

Tetos de Despesa em Medicamentos: Quanto Custa, Quem Beneficia?

Observatório da Despesa em Saúde | 12

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](#).

Autores



PEDRO PITA BARROS
Professor



MARGARIDA PIRES
Mestre e membro do Nova SBE Health Economics and Management Knowledge Center

Principais mensagens:

1. Esta nota analisa o impacto da introdução de tetos máximos anuais de despesa em medicamentos como mecanismo de proteção financeira em Portugal, através de um exercício de microsimulação com base no Inquérito às Despesas das Famílias de 2022 (INE). São simulados diferentes valores de teto e níveis de focalização por quintil de rendimento, considerando também cenários alternativos de distribuição da despesa dentro do agregado familiar.
2. Um teto universal de 250€ por pessoa custaria entre 1,83 e 3,83 mil milhões de euros/ano, consoante a distribuição da despesa no agregado. Focalizar nos 40% com rendimentos mais baixos reduz o custo líquido para cerca de 548 milhões (após o efeito na poupança fiscal em IRS).
3. A política mais abrangente beneficia sobretudo os agregados de rendimentos mais elevados: os 20% com rendimentos mais altos captam o maior ganho médio por agregado, enquanto os 20% com rendimentos mais baixos captam o menor. Esta dupla regressividade justifica uma proteção modulada pelo rendimento.
4. Parte do menor benefício captado pelos rendimentos mais baixos reflete necessidades não satisfeitas: em 2023, mais de 40% dos indivíduos no escalão mais desfavorecido reportou não ter adquirido toda a medicação necessária, contra 1% nos mais favorecidos.
5. Recomenda-se a adoção de um teto fixo de 250€ focalizado nos grupos de rendimento inferior, implementável com informação administrativa já disponível. Um mecanismo proporcional ao rendimento, semelhante ao modelo alemão, fica como extensão futura para análise, requerendo o cruzamento de dados administrativos entre a Autoridade Tributária, a SPMS e o INFARMED. Estas entidades públicas poderão apoiar o processo de decisão pública a tempo de o próximo orçamento do Estado incluir opções concretas de proteção da população portuguesa neste aspeto.
6. Não foram analisadas as implicações de ajustamento do quadro legal vigente à proposta apresentada. Esta análise deverá ser realizada por quem detenha o conhecimento dos instrumentos legais, depois de debatida e escolhida a formulação final da proteção financeira à despesa em medicamentos.

Lista de Siglas

Sigla	Significado
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CCIO	Classificação do Consumo Individual por Objetivo
CIRS	Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
CSI	Complemento Solidário para Idosos
DPS	Drugs Payment Scheme (Irlanda)
IDF	Inquérito às Despesas das Famílias
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
OCDE / OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS / WHO	Organização Mundial da Saúde
Q1, Q2, Q3, Q4, Q5	Quintis de rendimento (do mais baixo, Q1, ao mais alto, Q5)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UHC	<i>Universal Health Coverage</i> (Cobertura Universal em Saúde)

Tetos de despesa em medicamentos: Quanto custa? Quem beneficia?

Observatório da Despesa em Saúde | 12

1. Introdução

Os pagamentos diretos em saúde (*out-of-pocket payments*) representam uma componente relevante do financiamento dos sistemas de saúde em muitos países. Quando estes pagamentos atingem níveis elevados, podem gerar risco financeiro significativo para os agregados familiares, podendo mesmo conduzir a situações de despesa catastrófica ou ao adiamento de cuidados necessários. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a despesa em saúde considera-se catastrófica quando os pagamentos diretos suportados pelo agregado familiar excedem 40% da sua capacidade de pagamento¹ (Xu et al., 2003).

Entre os diferentes tipos de despesa em saúde, os medicamentos assumem frequentemente um papel particularmente relevante. Em muitos sistemas de saúde, os medicamentos prescritos em regime ambulatorio estão sujeitos a copagamentos, o que faz com que representem uma parcela importante da despesa direta das famílias. Esta situação pode afetar especialmente indivíduos com doenças crónicas ou necessidades terapêuticas continuadas, que enfrentam despesas recorrentes ao longo do tempo.

Neste contexto, vários sistemas de saúde têm introduzido mecanismos de proteção financeira destinados a limitar a exposição dos indivíduos a despesas elevadas. Um instrumento frequentemente utilizado consiste na definição de limites máximos de despesa, frequentemente designados por tetos de despesa, que estabelecem um montante, anual ou mensal consoante o sistema, a partir do qual uma proporção maior dos custos passa a ser suportada pelo sistema público ou pelo seguro de saúde. (World Health Organization, 2026).

O presente trabalho analisa o potencial impacto da introdução de um teto anual de despesa em medicamentos em Portugal, através de um exercício de micro-simulação baseado em dados do Inquérito às Despesas das Famílias, divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A análise foi conduzida ao nível do agregado familiar, em conformidade com a unidade de observação disponível nos dados, sendo este desfasamento entre o nível conceptual (individual) e o nível empírico (agregado) explicitamente endereçado por uma análise de sensibilidade apresentada na Secção 3.4.

¹ A capacidade de pagamento em cuidados de saúde de um agregado familiar é definida como o consumo total do agregado deduzido de um montante padrão destinado a cobrir necessidades básicas; este montante padrão é calculado como o valor médio despendido em alimentação, habitação e utilidades pelos agregados familiares situados entre os percentis 25 e 35 da distribuição do consumo dos agregados (World Health Organization, 2019)

1.1 Contexto

A proteção financeira constitui um dos pilares centrais da cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage - UHC*), conceito promovido pela Organização Mundial da Saúde. Este princípio estabelece que os indivíduos devem ter acesso aos cuidados de saúde necessários sem enfrentar dificuldades financeiras significativas (World Health Organization, 2025).

Apesar disso, mesmo em sistemas de saúde com financiamento público significativo, os pagamentos diretos podem continuar a desempenhar um papel importante, especialmente no caso dos medicamentos.

Em Portugal, os pagamentos diretos representam uma parcela relativamente elevada do financiamento do sistema de saúde. De acordo com a Conta Satélite da Saúde do Instituto Nacional de Estatística, em 2022, ano de referência dos microdados utilizados nesta análise, cerca de 28,6% da despesa corrente em saúde foi suportada diretamente pelas famílias (INE, 2024). Segundo a atualização mais recente da Conta Satélite da Saúde, esta proporção manteve-se elevada nos anos seguintes, situando-se em 27,8% em 2025. Esta proporção é superior à média observada na maioria dos países da União Europeia e está associada, em parte, ao peso dos custos suportados pelos utentes com medicamentos e à cobertura pública mais limitada de alguns serviços, como os cuidados de saúde oral (INE, 2026; OECD, 2025).

Os medicamentos dispensados nas farmácias comunitárias representam uma componente importante desta despesa direta, correspondendo a cerca de 20% dos pagamentos diretos das famílias em saúde. Estes encargos afetam particularmente os agregados de menor rendimento. Em 2025, mais de metade (52%) dos indivíduos no escalão socioeconómico mais desfavorecido reportou não ter adquirido toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, contra apenas cerca de 1% nos escalões mais favorecidos, agravando uma tendência que já se registava em 2023, ano em que essa proporção era de mais de 40% (Pita Barros & Santos, 2025; OECD, 2025).

Neste contexto, a existência de copagamentos e a necessidade de aquisição regular de medicamentos podem conduzir a encargos financeiros significativos para determinados agregados, particularmente para aqueles com necessidades terapêuticas mais intensivas. Como resultado, a introdução de mecanismos de proteção financeira que limitem a exposição a despesas elevadas tem sido considerada uma possível resposta de política pública.

Entre estes mecanismos, destacam-se os limites máximos de despesa, que estabelecem um montante anual a partir do qual uma proporção maior da despesa passa a ser suportada pelo sistema público. No entanto, a implementação de tais instrumentos levanta questões importantes relativamente ao seu custo orçamental e à distribuição dos benefícios entre diferentes grupos da população.

1.2 O Sistema Português Atual de Comparticipação

Antes de avaliar a introdução de um instrumento adicional de proteção financeira, importa caracterizar brevemente o sistema atualmente em vigor em Portugal. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) comparticipa a maior parte dos medicamentos prescritos em regime ambulatorio através de um sistema de escalões. Os medicamentos elegíveis são classificados nos escalões A, B, C e D, correspondendo a taxas de comparticipação

de 90%, 69%, 37% e 15%, respetivamente, consoante a sua relevância terapêutica e classificação farmacoterapêutica. Para alguns grupos de doentes crónicos (incluindo, por exemplo, doentes com diabetes), existem regimes especiais que elevam significativamente a comparticipação (INFARMED).

Os pensionistas com rendimento abaixo do salário mínimo nacional beneficiam ainda de um regime especial que aumenta 5 pontos percentuais nos medicamentos do escalão A e 15 pontos percentuais nos escalões B, C e D (ACSS, 2026). Em paralelo, vigora um sistema de preços de referência para medicamentos com genéricos disponíveis. Nestes casos, a comparticipação do SNS é calculada sobre o preço de referência do respetivo grupo homogéneo. Quando o utente opta por um medicamento (de marca ou genérico) com preço superior ao valor de referência, suporta a diferença de preço (Diário da República, 2015).

Apesar deste enquadramento, a despesa direta com medicamentos continua a ser substancial, particularmente porque as taxas de comparticipação não são totais, porque alguns medicamentos não são comparticipados, e porque doentes com necessidades terapêuticas múltiplas acumulam copagamentos ao longo do ano. O mecanismo simulado neste trabalho não substituiria nenhum destes instrumentos, funcionando antes como uma camada adicional de proteção contra exposições anuais elevadas, semelhante aos sistemas em vigor noutros países europeus (ver Secção 6).

Importa ainda referir que a presente análise não considera o regime de medicamentos gratuitos para beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (CSI), instrumento que já assegura proteção integral em medicamentos para esta população específica, a coberto dos benefícios adicionais de saúde previstos no respetivo regime jurídico (Diário da República, 2024).

1.3 Objetivo da Análise

O objetivo principal deste trabalho é simular o impacto de diferentes limites máximos de despesa em medicamentos, considerando o universo total de despesas com medicamentos, quer sujeitos a receita médica quer de venda livre, analisando simultaneamente o custo orçamental associado à implementação da política, a distribuição dos benefícios entre diferentes quintis de rendimento e a proporção de agregados e pessoas cuja despesa ultrapassa os diferentes limites considerados.

A análise considera diferentes valores de limite anual por pessoa (200€, 250€, 300€ e 400€) e diferentes níveis de focalização da política, desde uma abordagem direcionada apenas aos agregados de menor rendimento até uma aplicação universal. Para facilitar a interpretação destes valores, importa contextualizá-los face ao rendimento dos agregados em cada quintil. A Tabela 1 apresenta o rendimento monetário líquido equivalente médio em cada quintil, calculado pelo INE com base na escala de equivalência da OCDE modificada, que atribui um peso de 1,0 ao primeiro adulto, 0,5 a cada adulto adicional e 0,3 a cada criança com menos de 14 anos, e mostra o peso de cada limite no rendimento de cada quintil. Esta análise permite avaliar se os valores definidos representam um esforço financeiro equivalente entre quintis ou se a sua incidência é regressiva em termos relativos.

Tabela 1: Rendimento monetário líquido equivalente médio por quintil

Quintil	Rend. equivalente médio (€/ano)	Limite 200€	Limite 250€	Limite 300€	Limite 400€
1 (baixo rendimento)	4 827	4,1%	5,2%	6,2%	8,3%
2	8 270	2,4%	3,0%	3,6%	4,8%
3	10 918	1,8%	2,3%	2,7%	3,7%
4	14 471	1,4%	1,7%	2,1%	2,8%
5 (alto rendimento)	27 439	0,7%	0,9%	1,1%	1,5%

Fonte: IDEF (2022), rendimento monetário líquido equivalente, calculado segundo a escala de equivalência da OCDE modificada (1,0 / 0,5 / 0,3). As percentagens correspondem ao rácio entre o limite anual por pessoa e o rendimento equivalente médio do quintil (Documento Metodológico - Inquérito às Despesas das Famílias, 2022).

A leitura da tabela evidencia que os limites considerados representam um esforço financeiro substancialmente diferente entre quintis. Para um agregado do Q1, um limite de 250€ por pessoa corresponde a cerca de 5,2% do rendimento equivalente anual, enquanto para um agregado do Q5 representa apenas 0,9%. Esta assimetria justifica a análise de cenários focalizados apenas nos quintis inferiores, uma vez que a vulnerabilidade financeira associada a despesas com medicamentos é claramente mais acentuada nos agregados de menor rendimento (WHO Barcelona Office for Health Systems Financing, 2026).

2. Dados e Metodologia

2.1 Fonte dos Dados

A análise baseia-se em dados ao nível do agregado familiar, que incluem informação detalhada sobre padrões de despesa em saúde feita diretamente pelas famílias, obtidos através do Inquérito às Despesas das Famílias (IDF) relativo a 2022, conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística. A unidade de análise é o agregado familiar, sendo cada observação ponderada pelos respetivos pesos amostrais, de forma a garantir representatividade da população.

2.2 Variáveis Utilizadas

Nesta análise foram utilizadas quatro variáveis principais. A primeira é a despesa anual em medicamentos (código desp_061 no IDF), que regista o valor total despendido pelo agregado em medicamentos ao longo do ano de referência e corresponde à rubrica 06.1 da CCIO (Classificação do Consumo Individual por Objetivo), ou seja, a classificação internacional padronizada utilizada pelos institutos de estatística para tipificar a despesa das famílias.

A segunda é a dimensão do agregado (código ADP_Dim), correspondente ao número de pessoas que compõem cada unidade familiar e que será utilizada para ajustar o limite definido per capita ao tamanho do agregado.

A terceira variável é o quintil de rendimento (código RMon_AE_Quintil), que classifica cada agregado num dos cinco grupos definidos pela distribuição do rendimento monetário equivalente, permitindo analisar a política sob diferentes perspetivas de focalização.

Por fim, foram considerados os pesos amostrais (código POND_ADP), que asseguram a representatividade da amostra face à população portuguesa e são essenciais para a estimação ponderada dos resultados agregados.

2.3 Definição da Política

A política simulada consiste na introdução de um limite anual de despesa em medicamentos por pessoa. O mecanismo funciona da seguinte forma: enquanto a despesa do agregado familiar se mantiver abaixo do limite definido, este suporta integralmente o seu valor; quando a despesa excede o limite, o agregado familiar passa a pagar apenas 5% do montante excedente, sendo os restantes 95% cobertos pelo Serviço Nacional de Saúde. Formalmente, a nova despesa suportada, na política simulada, pelo agregado familiar_i é definida como:

$$nova_despesa_i = \begin{cases} despesa_i, & \text{se } despesa_i \leq limite_i \\ limite_i + 0.05 \times (despesa_i - limite_i), & \text{caso contrário} \end{cases}$$

O limite é ajustado ao agregado: $limite_i = limite_per_capita \times ADP_Dim_i$

Foram considerados quatro cenários de limite anual por pessoa: 200€; 250€; 300€ e 400€.

2.4 Procedimento de Simulação

A simulação foi realizada através de um procedimento de micro simulação estática, seguindo três passos sequenciais: (i) cálculo do limite anual aplicável a cada agregado em função da sua dimensão; (ii) cálculo da nova despesa após aplicação da política; e (iii) cálculo do ganho do agregado, entendido como a poupança gerada pela política, ou seja, a proteção financeira adicional em termos absolutos proporcionada pelo mecanismo.

O ganho é definido como:

$$ganho_i = despesa_{061_i} - nova_despesa_i$$

A variável *despesa_061* corresponde à despesa original do agregado em medicamentos. Por sua vez, $nova_despesa_i = \min(despesa_{061_i}, limite_i + 0.05 \times (desp_{061_i} - limite_i))$

O custo total da política, em termos de despesa pública adicional, corresponde à soma ponderada dos ganhos individuais dos agregados:

$$custo\ total = \sum_i (ganho_i \times POND_ADP)$$

Foram ainda analisados diferentes cenários de cobertura da política: apenas o quintil 1 (Q1), os quintis 1 e 2 (Q1+Q2), os quintis 1, 2 e 3 (Q1+Q2+Q3) e a aplicação universal a todos os agregados, de modo a avaliar o trade-off entre focalização e abrangência.

2.5 Limitações Metodológicas

A metodologia adotada apresenta duas limitações principais que importa explicitar e que condicionam a interpretação dos resultados.

A primeira limitação resulta da aplicação do limite ao nível do agregado familiar, quando o mecanismo de proteção é conceptualmente definido ao nível individual. Para ilustrar esta limitação, considere-se um agregado com dois indivíduos: o indivíduo A, com despesa anual de 850€, e o indivíduo B, com despesa anual de 100€. O total do agregado é, portanto, de 950€. Com um limite de 250€ por pessoa, o excesso individual seria de 600€ para A (850€ - 250€) e de 0€ para B, o que corresponderia a um total elegível para proteção de 600€. No entanto, ao aplicar o limite ao nível agregado, este passa a ser de 500€ (250€ × 2), e o excesso agregado seria de apenas 450€ (950€ - 500€). Assim, a aplicação do limite ao nível do agregado subestima o montante real de despesa elegível para proteção, especialmente quando a despesa está concentrada em apenas um membro do agregado.

Para evitar esta limitação seria necessário dispor de informação sobre a despesa em medicamentos a nível individual, isto é, desagregada por cada pessoa do agregado familiar, em vez do valor agregado disponibilizado pelo IDF. Em alternativa, seria possível recorrer a fontes administrativas que registam o consumo de medicamentos com identificador do utente, como os dados de dispensa em farmácia associados ao Sistema de Receita Sem Papel (SPMS/INFARMED) e, idealmente, cruzados com informação de rendimento ao nível individual (por exemplo, microdados do IRS). Estes dados permitiriam aplicar o limite per capita de forma exata e estimar com maior precisão tanto o custo da política como a distribuição dos seus benefícios. Na ausência destes dados, uma alternativa intermédia consiste em imputar a distribuição da despesa em medicamentos entre membros

do agregado com base em variáveis demográficas (idade, presença de doenças crónicas), embora essa abordagem continue a ser uma aproximação.

A segunda limitação prende-se com a hipótese comportamental subjacente ao modelo de simulação: assume-se que o comportamento de consumo dos agregados não se altera com o aumento da proteção financeira, isto é, que a quantidade de medicamentos consumida é exógena ao preço efetivamente pago pelo utente. Esta hipótese implica que a estimativa de custo apresentada deve ser interpretada como um limite inferior, por duas razões complementares. Em primeiro lugar, na presença de elasticidade-preço da procura, a redução do preço marginal pode induzir um aumento do consumo (efeito de *moral hazard*). Em segundo lugar, e potencialmente mais relevante para os agregados de menor rendimento, existe evidência de necessidades não satisfeitas em termos de medicação necessária, sobretudo na população mais vulnerável. A introdução do teto, ao reduzir a barreira financeira, traduzir-se-á previsivelmente em aumento do consumo por parte destes agregados, não por consumo excessivo, mas por passarem a adquirir medicamentos que já necessitavam. A discussão deste efeito, bem como uma análise de sensibilidade que quantifica a magnitude potencial deste enviesamento com base na elasticidade-preço estimada para Portugal, é apresentada na Secção 4.

3. Resultados

3.1 Percentagem de Agregados acima do Limite

A Tabela 2 apresenta a percentagem de agregados cuja despesa anual em medicamentos ultrapassa diferentes níveis de limite (200€, 250€, 300€ e 400€). Adicionalmente, inclui-se a percentagem de agregados com despesa positiva em medicamentos (Despesa > 0), permitindo contextualizar os resultados relativos aos limites de despesa. Esta informação é relevante porque uma parte dos agregados pode não apresentar qualquer despesa em medicamentos no período analisado, o que influencia a interpretação da incidência de despesas elevadas.

Tabela 2: Agregados acima dos limites de despesa

Quartil	Despesa >0	200€	250€	300€	400€
1 (baixo rendimento)	91,4%	28,3%	23,4%	18,6%	11,8%
2	91,4%	37,1%	28,1%	23,0%	15,8%
3	91,1%	30,9%	25,0%	19,6%	13,6%
4	94,0%	33,8%	28,2%	22,8%	16,0%
5 (alto rendimento)	91,6%	43,2%	36,8%	30,6%	24,1%

Fonte: Cálculos Próprios

As despesas muito elevadas com medicamentos tendem a ser mais frequentes entre agregados com maior rendimento, ainda que a procura por medicamentos seja, em geral, superior nos agregados de menor rendimento. Como evidenciado na tabela, a percentagem de agregados que ultrapassam os diferentes limites é sistematicamente mais elevada nos quintis superiores, em particular no Q5.

Este fenómeno pode ser explicado por vários fatores, nomeadamente a maior capacidade de compra destes agregados, que lhes permite suportar encargos mais elevados, a maior utilização de cuidados de saúde e, consequentemente, uma maior prescrição, bem como a aquisição de medicamentos mais dispendiosos.

Estes resultados sugerem que políticas baseadas em limites de despesa poderão beneficiar não apenas agregados vulneráveis, mas também uma fração significativa de agregados de maior rendimento, o que levanta questões quanto ao grau de focalização da política.

A coluna relativa à percentagem de agregados com despesa positiva em medicamentos permite observar que a grande maioria dos agregados apresenta algum nível de despesa ao longo do ano, situando-se esta proporção entre aproximadamente 91% e 94% nos diferentes quintis de rendimento. Estes valores indicam que o consumo de medicamentos é um fenómeno amplamente disseminado na população, não estando limitado a grupos específicos de rendimento. A reduzida variação entre quintis sugere ainda que a probabilidade de consumir medicamentos é relativamente homogénea entre níveis de rendimento, embora a intensidade da despesa e a probabilidade de ultrapassar determinados limites aumentem nos quintis superiores.

3.2 Custo Direto da Política

Neste relatório, designa-se por custo direto o montante adicional que o Estado teria de transferir para o setor do medicamento, em substituição do pagamento direto até então suportado pelas famílias. O custo líquido corresponde ao custo direto deduzido do efeito sobre a despesa fiscal em IRS, conforme se discute em detalhe na Secção 4.3.

A Tabela 3 apresenta o custo direto anual estimado da política para diferentes limites e diferentes níveis de focalização.

Tabela 3: Custo anual da política, por limite e quintil

Custo direto anual da política (mil milhões €)				
Limite	Q1	Q1+Q2	Q1+Q2+Q3	Universal
200€	0,33	0,75	1,12	2,23
250€	0,27	0,60	0,89	1,83
300€	0,22	0,49	0,72	1,52
400€	0,15	0,33	0,48	1,07

Fonte: Cálculos Próprios

A Tabela 3 evidencia que o custo orçamental da política de limitação da despesa em medicamentos depende de forma significativa tanto do valor do limite definido como da abrangência dos grupos-alvo. Em primeiro lugar, observa-se uma relação inversa entre o nível do limite e o custo total da política: limites mais baixos (por exemplo, 200€) implicam custos substancialmente mais elevados, enquanto limites mais elevados (como 400€) reduzem consideravelmente o encargo orçamental. Este resultado é expectável, na medida em que limites mais restritivos ativam o mecanismo de proteção para um maior número de agregados e para montantes mais elevados de despesa.

Em segundo lugar, a extensão da cobertura a mais quintis de rendimento conduz a um aumento expressivo do custo. À medida que a política é alargada a quintis de rendimento adicionais (Q2 e Q3), o custo aumenta significativamente, uma vez que cresce o número de agregados elegíveis para beneficiar do mecanismo de proteção. Por fim, a aplicação universal da política ("Todos") revela-se substancialmente mais dispendiosa em todos os cenários considerados, evidenciando o trade-off entre abrangência e sustentabilidade orçamental.

De forma geral, os resultados sugerem que políticas mais focalizadas nos agregados de menor rendimento permitem alcançar proteção financeira com custos mais controlados, enquanto abordagens universais, embora mais abrangentes, implicam encargos significativamente superiores.

Importa, no entanto, notar que a simulação assume que o consumo de medicamentos se mantém constante após a introdução da política. Na prática, a redução do preço suportado pelos agregados poderá induzir um aumento do consumo, pelo que os valores apresentados devem ser interpretados como uma estimativa conservadora, correspondendo a um limite inferior do custo real da política.

3.3 Distribuição do Benefício

A Tabela 4 apresenta a poupança média de despesa direta por agregado para um limite de 250€.

Tabela 4: Ganho médio por quintil de rendimento

Quintil	Ganho médio (€)	% do valor do consumo total de medicamentos
1	128	9,9%
2	159	12,3%
3	140	11%
4	178	12,1%
5	274	18,2%

Fonte: Cálculos Próprios

Define-se ganho médio como a poupança anual gerada pela aplicação de um limite de despesa em medicamentos de 250€ por agregado. Considerando todos os agregados, o ganho médio é de 176€ por ano. Quando se restringe a análise aos agregados que efetivamente ultrapassam o limite, o ganho médio aumenta para 622€ por ano.

A tabela evidencia diferenças relevantes na distribuição dos benefícios da política entre quintis de rendimento. Em primeiro lugar, observa-se que o ganho médio tende a aumentar com o rendimento, sendo mais elevado no quintil mais rico (Q5: 274€) e mais reduzido no quintil mais pobre (Q1: 128€). Este padrão sugere que, em termos absolutos, os agregados de maior rendimento beneficiam mais da política.

Esta conclusão é reforçada pelo peso do ganho médio na despesa total em medicamentos de cada agregado. O Q5 apresenta a percentagem mais elevada (18,2%), enquanto o Q1 regista um valor inferior (9,9%), indicando que a poupança gerada pela política representa uma fração maior da despesa em medicamentos nos agregados de maior rendimento.

Importa, contudo, notar que quer o menor ganho absoluto quer o menor peso relativo observados em Q1 podem resultar, pelo menos parcialmente, do facto de a população de menores rendimentos apresentar elevada incidência de necessidades não satisfeitas em termos de aquisição de medicação, conforme discutido na Secção 1.1. Se a política reduzir a barreira financeira, é expectável que parte destes agregados passe a consumir medicamentos que já necessitavam, aumentando o ganho efetivo captado por Q1 num cenário dinâmico e alterando os padrões observados na Tabela 4.

Ainda assim, verifica-se alguma heterogeneidade nos quintis intermédios, sem uma progressão totalmente monotónica (por exemplo, o Q3 apresenta valores inferiores ao Q2), o que poderá refletir diferenças no perfil de consumo de medicamentos entre grupos.

Por fim, a comparação entre o ganho médio global (176€) e o ganho médio entre os agregados que efetivamente ultrapassam o limite (622€) evidencia que os benefícios da política estão concentrados num subconjunto relativamente reduzido de agregados, mas com impactos financeiros significativos para esses casos. Isto sugere que a política atua sobretudo como um mecanismo de proteção contra despesas elevadas, mais do que como um benefício generalizado para toda a população.

3.4 Análise de Sensibilidade – Distribuição da Despesa Intra-Agregado

Conforme referido na Secção 2.5, uma limitação importante da metodologia adotada decorre da aplicação do teto ao nível do agregado familiar quando o mecanismo é conceptualmente individual. Para quantificar a magnitude desta limitação, foi conduzida uma análise de sensibilidade comparando dois cenários extremos quanto à hipótese de distribuição da despesa em medicamentos entre os membros do agregado.

O Cenário Uniforme, que corresponde à simulação baseline apresentada nas secções anteriores, assume que a despesa em medicamentos se distribui de forma uniforme entre os membros do agregado. Algebricamente, é equivalente a aplicar um teto agregado igual a $\text{limite_per_capita} \times \text{ADP_Dim}$. O Cenário Concentrado representa o oposto: assume que toda a despesa do agregado se concentra numa única pessoa, à qual se aplica um único teto individual igual a limite_per_capita . A realidade situa-se necessariamente entre estes dois extremos, sendo que o Cenário Concentrado constitui o limite superior do excedente elegível para proteção e, portanto, do custo da política.

A Tabela 5a apresenta a comparação do custo total da política nos dois cenários, para um limite de 250€.

Tabela 5a: Custo direto total da política sob hipóteses distribucionais alternativas (limite = 250€)

Focalização	Uniforme (M€)	Concentrado (M€)	Razão C / U
Q1	268	623	2,3×
Q1+Q2	597	1 406	2,4×
Q1+Q2+Q3	890	2 098	2,4×
Universal	1 834	3 833	2,1×

Fonte: Cálculos Próprios

A Tabela 5b apresenta os indicadores complementares: percentagem de agregados acima do teto e ganho médio.

Tabela 5b: Percentagem de agregados acima do teto e ganho médio por quintil, sob hipóteses distribucionais alternativas (limite = 250€)

Quintil	% Acima: Uniforme	% Acima: Concentrado	Ganho médio: Uniforme (€)	Ganho médio: Concentrado (€)
1	23,4%	53,3%	128	299
2	28,1%	62,2%	159	377
3	25,0%	57,6%	140	331
4	28,2%	60,8%	178	372
5	36,8%	63,0%	274	461
Universal	28,3%	59,3%	176	368

Fonte: Cálculos Próprios

Três conclusões emergem desta análise. Em primeiro lugar, o custo orçamental da política depende significativamente da hipótese distribucional adotada. No Cenário Concentrado, o custo é cerca de 2,1 a 2,4 vezes superior ao do Cenário Uniforme em todos os níveis de focalização, passando, na aplicação universal, de 1,83 mil milhões de euros para 3,83 mil milhões de euros. Esta diferença reflete o facto de o teto efetivo ser substancialmente mais baixo no Cenário Concentrado (250€ versus 250€ × ADP_Dim), o que ativa o mecanismo de proteção para um maior número de agregados e para montantes mais elevados de despesa.

Em segundo lugar, e apesar desta divergência quantitativa, o resultado qualitativo central mantém-se em ambos os cenários: a política beneficia, em termos absolutos, sobretudo os agregados de maior rendimento. Em ambos os cenários, o Q5 apresenta o ganho médio mais elevado por agregado (274€ no Cenário Uniforme; 461€ no Cenário Concentrado), enquanto o Q1 apresenta o mais reduzido (128€ e 299€, respetivamente). Esta regressividade em valor absoluto é, portanto, robusta à hipótese distribucional adotada.

Em terceiro lugar, o ganho médio entre os agregados que efetivamente ultrapassam o teto é praticamente idêntico nos dois cenários (622€ no Uniforme; 620€ no Concentrado), apesar da diferença substancial no número de agregados beneficiários. Este resultado sugere que o aumento de custo no Cenário Concentrado decorre essencialmente do alargamento da base de beneficiários (de 28,3% para 59,3% dos agregados), e não do aumento do benefício médio por agregado protegido. Por outras palavras, a hipótese distribucional afeta sobretudo a probabilidade de qualquer agregado acionar a proteção, não a magnitude da proteção para quem a aciona.

Em conjunto, estes resultados sugerem que o custo real da política se situará algures entre os dois extremos apresentados, mas que a sua direção qualitativa, a forma como atua (seguro contra despesas elevadas) e a distribuição dos benefícios entre quintis são robustas à hipótese distribucional. A obtenção de microdados administrativos com informação individual de despesa permitiria refinar substancialmente estas estimativas e ancorá-las num ponto específico do intervalo agora delimitado.

4. Comportamento dos Pacientes e Efeitos de Acesso

Um aumento da despesa em medicamentos na sequência da introdução de um limite pode refletir dois mecanismos distintos. Por um lado, pode traduzir uma melhoria no acesso, permitindo que agregados que anteriormente não conseguiam adquirir medicamentos passem a fazê-lo, o que constitui um efeito desejável do ponto de vista do bem-estar e da saúde pública. Por outro lado, pode resultar de alterações comportamentais associadas à redução do custo marginal, como a substituição por medicamentos mais caros ou o aumento do consumo não estritamente necessário.

A distinção entre estes dois efeitos não é diretamente observável nos dados utilizados, mas é crucial para a avaliação da eficiência da política, uma vez que apenas o primeiro representa um verdadeiro ganho em termos de saúde. Neste contexto, a implementação de mecanismos que mitiguem o risco de *moral hazard* revela-se particularmente relevante.

4.1 Análise de Sensibilidade com Base na Elasticidade-Preço

Para quantificar o potencial efeito de *moral hazard* associado à política simulada, recorre-se ao conceito de elasticidade-preço da procura, definida como:

$$\varepsilon = (\Delta q / q) / (\Delta p / p)^2$$

Importa esclarecer que, na política simulada, apenas a parcela da despesa acima do teto é afetada pela redução do preço marginal (de 100% para 5% do custo). A parcela até ao teto continua a ser paga integralmente pelo agregado, pelo que não sofre alteração do preço marginal e, consequentemente, não é objeto de resposta comportamental. Aplicando a definição de elasticidade, a variação relativa da quantidade consumida acima do teto é dada por:

$$\Delta \%q = -\varepsilon \times \Delta \%p = -\varepsilon \times (-0,95) = 0,95 \times \varepsilon$$

Num estudo do Banco de Portugal sobre o mercado do medicamento em Portugal, Pereira & Vilares (2014) estimam uma elasticidade-preço direta da procura de aproximadamente -0,71. Este valor foi estimado a partir de variações observadas no mercado entre janeiro de 2003 e março de 2013, num período em que ocorreram alterações relevantes nos preços e nas taxas de comparticipação. Trata-se de uma elasticidade média face ao preço líquido de comparticipação (o preço efetivamente pago pelo paciente), estimada para os medicamentos sujeitos a receita médica não restrita e dispensados nas farmácias, excluindo, importa notar, os medicamentos destinados a doenças crónicas com necessidade de medicação permanente, que são tipicamente objeto de

² A elasticidade-preço da procura, $\varepsilon = (\Delta q/q) / (\Delta p/p)$, mede a variação percentual na quantidade consumida em resposta a uma variação percentual no preço, sendo $\Delta q/q$ a variação percentual da quantidade e $\Delta p/p$ a variação percentual do preço. Como a curva da procura tem inclinação negativa, o valor de ε é tipicamente negativo, pelo que a classificação se faz em valor absoluto: $|\varepsilon| < 1$ indica procura inelástica (a quantidade responde menos que proporcionalmente ao preço); $|\varepsilon| = 1$ indica elasticidade unitária; $|\varepsilon| > 1$ indica procura elástica.

regimes especiais de comparticipação. O valor situa-se no limiar superior das estimativas obtidas em estudos análogos para outros países, indicando uma procura relativamente inelástica, em linha com a natureza essencial do bem, o seu peso moderado no orçamento dos pacientes e a relevância dos copagamentos do SNS (Pereira & Vilares, 2014).

Aplicando esta estimativa ao caso da política simulada, obtém-se:

$$\Delta\%q = 0,95 \times 0,71 \approx 0,675 = + 67,5\%$$

Ou seja, mantendo as restantes condições constantes, a redução do preço marginal em 95% poderia, no limite teórico, induzir um aumento da ordem dos 67% na quantidade consumida acima do teto, isto é, na parcela cujo preço efetivamente diminui, e não no consumo total do agregado. O aumento da despesa total corresponde, portanto, a uma média ponderada entre a parcela que se mantém inalterada (até ao teto) e a parcela que cresce até 67% (acima do teto), sendo tanto maior quanto maior for o peso desta última no total.

Este valor deve, contudo, ser interpretado com prudência por três razões. Em primeiro lugar, a elasticidade estimada refere-se a variações marginais do preço observadas no mercado e não necessariamente a uma redução tão acentuada como a induzida pela política. Em segundo lugar, a procura de medicamentos é mediada pela prescrição médica, o que limita o grau em que os utilizadores podem ajustar discricionariamente o seu consumo. Em terceiro lugar, os agregados que ultrapassam o teto são, na sua maioria, doentes crónicos com necessidades terapêuticas relativamente inelásticas, pelo que a elasticidade efetivamente relevante poderá ser inferior à estimativa global, por exemplo, se a composição da despesa acima do teto for dominada por medicamentos para condições crónicas como hipertensão ou diabetes, a elasticidade efetiva será substancialmente inferior a -0,71.

Adicionalmente, importa reconhecer que a base sobre a qual a elasticidade de Pereira & Vilares (2014) foi estimada não permite identificar diretamente que medicamentos são consumidos pelos agregados que, na simulação, ultrapassam o teto. Os dados do IDF não desagregam a despesa por tipo de medicamento, pelo que a aplicação da elasticidade global ao caso específico da política simulada constitui uma aproximação. Considerando estes elementos, o efeito real de *moral hazard* situar-se-á provavelmente bastante abaixo dos 67% sugeridos pela aplicação direta da elasticidade. Importa notar que este aumento potencial de consumo, a materializar-se mesmo que parcialmente, ampliaria tanto o custo direto estimado na Secção 3.2 como o custo líquido calculado na Secção 4.3, cenários alternativos cuja quantificação rigorosa requer trabalho futuro de microsimulação dinâmica, com elasticidades diferenciadas por tipo de medicamento e perfil de agregado familiar.

4.2 Mecanismos de Mitigação do Consumo Induzido

Entre as possíveis medidas, destaca-se a limitação do apoio público ao preço de referência dos medicamentos genéricos, assegurando que o montante disponibilizado cobre apenas alternativas de menor custo, sendo qualquer diferença suportada pelo agregado. Adicionalmente, a elegibilidade das despesas pode ser condicionada à existência de prescrição médica, restringindo a utilização do apoio a medicamentos clinicamente necessários.

Outra possibilidade consiste na introdução de limites progressivos, nos quais o grau de apoio diminui à medida que a despesa ultrapassa determinados patamares, reduzindo incentivos ao consumo excessivo. A par disso, a

monitorização dos padrões de consumo pode permitir identificar utilizações atípicas ou potencialmente abusivas, reforçando a eficiência do sistema.

Adicionalmente, podem ainda ser considerados outros instrumentos, como a promoção do uso de medicamentos genéricos através de incentivos adicionais, a definição de listas de medicamentos elegíveis no âmbito da política, ou a introdução de mecanismos que preservem alguma sensibilidade ao preço por parte dos utilizadores, mesmo na presença do apoio inicial.

Importa ainda notar que, na simulação realizada, assume-se que o Estado cobre 95% da despesa acima do limite, mantendo um copagamento residual de 5% por parte do agregado. Esta opção reflete uma preocupação em preservar algum grau de sensibilidade ao preço por parte dos utilizadores. Caso a despesa adicional fosse totalmente financiada (100%), o custo marginal enfrentado pelos agregados tornar-se-ia nulo, o que poderia intensificar problemas de *moral hazard*, incentivando a utilização de medicamentos mais caros ou um aumento do consumo não estritamente necessário. A manutenção de um copagamento residual constitui, assim, um mecanismo frequentemente utilizado em sistemas de saúde para equilibrar proteção financeira e controlo da despesa.

4.3 Impacto Orçamental: O Papel das Deduções Fiscais

Conforme definido na Secção 3.2, o custo direto apresentado na Tabela 3 corresponde ao montante adicional que o Estado teria de transferir para o setor do medicamento (farmácias, distribuidores, grossistas e empresas produtoras), em substituição do pagamento direto até então suportado pelas famílias, através do mecanismo de proteção. Contudo, o custo orçamental líquido para o Estado é tipicamente inferior a este valor, uma vez que parte da despesa em saúde das famílias é já parcialmente compensada através do sistema fiscal, designadamente através da dedução à coleta de IRS prevista no artigo 78.º-C do Código do IRS (Autoridade Tributária e Aduaneira, 2026).

Nos termos deste artigo, os contribuintes podem deduzir à coleta de IRS 15% das despesas de saúde elegíveis, com um limite máximo de 1.000€ por agregado familiar e por ano. As despesas elegíveis incluem, designadamente, consultas, tratamentos e internamentos em clínicas ou hospitais, medicamentos comparticipados e sujeitos a receita médica, taxas moderadoras pagas em serviços do SNS, prémios de seguros de saúde ou contribuições para associações mutualistas. Incluem-se ainda os custos com óculos graduados, próteses e outros dispositivos, desde que prescritos por um médico (Autoridade Tributária e Aduaneira, 2026).

Formulação

Denote-se a despesa total em saúde do agregado por $d = m + x$, onde m representa a despesa em medicamentos (rubrica 06.1 da CCIO) e x corresponde às restantes despesas de saúde elegíveis (somatório das demais subrubricas da rubrica 06 da CCIO). A dedução fiscal pré-política é:

$$D_0 = [(0,15 \times x); 1000]$$

Sob a política simulada, a família continua a pagar diretamente a totalidade da despesa em medicamentos até ao teto k (com $k = \text{limite_per_capita} \times \text{ADP_Dim}$) bem como uma parcela remanescente b do excedente acima do teto. A despesa em medicamentos efetivamente paga pela família e, portanto, elegível para dedução, passa a ser:

$$\text{despesa_eleg}(m) = \begin{cases} m, & \text{se } m < k \\ k + b \times (m - k), & \text{se } m \geq k \end{cases}$$

Na simulação, $b = 5\%$. A dedução fiscal pós-política torna-se:

$$D(k) = \min(0.15 \times (x + \text{despesa_eleg}(m)); 1000)$$

A variação da dedução face ao cenário sem política é $\Delta(k) = D(k) - D_0$, sendo tipicamente negativa, uma vez que a família passa a pagar menos em despesa direta e, consequentemente, a deduzir menos no IRS. A poupança fiscal para o Estado corresponde, portanto, a $-\Delta(k)$.

Hipóteses simplificadoras

A aplicação desta análise requer duas hipóteses, ambas conservadoras quanto à magnitude da poupança fiscal estimada.

Em primeiro lugar, o benefício efetivo da dedução é limitado pela coleta de IRS de cada agregado: contribuintes sem coleta, designadamente os agregados de menor rendimento, não beneficiam da dedução e, por conseguinte, não geram poupança fiscal para o Estado quando a sua despesa direta em medicamentos diminui. Como hipótese central, assume-se que os agregados do primeiro quintil de rendimento (Q1) não pagam IRS e, portanto, contribuem com poupança fiscal nula. Esta hipótese resulta da falta de informação detalhada quanto ao valor do IRS, ou quanto ao valor do rendimento tributável, de cada agregado familiar. Em segundo lugar, para agregados cuja despesa em saúde x (excluindo medicamentos) já é suficiente para saturar a dedução máxima ($x \geq 6.667\text{€}$), o teto sobre medicamentos é fiscalmente irrelevante, dado que a dedução está saturada antes e depois da política.

Resultados

A Tabela 6 apresenta o custo líquido da política para um teto de 250€, sob a hipótese central (Q1 não paga IRS).

Tabela 6: Custo direto, poupança fiscal e custo líquido (teto = 250€, Cenário Uniforme)

Focalização	Custo direto (M€)	Poupança fiscal (M€)	Custo líquido (M€)	Redução
Q1	268	0	268	0,0%
Q1+Q2	597	49	548	8,2%
Q1+Q2+Q3	890	93	797	10,4%
Universal	1 834	229	1 605	12,5%

Fonte: Cálculos Próprios

Os resultados evidenciam que a redução do custo direto pela via fiscal varia significativamente com a abrangência da política, situando-se entre 0% (na versão focalizada exclusivamente no Q1, sem poupança fiscal por hipótese) e cerca de 12,5% (na versão universal). Esta variação reflete o facto de a poupança fiscal aumentar proporcionalmente ao número de agregados de rendimento intermédio e elevado abrangidos pela política, agregados que pagam IRS e cuja dedução por despesas de saúde é, portanto, reduzida quando o teto entra em vigor.

Em termos absolutos, a versão universal regista a maior poupança fiscal (229 M€), o que reduz o custo orçamental líquido de 1,83 mil milhões para aproximadamente 1,60 mil milhões de euros. A versão focalizada nos quintis Q1+Q2 vê o seu custo direto de 597 M€ reduzido para 548 M€ por efeito das deduções fiscais perdidas pelos agregados do Q2.

Teste de robustez

Como teste de robustez, considera-se um cenário alternativo em que se assume que também os agregados do Q2 não pagam IRS, ampliando o conjunto de agregados sem contribuição para a poupança fiscal. Os resultados surgem na Tabela 7.

Tabela 7: Custo líquido sob hipótese alternativa (Q1 e Q2 sem dedução)

Focalização	Custo direto (M€)	Poupança fiscal (M€)	Custo líquido (M€)	Redução
Q1	268	0	268	0,0%
Q1+Q2	597	0	597	0,0%
Q1+Q2+Q3	890	44	847	4,9%
Universal	1 834	180	1 654	9,8%

Fonte: Cálculos Próprios

Mesmo sob esta hipótese mais conservadora, a versão universal continua a apresentar uma redução de cerca de 10% do custo direto por efeito das deduções fiscais.

Síntese

A análise das deduções fiscais demonstra que uma fração não negligenciável do custo direto da política, entre 8% e 12,5% na hipótese central, é compensada pela menor despesa fiscal do Estado em deduções de IRS sobre despesas de saúde. Este efeito é mais expressivo nas versões mais abrangentes da política, dado que a maioria dos agregados de rendimento intermédio e elevado paga IRS e deduz despesas de saúde, ao passo que se reduz nas versões focalizadas nos quintis de menor rendimento, cuja capacidade contributiva é tipicamente nula ou reduzida. Esta correção é tida em conta na comparação dos diferentes cenários de focalização discutidos na Secção 7. A mesma metodologia pode ser aplicada de forma análoga aos restantes valores de teto considerados na simulação (200€, 300€ e 400€), gerando perfis qualitativamente semelhantes.

5. Próximos Passos

5.1 Integração com Conta Satélite da Saúde

Uma extensão importante consiste em enquadrar os resultados obtidos na Conta Satélite da Saúde do INE, permitindo comparar o custo estimado da política com a despesa pública atual em saúde, avaliar o peso da política no financiamento do sistema de saúde e analisar a sustentabilidade orçamental da medida. Esta análise permitirá contextualizar os resultados da simulação no quadro mais amplo do financiamento do sistema de saúde.

6. Comparação Internacional

Para efeitos de comparação internacional, apresentam-se de seguida exemplos de mecanismos de limitação de copagamentos em diferentes países, com base em informação disponibilizada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2026).

6.1 Países Baixos

Nos Países Baixos existem mecanismos que limitam a despesa direta dos utentes com cuidados de saúde. Em primeiro lugar, existe uma franquia anual obrigatória (dedutível) no valor mínimo de 385€ por ano, que funciona como um limite para muitos serviços de saúde cobertos pelo seguro básico, incluindo consultas de especialidade, cuidados hospitalares, exames de diagnóstico e medicamentos prescritos. Isto significa que os utentes pagam os custos destes serviços até atingirem o valor da franquia anual. Depois de atingido esse montante, os custos adicionais elegíveis passam a ser cobertos pelo seguro de saúde. Os indivíduos podem optar por aumentar voluntariamente esta franquia até 885€, em troca de um seguro premium mais baixo.

Para além desta franquia geral, existe também um limite específico para copagamentos de medicamentos prescritos em regime ambulatorio, fixado em 250€ por ano. Quando os copagamentos com medicamentos ultrapassam este valor, os custos adicionais deixam de ser pagos pelo utente e passam a ser cobertos pelo seguro de saúde. No entanto, no sistema holandês existe também um mecanismo de preço de referência para medicamentos. Neste caso, se o doente optar por um medicamento cujo preço seja superior ao preço de referência definido pelo segurador, terá de pagar a diferença. Este montante conta para o limite anual de 250€ para medicamentos, mas não para a franquia geral de 385€.

6.2 Suécia

Na Suécia existe um sistema de proteção financeira que limita a despesa direta dos utentes com medicamentos. Os copagamentos para medicamentos prescritos em regime ambulatorio e alguns produtos médicos estão sujeitos a um limite anual de 3800 coroas suecas (SEK), o que corresponde aproximadamente a 330-350€ por ano. Isto significa que os utentes pagam copagamentos pelos medicamentos até atingir esse limite anual; depois de atingido esse valor, os medicamentos passam a ser totalmente gratuitos durante o resto do ano. Este

mecanismo tem como objetivo evitar que os agregados familiares enfrentem despesas excessivas com medicamentos.

Ao contrário de alguns países, a Suécia não prevê uma isenção automática de copagamentos baseada diretamente no rendimento. No entanto, existe um mecanismo indireto de proteção para pessoas com rendimentos muito baixos. Indivíduos que recebem apoio social municipal podem solicitar o reembolso retrospectivo de todos os copagamentos de saúde, incluindo despesas com medicamentos. Para beneficiar deste apoio, as pessoas têm de pagar inicialmente os cuidados e posteriormente apresentar os respetivos recibos às autoridades locais, que procedem ao reembolso. Como este processo não é automático e exige um pedido formal por parte do beneficiário, podem existir barreiras administrativas que dificultem o acesso efetivo a este mecanismo de proteção.

6.3 Irlanda

Na Irlanda, o sistema de financiamento dos cuidados de saúde distingue dois grupos principais de utentes, designados como categoria I e categoria II, com diferentes níveis de proteção financeira face às despesas com cuidados de saúde. As pessoas incluídas na categoria I, que correspondem aproximadamente a um terço da população e incluem geralmente indivíduos com rendimentos mais baixos, podem aceder à maioria dos cuidados de saúde sem copagamentos ou com copagamentos muito reduzidos.

Por outro lado, as pessoas incluídas na categoria II, que representam cerca de dois terços da população, suportam normalmente uma maior parte dos custos dos cuidados de saúde. No entanto, para despesas com medicamentos prescritos existe um mecanismo de proteção designado Drugs Payment Scheme, que estabelece um limite mensal de 80€ por agregado familiar. Isto significa que, uma vez atingido esse valor num determinado mês, os medicamentos adicionais são financiados pelo sistema público de saúde. Existem ainda algumas isenções específicas, nomeadamente para pessoas abrangidas pelo Long-Term Illness Scheme, que permite a dispensa de copagamentos para medicamentos associados a determinadas doenças crónicas.

6.4 Alemanha

Na Alemanha existe um mecanismo de proteção financeira que limita a despesa anual dos utentes com copagamentos no sistema de seguro de saúde social. Os copagamentos pagos pelos utentes não podem ultrapassar 2% do rendimento bruto anual do agregado familiar, sendo este limite reduzido para 1% no caso de pessoas com doenças crónicas graves. Este limite aplica-se ao conjunto dos copagamentos associados aos cuidados de saúde cobertos pelo seguro social, incluindo despesas com medicamentos prescritos, produtos médicos e outros serviços de saúde sujeitos a copagamento. Após atingir este limite anual, os utentes ficam isentos de copagamentos durante o resto do ano, o que proporciona maior proteção financeira, particularmente para pessoas com rendimentos mais baixos ou necessidades de saúde mais elevadas.

Além deste limite geral, existem também algumas restrições específicas aplicáveis a determinados tipos de copagamentos. No caso dos produtos médicos, os copagamentos pagos pelos utentes estão limitados a 10€ por mês por pessoa, estabelecendo assim um teto adicional para este tipo de despesas. Este mecanismo

complementa o limite anual baseado no rendimento e contribui para reduzir o risco de encargos elevados com dispositivos ou produtos médicos necessários ao tratamento de determinadas condições de saúde.

7. Conclusão Global e Proposta de Política

A introdução de tetos máximos anuais de despesa em medicamentos como política de proteção financeira em Portugal apresenta um trade-off claro entre custo orçamental e abrangência. Os resultados desta simulação indicam que uma versão universal com teto de 250€ por pessoa custaria entre 1,83 mil milhões de euros (Cenário Uniforme) e 3,83 mil milhões de euros (Cenário Concentrado). Versões focalizadas nos quintis de menor rendimento permitem reduzir substancialmente este encargo: o teto de 250€ aplicado apenas ao quintil mais pobre custaria entre 268 e 623 milhões de euros, conforme a hipótese distribucional considerada. Conforme demonstrado na Secção 4.3, parte deste custo direto é compensada pela redução nas deduções de IRS de saúde a que os agregados teriam direito sem a política. Sob a hipótese central de que os agregados do quintil de menor rendimento (Q1) não pagam IRS, o custo líquido para o Estado estima-se em aproximadamente 1,60 mil milhões de euros na versão universal e em 548 milhões na versão focalizada nos quintis Q1+Q2, reduções de 12,5% e 8,2% face ao custo direto, respetivamente. Esta correção é mais expressiva nas versões mais abrangentes da política, dado que abrangem mais agregados que efetivamente pagam IRS e cuja dedução por despesas de saúde é, portanto, reduzida.

Um resultado particularmente relevante, robusto à análise de sensibilidade desenvolvida na Secção 3.4, é que, em termos absolutos, a política beneficia sobretudo os escalões de rendimento mais elevados, porque são esses que apresentam maior despesa em medicamentos. Em ambos os cenários distribucionais testados, o Q5 capta o maior ganho médio por agregado (274€ no Cenário Uniforme; 461€ no Cenário Concentrado), enquanto o Q1 capta o menor (128€ e 299€, respetivamente). Em consequência, um teto uniforme aplicado a toda a população, embora simples administrativamente, capta uma fração desproporcional do orçamento público para proteger agregados que tipicamente já dispõem de capacidade financeira para suportar essas despesas.

À luz destes resultados, a presente análise recomenda a adoção de um teto fixo de 250 € focalizado nos quintis Q1 e Q2, com custo direto entre 597 milhões e 1,41 mil milhões de euros por ano consoante a hipótese distribucional, intervalo que reflete a incerteza associada à distribuição da despesa intra-agregado. Após dedução da poupança fiscal, o custo líquido situa-se entre valores correspondentemente inferiores, próximos de 548 milhões na hipótese central. A definição do teto por agregado familiar (em vez de per capita ajustado pela dimensão) tende a posicionar a estimativa próxima do limite inferior deste intervalo. Esta opção é implementável com a informação administrativa atualmente disponível e focaliza a proteção financeira nos agregados com maior exposição a despesas com medicamentos relativamente ao rendimento.

A análise considera a totalidade das despesas em medicamentos, no entanto, a eventual restrição da elegibilidade aos medicamentos sujeitos a receita médica, discutida na Secção 4.2 como mecanismo de mitigação do consumo induzido, constitui uma opção de desenho complementar que pode ser incorporada em fase de implementação, consoante a preferência entre maximizar cobertura e maximizar controlo de *moral hazard*.

Como extensão futura, recomenda-se a investigação de um mecanismo proporcional ao rendimento, semelhante ao modelo alemão (2% do rendimento monetário, 1% para doenças crónicas graves), cuja simulação rigorosa

requer microdados administrativos que cruzem dispensa de medicamentos (SPMS/INFARMED) com rendimento individual (Autoridade Tributária). Estes dados não estão disponíveis no IDF, pelo que a recomendação central baseia-se nos cenários efetivamente simulados.

Em síntese, este trabalho demonstra que é tecnicamente viável e analiticamente sustentável avançar com um mecanismo de proteção financeira contra despesas elevadas em medicamentos em Portugal. O seu desenho concreto requer escolhas explícitas quanto ao equilíbrio entre custo, abrangência e progressividade. Os resultados obtidos fornecem uma primeira base quantitativa para essa discussão de política pública.

As entidades públicas que dispõem da informação necessária e suficiente para replicar e detalhar com maior precisão as implicações financeiras deste tipo de medidas, nomeadamente a Autoridade Tributária, a SPMS e o INFARMED, poderão certamente apoiar o processo de decisão pública a tempo de o próximo orçamento do Estado incluir opções concretas de proteção da população portuguesa neste aspeto específico.

8. Referências

- Pereira, M., & Vilares, H. (2014). Uma análise do mercado do medicamento em Portugal. *BANCO DE PORTUGAL*.
- ACSS. (2026). *Regimes especiais de comparticipação de medicamentos*. Obtido de ACSS: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-comparticipacao-de-medicamentos/>
- Autoridade Tributária e Aduaneira. (2026). *Artigo 78.º C - Dedução de despesas de saúde*. Obtido de Autoridade Tributária e Aduaneira: https://info.portaldasfinancas.gov.pt/pt/informacao_fiscal/codigos_tributarios/cirs_rep/Pages/irs78c.aspx
- Diário da República. (2015). *Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho*. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/97-2015-67356991>
- Documento Metodológico - Inquérito às Despesas das Famílias. (2022). *INE*.
- Euronews. (2023). Obtido de <https://pt.euronews.com/business/2023/12/14/em-que-paises-da-europa-as-despesas-medicas-estao-a-conduzir-a-pobreza>
- INE. (2024). *Estatísticas da Saúde - 2022*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- INE. (2026). *Conta Satélite da Saúde - 2023-2025Pe*. Obtido de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=771871304&DESTAQUESmodo=2
- INFARMED. (s.d.). *Comparticipação / Avaliação prévia hospitalar*. Obtido de INFARMED: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed&_101_assetEntryId=2769500&_101_type=conte
- INFARMED. (s.d.). *Regimes excecionais de comparticipação*. Obtido de INFARMED: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-comparticipacao>
- OECD. (2025). Obtido de https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/portugal_6d4acb43/01e93b2b-pt.pdf
- Terapêutico, M. (2026). *Comparticipações*. Obtido de Mapa Terapêutico: <https://mapaterapeutico.pt/content/comparticipacoes>
- WHO Barcelona Office for Health Systems Financing. (2026). *UHC Watch*. Obtido de WHO Barcelona Office for Health Systems Financing: https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch/#/indicator-explorer?years=Latest_Available_Year&indicator=GimM6ANOKhd&countriesAndAreas=A1BdalwDheX%2CAjeCGGb8H76%2CBc3mYAhY1a%2CCCCI7hAqlrmE%2CDVnpk4xiXGJ%2CElwEWppmGgv%2CFMCN2ZG9AEj%2CFvoXRc5cEEk%2CGnz4lqrVEMf%2CHwqf
- World Health Organization. (2025). Obtido de [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))
- World Health Organization. (2026). *WHO Barcelona Office for Health Systems Financing*. Obtido de World Health Organization: <https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch/#/policy-explorer>
- Pita Barros, P., & Santos, C. (2025). *Acesso a cuidados de saúde, 2025*. Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" em Economia da Saúde, Nova SBE. Obtido de: <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2026/Relatorio-de-Acesso-a-Cuidados-de-Saude-2025.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). *Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio*. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2024-867193656>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Obtido de World Health Organization: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4409faaa-9a7a-466d-a8a0-30b6e3746768/content>

9. Anexo

Anexo A - Caracterização descritiva da amostra IDF 2022

A Tabela A1 caracteriza a amostra utilizada na microsimulação. O Inquérito às Despesas das Famílias de 2022 inclui 28.351 agregados familiares, representativos de aproximadamente 10,4 milhões de indivíduos residentes em Portugal. Observam-se dois padrões com implicações diretas para os resultados apresentados nas Secções 3 e 4: (i) o tamanho médio do agregado decresce ao longo da distribuição de rendimento, de 3,41 pessoas em Q1 para 2,79 em Q5, o que justifica a importância de definir tetos ajustados pela dimensão do agregado familiar; (ii) a despesa média anual em medicamentos é mais elevada nos agregados de rendimento superior (677 € em Q5 contra 493 € em Q1), padrão consistente com a evidência apresentada na Secção 3 de que tetos fixos beneficiam mais frequentemente, e em maior valor absoluto, os quintis superiores da distribuição.

Tabela A1. Caracterização da amostra IDF 2022, por quintil de rendimento monetário equivalente

Quintil	Nº agregados (amostra)	População representada (indivíduos)	Tamanho médio do agregado	Despesa média em medicamentos (€/ano)
1	5.572	2.084.109	3,41	492,84
2	5.803	2.076.616	3,29	584,74
3	5.414	2.091.925	3,33	529,03
4	5.263	2.084.061	3,22	583,59
5	6.299	2.084.406	2,79	677,16
Total	28.351	10.421.117	3,21	573,47

Notas: Quintis construídos a partir do rendimento monetário equivalente do agregado familiar. As médias do tamanho do agregado e da despesa em medicamentos são ponderadas pelo factor de expansão populacional (POND_ADP). A despesa em medicamentos corresponde à rubrica desp_061 do CCIO (categoria 06.1). Fonte: cálculos próprios com base no Inquérito às Despesas das Famílias 2022 (INE).