagamentos das famílias, respetivamente.

As despesas em ambulatório podem corresponder a copagamentos feitos por utentes em consultas, exames e outros procedimentos realizados em prestadores privados. Para além disso, correspondem também aos pagamentos realizados por utentes que não estejam cobertos por seguros ou subsistemas de saúde.

Por sua vez, as despesas em farmácias podem ser agrupadas em duas principais categorias. Em primeiro lugar, correspondem aos copagamentos de medicamentos comparticipados pelo SNS. Em segundo lugar, correspondem aos pagamentos de medicamentos e outros produtos que não são comparticipados pelo SNS.

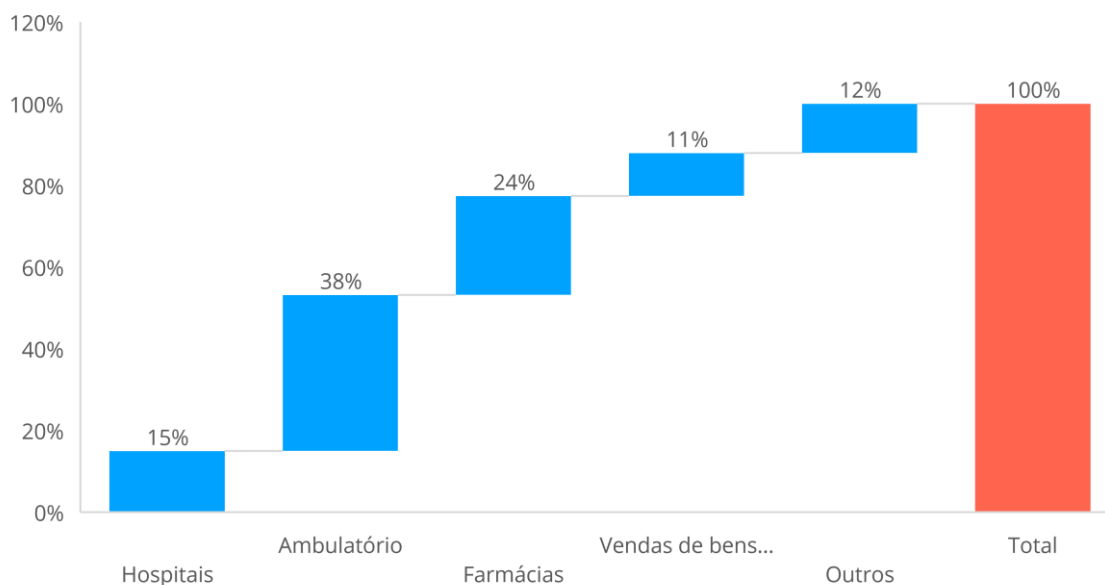


Figura 7: Decomposição dos pagamentos diretos das famílias por prestador (%; 2020)

Fonte: cálculos próprios, Instituto Nacional de Estatística – Conta Satélite da Saúde 2022

Nota: categoria "Outros" inclui Cuidados Continuados, serviços auxiliares, resto da economia e resto do mundo

Tal como referido no Observatório da Despesa em Saúde 02, os seguros de saúde privados têm ganhado um papel mais relevante no financiamento do sistema de saúde. Seria de esperar que esse maior papel fosse acompanhado por uma maior proteção financeira à população, reduzindo o peso dos pagamentos diretos das famílias.

Todavia, verifica-se que os **cuidados de ambulatório**, tipicamente os principais cuidados incluídos nas coberturas dos seguros de saúde, **têm tido uma importância crescente no total dos pagamentos diretos** (figura 8). De facto, em 2000, os cuidados de ambulatório representavam 31% do total de pagamentos diretos. Este peso aumentou para 38% em 2020 – ganhando assim um maior peso em termos absolutos e relativos.

Estas dinâmicas sugerem que o **aumento da cobertura por seguros de saúde não foi suficiente para contrabalançar o aumento das despesas diretas feitas pelas famílias nos cuidados de ambulatório**. Por um lado, tal pode estar relacionado com a potencial baixa cobertura (elevados copagamentos) em determinados seguros. Por outro lado, tal pode sinalizar um volume crescente de utentes que acedem aos cuidados de saúde privados sem seguro de saúde.

Também os **hospitais privados têm ganhado maior relevância no total de pagamentos diretos, aumentando a sua quota de 10% para 15% entre 2000 e 2020**. Tal sinaliza uma maior procura por cuidados de saúde hospitalares no setor privado, uma maior diferenciação dos próprios prestadores, bem como uma maior concentração de médicos em hospitais privados, ao invés dos tradicionais consultórios particulares. Contudo, a par do verificado no ambulatório, os dados sugerem também que a cobertura dos seguros de saúde privados não tem sido suficiente para garantir uma maior proteção financeira das famílias.

Em sentido inverso, verifica-se uma perda de quota das **farmácias** no que diz respeito aos pagamentos diretos das famílias. Em 2000, as farmácias representavam o principal destino dos pagamentos diretos das famílias (32%), tendo esse peso caído para 24% em 2020.

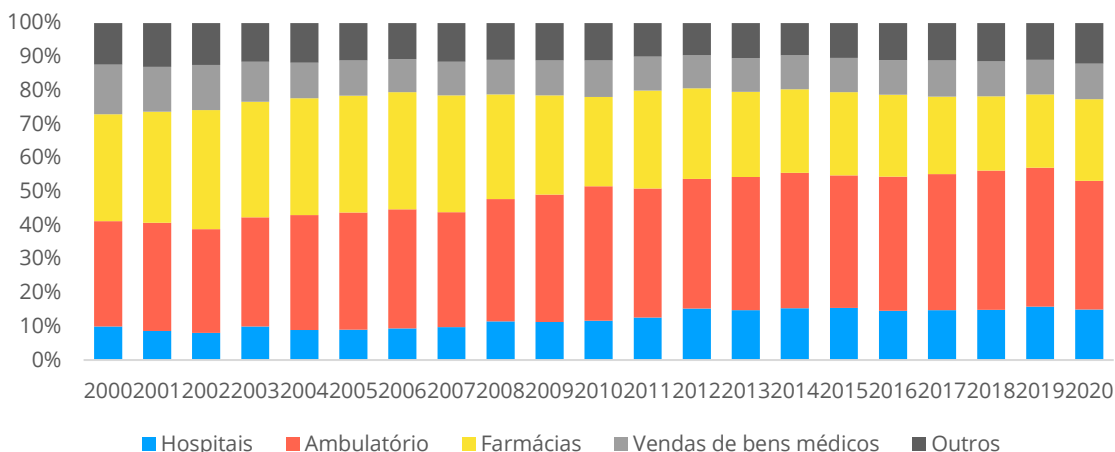


Figura 8: Evolução dos pagamentos diretos das famílias por tipo de cuidados financiados (%), 2000 - 2020)

Fonte: cálculos próprios, Instituto Nacional de Estatística – Conta Satélite da Saúde 2022

Nota: categoria “Outros” inclui Cuidados Continuados, serviços auxiliares, resto da economia e resto do mundo

## As despesas diretas das famílias e o acesso a cuidados de saúde

### Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português

O elevado peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento do sistema de saúde português levanta potenciais preocupações com o acesso a cuidados de saúde. Valores elevados de pagamentos diretos podem implicar um esforço significativo das famílias no acesso a cuidados de saúde.

Por um lado, tal implica uma maior probabilidade da ocorrência de despesas catastróficas em saúde – situação em que as famílias reportam despesas em saúde superiores a 40% do seu rendimento disponível. Tal como ilustrado na figura 15, verifica-se uma relação positiva entre estas duas variáveis: um maior peso dos pagamentos diretos das famílias está associado com uma maior proporção de famílias com despesas catastróficas em saúde reportadas.

Por outro lado, a existência de um maior esforço financeiro pode resultar na falta de acesso a cuidados de saúde: com a possibilidade de utentes deixarem de aceder ao sistema de saúde face aos elevados custos. Estas necessidades não satisfeitas – discutidas em detalhe na Nota Informativa 05 publicada no contexto da *Social Equity Initiative* – representam por isso falta de acesso a cuidados de saúde.

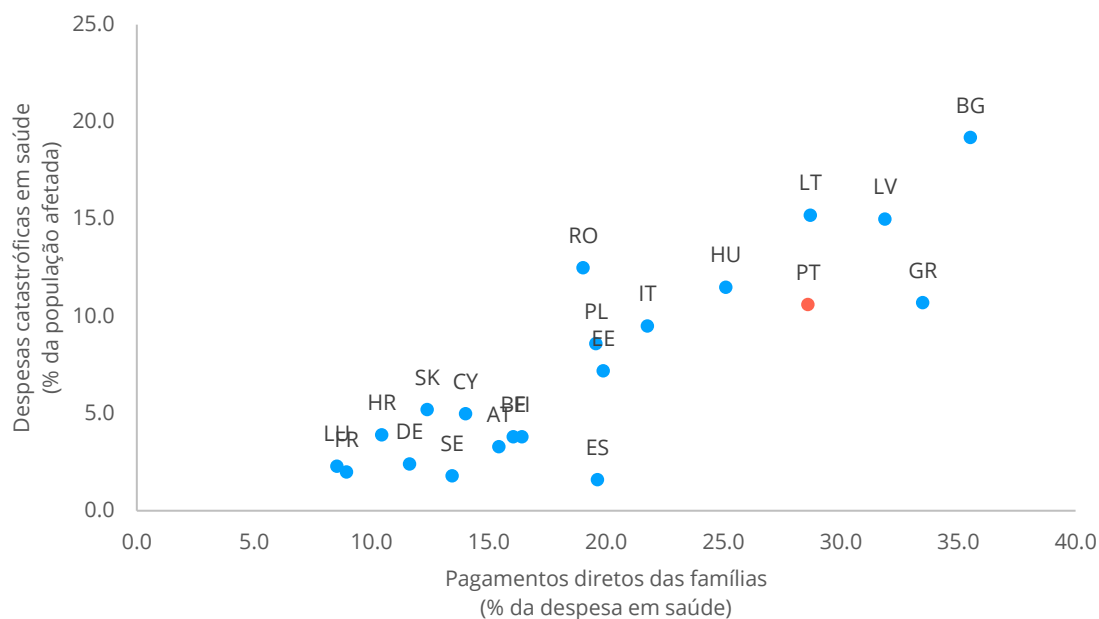


Figura 9: Relação entre as despesas Catastróficas e as despesas diretas das famílias (%; 2021 ou ano mais próximo)

Fonte: Cálculos próprios; OECD Health at a Glance 2022

Tendencialmente, **um maior volume de pagamentos diretos das famílias, coloca uma maior pressão sobre as famílias de baixos rendimentos**. Os dados da Conta Satélite da Saúde, discutidos anteriormente neste relatório, não permitem distinguir a incidência destes pagamentos diretos por diferentes níveis de rendimento. Porém, o Inquérito às despesas das famílias, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística a cada cinco anos, permite desagregar as despesas reportadas em saúde por nível de rendimento.

Os dados mais recentes disponíveis correspondem ao inquérito realizado em 2015, não estando disponíveis ainda os dados do inquérito realizado em 2022/2023 no pós-pandemia. Este inquérito permite desagregar as despesas realizadas pelas famílias, tendo em consideração um universo de inquiridos representativo da população portuguesa. O inquérito envolveu cerca de 30 mil famílias e permite estimar as despesas das famílias em várias categorias, incluindo na área da saúde. Para além disso, é possível obter informação sobre as condições socioeconómicas de cada família inquirida, o que permite decompor o impacto dos pagamentos diretos em saúde por nível de rendimento.

A tabela 1 apresenta as estimativas de despesa em saúde reportadas por agregado familiar. **Em 2015, foi reportada uma média de cerca de 1 200€ de pagamentos diretos em saúde anuais pelos agregados familiares portugueses. Este valor correspondeu a cerca de 6% do rendimento total líquido do agregado familiar.**

De acordo com os dados auto reportados, **os pagamentos diretos referentes a medicamentos e produtos farmacêuticos constituem a principal fonte de despesa em saúde das famílias** (63% da despesa em saúde). Segue-se a despesa em cuidados de ambulatório, que representa cerca de 28% da despesa em saúde. A aquisição de aparelhos e material terapêutico, bem como os serviços hospitalares têm uma expressão menos significativa, representando 7% e 2% da despesa em saúde paga diretamente pelos agregados familiares, respetivamente. Na aquisição de aparelhos e material terapêutico, a principal categoria de despesa prende-se com a aquisição de óculos e lentes de contacto.

A análise da tabela permite identificar muito claramente a despesa em farmácias como a principal fonte de pagamentos diretos em saúde reportada pelas famílias portuguesas. Como discutido anteriormente, tal reflete potenciais taxas de comparticipação reduzidas, bem como a aquisição de medicamentos não comparticipados pelo SNS.

No que diz respeito aos cuidados de ambulatórios – identificados anteriormente como um dos principais determinantes dos pagamentos diretos das famílias – é possível alguma desagregação adicional. **Verifica-se que a maioria da despesa em ambulatório reportada se prende com serviços de medicina dentária e consultas de especialidade.**

Estas despesas podem corresponder ao pagamento integral de serviços, bem como a copagamentos de seguros de saúde. É também interessante constatar que estes dois serviços apresentam limitações de acesso no SNS, sendo que a resposta do setor privado se apresenta como mais conveniente para quem tenha disponibilidade financeira. De facto, os serviços de medicina dentária no SNS são limitados, sendo historicamente pouco cobertos pelo SNS. Para além disso, o acesso a consultas de especialidade no SNS carece de uma referenciação realizada pelos médicos de família nos cuidados de saúde primários, o que coloca uma barreira no acesso direto a especialistas.

Para além destes dois serviços, verifica-se que as consultas de clínica geral ou meios auxiliares de diagnóstico (como exames ou análises) têm um papel menos relevante na despesa direta das famílias em cuidados de saúde de ambulatório.

Os dados disponíveis permitem desagregar as despesas em saúde de acordo com a classe socioeconómica. Através do rendimento anual líquido por agregado familiar e da dimensão de cada

agregado, foi estimado o rendimento anual líquido per capita. Esta estimativa permitiu agrupar os agregados familiares em cinco categorias, sendo que a categoria A representa a classe socioeconómica mais favorável e a E representa a mais desfavorável.

Tabela 1: Pagamentos diretos das famílias em saúde autoreportados (€ por ano por agregado; % da despesa total do agregado e da despesa em saúde do agregado; 2015)

Categoria de Despesa	Despesa anual média	% da despesa em saúde do agregado por classe socioeconómica					
		Média	A	B	C	D	E
Despesa em Saúde (% despesa total)	1 173,02 €	5,8%	3,7%	4,7%	5,6%	6,4%	10,4%
Medicamentos e produtos farmacêuticos	604,20 €	62,8%	53,4%	55,8%	62,2%	69,1%	75,3%
Aparelhos e material terapêutico	79,19 €	6,9%	7,2%	7,7%	7,4%	6,0%	5,5%
Ambulatório	455,78 €	27,9%	35,6%	33,6%	28,1%	22,9%	17,3%
Serviços médicos de clínica geral	61,97 €	4,8%	5,9%	5,4%	4,9%	4,0%	3,9%
Serviços médicos de especialidade	138,96 €	7,6%	11,1%	9,9%	7,5%	5,9%	3,1%
Medicina dentária	159,66 €	9,9%	11,0%	11,1%	10,1%	8,8%	7,6%
Meios auxiliares de diagnóstico	59,04 €	3,9%	5,1%	4,9%	3,8%	3,1%	2,2%
Outros	36,16 €	3,1%	2,5%	2,2%	1,8%	1,1%	0,5%
Serviços Hospitalares	33,85 €	2,3%	3,8%	2,9%	2,3%	1,9%	1,8%
% de agregados familiares	100,0%	100,0%	11,7%	17,9%	34,7%	27,9%	7,7%

Fonte: Cálculos próprios; Inquérito às Despesas das Famílias – Instituto Nacional de Estatística

Nota: Classe socioeconómica definida com base no rendimento per capita médio do agregado. Classe A corresponde à classe socioeconómica mais favorecida (rendimento líquido anual per capita superior a 15000€) e a classe E corresponde à classe mais desfavorecida (rendimento líquido anual per capita inferior a 3000€).

Verifica-se que o **peso das despesas em saúde no total do rendimentos diminui com a melhoria das condições socioeconómicas**. Para as famílias na classe E, as despesas em saúde representam mais de 10% do seu rendimento anual líquido. Para as famílias mais favorecidas (A), estas despesas representam menos de 4%.

A composição das despesas diretas em saúde varia também de acordo como as condições económicas. **Verifica-se que o peso da despesa em medicamentos aumenta nas famílias com mais dificuldades**, representando 75% da despesa em saúde das famílias na classe E, face a 53% na classe A. Este resultado sugere que as famílias com mais dificuldades têm a sua quase totalidade das despesas em saúde nas farmácias, não recorrendo praticamente a outros tipos de prestadores privados.

Para além disso, este padrão sugere que as famílias de baixos rendimentos fazem um esforço significativo para a aquisição de medicamentos. De acordo com o inquérito às famílias, os pagamentos diretos em medicamentos representam cerca de 3,7% do rendimento líquido do agregado familiar. Nas famílias mais desfavorecidas, a despesa com medicamentos representa 7,8% do rendimento líquido disponível dos agregados familiares – sinalizando o impacto financeiro muito substancial nestas famílias.

Em sentido inverso, **o recurso a cuidados de ambulatório ou hospitalares é largamente superior em famílias mais ricas**. De facto, nas famílias da classe A, as despesas em ambulatório representam cerca de 36% dos pagamentos em saúde, face a 17% nas famílias da classe E. Nas famílias mais pobres, destaca-se em particular o peso das despesas em serviços de medicina dentária – que representam quase metade das despesas em ambulatório.

**O impacto assimétrico das despesas em saúde nos níveis de rendimento coloca um desafio em termos de acesso a cuidados de saúde para as classes socioeconómicas mais desfavorecidas.** Os dados sugerem que as famílias de baixo rendimento não recorrem de forma sistemática a seguros de saúde – sendo que a quase totalidade dos seus pagamentos diretos corresponde a despesa com medicamentos.

O acesso a cuidados de saúde é uma das principais preocupações dos sistemas de saúde. Garantir e melhorar o acesso atempado a cuidados de saúde implica trabalhar em diversas dimensões. Uma das dimensões prende-se com as **barreiras financeiras que impedem ou dificultam o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde**. Para além de potenciais custos indiretos, como despesas de transporte, discutidos anteriormente, os pagamentos diretos das famílias para financiar a despesa em saúde constituem um dos principais desafios.

Como referido anteriormente, Portugal destaca-se como um dos países com maior peso dos pagamentos diretos das famílias no financiamento do sistema de saúde. Estes pagamentos estão, na sua grande maioria, associados ao recurso a cuidados de saúde privados de ambulatório, mas também à aquisição de medicamentos nas farmácias comunitárias. **O elevado peso destes pagamentos, como ilustrado na tabela anterior, coloca uma maior pressão sobre as famílias de menores rendimentos** – que, em média, correspondem também às famílias com maiores necessidades em saúde.

Desta forma, **tentativas de reduzir as barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde, através do controlo dos pagamentos diretos feitos pelas famílias, deverão incidir principalmente em duas categorias: os cuidados de ambulatório e as farmácias**, com especial atenção à categorias que afetam as famílias de baixos rendimentos.

No que diz respeito às despesas de ambulatório, a medicina dentária apresenta-se como a principal despesa das famílias mais pobres. Uma **maior cobertura de cuidados de saúde oral no SNS** (através de prestação direta ou de convenções – como o cheque dentista) direcionado para grupos mais vulneráveis pode ajudar a mitigar este esforço financeiro das famílias.

No que diz respeito às despesas nas farmácias, o controlo dos pagamentos diretos implica a necessidade de se **rever os mecanismos de participação dos medicamentos**. Tal pode implicar aumentar a taxa de comparticipação de determinados medicamentos – em particular os medicamentos consumidos por grupos mais vulneráveis da população, rever os mecanismos de determinação de preços, aumentar a quota de medicamentos genéricos, ou expandir os regimes especiais de medicamentos para famílias de baixos rendimentos.

**O reforço da proteção financeira das despesas em cuidados de saúde que é necessário assegurar como parte das funções do SNS deverá ser objeto de atenção nas decisões do SNS.**

## Referências

### [Despesas diretas das famílias no sistema de saúde português](#)

Instituto Nacional de Estatística, Conta Satélite da Saúde 2022

Instituto Nacional de Estatística, Inquérito às Despesas das Famílias

Nova SBE, Social Equity Initiative. 2023. Notas Informativas 05: necessidades não satisfeitas

Nova SBE, Social Equity Initiative. 2023. Observatório da Despesa em Saúde 02: mitos e factos sobre os seguros de saúde privados

Nova SBE, Social Equity Initiative. 2023. Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde 2022

OECD, Health at a Glance 2022