

Evolução das despesas diretas em saúde em Portugal

Observatório da Despesa em Saúde | 09

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



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

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



CAROLINA SANTOS
Investigadora

Principais mensagens:

1. Entre 2015 e 2022, foram adotadas diversas políticas com o intuito de reduzir os encargos diretos em saúde dos cidadãos residentes em Portugal, bem como para repor o poder de compra da população, fortemente afetado durante o Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal (2011-2014). Em conjunto, estas medidas contribuíram para a redução do peso das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido dos cidadãos, que passou de uma média de 5,56% em 2015 para 3,46% em 2022.
2. A população com 65 ou mais anos foi a que mais beneficiou das medidas de proteção financeira para despesas em saúde. Para a população não idosa, o peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido passou de 4,9% em 2015 para 3,1% em 2022 – uma redução de 1,8 pontos percentuais. Já para a população idosa, este peso passou de 8,5% em 2015 para 4,7% em 2022 – um decréscimo de 3,8 pontos percentuais.
3. Porém, crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos de idade viram a sua desproteção financeira deteriorar-se. Para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos, a percentagem de crianças colocadas situação de pobreza, risco de pobreza, ou sujeita a um agravamento da sua condição de pobreza devido a despesas diretas em saúde aumentou 0,94 pontos percentuais entre 2015 e 2022; para crianças entre os 10 e os 14 anos, esta percentagem aumentou 1,41 pontos percentuais.
4. Apesar das melhorias registadas entre 2015 e 2022, continua a observar-se um gradiente socioeconómico na desproteção financeira para despesas em saúde, com indivíduos de rendimentos mais baixos a alocarem uma maior percentagem do seu rendimento líquido a despesas diretas em saúde. Assim, se o objetivo da sociedade for esbater ainda mais a regressividade dos pagamentos diretos, dever-se-á continuar a implementar medidas que protejam grupos socioeconómicos vulneráveis, que não se limitam à população idosa.

1. Introdução

Um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde é garantir a cobertura universal de saúde – princípio segundo o qual todos os indivíduos conseguem aceder a serviços essenciais de saúde, bem como a medicamentos e vacinas seguros, eficazes e de qualidade, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras (United Nations General Assembly, 2015). Em todos os países, independentemente do modelo de sistema de saúde adotado (ex: sistema de saúde universal, sistema de saúde de seguro obrigatório, sistema de saúde de seguro voluntário), subsiste uma parcela da despesa em saúde que é suportada diretamente pelos cidadãos, ou seja, que não é coberta pelo Estado nem por seguros voluntários ou obrigatórios.¹

Na ausência de mecanismos de proteção para as populações mais desfavorecidas, os pagamentos diretos em saúde são regressivos, uma vez que afetam desproporcionalmente os agregados familiares de menores rendimentos (Luyten e Tubeuf, 2025). Quanto mais elevados os pagamentos diretos em saúde, em percentagem do rendimento líquido dos agregados, maior será a vulnerabilidade financeira da população no acesso a cuidados de saúde, o que pode criar ou agravar situações de pobreza, afetar negativamente a saúde das pessoas e acentuar desigualdades socioeconómicas (Thomson et al., 2019).

Em 2022, 30% da despesa em saúde em Portugal foi financiada através de pagamentos diretos dos cidadãos, o que corresponde ao dobro da média da União Europeia (UE27) (OECD, 2024). Adicionalmente, Portugal é o terceiro país da OCDE em que as despesas diretas em saúde mais pesam na despesa total dos agregados familiares: 5,2%, percentagem esta apenas superada pelas registadas na Suíça (5,5%) e na Coreia (6,1%) (OECD, 2023).

Evidência recente para Portugal revela que, em 2015, os idosos eram um dos grupos populacionais com maior desproteção financeira para despesas em saúde (Barros e Santos, 2024). Com efeito, se para a totalidade da população residente em Portugal as despesas diretas em saúde representavam, em média, 5,56% do rendimento líquido, este peso subia para 8% para idosos com 70 ou mais anos, atingindo 10,56% em idosos com 85 ou mais anos de idade (Barros e Santos, 2024). Os resultados desse estudo basearam-se nos dados do Inquérito às Despesas das Famílias de 2015. O Inquérito às Despesas das Famílias é realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) a cada cinco anos (tipicamente) e visa caracterizar a estrutura das despesas, bem como a distribuição dos rendimentos dos agregados residentes em Portugal (INE, 2017; INE, 2024).

Tendo sido recentemente divulgados os dados do Inquérito às Despesas das Famílias de 2022, o presente estudo visa analisar como evoluíram as despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido dos residentes em Portugal, entre 2015 e 2022. Avaliam-se as despesas diretas em saúde por diferentes grupos socioeconómicos, por regiões e identificam-se as principais componentes das despesas diretas em saúde.

¹ Para uma discussão sobre a interação entre os setores público e privado no setor da saúde – incluindo no financiamento de despesas em saúde – ver Barros e Santos (2025).

2. Políticas públicas e proteção financeira para despesas em saúde

Uma análise crítica e fundamentada da evolução das despesas diretas em saúde em Portugal exige uma contextualização sobre políticas públicas que tenham sido implementadas no horizonte temporal em análise (2015-2022) e que tenham potencial de afetar o peso das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido. A desproteção financeira para despesas diretas em saúde será tanto menor quanto menos expressivas foram as despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido. Por conseguinte, importa considerar não só políticas públicas com impacto nas despesas diretas em saúde, mas também medidas que impactem o rendimento líquido dos cidadãos. Uma lista (não exaustiva) destas medidas encontra-se nas subsecções que se seguem.

2.1. Políticas públicas com impacto no valor absoluto das despesas diretas em saúde

Entre 2015 e 2022, foram diversas as medidas adotadas com o intuito de reduzir os encargos diretos em saúde dos cidadãos residentes em Portugal. Estas medidas abrangeram um leque alargado de despesas, como custos com taxas moderadoras em urgências e cuidados de saúde primários, custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) e encargos com medicamentos.

Em termos de despesas com taxas moderadoras, o Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril – que entrou em vigor a 1 de maio de 2015 – isentou do pagamento de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde (SNS) todos os menores de 18 anos. Até essa data, a isenção de menores de idade abrangia apenas crianças com menos de 12 anos, bem como menores incluídos noutras categorias de elegibilidade para isenção de taxas moderadoras, como pertencer a um agregado familiar em situação de insuficiência económica (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro). Posteriormente, em 2016, estabeleceu-se que utentes referenciados para as urgências do SNS através de outros serviços do SNS, como cuidados de saúde primários e Linha SNS 24, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras nas urgências (Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março). Ainda em 2016, determinou-se uma redução global até 25% no valor das taxas moderadoras em vigor, diminuindo os encargos diretos em saúde dos cidadãos (Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março).

Em 2017, o conjunto de serviços isentos de taxas moderadoras foi expandido, passando a incorporar consultas e atos de diagnóstico realizados no âmbito de programas de rastreio populacional (por exemplo, VIH/SIDA, hepatites, tuberculose, doenças congénitas), bem como consultas e atos relativos a cuidados paliativos prestados por equipas especializadas (Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro). Os esforços no sentido de aumentar a proteção financeira da população para despesas diretas em saúde e de assegurar a correta utilização de serviços do SNS por parte dos utentes foram reforçados em 2019, com as disposições legais a preconizar que “deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde” (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). Em linha com esta base legal, a eliminação de taxas moderadoras ocorreu de forma faseada entre 2020 e 2021.

Com a entrada em vigor do Orçamento do Estado de 2020, deixaram de ser cobradas taxas nas consultas nos cuidados de saúde primários (Lei n.º 2/2020, de 31 de março). A partir de 1 de setembro de 2020, foram também eliminadas as taxas nos MCDTs realizados em instituições e serviços públicos de saúde, quando prescritos nos cuidados de saúde primários do SNS (Lei n.º 2/2020, de 31 de março). Finalmente, a 1 de janeiro de 2021, a isenção foi alargada a todos os exames complementares prescritos nos cuidados de saúde primários do SNS, independentemente de serem realizados no SNS ou em entidades convencionadas (Decreto-Lei n.º 96/2020, de 4 de novembro).

Tendo em consideração as medidas anteriormente descritas, conclui-se que, em 2022, apenas eram cobradas taxas moderadoras nas urgências hospitalares do SNS em casos não referenciados por outros serviços do SNS e que não resultem em internamento. Mesmo nestas urgências, mantêm-se as isenções por insuficiência económica.

Para além da redução e eliminação da maioria das taxas moderadoras no SNS, entre 2015 e 2022 foram também adotadas várias medidas legislativas com o intuito de reduzir os encargos diretos dos agregados familiares na compra de medicamentos. A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos divide-se em quatro categorias, podendo a comparticipação ser de 90%, 69%, 37% ou 15% do preço de venda ao público dos medicamentos, dependendo do escalão dos medicamentos (Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho). Porém, o Estado comparticipa a 100% medicamentos para algumas doenças crónicas graves. O regime excecional de comparticipação a 100% foi alargado, em 2016, para medicamentos utilizados no tratamento da Esclerose Múltipla (Portaria n.º 330/2016, de 20 de dezembro) e, em 2018, para alguns medicamentos destinados a doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais (Portaria n.º 255/2018, de 7 de setembro). De modo semelhante, o acesso a meios de monitorização e terapêutica da diabetes foi facilitado, com a definição de um regime de comparticipação do Estado no preço máximo dos dispositivos médicos utilizados na vigilância da diabetes (Portaria n.º 35/2016, de 1 de março; Portaria n.º 15/2018, de 11 de janeiro).

De notar ainda que o Programa Nacional de Vacinação 2020 passou a incluir, para grupos de risco, a vacina contra o rotavírus e alargou ao sexo masculino, aos 10 anos de idade, a vacinação contra infeções por vírus do Papiloma humano (Norma n.º 018/2020 de 27/09/2020). Por conseguinte, estas imunizações passaram a ser gratuitas.

Por último, importa mencionar que, já antes do período sob análise – em 2007 –, foi implementada uma medida que visa reforçar a proteção financeira na aquisição de medicamentos, por parte de idosos em situação de vulnerabilidade económica. A política implementada permite que beneficiários do complemento solidário para idosos possam ser reembolsados em 50% da parcela do preço do medicamento que não é comparticipada (Decreto-lei n.º 252/2007, de 5 de julho). A partir de setembro de 2023 os beneficiários do CSI passaram a ter desconto imediato na farmácia na compra de medicamentos comparticipados, ficando dispensados automaticamente do pagamento de 50% da parcela não comparticipada no preço dos medicamentos. Adicionalmente, desde 2024 que medicamentos sujeitos a prescrição médica passaram a ter uma comparticipação de 100% para beneficiários do CSI (Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio). Porém, estas medidas não se integram no horizonte temporal sob análise no presente estudo (2015-2022).

2.2. Políticas públicas com impacto no rendimento líquido da população

A par das medidas anteriormente mencionadas, que contribuíram para reduzir algumas despesas diretas em saúde, o reforço do rendimento líquido dos cidadãos também contribuiu para uma maior proteção financeira para despesas em saúde, já que aumentou a capacidade da população fazer face a despesas diretas em saúde.

Neste âmbito, uma das medidas de maior abrangência foi o aumento do valor nominal da retribuição mínima mensal garantida (RMMG) (i.e., salário mínimo), que passou de 505€ em 2015 para 705€ em 2022 (Decreto-Lei n.º 144/2014, de 30 de setembro; Decreto-Lei n.º 109-B/2021 de 7 de dezembro). Tal

corresponde a um aumento nominal de 39,6%, bem acima do aumento de 8,3% registado no preço dos bens e serviços de consumo, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2022.²

Em paralelo, o indexante de apoios sociais (IAS) passou de 421,32€ em 2017 para 443,20€ em 2022 – um aumento de 5,2% (Portaria n.º 4/2017, de 3 de janeiro; Portaria n.º 294/2021, de 13 de dezembro). Tendo em conta que o IAS serve de referência para o cálculo de inúmeras prestações sociais – como pensões mínimas do regime contributivo, pensões do regime não contributivo (ex: pensão social de velhice), o CSI e o subsídio de desemprego (Lei n.º 53-B/2006) – o aumento do IAS significa que, pelo menos em termos nominais, o rendimento dos beneficiários destas prestações sociais registou aumentos.

Entre 2012 – ano subsequente ao início do Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal – houve um congelamento dos escalões do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS).³ Em 2013 registou-se um “enorme aumento de impostos”,⁴ com o Orçamento do Estado de 2013 a contemplar apenas 5 escalões de IRS (em vez dos 8 escalões até aí existentes) e a aumentar substancialmente as taxas marginais de imposto (Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro). A título de exemplo, um indivíduo com rendimento coletável de 4.500€ passou a pagar 14,50% de IRS em 2013, quando em 2012 pagava 11,50%; e pessoas com rendimentos coletáveis entre os 42.259€ e 61.244€ viram a sua taxa marginal de IRS aumentar em 7 pontos percentuais. As taxas marginais de IRS definidas no Orçamento do Estado de 2013 mantiveram-se inalteradas em 2014 e 2015 (Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro; Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro). Para além destas alterações nos escalões de IRS, durante o período de assistência financeira a Portugal, foram ainda aplicadas sobretaxas de IRS, que acresciam ao IRS previsto pelos escalões. Assim, entre 2012 e 2015 houve uma perda efetiva de perda de poder de compra em Portugal, devido ao efeito conjugado do substancial aumento de impostos e da moderada inflação (o índice de preços no consumidor aumentou 1,7% entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015⁵).

Após o “enorme aumento de impostos”, em 2016 registou-se finalmente uma atualização nos limites inferiores dos quatro primeiros escalões de IRS, em linha com a inflação registada em 2015 (0,5%) (Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março). Também em 2017 os escalões de IRS foram ajustados pela inflação (Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro). Em 2018, passou a haver 7 escalões de IRS, em vez de 5, o que se traduziu numa redução de impostos para alguns grupos populacionais. Por exemplo, se em 2017 uma pessoa tivesse rendimento coletável entre 7.091€ e 10.700€, a taxa marginal de imposto aplicável era de 28,50%. Em 2018, esse grupo passou a pagar uma taxa marginal de imposto de 23% (Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro). Em 2020, voltou a haver uma correção dos escalões de IRS pela inflação (Lei n.º 2/2020, de 31 de março) e em 2022 houve criação de novos escalões de IRS – passando a haver um total de 9 escalões – o que se traduziu num novo alívio fiscal para alguns escalões de rendimento (Lei n.º 12/2022, de 27 de junho). No respeitante à sobretaxa de IRS, em 2016 houve uma eliminação parcial desta taxa e a partir de 2017 a sobretaxa foi totalmente extinta (Lei n.º 159-D/2015, de 30 de dezembro).

Em suma, entre 2016 e 2022 foram implementadas medidas com vista a repor, ainda que parcialmente, o poder de compra dos cidadãos, que havia sido fortemente afetado durante o Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal.

² Cálculo efetuado com base em dados da série “Índice de preços no consumidor (IPC, Base - 2012) por Localização geográfica e Agregados especiais” do Instituto Nacional de Estatística.

³ O Orçamento do Estado de 2012 (Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro) manteve o Artigo 68.º do Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de novembro, inalterado face ao estabelecido no Orçamento do Estado de 2011 (Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro).

⁴ Expressão utilizada por Vítor Gaspar, então Ministro das Finanças (Oliveira, 2012).

⁵ Cálculo efetuado com base em dados da série “Índice de preços no consumidor (IPC, Base - 2012) por Localização geográfica e Agregados especiais” do Instituto Nacional de Estatística.

Durante a pandemia da COVID-19, foram também implementadas medidas extraordinárias com impacto direto na proteção dos rendimentos das famílias, reduzindo o risco de empobrecimento e, consequentemente, dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Destaca-se o regime de *layoff* simplificado, que garantiu parte significativa do salário aos trabalhadores em empresas com atividade suspensa ou reduzida (Decreto-Lei n.º 10-G/2020, de 26 de março), e o Apoio à Retoma Progressiva, que permitiu a redução de horários com compensação salarial parcial (Decreto-Lei n.º 46-A/2020, de 30 de julho). Foi também criado o Apoio Excepcional à Família, destinado a trabalhadores que tiveram de prestar assistência a filhos durante o encerramento das escolas, incluindo situações de teletrabalho e famílias monoparentais (Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março; Decreto-Lei n.º 8-B/2021, de 15 de fevereiro; Decreto-Lei n.º 14-B/2021, de 22 de fevereiro).

Finalmente, entre 2021 e 2022, o Governo adotou ainda medidas excepcionais para compensar os efeitos da inflação e da crise energética, como o pagamento de um apoio de 60€ a famílias com tarifa social de eletricidade (Decreto-Lei n.º 28-A/2022, de 25 de março) e a redução do IVA da eletricidade para 6% nos primeiros 100 kWh mensais (Lei n.º 19/2022, de 21 de outubro).

Em conjunto, estas medidas terão contribuído para recuperar, ou pelo menos evitar uma maior deterioração, do rendimento disponível das famílias em Portugal, que havia sido significativamente afetado entre 2012 e 2015. Ainda que o seu objetivo principal não tenha sido o de melhorar diretamente o acesso a cuidados de saúde, é plausível que os seus efeitos tenham reforçado a proteção financeira da população residente, mitigando os riscos associados às despesas diretas em saúde e promovendo uma maior equidade no acesso aos cuidados.

3. Metodologia

Para avaliar a evolução das despesas diretas em saúde em Portugal, entre 2015 e 2022, recorreu-se ao Inquérito às Despesas das Famílias realizado pelo Instituto Nacional de Estatística. Este inquérito visa caracterizar a estrutura das despesas, bem como a distribuição dos rendimentos dos agregados residentes em Portugal (INE, 2017). Para cada agregado familiar tem-se informação sobre a composição do agregado, nomeadamente em termos de número de pessoas e respetivas idades, bem como dados relativos ao rendimento anual total líquido do agregado e à despesa do agregado por diferentes classes, em particular em saúde.

Para efeitos de análise, assumiu-se que em cada agregado familiar a despesa total anual em saúde se distribui igualmente pelo número de pessoas do agregado, independentemente da sua idade. Uma abordagem semelhante foi implementada para o rendimento total anual líquido dos agregados familiares: assumiu-se que o rendimento total anual líquido se distribui uniformemente pelos membros do agregado. Assim, se um agregado com um rendimento total anual líquido de 21.000€ for composto por dois adultos e uma criança, assume-se que cada membro do agregado familiar, incluindo a criança, dispõe de um rendimento anual líquido de 7.000€. Com base nestes pressupostos foi possível determinar o peso das despesas diretas em saúde por diferentes grupos socioeconómicos da população residente em Portugal.

4. Despesas diretas em saúde

De acordo com os dados analisados, em 2015 as despesas diretas em saúde anuais médias eram de 445,26€ per capita, ao passo que em 2022 eram de 365,45€ per capita, o que corresponde a uma redução de 17,92% em termos nominais. O rendimento líquido médio registou uma evolução inversa, tendo passado de 9.344,71€ per capita em 2015 para 12.081,08€ per capita em 2022,⁶ o que corresponde a um aumento de 29,28% em termos nominais, ficando bem acima do aumento de 8,3% registado no preço dos bens e serviços de consumo, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2022.⁷

O reforço do rendimento líquido, conjugado com uma redução do valor absoluto das despesas diretas em saúde, traduziu-se numa redução do peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido, que passou de 5,56% em 2015 para 3,46% em 2022. Por conseguinte, entre 2015 e 2022, a proteção financeira da população residente em Portugal para fazer face a despesas diretas em saúde aumentou, em média.

As subsecções seguintes avaliam a evolução das despesas diretas em saúde por diferentes grupos socioeconómicos, por regiões e identificam as principais componentes das despesas diretas em saúde.

4.1. Despesas diretas em saúde por grupo etário

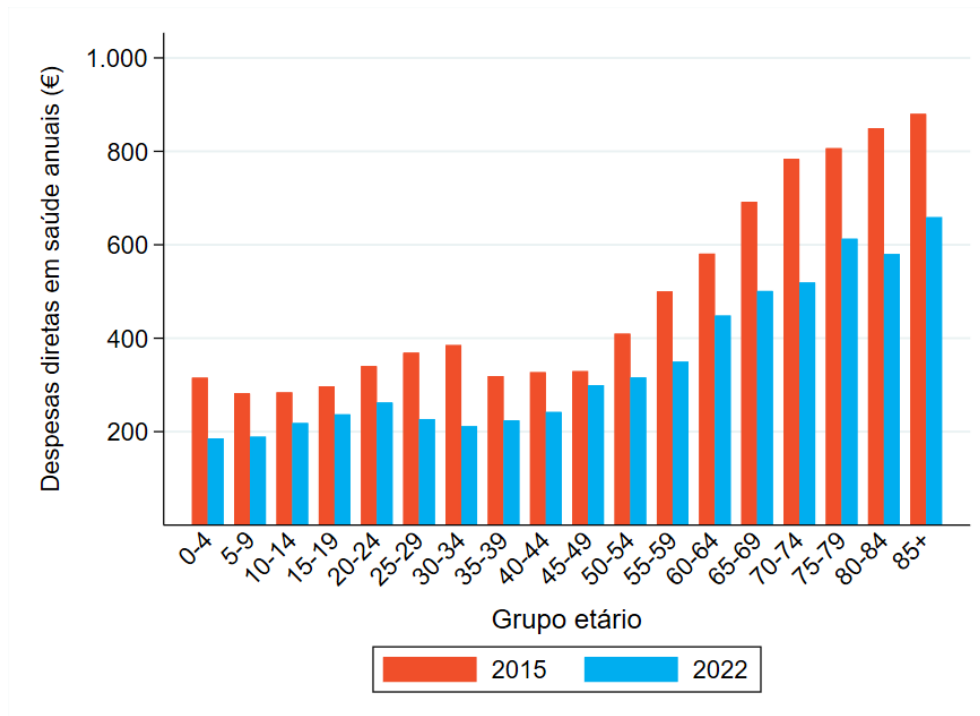
A Figura 1 ilustra, por grupo etário e ano, o valor absoluto das despesas diretas em saúde em Portugal. Em ambos os anos analisados, os idosos apresentavam maiores despesas diretas em saúde. A título de exemplo, em 2015, apesar da média nacional de despesas diretas em saúde ser de 445,26€ per capita, idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos despendiam, em média, 692,00€, sendo o maior valor médio registado entre idosos com 85 ou mais anos: 880,20€. Entre 2015 e 2022, observou-se, para todos os grupos etários, uma redução no valor médio anual alocado a despesas diretas em saúde, tendo as maiores reduções absolutas sido alcançadas na população idosa.

Uma correta comparação da desproteção financeira para despesas diretas em saúde entre grupos etários deve, porém, assentar não nos valores absolutos alocados a despesas diretas em saúde (Figura 1), mas sim no peso que estas despesas representam no rendimento líquido dos cidadãos (Figura 2). Com efeito, esta medida permite aferir qual o esforço subjacente ao pagamento de despesas em saúde. Em 2015, havia um gradiente etário pronunciado, com os idosos (sobretudo idosos com 70 ou mais anos) a apresentar uma grande desproteção financeira para despesas diretas em saúde. Efetivamente, para a população com pelo menos 70 anos de idade, as despesas diretas em saúde correspondiam, em média, a mais de 8,7% do rendimento líquido, podendo chegar a 10,56% para idosos com 85 ou mais anos. Estes valores destacam-se claramente da média nacional para esse ano, que era de 5,56%.

⁶ Rendimento líquido per capita calculado dividindo o rendimento total do agregado pelo número de pessoas que o compõem, independentemente da sua situação laboral. O rendimento líquido per capita médio resulta da média dos rendimentos per capita assim apurados.

⁷ Cálculo efetuado com base em dados da série "Índice de preços no consumidor (IPC, Base - 2012) por Localização geográfica e Agregados especiais" do Instituto Nacional de Estatística.

Figura 1. Despesas diretas em saúde, por grupo etário e ano (Portugal)



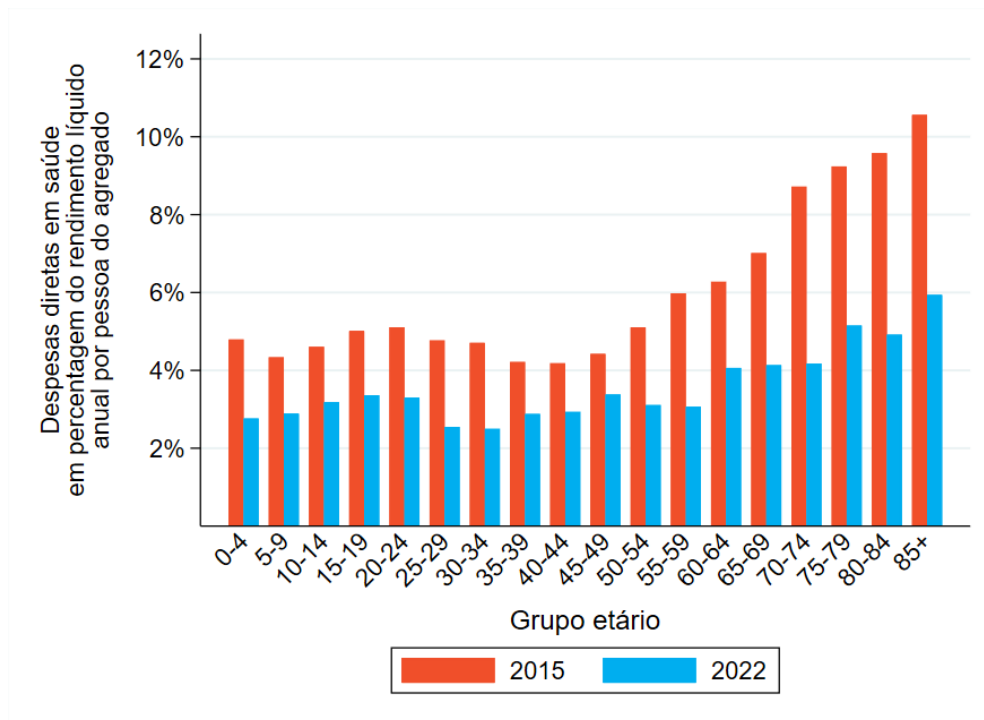
Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

Nota: Valores expressos em euros constantes de 2015, corrigidos pela inflação acumulada entre 2015 e 2022 (deflator do Índice de Preços no Consumidor).

Entre 2015 e 2022 registou-se uma redução do peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido, para todos os grupos etários. Porém, esta redução foi mais pronunciada na população idosa. Com efeito, para a população com menos de 65 anos, o peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido passou de 4,9% em 2015 para 3,1% em 2022 – uma redução de 1,8 pontos percentuais. Já para a população idosa, este peso passou de 8,5% em 2015 para 4,7% em 2022 – um decréscimo de 3,8 pontos percentuais.

Conclui-se, por conseguinte, que as medidas de promoção de acesso a produtos e serviços de saúde, bem como as medidas de reforço do rendimento líquido da população implementadas entre 2015 e 2022 contribuíram para atenuar o gradiente observado na desproteção financeira para despesas em saúde. Com efeito, em 2015 a desproteção financeira dos idosos para despesas em saúde era 1,74 vezes superior à da população não idosa; em 2022, era 1,52 vezes superior à dos não idosos.

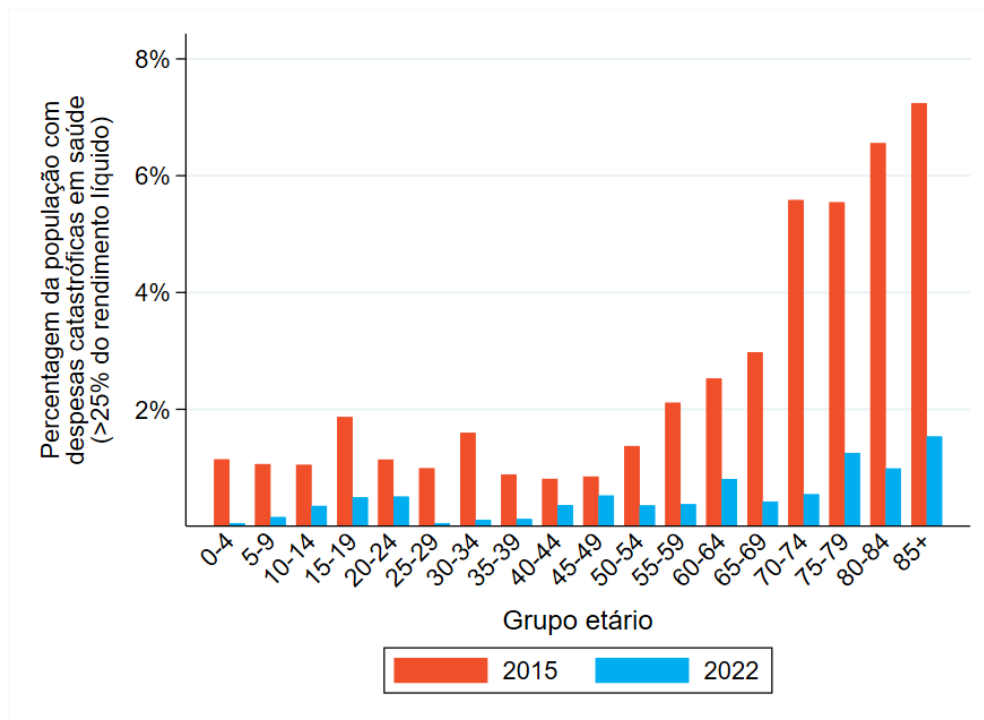
Figura 2. Média das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido anual, por grupo etário e ano (Portugal)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

O reforço da proteção financeira para despesas diretas em saúde, entre 2015 e 2022, torna-se particularmente notório quando se olha para a percentagem da população, por grupo etário, sujeita a despesas catastróficas em saúde (aqui correspondentes a um peso de despesas diretas em saúde igual ou superior a 25% do rendimento líquido) (Figura 3). Em 2015, a população idosa – sobretudo a população com 70 ou mais anos – registava uma elevada incidência de despesas catastróficas. A título de exemplo, em 2015, 7,2% dos idosos com 85 ou mais anos tinham despesas catastróficas em saúde, mas em 2022 apenas 1,5% da população nesse grupo etário apresentava despesas catastróficas em saúde. Em termos globais, a percentagem da população residente em Portugal sujeita a despesas catastróficas em saúde passou de aproximadamente 2% em 2015 para 0,5% em 2022.

Figura 3. Percentagem da população com despesas catastróficas em saúde (>25% do rendimento líquido), por grupo etário e ano (Portugal)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

A diminuição das despesas diretas em saúde, entre 2015 e 2022, a par de um aumento do poder de compra nesse período, mitigou em larga medida a franja da população colocada em situação de pobreza, risco de pobreza, ou sujeita a um agravamento da sua condição de pobreza, em virtude de despesas diretas em saúde. A Tabela 1 e a Figura 4 ilustram como evoluiu o risco de empobrecimento por despesas diretas em saúde em Portugal, no período sob análise.⁸

Entre a população não idosa, 1,27% dos indivíduos eram colocados em situação de pobreza, risco de pobreza, ou enfrentavam a um agravamento da sua condição de pobreza devido a despesas diretas em saúde, em 2015. Em 2022, essa percentagem tinha reduzido para 0,99%. A redução da vulnerabilidade financeira foi ainda mais expressiva entre a população idosa; em 2015, 3,18% deste grupo etário ficava em situação de pobreza, risco de pobreza, ou via agravada a sua condição de pobreza por despesas diretas em saúde; em 2022, esta percentagem tinha reduzido para 1,46%.

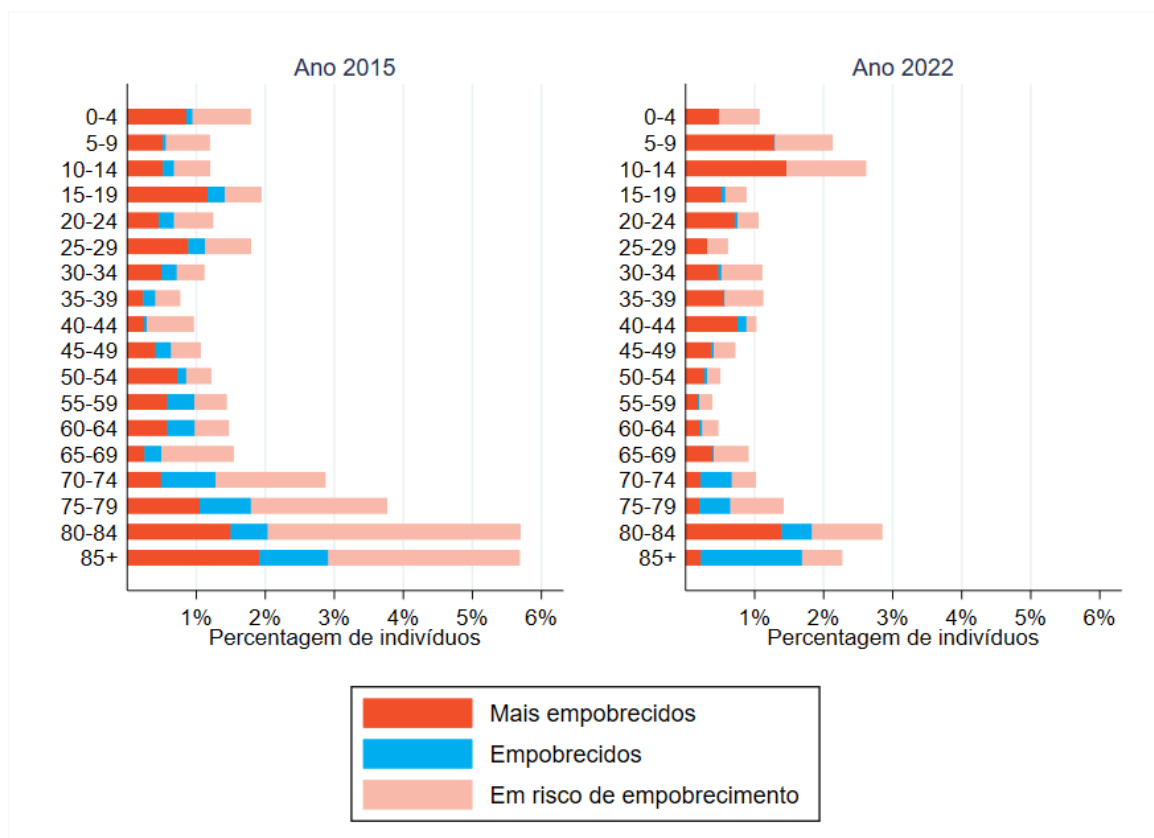
⁸ Para uma descrição detalhada da metodologia utilizada para calcular o risco de empobrecimento por despesas diretas em saúde em Portugal, consultar Barros e Santos (2024).

Tabela 1. Distribuição da população de acordo com o impacto das de diretas em saúde na sua situação económica (Portugal, 2015 e 2022)

Grupo	População não idosa (menos de 65 anos)		População idosa (65 ou mais anos)	
	2015	2022	2015	2022
Situação económica não agravada por despesas diretas em saúde	98,74%	99,02%	96,83%	98,54%
Sem despesas diretas em saúde	9,30%	4,84%	3,63%	2,73%
Fora de risco de empobrecimento devido a despesas diretas em saúde	89,44%	94,18%	93,20%	95,81%
Situação económica agravada por despesas diretas em saúde	1,27%	0,99%	3,18%	1,46%
Em risco de empobrecimento devido a despesas diretas em saúde	0,52%	0,40%	1,83%	0,60%
Empobrecimento devido a despesas diretas em saúde	0,20%	0,04%	0,58%	0,42%
Empobrecimento agravado devido a despesas diretas em saúde	0,55%	0,55%	0,77%	0,44%

Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

Figura 4. Risco de empobrecimento devido a despesas diretas em saúde, por grupo etário e ano (Portugal, 2015 e 2022)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

A Figura 4 revela que, entre 2015 e 2022, houve grupos etários que viram a sua situação de vulnerabilidade financeira por despesas diretas em saúde agravar-se. Com efeito, para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos, a percentagem de crianças colocadas situação de pobreza, risco de pobreza, ou sujeita a um agravamento da sua condição de pobreza devido a despesas diretas em saúde aumentou 0,94 pontos percentuais entre 2015 e 2022; para crianças entre os 10 e os 14 anos, esta percentagem aumentou 1,41 pontos percentuais. Para indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos a situação de vulnerabilidade financeira também se deteriorou no período sob análise, embora de forma menos expressiva. Especificamente, a percentagem da população colocada em situação de pobreza, risco de pobreza, ou perante um agravamento da sua condição de pobreza devido a despesas diretas em saúde aumentou 0,36 pontos percentuais para indivíduos com idades entre os 35 e os 39 anos, e aumentou 0,06 pontos percentuais entre indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 44 anos. Estes resultados estão em linha com evidência que mostra que a crise económica associada à pandemia da COVID-19 teve um impacto mais severo na situação financeira de agregados familiares com crianças, do que naqueles compostos apenas por adultos (INE, 2021).

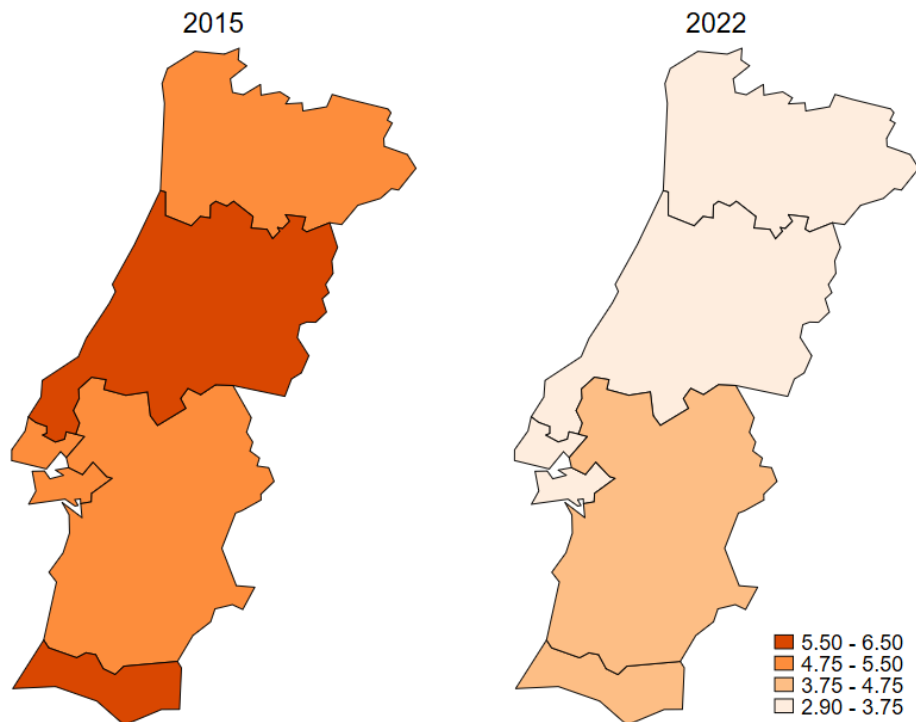
Assim, embora se observe uma melhoria significativa na proteção financeira dos idosos, os dados revelam um agravamento da vulnerabilidade financeira das crianças face a despesas diretas em saúde. Esta evolução desigual sugere a necessidade de reforçar o acompanhamento destes grupos mais vulneráveis e, se necessário, ajustar as políticas públicas para salvaguardar os agregados familiares com crianças de caírem em situações de pobreza ou risco de pobreza devido a despesas diretas em saúde.

4.2. Despesas diretas em saúde por região

Em termos geográficos, todas as regiões (NUTS II) registaram uma diminuição no peso médio das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido. Em 2015, este peso variou entre 5,17% na Região Autónoma da Madeira e 6,19% no Centro. Em 2022, as despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido variaram entre 3,00% na Área Metropolitana de Lisboa e 4,00% no Alentejo. A Figura 5 ilustra graficamente a evolução da vulnerabilidade financeira para despesas diretas em saúde, em Portugal continental.

A maior redução no peso médio das despesas diretas em saúde, em percentagem do rendimento líquido, em Portugal continental registou-se no Centro: passou de 6,19% em 2015 para 3,59% em 2022. Em Portugal continental, a menor redução ocorreu no Alentejo: em 2015 as despesas diretas em saúde em saúde nessa região representavam, em média, 5,44% do rendimento líquido, ao passo que em 2022 representavam 4,00%.

Figura 5. Média das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido anual, por grupo região e ano (Portugal Continental)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

4.3. Despesas diretas em saúde por nível de escolaridade e quintil de rendimento

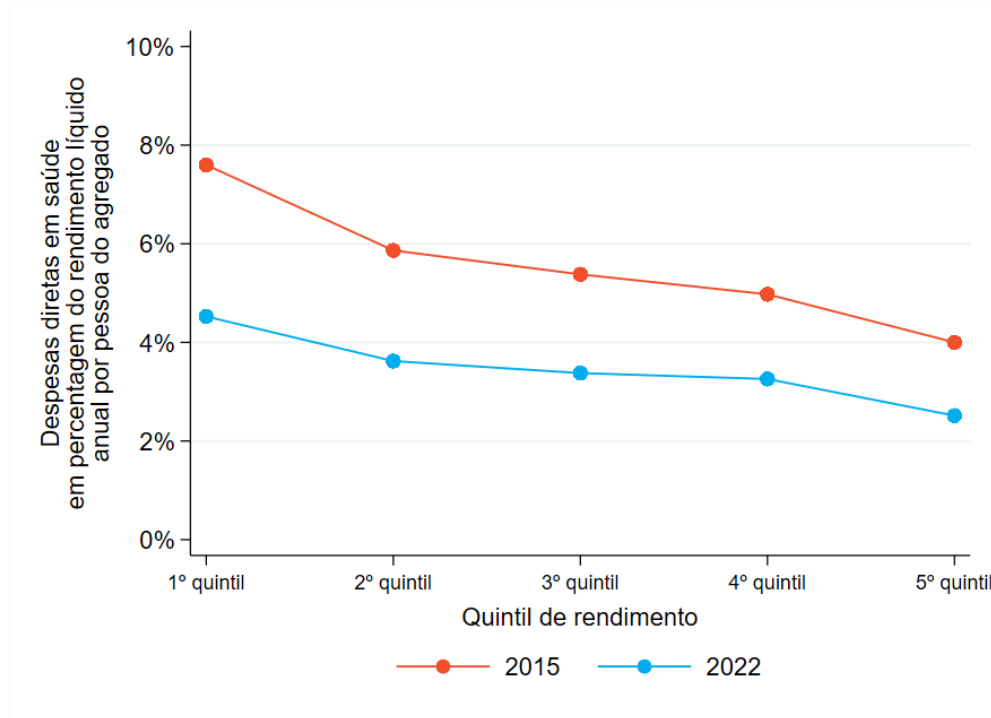
As despesas diretas em saúde são regressivas, uma vez que para um dado valor absoluto de despesas diretas em saúde, essas despesas representam uma maior proporção do rendimento para pessoas de menor condição económica do que para pessoas que se encontrem numa situação económica mais privilegiada (Luyten e Tubeuf, 2025). Com intuito de aferir como evoluiu a regressividade das despesas diretas em saúde em Portugal, entre 2015 e 2022, analisa-se o peso das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido por quintil de rendimento (Figura 6) e por nível de escolaridade concluído (Figura 7).⁹

Quando se avaliam as despesas diretas em saúde por quintil de rendimento e por nível de escolaridade concluído, verifica-se uma melhoria na proteção financeira da população para despesas em saúde, já que o peso médio das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido diminuiu para todos os quintis de rendimento, bem como para todos os níveis de escolaridade concluída.

Por nível económico, a melhoria mais expressiva ocorreu para pessoas de rendimentos mais baixos (1º quintil). Com efeito, para esse grupo populacional as despesas diretas em saúde representavam, em média, 7,60% do rendimento líquido em 2015, ao passo que em 2022 representavam apenas 4,53% - uma redução de 3,07 pontos percentuais. Para as pessoas de rendimentos mais altos, a redução foi de 1,49 pontos percentuais. Por conseguinte, o gradiente económico observado na desproteção financeira para despesas diretas em saúde tornou-se mais ténue em 2022.

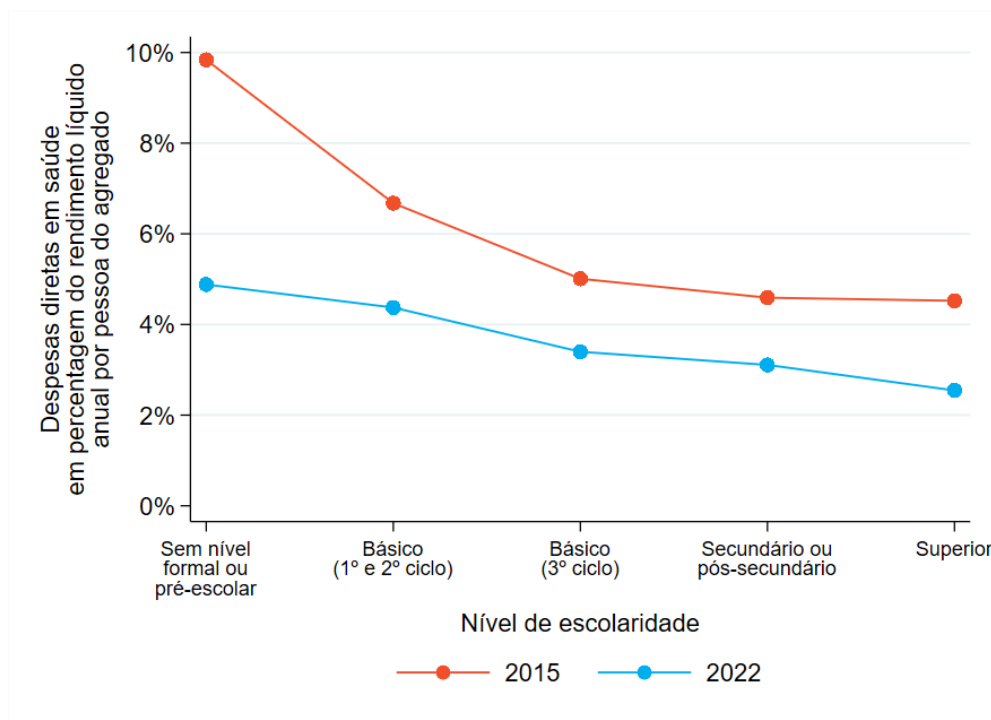
⁹ A análise da regressividade das despesas diretas em saúde por nível de escolaridade completado considerou apenas indivíduos com 25 ou mais anos de idade.

Figura 6. Média das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido anual, por grupo quintil de rendimento e ano (Portugal)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

Figura 7. Média das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido anual, por grupo nível de escolaridade concluído e ano (Portugal; indivíduos com 25 ou mais anos de idade)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

O gradiente da desproteção financeira para despesas diretas em saúde, por nível de escolaridade concluído, também se esbateu no horizonte temporal analisado. Por conseguinte, estes resultados revelam que as medidas implementadas entre 2015 e 2022, no sentido de facilitar o acesso da população – sobretudo de grupos populacionais mais desfavorecidos – a cuidados e produtos de saúde contribuiu para atenuar a regressividade dos pagamentos diretos em saúde.

Contudo, importa mencionar que apesar da desproteção financeira para despesas diretas em saúde ter diminuído de forma mais pronunciada nos escalões socioeconómicos mais desfavorecidos, evidência recente (Waitzberg et al., 2024) mostra que Portugal é, a par de França, o 8º país (de entre um conjunto de 29 países) em que as despesas diretas em saúde são mais regressivas. Assim, se o objetivo da sociedade for esbater ainda mais a regressividade dos pagamentos diretos, dever-se-á continuar a implementar medidas que protejam grupos socioeconómicos vulneráveis.

4.4. Determinantes de despesas diretas em saúde

Nas secções anteriores analisou-se, em termos descritivos, a evolução das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido, por diferentes grupos socioeconómicos e regiões geográficas. Porém, uma avaliação formal dos determinantes das despesas diretas em saúde exige que se considerem simultaneamente os efeitos de diferentes características dos indivíduos. A Tabela 2 reporta os resultados de regressões que permitem estimar a associação entre diferentes características e o nível de desproteção financeira dos cidadãos. Consideraram-se dois modelos distintos: o Modelo 1 inclui todos os indivíduos; o Modelo 2 cinge-se aos indivíduos com 25 ou mais anos de idade, de modo a aferir a influência que o nível de escolaridade concluído tem no peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido.

De acordo com o Modelo 1, os idosos apresentam, em média, uma despesa direta em saúde 3,07 pontos percentuais superior, em proporção do rendimento líquido, face aos não idosos, mantendo-se constantes os restantes fatores. O modelo revela ainda que, entre os indivíduos pertencentes ao grupo socioeconómico mais favorecido (5.º quintil de rendimento), o peso das despesas diretas em saúde no rendimento líquido é, em média, 3,35 pontos percentuais inferior ao observado nos indivíduos de menores rendimentos. O impacto das políticas implementadas entre 2016 e 2022, orientadas para o reforço do acesso aos cuidados de saúde e do poder de compra da população, é também refletido – ainda que de forma indireta – no coeficiente da variável “Ano 2022”. Com efeito, nesse ano, as despesas diretas em saúde representavam, em média, menos 1,96 pontos percentuais do rendimento líquido face a 2015. O Modelo 2 revela que, mesmo quando se tem em consideração o nível de rendimento dos indivíduos, o nível de escolaridade concluído constitui um efeito protetor, já que quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, menor é a desproteção financeira para despesas diretas em saúde.

Tabela 2. Efeitos marginais médios (AME) sobre a percentagem do rendimento líquido individual despendida em despesas diretas em saúde

	Modelo 1	Modelo 2
Mulher	0,0040***	0,0052***
Idoso	0,0307***	0,0236***
Rendimento		
2º quintil	-0,0144***	-0,0136***
3º quintil	-0,0203***	-0,0198***
4º quintil	-0,0243***	-0,0237***
5º quintil	-0,0335***	-0,0323***
Ano 2022	-0,0196***	-0,0202***
Nível de escolaridade concluído		
Básico (1º ou 2º ciclos)		-0,0006
Básico (3º ciclo)		-0,0068***
Secundário ou pós-secundário		-0,0085***
Superior		-0,0092***
Observações	57.416	43.623

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

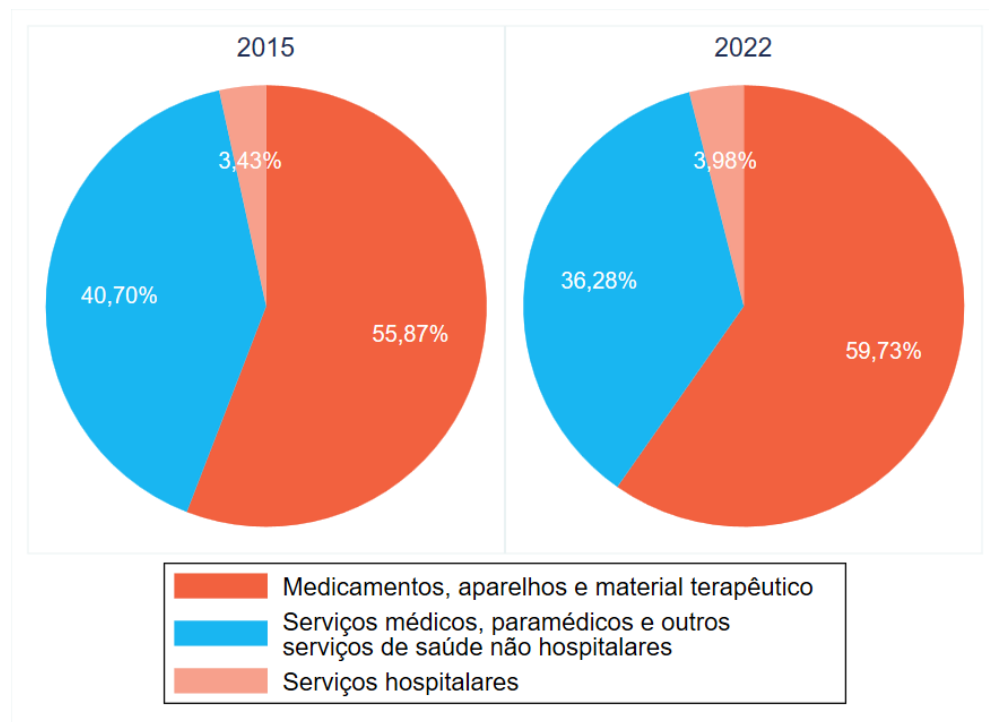
Nota: AME: Efeitos marginais médios estimados (*average marginal effects*) para toda a amostra. Erros padrão robustos, ajustados por cluster ao nível do agregado familiar. Categorias base: Homem; 1º quintil de rendimento; Sem nível de educação formal ou pré-escolar. Os resultados foram obtidos com um modelo em dois passos (*two-part model*): O primeiro passo estima a probabilidade de incorrer em despesas diretas em saúde (modelo *logit*); o segundo passo estima o valor condicional positivo dessas despesas, usando um modelo GLM com distribuição gama e função de ligação logarítmica. A variável dependente corresponde à percentagem do rendimento líquido individual despendida em despesas diretas em saúde, variando entre 0 e 1. Foi testada uma variante do Modelo 1 com interação entre “idoso” e “sexo”, sem resultados estatisticamente significativos para essa variável. O Modelo 2 inclui apenas indivíduos com 25 ou mais anos, de forma a captar adequadamente o efeito do nível de escolaridade de escolaridade concluído.

5. Principais componentes das despesas diretas em saúde

As despesas diretas em saúde em Portugal devem-se, sobretudo a despesas com medicamentos, aparelhos e material (Figura 8). A relevância desta categoria aumentou no período analisado: em 2015, 55,85% das despesas diretas em saúde correspondiam a medicamentos, aparelhos e material terapêutico, mas em 2022 correspondiam já a 59,73% do total de despesas diretas em saúde. O peso da categoria de medicamentos, aparelhos e material terapêutico nas despesas diretas em saúde tende a aumentar com a idade dos indivíduos (Tabela 3 em anexo). A título de exemplo, em 2022, 49,38% das despesas diretas em saúde de crianças com até quatro anos de idade era de 49,38%, ao passo que para idosos com 85 ou mais anos o peso desta categoria atingia os 73,01%. A categoria com menor relevância nas despesas diretas em saúde da população é a de serviços hospitalares.

Conforme já abordado, apesar de entre 2015 e 2022 a desproteção financeira para despesas diretas em saúde ter diminuído, em média, em Portugal, houve grupos etários – nomeadamente os dos 5–14 anos e dos 35–44 anos – que viram a sua situação de vulnerabilidade financeira agravar-se. Nestes grupos mais vulneráveis, as despesas com serviços médicos, paramédicos e outros serviços hospitalares adquirem particular relevância, comparativamente com o peso desta categoria de despesas nos restantes grupos etários (Tabela 3 em anexo).

Figura 8. Decomposição da despesa direta em saúde, por ano (Portugal)



Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.

Como mencionado anteriormente (Secção 2.1), em Portugal já existem políticas que visam corrigir a regressividade das despesas diretas incorridas pelos cidadãos na aquisição de medicamentos. Destacam-se o regime excecional de comparticipação a 100% para medicamentos utilizados no tratamento de algumas doenças crónicas graves e a gratuitidade de medicamentos sujeitos a receita médica para beneficiários do CSI. Os dados analisados revelam, contudo, que alguns grupos populacionais mais desfavorecidos podem não estar a ser abrangidos pelos apoios e isenções atualmente em vigor, uma vez que os pagamentos diretos em saúde em Portugal continuam a ser regressivos (Figura 6 e Figura 7). Neste sentido, será interessante aferir como políticas implementadas noutros países estão a garantir um acesso mais equitativo à medicação necessária, sem colocar a população numa situação de fragilidade financeira.

O regime espanhol de comparticipação de medicamentos de ambulatório (Artículo 94 bis., Real Decretoley 16/2012, de 20 de abril) constitui um exemplo de um modelo a considerar, no que respeita ao seu potencial de reduzir a regressividade das despesas diretas com medicamentos. Em Espanha, os copagamentos estão formalmente vinculados ao rendimento dos utentes, com escalões progressivos que diferenciam entre pessoas no ativo e pensionistas, e com limites mensais máximos de despesa incorrida pelo cidadão, para garantir proteção financeira – especialmente em situações de doença crónica. Este modelo contrasta com o sistema português, em que as comparticipações são fixadas com base no grupo terapêutico e não variam automaticamente em função do rendimento. A adoção de mecanismos semelhantes aos espanhóis – nomeadamente tetos mensais ajustados ao rendimento, e comparticipação dependente do rendimento do cidadão – poderia reforçar a equidade do sistema português, aliviando o peso das despesas com medicamentos sobre os agregados familiares mais vulneráveis.

6. Conclusão

Em 2015, no rescaldo do Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal, a população residente evidenciava uma elevada vulnerabilidade financeira face às despesas diretas em saúde. Nesse ano, tais despesas representavam, em média, 5,56 % do rendimento líquido dos indivíduos. Observava-se, contudo, um gradiente etário marcado: os idosos, especialmente aqueles com 70 ou mais anos, apresentavam níveis significativamente superiores de desproteção financeira. Em média, os indivíduos com 70 ou mais anos destinavam mais de 8,7 % do seu rendimento líquido a despesas diretas em saúde, valor que ascendia a 10,56 % no caso dos idosos com 85 ou mais anos.

Entre 2015 e 2022, foram implementadas diversas medidas com o objetivo de aliviar os encargos diretos em saúde suportados pelos cidadãos e de recuperar o poder de compra da população, fortemente afetado durante o período de ajustamento económico (2011–2014). O presente estudo recorre a dados do Inquérito às Despesas das Famílias (IDEF) de 2015 e 2022, com o propósito de analisar a evolução das despesas diretas em saúde em Portugal nesse intervalo temporal.

Os resultados obtidos indicam que os idosos e os indivíduos com menores rendimentos foram os grupos que registaram as melhorias mais significativas ao nível da proteção financeira. Porém, crianças entre os 5 e os 14 anos de idade evidenciaram um agravamento da sua situação de desproteção financeira. Adicionalmente, apesar da atenuação do gradiente socioeconómico observado em 2015, persiste em 2022 uma diferença relevante: os indivíduos com rendimentos mais baixos continuam a alocar uma proporção superior do seu rendimento líquido a despesas diretas em saúde. Este padrão sugere que, se o objetivo for continuar a reduzir a regressividade dos pagamentos diretos em saúde, será necessário manter e reforçar medidas de proteção dirigidas aos grupos socioeconómicos mais vulneráveis.

Referências

- Assembleia da República. (2006). "Lei n.º 53-B/2006, de 29 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 249 (dezembro): 8626-(388)-8626-(390). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/53-b-2006-197489>
- Assembleia da República. (2010). "Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 253 (dezembro): 6122-(2)-6122-(322). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/55-a-2010-344942>
- Assembleia da República. (2011). "Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 249 (dezembro): 5538-(48)-5538-(244). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/64-b-2011-243769>
- Assembleia da República. (2013a). "Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 252 (dezembro): 7424-(42)-7424-(240). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/66-b-2012-632448>
- Assembleia da República. (2013b). "Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 253 (dezembro): 7056-(58)-7056-(295). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/83-c-2013-164404>
- Assembleia da República. (2014). "Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 252 (dezembro): 6546-(74)-6546-(310). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/82-b-2014-66016527>
- Assembleia da República. (2015). "Lei n.º 159-D/2015, de 30 de dezembro". *Diário da República* 2º Suplemento, 1ª Série, 254 (dezembro): 10006-(5)-10006-(6). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/159-d-2015-73000150>
- Assembleia da República. (2016a). "Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 250 (dezembro): 1096-(2)-1096-(244). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-a-2016-73958532>
- Assembleia da República. (2016b). "Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro". *Diário da República* 1ª Série, 250 (dezembro): 4875-5107. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/42-2016-105637672>
- Assembleia da República. (2019). "Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro". *Diário da República* 1ª Série, 169 (setembro): 55-66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Assembleia da República. (2020a). "Lei n.º 2/2020, de 31 de março". *Diário da República* 1ª Série, 64 (março): 2-336. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2-2020-130893436>
- Assembleia da República. (2022b). "Lei n.º 12/2022, de 27 de junho". *Diário da República* 1ª Série, 122 (junho): 2-291. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-2022-185224662>
- Assembleia da República. (2022c). "Lei n.º 19/2022, de 21 de outubro". *Diário da República* 1ª Série, 204 (outubro): 2-5. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/19-2022-202455960>
- Barros, P., & Santos, C. (2024). Relatório de Envelhecimento. Nova School of Business and Economics. <https://doi.org/10.34619/ipdg-ep4z>
- Barros, P., & Santos, C. (2025). As relações entre sector público e sector privado na saúde. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2025/10_Publico_Privado.pdf?ver=2025-05-02-144926-243
- Direção-Geral da Saúde. (2020). "Norma 018/2020, de 27 de setembro". <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- INE (2017). *Inquérito às Despesas das Famílias 2015/2016*. INE, I.P., Lisboa.
- INE (2021). *Inquérito à Situação Financeira das Famílias 2020 (Dados provisórios)*.
- INE (2024). *Inquérito às Despesas das Famílias 2022/2023*. INE, I.P., Lisboa.
- INE (s.d.) *Índice de preços no consumidor (IPC, Base - 2012) por Localização geográfica e Agregados especiais*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0002384&selTab=tab0
- Jefatura del Estado. (2012). "Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones". *Boletín Oficial del Estado*, 98 (abril): 31278-31312. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5403>
- Luyten, E., & Tubeuf, S. (2024). Equity in healthcare financing: a review of evidence. *Health Policy*, 105218. doi: 10.1016/j.healthpol.2024.105218

- Ministério das Finanças. (1988). “Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de novembro”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 277 (novembro): 4754-(2)-4754-(35). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/442-a-1988-518992>
- Ministério das Finanças e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2017). “Portaria n.º 4/2017, de 3 de janeiro”. *Diário da República* 1ª Série, 2 (janeiro): 23-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/4-2017-105687067>
- Ministério das Finanças e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2021). “Portaria n.º 294/2021, de 13 de dezembro”. *Diário da República* 1ª Série, 239 (dezembro): 18-18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/294-2021-175780035>
- Ministério da Saúde. (2007). “Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho”. *Diário da República* 1ª Série, 128 (julho): 4346-47. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/252-2007-635801>
- Ministério da Saúde. (2011). “Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro”. *Diário da República* 1ª Série, 229 (novembro): 5108-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2011-146061>
- Ministério da Saúde. (2015a). “Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril”. *Diário da República* 1ª Série, 78 (abril): 2034-35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2015-67051306>
- Ministério da Saúde. (2015b). “Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 125 (junho): 4542-(11)-4542-(15). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/195-d-2015-67644327>
- Ministério da Saúde. (2016a). “Portaria n.º 330/2016, de 20 de dezembro”. *Diário da República* 1ª Série, 242 (dezembro): 4762-63. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/330-2016-105578484>
- Ministério da Saúde. (2016b). “Portaria n.º 35/2016, de 1 de março”. *Diário da República* 1ª Série, 42 (março): 656-59. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/35-2016-73736736>
- Ministério da Saúde. (2017). “Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro”. *Diário da República* 1ª Série, 195 (outubro): 5624-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/131-2017-108280429>
- Ministério da Saúde. (2018a). “Portaria n.º 15/2018, de 11 de janeiro”. *Diário da República* 1ª Série, 8 (janeiro): 368-68. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/15-2018-114509691>
- Ministério da Saúde. (2018b). “Portaria n.º 255/2018, de 7 de setembro”. *Diário da República* 1ª Série, 173 (setembro): 4707-08. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/255-2018-116353280>
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2014). “Decreto-Lei n.º 144/2014, de 30 de setembro”. *Diário da República* 1ª Série, 188 (setembro): 5108-09. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/144-2014-57695125>
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- Oliveira, V. (2012, 3 de outubro). *Gaspar anuncia “enorme aumento” de impostos*. RTP. https://www.rtp.pt/noticias/economia/gaspar-anuncia-enorme-aumento-de-impostos_a592311
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020a). “Decreto-Lei n.º 8-B/2021, de 22 de janeiro”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 15 (janeiro): 29-(11) a 29-(14). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-b-2021-154946852>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020b). “Decreto-Lei n.º 14-B/2021, de 22 de fevereiro”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 14-B (fevereiro): 20-(2)-20-(3). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/14-b-2021-158054819>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020c). “Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 52 (março): 22-(2)-22-(13). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/10-a-2020-130243053>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020d). “Decreto-Lei n.º 28-A/2022, de 25 de março”. *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 28-A (março): 2-7. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-a-2022-181066898>

- Presidência do Conselho de Ministros. (2020e). "Decreto-Lei n.º 10-G/2020, de 26 de março". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 61 (março): 21-(7)-21-(14). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/10-g-2020-130779506>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020f). "Decreto-Lei n.º 46-A/2020, de 30 de julho". *Diário da República* 1º Suplemento, 1ª Série, 147 (julho): 13-(2)-13-(10). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/46-a-2020-139209038>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020g). "Decreto-Lei n.º 96/2020, de 4 de novembro". *Diário da República* 1ª Série, 215 (novembro): 11-12. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/96-2020-147533138>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). "Decreto-Lei n.º 109-B/2021, de 7 de dezembro". *Diário da República* 1ª Série, 236 (dezembro): 5-9. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/109-b-2021-175595604>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). "Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio". *Diário da República* 1ª Série, 103 (maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2024-867193656>
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark.
- United Nations General Assembly (2015). *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*. https://www.un.org/en/development/essa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
- Waitzberg, R., Allin, S., Grignon, M., Ljungvall, Å., Habimana, K., Kantaris, M., ... & Rice, T. (2024). Mitigating the regressivity of private mechanisms of financing healthcare: An Assessment of 29 countries. *Health Policy*, 143, 105058. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105058>

Anexo

Tabela 3. Principais componentes da despesa direta em saúde, por ano e grupo etário (Portugal)

Grupo etário	2015			2022		
	Medicamentos, aparelhos e material terapêutico	Serviços médicos, paramédicos e outros serviços de saúde não hospitalares	Serviços hospitalares	Medicamentos, aparelhos e material terapêutico	Serviços médicos, paramédicos e outros serviços de saúde não hospitalares	Serviços hospitalares
0-4	49,20%	45,82%	4,98%	49,38%	46,63%	3,99%
5-9	49,27%	45,57%	5,15%	51,54%	46,00%	2,45%
10-14	48,09%	49,03%	2,88%	49,77%	47,99%	2,24%
15-19	50,64%	45,70%	3,66%	57,39%	40,67%	1,95%
20-24	51,41%	45,67%	2,92%	55,32%	37,12%	7,56%
25-29	52,00%	44,11%	3,88%	57,10%	39,77%	3,13%
30-34	51,19%	44,79%	4,02%	56,61%	40,44%	2,94%
35-39	51,66%	44,79%	3,56%	53,44%	45,04%	1,51%
40-44	48,58%	47,95%	3,47%	54,73%	41,09%	4,18%
45-49	51,08%	45,79%	3,13%	51,02%	45,10%	3,88%
50-54	54,68%	41,96%	3,35%	59,80%	37,43%	2,78%
55-59	59,44%	36,60%	3,96%	61,75%	33,31%	4,94%
60-64	62,69%	34,47%	2,84%	64,96%	30,64%	4,40%
65-69	65,30%	31,34%	3,35%	63,40%	32,87%	3,73%
70-74	65,75%	30,94%	3,31%	68,13%	29,24%	2,63%
75-79	66,80%	30,39%	2,81%	71,01%	22,25%	6,74%
80-84	69,95%	27,66%	2,39%	74,19%	19,58%	6,24%
85+	67,67%	30,03%	2,29%	73,01%	20,28%	6,71%
Total população	55,87%	40,70%	3,43%	59,73%	36,28%	3,98%

Fonte: Dados do Inquérito às Despesas das Famílias 2015 e 2022 (INE). Elaboração própria.