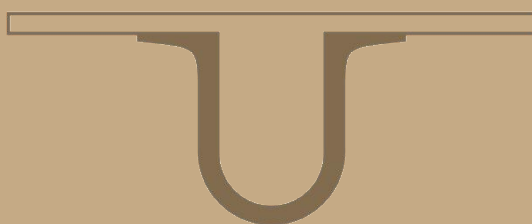




UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Ricardo Daniel Branco de Brito

**EQUIDADE NO FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE
SAÚDE EM PORTUGAL NO PERÍODO PÓS-CRISE: UMA
ANÁLISE BASEADA NO INQUÉRITO ÀS DESPESAS DAS
FAMÍLIAS 2015/2016**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Economia, na especialidade em Economia Industrial, orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

fevereiro de 2019



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ricardo Daniel Branco de Brito

Equidade no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal no período pós-crise: uma análise baseada no Inquérito às Despesas das Famílias 2015/2016

Dissertação de Mestrado em Economia, na especialidade em Economia Industrial, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof. Doutora Carlota Maria Miranda Quintal

Coimbra, fevereiro 2019

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Carlota Quintal, pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimentos e sugestões, fundamentais para a elaboração deste trabalho de projeto.

À minha família, e à Eva pelo incentivo e compreensão que demonstraram durante todo o meu percurso académico.

Resumo

A equidade no financiamento dos cuidados de saúde é um ponto essencial das políticas de saúde. Implica que os pagamentos devam estar ligados à capacidade de pagar e que todo o agregado familiar deva estar protegido contra despesas em saúde catastróficas (despesas de tal ordem elevadas que colocam em causa o acesso das famílias a outros bens e serviços indispensáveis ao seu bem-estar). Posto isto, e como Portugal é um país cujo peso dos pagamentos diretos em saúde no total da despesa em saúde é bastante elevado, quando comparado com outros países da UE-28, os objetivos deste trabalho são determinar a prevalência das despesas catastróficas e do empobrecimento, com base no Inquérito às Despesas das Famílias 2015/2016, para o total da amostra bem como para os quintis de despesa e para agregados familiares com pelo menos um idoso na sua constituição. Procede-se também a uma análise da composição das despesas de saúde das famílias que incorrem em despesas catastróficas. Por fim, e porque a ausência de despesa pode significar necessidades não satisfeitas, será ainda avaliada a percentagem de agregados com despesa em saúde nula. Conclui-se que 0,5% de famílias suportaram despesas catastróficas, o que representa um progresso significativo face a períodos anteriores em que esta percentagem rondava os 2-3%. Contudo, no caso das famílias mais pobres e dos agregados com pelo menos um idoso, aquele valor sobe para 1,9% e 1,3%, respetivamente. Em relação ao empobrecimento decorrente das despesas de saúde, a percentagem de famílias afetadas é de 0,6% ou 4,6% conforme se considere como limiar de pobreza os gastos de subsistência ou 60% da mediana nacional do rendimento disponível equivalente. A prevalência das despesas nulas decresce continuamente do primeiro até ao quinto quintil de despesa, o que pode indiciar um acesso diferenciado sobretudo aos serviços não assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde. A despesa em medicamentos é a componente da despesa que mais contribui para os agregados incorrerem em despesas catastróficas. Como forma de prevenção, terá de existir uma maior proteção aos agregados com idosos, pois estes auferem menores rendimentos e são os que mais gastam em saúde, especialmente em medicamentos.

Palavras-chave: Equidade, despesas catastróficas em cuidados de saúde, pagamentos diretos

Classificação JEL: I10, I13

Abstract

Equity in the financing of health care is an essential point of health policies. It implies that payments must be linked to ability to pay and that households should be protected against catastrophic health expenditure (expenditure so high that it might jeopardize the access of families to other goods and services crucial to their wellbeing). In this context, and since Portugal is a country whose share of direct health payments in total health expenditure is quite high when compared to other EU-28 countries, the objectives of this work are to determine the prevalence of catastrophic expenditure and impoverishment, based on the Portuguese Household Budget Survey 2015/2016, for the whole sample as well as for expenditure quintiles and households with at least one elderly person. The composition of health expenditures of families incurring catastrophic payments is also analyzed. Finally, and because the absence of expenditures might mean unmet health care needs, the percentage of households with zero health expenditure is evaluated. We concluded that 0.5% of households incurred catastrophic expenditure, which represents a significant improvement compared to previous periods, when this percentage was about 2-3%. Nonetheless, when it comes to the poorest families and households with at least one elderly person, that figure increases to 1.9% and 1.3%, respectively. Regarding the impoverishment caused by health expenditures, the percentage of families affected is 0.6% or 4.6%, depending on the definition of poverty line adopted - subsistence spending or 60 % of the national median equalized disposable income, respectively. Null expenditures continuously decrease from the first to the fifth expenditure quintile, which might reflect a differentiated access to health care, particularly to those services which are not provided by the National Health Service. To ensure financial protection and prevent catastrophic expenditure, there must be a greater protection for households with older people, since they have lower incomes and spend more on health care, especially on medicines.

Keywords: Equity, catastrophic healthcare expenditure, Out-of-pocket payments

JEL Classification: I10, I13

Índice

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Introdução..... | 1 |
| 2. | Equidade no financiamento dos cuidados de saúde..... | 2 |
| 2.1. | Conceitos | 2 |
| 2.2. | Breve perspetiva da prevalência das despesas catastróficas no mundo | 5 |
| 2.3. | Equidade no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal..... | 6 |
| 3. | Métodos: dados, variáveis e análise..... | 9 |
| 4. | Resultados | 13 |
| 5. | Discussão..... | 24 |
| 6. | Conclusão | 26 |
| | Lista de referências bibliográficas..... | 28 |
| | Anexos | 30 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Relação entre pagamentos diretos e despesas catastróficas..... | 6 |
| Figura 2 - Percentagem de despesa de saúde no total da despesa..... | 14 |
| Figura 3 – Composição da despesa total por Quintil de despesa | 14 |
| Figura 4 – Despesa de saúde desagregada total | 15 |
| Figura 5 – Despesa de saúde desagregada por Quintil de despesa | 16 |
| Figura 6 – Despesa de saúde desagregada com pelo menos um idoso por quintil de despesa | 17 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Definição e construção das variáveis utilizadas para o cálculo de despesas de saúde catastróficas..... | 11 |
| Tabela 2 – Análise de algumas características dos agregados familiares, por quintil de despesa e para o total da amostra..... | 18 |
| Tabela 3 – Análise de algumas características dos agregados familiares com pelo menos um idoso no agregado familiar no total e por quintil de despesa | 21 |
| Tabela 4 – Análise da percentagem da despesa em saúde desagregada das famílias que incorrem em despesas catastróficas | 22 |

1. Introdução

Num cenário de crise económica e financeira, iniciada em 2008, Portugal, segundo dados da PORDATA, presenciou, como muitos outros países da União Europeia, quedas do Produto Interno Bruto (PIB) e aumentos da taxa de desemprego. No desenrolar destes acontecimentos, Portugal teve de recorrer a empréstimos externos provenientes do Fundo Monetário Internacional (FMI) e da União Europeia em 2011, para poder fazer face ao seu défice orçamental. Foi assinado um Memorando de Entendimento com diversas medidas de ajustamento, entre as quais a limitação das despesas em saúde.

Face a estes condicionalismos, e ao mesmo tempo que assistiam a uma redução de rendimentos devidos aos cortes nos salários e apoios sociais, os indivíduos e famílias foram desta forma expostos a despesas mais elevadas na área da saúde. De facto, o peso dos pagamentos diretos com cuidados de saúde no total da despesa em saúde atingiu em 2012 um pico de 32%, comparado com 21% na UE-28 (OECD, 2014), apontando os últimos dados disponíveis para um peso de 28%, em 2016, ainda muito acima da UE-28, com 18% (OCDE, 2018). Os pagamentos diretos ocorrem no momento da utilização de cuidados e quando absorvem uma grande fatia dos orçamentos familiares podem colocar em causa a satisfação de outras necessidades básicas, como por exemplo, vestuário ou educação. Além disto, as famílias de rendimentos inferiores são particularmente vulneráveis nestes contextos. Por um lado, têm menos recursos e por outro, encontrando-se naturalmente expostas a fracas condições de vida, resultando assim numa saúde mais debilitada, têm maior necessidade de cuidados (o que pode acarretar maiores despesas em saúde) (Wagstaff, 2002).

Desta forma, a equidade no financiamento de cuidados de saúde é uma dimensão da política de saúde de extrema importância dado que, implica que os pagamentos estejam relacionados com a capacidade de pagar por parte dos indivíduos e agregados familiares e também, que a utilização destes cuidados esteja relacionada com a necessidade, atuando desta forma como proteção contra despesas catastróficas que ponham em causa o bem-estar dos agregados (De Graeve e Xu, 2008).

Assim, o presente trabalho irá apresentar uma revisão da literatura existente acerca de equidade no financiamento de cuidados de saúde, que será dividida em três partes, a primeira referente a conceitos relacionados com a equidade, a segunda, será uma contextualização da prevalência das despesas catastróficas no mundo e a terceira, exclusivamente sobre Portugal, onde serão salientados principais resultados e a situação em que se encontra o país comparativamente a países da OCDE.

De seguida, será apresentada a metodologia, que incluirá dados, variáveis, a construção das variáveis e a metodologia de análise dos dados. A análise dos dados será realizada com base em dados recolhidos do Inquérito às Despesas das Famílias (IDEF) 2015/2016, recolhidas pelo INE. Irão ser realizadas três análises, a primeira para calcular a percentagem de famílias que incorrem em despesas catastróficas utilizando a metodologia da Organização Mundial de Saúde, de seguida utilizando apenas agregados familiares que na sua composição tenham pelo menos um idoso, irá também ser calculado a percentagem de agregados com despesas catastróficas, por fim irá ser realizada uma análise cuja amostra será composta apenas pelos agregados que incorrem em despesas catastróficas, a fim de testar qual a componente da despesa em saúde que mais influencia os agregados a incorrerem em despesas catastróficas. O software utilizado será o IBM SPSS Statistics 25.0. Seguindo-se, posteriormente a secção dos resultados, discussão e conclusão.

2. Equidade no financiamento dos cuidados de saúde

2.1. Conceitos

A equidade é um dos objetivos das políticas de saúde, sobretudo, nos países da União Europeia, inclusive Portugal. A equidade no contexto da saúde é usualmente associada à equidade de utilização, acesso e obtenção de cuidados de saúde e, portanto, independentemente da classe social que cada cidadão ocupa na sociedade e das circunstâncias económicas em que se encontra, deve ser possível assegurar que todos os cidadãos obtenham o seu potencial máximo de saúde.

Sendo assim, garantir a prossecução do conceito equidade, é garantir que não existem diferenças, relacionadas neste caso específico com aspetos da saúde e igualdade de oportunidades, entre grupos de indivíduos caracterizados quer a nível social, como geográfico e demográfico (Furtado e Pereira, 2010).

No entanto, o facto de existir equidade não significa que o acesso aos cuidados de saúde seja igual para todos os cidadãos, pois é natural que se assuma que existam cidadãos com maiores necessidades do que outros. Assim, pode-se definir o conceito de equidade vertical, que se caracteriza pelo facto de o acesso a cuidados de saúde poder ser diferenciado de acordo com graus de necessidade. Por outro lado, a equidade também pode ser definida de uma perspetiva horizontal, isto é, a indivíduos que apresentam a mesma necessidade de

cuidados de saúde, deve ser-lhes garantido o acesso igualitário a esses cuidados, qualquer que seja a situação social e/ou económica de cada um (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000).

A par da equidade na utilização, revela-se igualmente importante a equidade no financiamento dos cuidados de saúde, a qual foi reconhecida há quase duas décadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das dimensões de avaliação dos sistemas de saúde (OMS, 2000).

Do ponto de vista conceptual, o consenso é que, enquanto a utilização de cuidados deve depender da necessidade, os pagamentos relacionados com os cuidados de saúde devem estar intimamente ligados à capacidade de pagar de cada agregado familiar. Para além disso, é fundamental a proteção financeira, que garante que agregados familiares estejam protegidos contra despesas de saúde catastróficas, as quais correspondem a despesas em saúde de tal modo elevadas em relação aos recursos dos agregados familiares, que podem conduzi-los a restringir o consumo de bens de primeira necessidade, como por exemplo roupa e educação (De Graeve e Xu, 2008). Para que estas medidas se verifiquem é necessário que haja uma separação entre o ato de pagar e a utilização dos serviços de saúde e também que agregados com rendimentos mais elevados contribuam mais para o sistema de saúde do que agregados de rendimentos inferiores, para que o sistema de saúde seja equitativo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) a coleta de receitas, isto é, a forma como o sistema de saúde é financiado realiza-se a partir de seis principais formas: impostos diretos, impostos indiretos, seguros de saúde, contribuições para a segurança social, donativos e por fim, pagamentos diretos.

O presente trabalho de projeto irá basear-se neste último, os pagamentos diretos, ou seja, “taxas ou copagamentos frequentemente cobrados pelas consultas com profissionais de saúde, por procedimentos médicos ou de diagnóstico, pelos medicamentos ou outros bens, e por exames laboratoriais” (OMS, 2010). Os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) ocorrem no momento da utilização de cuidados ou no momento de aquisição de bens como medicamentos e dispositivos médicos (óculos, aparelhos auditivos, etc.). Este tipo de financiamento irá servir de base para se poder estudar as despesas catastróficas.

Torna-se pertinente destacar a importância deste tipo de financiamento no quotidiano de inúmeros indivíduos uma vez que, segundo a OMS, estimativas globais apontam que 1,3 mil milhões de indivíduos de rendimentos inferiores não conseguem ter acesso a cuidados de saúde dado que, quando necessitam de recorrer a este tipo de serviços não têm a capacidade de efetuar nesse mesmo momento o seu pagamento. Gera-se assim um efeito “bola de neve”, isto é, para poderem fazer face aos pagamentos diretos obrigatórios

algumas pessoas terão a necessidade de redirecionar poupanças ou endividarem-se e, as que não têm de nenhuma possibilidade de os poderem efetuar, irão prejudicar ainda mais a sua saúde e serão levados a deixar os seus empregos uma vez que estarão demasiado doentes para trabalhar, acentuando-se assim a sua pobreza (OMS, 2010).

Portanto, o estudo da temática da equidade no financiamento dos cuidados de saúde revela ser de extrema importância. Para o efeito foram desenvolvidas na literatura duas abordagens: uma que analisa a relação entre os pagamentos e a capacidade de pagar e outra relacionada com a proteção contra despesas catastróficas.

Num caso, analisa-se em que medida os pagamentos dos cuidados de saúde alteram a distribuição do rendimento pela população, tornando esta distribuição mais desigual (pagamentos regressivos), mais igualitária (pagamentos progressivos) ou mantendo-a (situação de neutralidade quando os pagamentos são proporcionais). No outro caso, analisam-se as situações de despesas catastróficas.

A primeira abordagem é baseada em índices de progressividade e no impacto dos custos em cuidados de saúde no rendimento das famílias, isto é, uma avaliação da percentagem do rendimento total das famílias que é direcionada para gastos em cuidados de saúde.

O financiamento pode ser regressivo, neutro (proporcional) ou progressivo. Quando estamos perante formas de financiamento dos cuidados de saúde do tipo regressivo, quanto maior for o rendimento disponível dos agregados familiares, menor será a percentagem dedicada a gastos em cuidados de saúde, em função desse rendimento. Sendo, desta forma, evidente, que este tipo de financiamento apenas beneficie agregados familiares pertencentes a classes sociais em que os seus rendimentos já são elevados. Em formas de financiamento neutras os gastos em saúde são proporcionais ao rendimento disponível e, por último, em formas de financiamento de cuidados de saúde progressivas, quanto maior for o rendimento dos agregados familiares, maior será a percentagem despendida por estes em cuidados de saúde, em função desse mesmo rendimento.

As formas de financiamento do tipo progressivo e neutro são promotoras da equidade, visto que, indivíduos com menos posses monetárias irão beneficiar destes tipos de financiamento, ou seja, contribuirão relativamente menos ou proporcionalmente ao seu rendimento, respetivamente.

A segunda abordagem, que será o foco do presente trabalho de projeto, consiste numa análise das despesas catastróficas, definidas acima.

De acordo com Xu *et al.* (2003), existem três principais motivos potenciadores de despesas catastróficas nos agregados familiares: a baixa capacidade de pagar por parte do agregado; pagamentos diretos no ato de consumo, caso concreto de Portugal; e por fim, a falta de um sistema de pré-pagamento.

2.2. Breve perspetiva da prevalência das despesas catastróficas no mundo

De acordo com a OMS (2010), na China, os pagamentos diretos representavam cerca de 20% da despesa total em saúde em 1980 enquanto que, no ano de 2000 esta fonte de financiamento passou a representar 60% da despesa total em saúde. Com o crescente aumento dos pagamentos diretos como fonte de financiamento dos cuidados em saúde, o risco de os agregados familiares incorrerem em despesas catastróficas também aumenta.

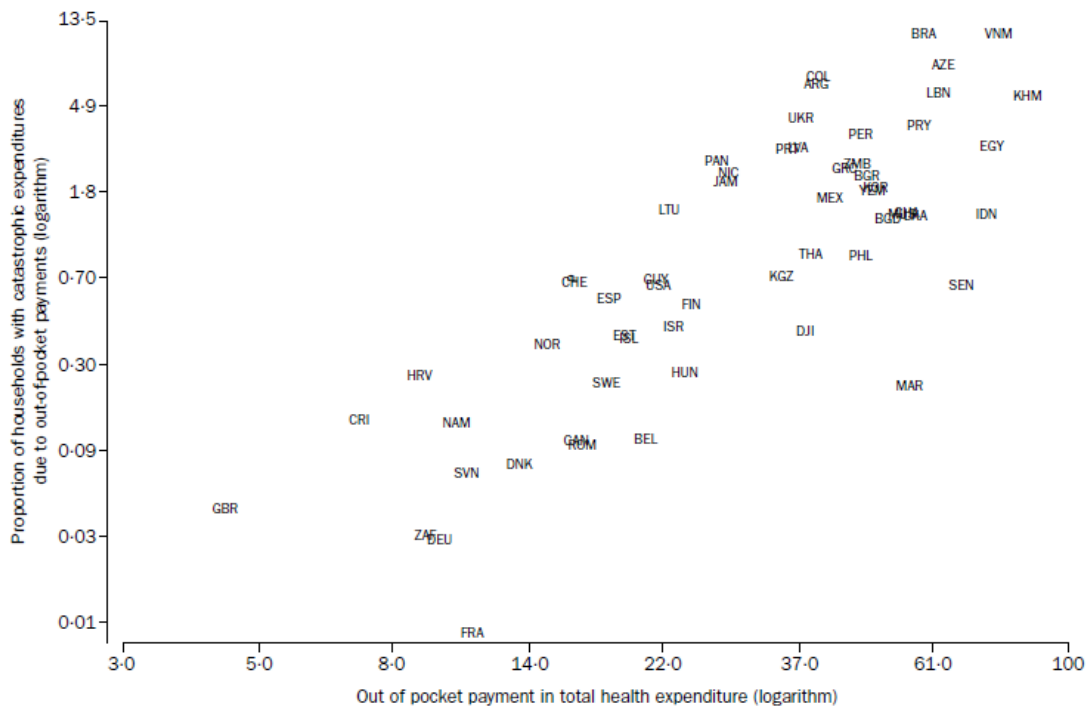
Perante tais valores, o governo chinês decidiu implementar medidas capazes de reduzir o peso dos pagamentos diretos e aumentar a proporção da população que é abrangida por seguros, de forma a evitar o risco financeiro e o risco de doença, potenciada pelo risco financeiro, pelo facto de inúmeros agregados familiares não procurarem os cuidados médicos por não poderem suportar os custos em que teriam de incorrer. No entanto, a China não foi caso único, sendo que muitos países de baixos e médios rendimentos, como por exemplo, o Brasil, Chile, Cuba e a Colômbia, de forma a aumentarem a proteção contra o risco financeiro, especialmente dos agregados mais desfavorecidos, expandiram várias formas de pré-pagamento e de fundos comuns (OMS, 2010).

Asante *et al.* (2016) evidenciam a crescente preocupação relativamente à equidade no financiamento dos cuidados de saúde que existe por parte de países cujo rendimento per capita é considerado baixo ou médio, onde nem todos têm acesso a cuidados básicos de saúde por não serem capazes de os pagarem e onde o risco de incorrerem em despesas catastróficas é elevado.

No sentido de perceber qual seria a percentagem de agregados familiares que incorrem todos os anos em despesas catastróficas e a sua relação com os pagamentos diretos - fonte de financiamento onde indivíduos e agregados podem efetivamente ser “empurrados” para situações de pobreza ou de pobreza extrema, Xu *et al.* (2003) realizou um estudo em que incluiu 59 países. A partir do decorrente estudo produziu-se o seguinte gráfico visível na figura 1, em que é possível perceber-se a existência de uma correlação positiva entre o peso dos pagamentos diretos no total da despesa em saúde e as despesas catastróficas. Adicionalmente, é perceptível que a variável pagamentos diretos não é a única que contribui

para o aumento das despesas catastróficas, sendo que existirão outros fatores, como: as políticas de cada país, se é um país de baixo, médio ou alto rendimento, entre outros, que irão influenciar as despesas catastróficas.

Figura 1 - Relação entre pagamentos diretos e despesas catastróficas



Fonte: “Xu *et al* (2003).”

Daqui, retira-se uma conclusão fundamental e que vai ao encontro do objetivo deste trabalho de projeto, ou seja, quanto maior for a dependência de pagamentos diretos, maior será a prevalência das despesas catastróficas, facto este agravado por existirem muitos agregados em situação de pobreza ou pobreza extrema, percebendo-se, portanto, que existe uma forte relação positiva entre as variáveis.

2.3. Equidade no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal

A promoção da equidade, no caso concreto de Portugal, passou a ser um dos principais objetivos da política de saúde e a mesma encontra-se consagrada na Constituição da República Portuguesa (Art. 64º), mais concretamente no Art.64º, alínea 3ª) na qual o Estado é incumbido de “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua

condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, encontrando-se igualmente legislação acerca da equidade na Lei na qual se baseia o Serviço Nacional de Saúde (Lei nº56/79 de 15 de setembro) e na Lei das Bases de Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto). Nesta última destaca-se na Base II, 1-a), como “objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam”.

Contudo, apesar do esforço do legislador, o objetivo de aumentar a equidade/igualdade entre cidadãos, no que diz respeito a cuidados de saúde, não tem sido alcançado, sendo isto visível tanto ao nível de índices de progressividade, como ao nível da incidência de despesas catastróficas nos agregados, dado que, uma grande percentagem do financiamento dos cuidados de saúde se baseia em pagamentos diretos. Por um lado, a evidência tem concluído que existe regressividade dos pagamentos e por outro, existe ainda uma percentagem considerável de agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas. De acordo com dados do PORDATA, verificou-se períodos de queda nos gastos públicos em saúde, principalmente do ano de 2010 para 2013, com a agravante da crise económica e financeira que Portugal vivenciou a partir de 2008/2009 (PORDATA, 2019). Perante a crise económica e financeira e para fazer face ao défice acumulado, houve a necessidade de recorrer a ajuda externa nos anos de 2011/2012, uma vez que, o país não era capaz de o colmatar de forma autónoma, desta forma, houve a necessidade de intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI) e de fundos provenientes da União Europeia. Aquando da sua intervenção foram impostas algumas regras e metas que tinham como principal objetivo a promoção da eficiência e a redução de custos, nomeadamente ao nível da regulação, da promoção da saúde, do mercado farmacêutico, cuidados de longo prazo e cuidados primários e hospitalares. A imposição destas regras poderão ter colocado em causa o alcance da equidade no financiamento dos cuidados em saúde dado que o SNS é composto na sua grande maioria por hospitais públicos, que por sua vez, são geridos pelas contas públicas (Barros, 2012; Reeves *et al.*, 2014; Simões *et al.*, 2017).

Face à limitação das despesas em saúde, indivíduos e famílias foram expostos a despesas mais elevadas na área da saúde, como confirmado pelo acentuado peso dos pagamentos diretos com cuidados de saúde no total da despesa em saúde. Verificou-se que a percentagem média de pagamentos diretos representava 18% do total dos pagamentos nos países da OCDE, no ano de 2016. Relativamente a Portugal e Espanha, estes apresentavam no ano de 2016 valores de 28% e 24%, respetivamente, valores estes bastante superiores à média de 18% verificada. Adicionalmente, é importante também referir o Reino Unido e a

Grécia. No primeiro caso, a sua importância reside no facto de se poder realizar uma análise comparativa com Portugal dado que, ambos possuem um Serviço Nacional de Saúde (SNS), verificando-se no caso do Reino Unido uma percentagem de 15%, bastante inferior à de Portugal. No segundo caso, a comparação entre Grécia e Portugal justifica-se devido a ambos os países terem sido bastante afetados pela crise económica e financeira sendo que, na Grécia esta percentagem atingiu o valor de 34%, um valor bastante superior ao de Portugal (OCDE, 2018).

O estudo de Xu *et al.* (2003) baseou-se em 59 países e utilizou dados dos inquéritos às despesas das famílias de 1995, de forma a realizar uma análise sobre despesas catastróficas. Daqui conclui-se que 2,71% das famílias portuguesas incorreram em despesas catastróficas, resultados estes não expectáveis, por Portugal ser considerado um país desenvolvido e, segundo Xu *et al.* (2003), países desenvolvidos deveriam estar abaixo de 0,5%, no que diz respeito às despesas catastróficas. Todavia, e a título de exemplo, no caso dos Estados Unidos da América (EUA), o facto de este apresentar um valor acima de 0,5% de despesas catastróficas, poderá fazer sentido pelo facto de este país não apresentar um serviço de saúde nacional, ou seja, o formato do financiamento do serviço de saúde americano é baseado em esquemas de pré-pagamento, seguros sociais e/ou privados, que por sua vez exercem uma pressão muito elevada no orçamentos dos seus habitantes, o que poderá explicar o elevado número de famílias a enfrentarem despesas catastróficas.

Ainda referente a despesas catastróficas em Portugal, dois estudos realizaram uma análise muito semelhante a Xu *et al.* (2003), sendo eles Kronenberg e Barros (2014) e Quintal e Lopes (2016). Kronenberg e Barros (2014) utilizaram dados dos inquéritos às despesas das famílias portuguesas dos anos de 2000 e 2005, concluindo que, e de acordo com dados relativos a 2000, 7% das famílias portuguesas incorreram em despesas catastróficas e que, do ano de 2000 para 2005 ocorreu uma redução de 2 pontos percentuais, ou seja, apenas 5% das famílias incorreram em despesas catastróficas em 2005. Quintal e Lopes (2016) utilizaram dados dos inquéritos às famílias portuguesas dos anos de 2010/2011 e concluíram que 2,1% das famílias portuguesas suportaram despesas catastróficas, extraíndo-se daqui que ocorreu de facto, uma redução considerável da percentagem de despesas catastróficas desde o ano de 2000 até ao ano 2010/2011, indicando que o país está a progredir no sentido equitativo, apesar de ainda se encontrar acima dos 0,5%.

Por fim, e tendo em conta o índice de progressividade, alguns estudos recorrendo a dados relativos a Portugal, testaram se os pagamentos diretos tinham carácter progressivo, regressivo ou neutro.

Wagstaff *et al.* (1999) realizaram um estudo sobre índices de progressividade envolvendo países da OCDE nos anos 90, inclusive Portugal. Para a realização do mesmo, foram utilizados dados provenientes dos inquéritos às despesas das famílias realizados nos anos 1989/1990, com o objetivo de calcular os índices de progressividade utilizando o índice de Kakwani. O seguinte índice é interpretado da seguinte forma: valores positivos do mesmo mostram progressividade nos pagamentos; valores negativos mostram regressividade; valores nulos (numericamente zero) mostram neutralidade. Neste estudo concluiu-se que no total dos pagamentos, na maioria dos países, o índice de Kakwani apresentava valores inferiores a zero, ou seja, existia uma clara evidência de regressividade no conjunto do financiamento dos cuidados em saúde. Nos pagamentos diretos a evidência dessa regressividade foi ainda mais visível, pois todos os países, à exceção de Espanha, no ano de 1980, apresentavam valores mais negativos do que no total dos pagamentos. No caso de Portugal, verificou-se que os pagamentos diretos e o total dos pagamentos apresentavam um índice de Kakwani de -0.2424 e -0.0445, respetivamente, tornando-se, portanto, evidente que Portugal, na referida época, experienciava grandes desigualdades no que diz respeito ao financiamento de cuidados de saúde.

Um estudo realizado mais recentemente por Quintal e Venceslau (2011), utilizou dados do Inquérito Nacional de Saúde dos anos de 2005/2006 em Portugal e retirou conclusões semelhantes ao estudo realizado por Wagstaff *et al.* (1999), ou seja, os pagamentos diretos totais apresentavam um índice de carácter regressivo, com um valor de -0.3035. Concluiu-se assim, que o índice de Kakwani para além de ser negativo, ou seja, regressivo, essa mesma regressividade sofreu um aumento.

Por fim, Quintal e Lopes (2016) também apresentam valores para o índice de Kakwani para os pagamentos diretos totais de -0.074 e para os medicamentos de -0.225. Apesar de ambos os índices serem regressivos, é possível observar-se que desde os anos de 2005/2006 até aos anos de 2010/2011, os índices encontram-se a evoluir no sentido da neutralidade (valor zero), onde a capacidade de pagar é proporcional ao rendimento.

3. Métodos: dados, variáveis e análise

Os dados utilizados neste estudo provêm do Inquérito às Despesas das Famílias 2015/2016, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). O principal objetivo deste inquérito é avaliar as condições de vida da população que, no momento do inquérito, habitava em território nacional e, onde é aplicado grande parte do seu rendimento. Os dados

foram recolhidos entre março de 2015 e março de 2016, em todas as regiões NUTS II (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores) (INE, 2017). O estudo inclui 11398 observações.

O estudo das despesas catastróficas opõe, por um lado, os recursos dos agregados e por outro, as suas despesas com cuidados de saúde. Como proxy dos recursos utiliza-se a despesa total dos agregados familiares. Uma alternativa seria usar o rendimento, contudo, as despesas são menos propensas a flutuações de curto prazo do que o rendimento e este poderá não refletir bem a capacidade de pagar pelo facto de as famílias poderem despende usando poupanças ou recorrendo a empréstimos (O'Donnell *et al.*, 2008).

O presente trabalho de projeto seguirá a metodologia proposta por Xu *et al.* (2003) e Xu (2005). Segundo os autores, um agregado familiar incorre em despesas catastróficas caso os pagamentos diretos de cuidados de saúde que efetue forem iguais ou superiores a 40% da sua capacidade de pagamento, limiar este que será a base deste trabalho de projeto. A capacidade de pagamento corresponde aos gastos de não subsistência. Gastos de subsistência correspondem ao montante que cada agregado familiar deve gastar em alimentos, tendo em conta a sua dimensão equivalente e a quantia gasta, em média, por adulto equivalente, pelos agregados cujo peso das despesas em alimentação na despesa total se encontra entre o percentil 45 e o percentil 55. Essencialmente, é utilizar como norma os gastos em alimentação, por adulto equivalente, da família mediana (em que as famílias são ordenadas pelo peso das despesas de alimentação).

Como base, no presente trabalho de projeto, irá utilizar-se a definição de despesas catastróficas, em que estas correspondem ao rácio das despesas diretas em saúde e a capacidade de pagamento dos agregados. Caso este rácio seja superior ou igual a 40% os agregados familiares incorrem em despesas catastróficas, caso contrário, o mesmo não se verifica. Para além desta análise, irá realizar-se também uma análise de sensibilidade, como proposto por Xu (2005), na qual o objetivo é testar os limiares de 30%, 20% e 10%.

Conforme referido na secção 2.1, a ausência de despesas pode significar a não utilização de cuidados necessários. Assim, será também analisada a percentagem de agregados familiares que não apresentam qualquer tipo de despesa em saúde.

Posteriormente, e de acordo com conclusões retiradas do estudo de Quintal e Lopes (2016) no qual são analisados alguns fatores que podem influenciar os agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas, foi possível extrair que o facto de existir pelo menos um idoso no agregado familiar faz com que a probabilidade desse agregado incorrer em despesas catastróficas aumente significativamente. Para esta parte do trabalho de projeto

repetir-se-á a análise do rácio descrito acima e a análise de sensibilidade, no entanto com a amostra reduzida para agregados familiares que tenham pelo menos um idoso no agregado familiar (4113 agregados familiares).

Seguidamente, Quintal e Venceslau (2011) concluíram que os medicamentos, em termos de índice de progressividade dos pagamentos, eram bastante regressivos, ou seja, quanto maior o rendimento do agregado familiar, menor a fatia do rendimento despendida para gastos em medicamentos, para tal, irá ser feita uma análise com base no rácio de todas as componentes que integram as despesas em saúde e a despesa total em saúde, para se poder testar qual das componentes da despesa em saúde afetou, com mais intensidade os agregados familiares que incorreram em despesas catastróficas. Para além de se realizar uma análise ao rácio referido acima irá também ser realizado um teste de sensibilidade a 30%, 20% e a 10%.

Por fim, será analisado o empobrecimento das famílias. Este indicador é também sugerido por Xu (2005) e usado pela OMS para monitorizar a proteção financeira das famílias (WHO and the World Bank, 2017). Considera-se que existe empobrecimento se um agregado se encontra acima do limiar de pobreza antes de efetuar os pagamentos dos cuidados de saúde e após estes pagamentos cai numa situação de pobreza (abaixo do limiar). Xu (2005) propõe como limiar de pobreza os gastos de subsistência. Neste trabalho iremos proceder à análise do empobrecimento considerando este limiar bem como, o limiar de pobreza utilizado pela Comissão Europeia (60% da mediana nacional do rendimento disponível equivalente) (Eurostat, 2019).

A Tabela 1 fornece informações sobre a definição e construção de variáveis utilizadas para calcular as despesas catastróficas e o empobrecimento das famílias.

Tabela 1 – Definição e construção das variáveis utilizadas para o cálculo de despesas de saúde catastróficas

| Variável | Designação IDEF | Descrição |
|------------|--------------------|--|
| <i>exp</i> | desp_total | Despesas de consumo do agregado familiar (monetária e não monetária, incluindo o valor monetário do consumo de produtos caseiros e o valor de consumo dos ativos de longo prazo) |

| | | |
|--------------------------|-------------|---|
| <i>oop</i> | desp_06 | Pagamentos realizados pelos agregados familiares no ato do consumo de serviços de saúde |
| <i>eqsize</i> | Escala_ocde | Dimensão equivalente de cada agregado familiar. Escala de equivalência da OCDE |
| <i>food</i> | desp_01 | Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas |
| <i>foodexp</i> | | Percentagem da despesa em alimentação na despesa total ($foodexp = \frac{food}{exp}$) |
| <i>eqfood</i> | | Despesa alimentar equivalente ($eq\ food = \frac{food}{eqsize}$) |
| <i>pl</i> | | Média das despesas de alimentação por adulto equivalente, tendo em conta as famílias que se encontram entre os percentis 45 e 55 do peso das despesas de alimentação no total da despesa (famílias ordenadas por <i>foodexp</i>) |
| <i>se</i> | | Despesa de subsistência do agregado familiar ($se = pl * eqsize$) |
| <i>ctp</i> | | Capacidade de pagar do agregado familiar ($ctp = exp - se$ Se $se \leq food$, $ctp = exp - food$ Se $se > food$) |
| <i>oopctp</i> | | Peso dos pagamentos diretos na capacidade de pagar do agregado familiar ($oopctp = \frac{oop}{ctp}$) |
| <i>cata</i> | | Despesas catastróficas em saúde ($cata = 1$ Se $oopctp \geq 0.4$, $cata = 0$ Se $oopctp < 0.4$) |
| <i>impoor</i> | | $impoor = 1$ Se $exp > se$ e $exp - oop < se$, 0, caso contrário |
| <i>Rmonetário</i> | RMonetário | Rendimento monetário líquido anual em 2014 |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| <i>Rm_eq</i> | | $Rm_eq = \frac{Rmonetário}{eqsize}$ |
| <i>Rm_eq_oop</i> | | $Rm_eq_oop = \frac{Rmonetário-oop}{eqsize}$ |
| <i>med_Rm</i> | | $med_Rm = \text{mediana}(Rm_eq) * 0.6$ |
| <i>impoor_CE</i> | | $impoor_CE = 1$ Se $Rm_eq > med_Rm$ e $Rm_eq_oop < med_Rm$, 0, caso contrário |

Fonte: “Adaptado de Xu (2005)”

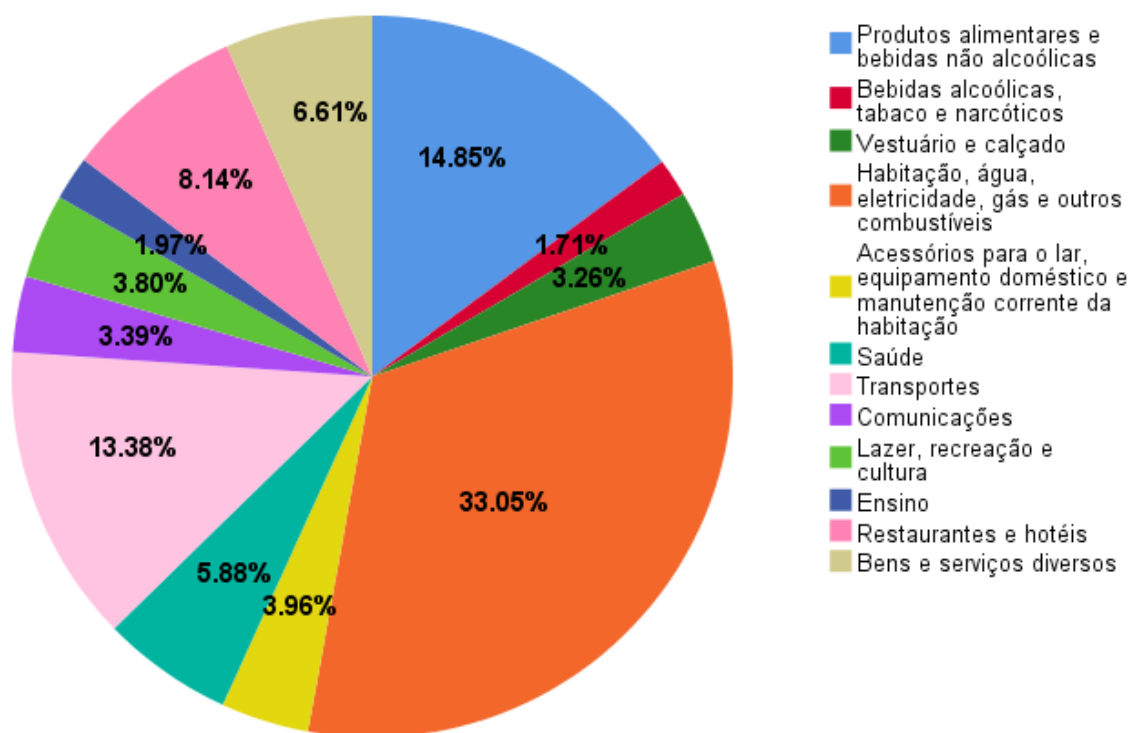
4. Resultados

Nesta secção começamos por apresentar algumas estatística descritivas sobre as despesas totais e em saúde, analisando também a sua composição. Nos anexos 1 a 6 apresentam-se o valores detalhados.

Para um melhor enquadramento da figura 3, é possível observar-se a partir da figura 2, que em média, os agregados familiares gastam 33,05% do seu rendimento em despesas relacionadas com a habitação, seguindo-se as despesas em alimentação com aproximadamente 15% e as despesas em transportes com aproximadamente 13%, sendo que cada uma das restantes despesas apresenta percentagens inferiores a 9%.

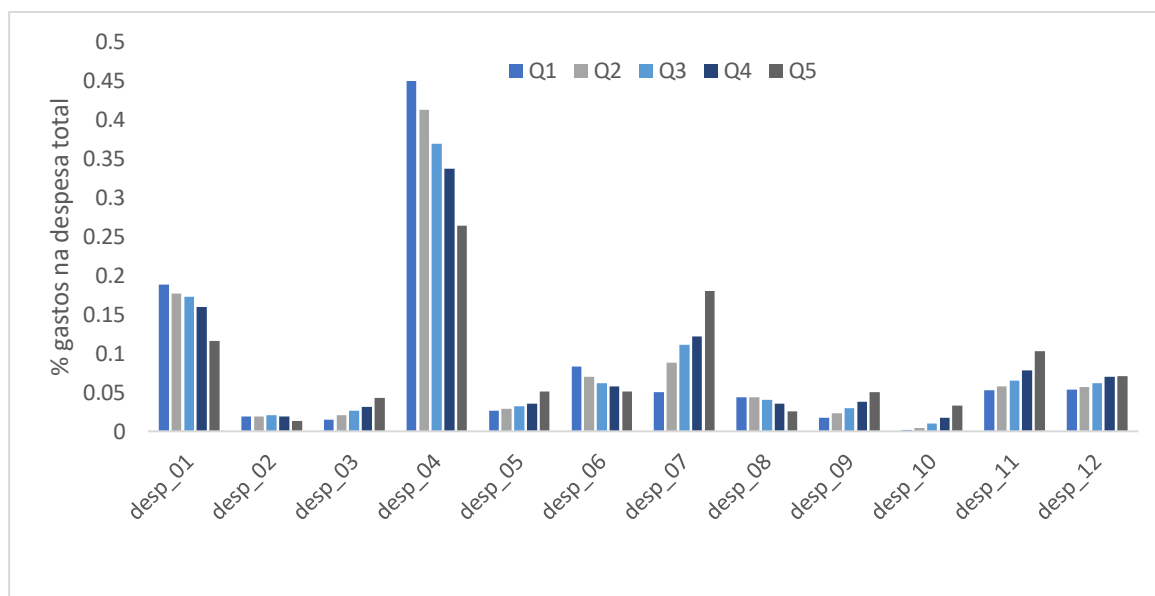
Interpretando os resultados obtidos da figura 3, é visível que de facto à medida que se progride do 1º quintil para o 5º quintil, ou seja, à medida que os recursos das famílias aumentam, a fatia que é gasta em alimentação, água, luz, gás, habitação, saúde e produtos alimentares diminui e, aumenta a fatia despendida em ensino, lazer, restaurantes e hotéis. Da análise gráfica é possível observar-se, essencialmente, a importância que famílias de rendimentos inferiores dão a bens de primeira necessidade, como o caso da alimentação da habitação.

Figura 2 - Percentagem de despesa de saúde no total da despesa



Fonte: “Elaboração própria”

Figura 3 – Composição da despesa total por Quintil de despesa¹



Fonte: “Elaboração própria”

¹ Legenda: desp_01:Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas; desp_02: Bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos; desp_03: Vestuário e calçado; desp_04: Habituação, água, luz, gás e outro combustíveis; desp_05:Acessório para lar, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação; desp_06: Saúde; desp_07: Transportes; desp_08:Comunicações; desp_09: Lazer, recreação e cultura; desp_10: Ensino; desp_11: Restaurantes e hotéis; desp_12: Bens e serviços diversos

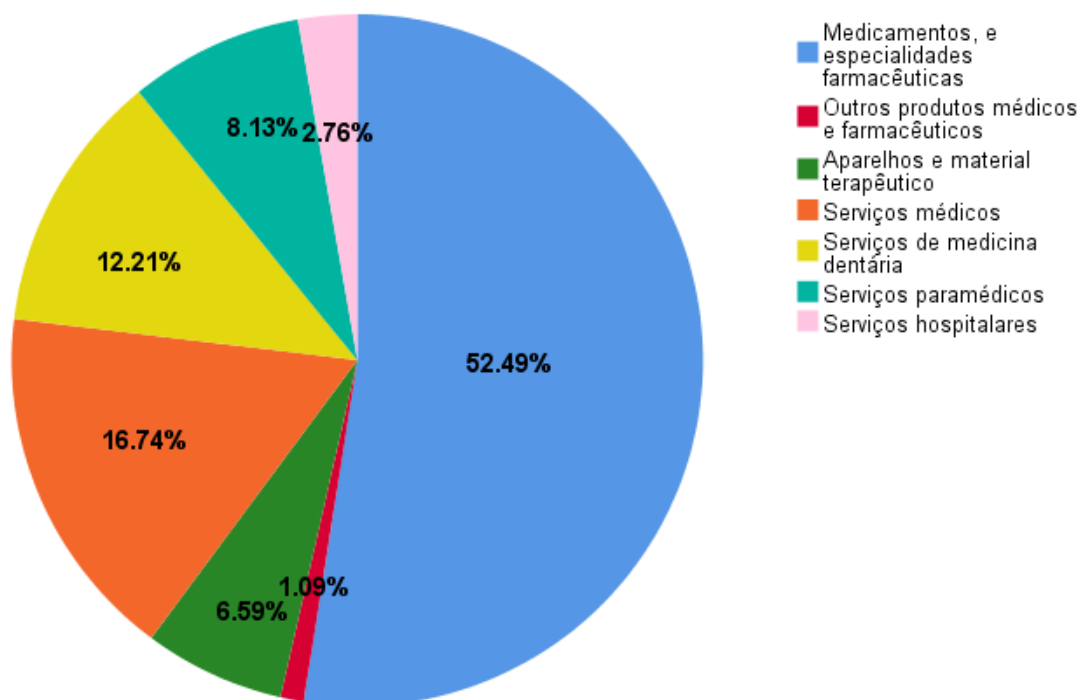
Para se poder entender melhor onde os agregados familiares despendem os seus recursos na saúde, procedeu-se à desagregação por componentes das despesas de saúde. Inicialmente, e para uma melhor compreensão da figura 5, a partir da figura 4, é perceptível o elevado peso que os medicamentos representam na despesa em saúde dos agregados familiares.

A partir da figura 5 é imediatamente perceptível uma diminuição da percentagem que os medicamentos ocupam no rendimento total e um aumento de todas as outras componentes à medida que se aumenta de quintil.

As despesas em outros produtos médicos e farmacêuticos e aparelhos e material terapêutico não apresentam variações significativas à medida que se aumenta de quintil. Por outro lado, uma vez que o peso relativo dos medicamentos e especialidades farmacêuticas recai sobre famílias de rendimentos inferiores que por sua vez, apresentam também despesas inferiores, à medida que se progride nos quintis, o peso dessa despesa diminui. Desta forma, a variável medicamentos e especialidades farmacêuticas demonstra ser a mais volátil.

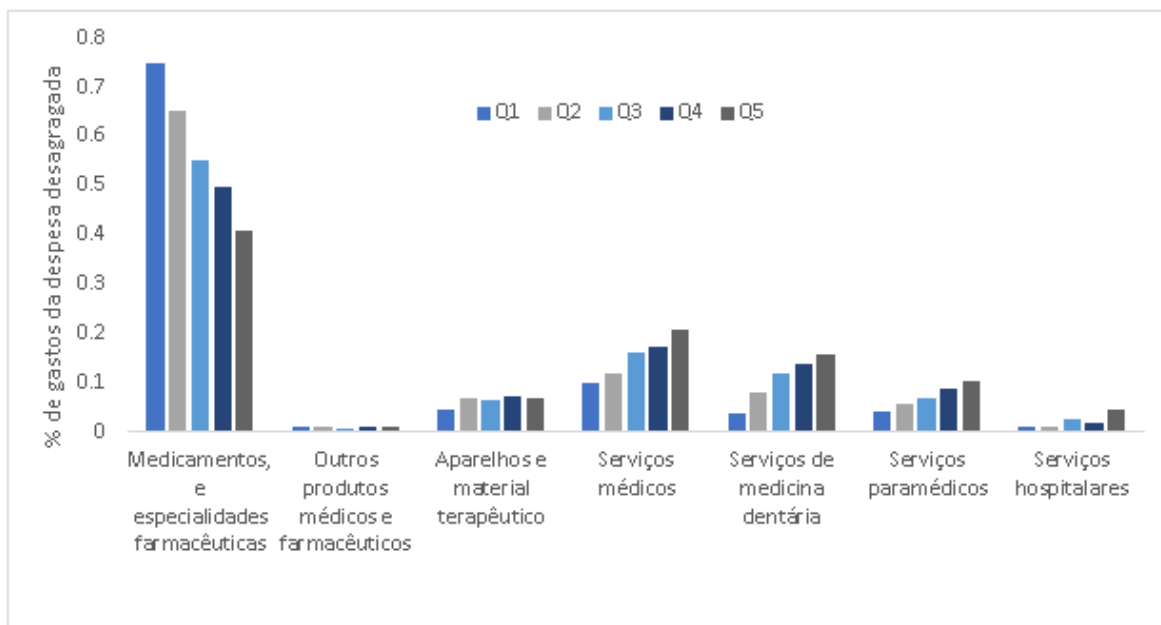
Contrariamente, as despesas em medicina dentária e serviços hospitalares, aumentam o peso relativo à medida que se aumenta de quintil.

Figura 4 – Despesa de saúde desagregada total



Fonte: “Elaboração própria”

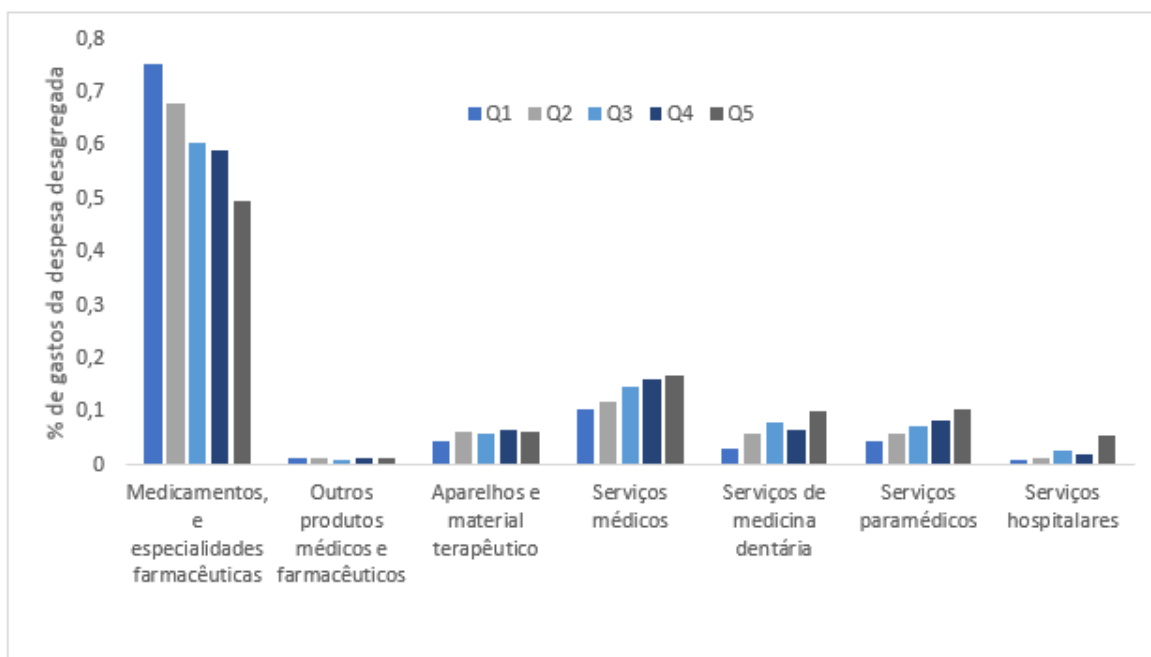
Figura 5 – Despesa de saúde desagregada por Quintil de despesa



Fonte: “Elaboração própria”

Segundo Quintal e Lopes (2016), o facto de existir pelo menos um idoso no agregado familiar representa o maior fator de risco causador de despesas catastróficas portanto, através de uma análise às despesas de saúde por quintil considerando apenas os agregados familiares que na sua constituição têm pelo menos um idoso, é possível observar-se a partir da figura 6, que em todos os quintis a maior fatia do rendimento é direcionada para o consumo de medicamentos no entanto, e como se analisou acima, à medida que se avança nos quintis a percentagem do consumo de medicamentos no rendimento vai diminuindo, dando lugar a maiores percentagens das restantes componentes. Neste caso em especial, o facto de os medicamentos ocuparem uma maior fatia dos rendimentos dos agregados que na sua composição têm pelos menos um idoso comparativamente à totalidade da amostra, é expectável, pois à medida que os indivíduos envelhecem, a necessidade de se medicarem aumenta.

Figura 6 – Despesa de saúde desagregada com pelo menos um idoso por quintil de despesa



Fonte: “Elaboração própria”

A média das despesas de alimentação por adulto equivalente para as famílias medianas (*pl*) calculado com base no IDEF 2015/2016 é de 1637,93 euros.

Os valores da capacidade média de pagar e do peso médio de pagamentos diretos em saúde apresentados na tabela 2, apresentam uma evolução crescente de quintil para quintil, no primeiro caso expetável, porque famílias que possuem maiores rendimentos também terão maior capacidade de pagar. Como podemos observar na tabela 2, a média da despesa total das famílias do quinto quintil é 5,4 vezes superior à do primeiro quintil de despesa, e em termos de capacidade de pagar a diferença é ainda maior, sendo 6 vezes superior. Relativamente às despesas em saúde, os agregados do quinto quintil, gastam em média 3,3 vezes mais do que os agregados do primeiro quintil.

Relativamente à percentagem de pagamentos diretos com saúde na despesa total e a percentagem de despesa em saúde tendo em conta a capacidade de pagar dos agregados familiares, estas apresentam uma tendência decrescente, à medida que se progride nos quintis, tendência esta igualmente expectável, devido à regressividade dos pagamentos diretos, como foi possível depreender da literatura anterior sobre Portugal. No entanto, apesar da despesa média em saúde aumentar de quintil para quintil, tal não acontece em termos de despesa em saúde tendo em conta a capacidade de pagar.

Em termos de despesa catastrófica, 0,5% de agregados familiares incorreram em despesas consideradas catastróficas, quando se utiliza o limiar base da OMS (40%). No entanto, à medida que se diminui o limiar de despesa catastrófica é bastante significativo o aumento de agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas, principalmente no primeiro e segundo quintil. Esse aumento é particularmente visível quando é testado o limiar de 10% e 20%, onde no primeiro quintil os valores ascendem a 40,6% e a 16,3% de agregados familiares com despesas catastróficas, respetivamente, e onde a média total atinge os 27,5% e 7,8%, respetivamente.

Existe uma percentagem de agregados familiares que não reportam qualquer tipo de despesas em saúde. A percentagem de agregados com despesa nula no total da amostra é de 10,4%, sendo que, nos primeiros dois quintis de despesa essa percentagem é significativamente superior, ou seja, os quintis mais desfavorecidos da amostra são os que apresentam uma percentagem mais elevada de despesas em saúde nulas.

Por fim, o empobrecimento das famílias é mais visível no primeiro quintil de despesa, que apresenta o valor de 0,6%, percentagem esta correspondente às famílias que até ao momento não eram consideradas pobres, mas após realizarem pagamentos diretos em saúde empobreceram. Considerando o limiar de pobreza da Comissão Europeia, constata-se que 4,6% das famílias empobreceram devido a pagamentos realizados com a saúde.

Tabela 2 – Análise de algumas características dos agregados familiares, por quintil de despesa e para o total da amostra

| | 1º Quintil | 2º Quintil | 3º Quintil | 4º Quintil | 5º Quintil | Total (N=11398) |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| Média da Despesa Total (Euros) | 7081 | 11915 | 16160 | 21948 | 38567 | 19131 |
| Média da capacidade de pagar (Euros) | 5863 | 10132 | 13983 | 19447 | 35759 | 17033 |
| Média de pagamentos diretos em saúde por agregado (Euros) | 589,1 | 826,8 | 999,9 | 1259,9 | 1952,1 | 1125,6 |
| Pagamentos diretos no total da despesa (%) | 8,34 | 6,99 | 6,21 | 5,75 | 5,26 | 6,59 |

| | | | | | | |
|---|-------|------|------|------|------|------|
| Pagamentos diretos em relação à capacidade de pagar (%) | 10,20 | 8,26 | 7,19 | 6,49 | 5,73 | 7,75 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 40% OMS) | 1,9 | 0,4 | 0,1 | 0 | 0 | 0,5 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 30%) | 5,4 | 2,3 | 1,1 | 0,5 | 0,2 | 1,9 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 20%) | 16,3 | 9,8 | 6,7 | 4,1 | 2,3 | 7,8 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 10%) | 40,6 | 32,0 | 26,1 | 21,7 | 17,3 | 27,5 |
| % de agregados com despesas em saúde nulas | 18,4 | 12,6 | 10 | 7,3 | 3,8 | 10,4 |
| Famílias sujeitas a empobrecimento (%) | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 |
| Famílias sujeitas a empobrecimento (%) (Comissão Europeia) | 6,5 | 6,7 | 4,5 | 3,3 | 1,9 | 4,6 |

Fonte: “Elaboração própria”

Em termos dos resultados obtidos na tabela 3, onde a amostra foi reduzida para agregados que na sua composição têm pelos menos um idoso no agregado familiar (4113 agregados familiares), a média da capacidade de pagar e a média de pagamentos diretos por agregado, apresentam a mesma tendência do que quando se utiliza a totalidade da amostra. No entanto, a primeira variável apresenta em média, valores inferiores e a segunda variável exibe valores superiores. Estes valores indicam que de facto este grupo de agregados familiares apresentam um risco mais elevado de suportarem despesas catastróficas

comparativamente à amostra total, pois estamos perante uma amostra que possui menores recursos a nível financeiro e maiores despesas em saúde.

A percentagem de pagamentos diretos no total da despesa e a percentagem de pagamentos diretos em relação à capacidade de pagar, apresenta a mesma tendência que a amostra original, uma tendência decrescente, contudo, em percentagens superiores, devido à maior necessidade do consumo de bens relacionados com a saúde por parte dos agregados desta amostra.

Em termos da percentagem de agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas, esta amostra é relativamente mais suscetível de incorrer em despesas em saúde de volumes superiores, que por sua vez, a tornam mais vulnerável de incorrer em despesas catastróficas. Nesta amostra a percentagem de agregados a incorrer em despesas catastróficas, quando se tem em conta o limiar de 40%, é de 1,3%, superior ao da amostra original. Quando se testam os vários limiares, é expectável que a percentagem de familiares a incorrerem em despesas catastróficas aumente, como sucedeu na análise com dados da tabela 2. Contudo, destacando o limiar de 10%, existe aproximadamente 45% de agregados familiares a incorrer em despesa catastrófica, valor este, muito superior comparativamente aos dados da amostra total, e onde do primeiro ao terceiro quintil de despesa as percentagens de incorrer em despesa catastrófica são especialmente preocupantes e variam entre 52,5% a 44,7%.

A percentagem de agregados familiares com despesa em saúde nula, comparativamente à amostra original, é aproximadamente metade do total, seguindo a mesma tendência decrescente da amostra original à medida que se avança pelos quintis. Deste resultado pode concluir-se que existe uma maior adesão ao consumo de bens relacionados com a saúde, e por se tratar de um grupo de menores rendimentos, poderá explicar o facto de haver uma maior percentagem de agregados a incorrerem em despesas catastróficas.

O valor correspondente ao empobrecimento é aproximadamente igual da amostra original. No entanto, quando considerado o limiar de empobrecimento proposto pela Comissão Europeia a percentagem de famílias empobrecidas aumenta de 0,2% para 7,5%, valor este superior ao da amostra original por se tratar de grupo de menores posses e maiores gastos em saúde como se constata comparando os valores obtidos da tabela 2 e 3.

Tabela 3 – Análise de algumas características dos agregados familiares com pelo menos um idoso no agregado familiar no total e por quintil de despesa

| | 1º Quintil | 2º Quintil | 3º Quintil | 4º Quintil | 5º Quintil | Total (N=4113) |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| Média da Despesa Total (Euros) | 6964 | 11785 | 16028 | 21935 | 38306 | 15344 |
| Média da capacidade de pagar (Euros) | 5755 | 9969 | 13875 | 19605 | 35847 | 13526 |
| Média de pagamentos diretos em saúde por agregado (Euros) | 742,9 | 1145,1 | 1478,9 | 1807,2 | 2620,7 | 1329,5 |
| Pagamentos diretos no total da despesa (%) | 10,67 | 9,75 | 9,26 | 8,30 | 7,25 | 9,48 |
| Pagamentos diretos em relação à capacidade de pagar (%) | 13 | 11,54 | 10,7 | 9,31 | 7,85 | 11,15 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 40% OMS) | 3,1 | 0,8 | 0,4 | 0,2 | 0 | 1,3 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 30%) | 7,8 | 4,1 | 2,3 | 1,4 | 0,6 | 4,3 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 20%) | 22,3 | 17 | 13,9 | 8,9 | 4,9 | 15,7 |
| % de famílias com despesas catastróficas (limiar 10%) | 52,5 | 46,8 | 44,7 | 36,4 | 29,2 | 44,9 |
| % de agregados com despesas em saúde nulas | 9 | 4 | 2,5 | 3 | 1,3 | 4,9 |

| | | | | | | |
|---|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| Famílias sujeitas a empobrecimento (%) | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,2 |
| Famílias sujeitas a empobrecimento (%) (Comissão Europeia) | 8,5 | 10,4 | 6,8 | 5,1 | 2,8 | 7,5 |

Fonte: “Elaboração própria”

Relativamente à tabela 4, cuja informação mais detalhada consta nos anexos 14 a 17, é perceptível que as despesas em medicamentos são as que mais afetaram os agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas, relativamente ao limiar base da OMS (40%), onde é possível observar-se que, aproximadamente 53% da despesa em saúde é direcionada para os medicamentos. Quando é testado o limiar de 10% dos agregados que incorreram em despesas catastróficas, 60% da despesa em saúde foi direcionada para a aquisição de medicação.

A segunda despesa que apresenta maior percentagem da despesa total é a despesa em serviços médicos, onde no limiar de 40%, a percentagem de despesa atinge aproximadamente 22%.

Os serviços paramédicos e os serviços de medicina dentária, no limiar de 40% da despesa catastrófica apresentam percentagens de 10,68% e 8,97%, respetivamente.

A despesa em outros produtos médicos e farmacêuticos, a despesa em aparelhos e material terapêutico e a despesa em serviços hospitalares, não apresenta grandes flutuações.

Tabela 4 – Análise da percentagem da despesa em saúde desagregada das famílias que incorrem em despesas catastróficas

| | Despesas catastróficas (40%) | Despesas catastróficas (30%) | Despesas catastróficas (20%) | Despesas catastróficas (10%) |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| % de despesa em medicamentos e especialidades farmacêuticas sobre a despesa total em saúde | 53,03 | 57,63 | 57,64 | 59,87 |

| | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| % de outros produtos médicos e farmacêuticos sobre a despesa total em saúde | 1,91 | 1,85 | 1,36 | 1,01 |
| % de aparelhos e material terapêutico sobre a despesa total em saúde | 2,78 | 4,25 | 5,18 | 6,09 |
| % de serviços médicos sobre a despesa total em saúde | 21,97 | 16,99 | 16,15 | 14,62 |
| % de serviços de medicina dentária sobre a despesa total em saúde | 8,97 | 6,95 | 9,26 | 9,38 |
| % de serviços paramédicos sobre a despesa total em saúde | 10,68 | 10,21 | 7,97 | 7,01 |
| % de serviços hospitalares sobre a despesa total em saúde | 0,66 | 2,13 | 2,43 | 2,03 |

Fonte: “Elaboração própria”

5. Discussão

Dada a relevância apresentada pela equidade no financiamento dos cuidados de saúde, torna-se pertinente analisar as despesas dos agregados familiares de modo a perceber se os pagamentos realizados são justos, assim como entender em que quintis as despesas em saúde no seu todo e a nível desagregado, ocupam uma maior percentagem do rendimento auferido. Desta forma, é possível depreender que o facto de algumas famílias enfrentarem despesas catastróficas deve-se, essencialmente, à necessidade de os agregados suportarem pagamentos diretos realizados em saúde, onde a sua capacidade de pagar não os suporta.

Segundo Xu *et al.* (2003), o limite relativamente à percentagem de agregados a incorrerem em despesas catastróficas é de 0,5%, no caso de países desenvolvidos. Segundo o estudo realizado, Portugal apresenta uma percentagem de exatamente 0,5% de agregados em despesa catastrófica, quando o limiar é o adotado pela OMS (40%). Resultado este, que revela uma melhoria significativa em comparação a estudos relativos a períodos anteriores, para Portugal, os quais obtiveram percentagens de despesas catastróficas na ordem dos 2-3%.

No entanto, quando são analisados apenas agregados familiares que na sua composição têm pelo menos um idoso, a percentagem de famílias que suportam despesas catastróficas quase que triplica, sendo o valor cerca de 1,3%, resultado este facilmente explicado pela dependência que, indivíduos de idade avançada têm no consumo de medicamentos, pelos mais variados motivos, como por exemplo, as diabetes, a hipertensão e o colesterol alto e também pela necessidade de frequentar com mais regularidade consultas médicas.

Desta forma, e como comprovado pelos dados da tabela 3, estes agregados familiares gastam em média mais em despesas de saúde comparativamente à amostra original, quanto à capacidade de pagar, a mesma é inferior à totalidade da amostra, o que faz com que estes agregados familiares estejam mais propensos a sofrer despesas catastróficas, sendo que os resultados obtidos vão ao encontro das conclusões de Quintal e Lopes (2016).

Portugal, um país desenvolvido, até então, tem apresentado níveis de despesas catastróficas semelhantes a países menos desenvolvidos. De acordo com os dados recolhidos para o presente trabalho de projeto, Portugal tem vindo a evoluir favoravelmente, no sentido de maior equidade, em que a percentagem de agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas se assemelha a valores de países desenvolvidos.

No entanto, para fazer comparações entre países cujo rendimento per capita seja muito díspar, é necessário ter em conta uma condicionante, dado que, países considerados de baixos e médios rendimentos podem apresentar de facto uma percentagem baixa de despesas catastróficas, contudo a mesma pode ser fictícia, uma vez que, o consumo das despesas em saúde poderá não ser contabilizado pelo facto de os agregados familiares não conseguirem ter disponibilidade financeira para tal, e não por não terem capacidade de pagar esse mesmo consumo.

A análise dos agregados familiares que apresentam despesas em saúde nulas, de certa forma podem ser explicadas pelos mesmos motivos acima descritos. Aproximadamente um quinto dos agregados familiares do primeiro quintil, com o limiar de despesas catastróficas a 40%, tem despesas em saúde nulas. Embora do ponto de vista da proteção financeira este seja um aspeto positivo, não se pode excluir a possibilidade das famílias estarem a restringir o consumo de bens e serviços de saúde de que necessitam pelo facto de não poderem suportar as despesas inerentes ao seu consumo.

Portugal tem um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito. Contudo, existem algumas deficiências de cobertura. Os cuidados dentários e consultas de especialidade são maioritariamente financiados por pagamentos diretos (Simões *et al.*, 2017) e no caso dos medicamentos, em 2016, 45% da despesa efetuada nas farmácias comunitárias foi financiada por pagamentos diretos, bem acima da média da UE (34%) (OECD/EU, 2018).

No caso da análise dos agregados com pelo menos um idoso, essa percentagem é praticamente metade da verificada para a amostra original, o mesmo acontece não pelo facto da maior capacidade de pagamentos desta amostra, porque como foi possível observar-se na tabela 3, o mesmo não acontece, mas sim pela maior necessidade de incorrer nestas despesas, trazendo consequências para estes agregados, nomeadamente uma maior percentagem de famílias com despesas catastróficas. No entanto, se na amostra original todos os agregados que necessitassem de cuidados médicos, usufruíssem dos mesmos, certamente que a percentagem de agregados a incorrer em despesas catastróficas aumentaria significativamente.

Relativamente à análise do empobrecimento das famílias, as duas amostras apresentam valores muito próximos como é possível observar-se na tabela 2 e tabela 3, 0,1% e 0,2%, respetivamente, portanto, apenas uma percentagem muito reduzida das famílias é considerada empobrecida depois de realizar pagamentos com a saúde. No entanto, quando é considerado o limiar de empobrecimento proposto pela Comissão Europeia, os valores obtidos aumentam significativamente. Especial destaque para a diferença observada entre as

duas amostras, onde mais uma vez, é notória as dificuldades que os agregados com pelo menos um idoso têm em suportar as despesas em saúde.

A última análise diz respeito apenas aos agregados familiares que suportaram despesas catastróficas e quais as percentagens das componentes da despesa em saúde que motivaram essas mesmas despesas catastróficas.

Quintal e Venceslau (2011) no estudo que realizaram, concluíram que os medicamentos eram a componente da despesa em saúde mais regressiva. Nos dados da tabela 4, foi possível verificar-se que, dos agregados que nas suas despesas em saúde excederam em 40% a sua capacidade de pagar, 53% dessa despesa deveu-se exclusivamente ao consumo de medicamentos. Se testarmos os diferentes limiares de despesa catastrófica, no limiar de 10% a incidência dessa despesa atinge o valor aproximado de 60%, sendo assim visível tanto a elevada dependência no consumo de medicamentos da população, como a elevada regressividade dos mesmos.

6. Conclusão

Os dados baseados neste estudo, demonstram que ocorreu de facto uma melhoria no sentido equitativo no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, ou seja, de acordo com dados recolhidos de 2000 até 2015, ocorreu uma redução da percentagem de agregados familiares a incorrerem em despesas catastróficas.

Constatou-se a partir da análise da literatura sobre Portugal, segundo dados do ano 2000, que cerca de 7% de famílias suportavam despesas catastróficas e de acordo com dados que serviram de suporte à realização do presente trabalho de projeto, concluiu-se que apenas 0,5% das famílias incorreram em despesas catastróficas. É um progresso significativo, que coloca Portugal alinhado com outros países desenvolvidos. Ainda assim, é necessária alguma prudência na leitura destes resultados uma vez que existem deficiências na cobertura dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. A percentagem de famílias com despesas nulas, maior entre os mais pobres, poderá efetivamente representar necessidades de cuidados de saúde por satisfazer.

Na análise elaborada neste trabalho de projeto, observa-se que existe uma prevalência três vezes superior de incorrer em despesas catastróficas quando se analisa agregados familiares que na sua composição tenham pelos menos um idoso.

Relativamente à análise de despesa em saúde desagregada, concluíram que entre as componentes da despesa em saúde, as despesas em medicamentos eram as mais regressivas.

Para esta análise, foram utilizados apenas agregados que incorreram em despesas catastróficas. Concluiu-se que os medicamentos, de entre todas as componentes da despesa em saúde, eram a componente que ocupava uma maior percentagem da despesa em saúde, principalmente dos quintis de rendimentos inferiores, ou seja, agregados que auferem rendimentos inferiores gastam em proporção do seu rendimento uma maior fatia em medicamentos, do que famílias de rendimentos superiores.

Dado o peso dos pagamentos diretos na saúde em Portugal ser elevado, para um país que é considerado um país desenvolvido, e sabendo que esta forma de financiamento tem uma forte correlação com a ocorrência de despesas catastróficas, seria importante para Portugal prestar atenção à sua política de saúde, devendo, se possível, tornar o financiamento de cuidados de saúde menos dependente de pagamentos diretos, especialmente na despesa em medicamentos e em agregados que na sua composição tenham pelo menos um idoso.

Lista de referências bibliográficas

- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., & Wiseman, V. (2016). Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PloS one*, *11*(4), e0152866.
- De Graeve, D., & Xu, K. (2008). Equity in Health Finance, In, Heggenhougen, Kris *et al.* (eds.), International encyclopedia of public health, 180-189, Elsevier, Netherlands (Publisher)
- Eurostat. (2019, janeiro 19). Relative median at-risk-of-poverty gap. Obtido em janeiro 28, 2019, de https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg_10_30
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- INE (2017). Inquérito às Despesas das Famílias 2015/2016. Lisboa: INE, I.P.
- Kronenberg, C., & Barros, P. P. (2014). Catastrophic healthcare expenditure—drivers and protection: the Portuguese case. *Health Policy*, *115*(1), 44-51.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. e Lindelow, M. (2008) “*Analyzing Health Equity Using Survey Data: a guide to techniques and their implementation*”, The World Bank, Washington, D.C.
- OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.
- OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
- Pita Barros, P. (2012). Portugal's health policy under a financial rescue plan. *Eurohealth*, *18*(3), 10.
- Pordata. (2018, junho 26). Despesa corrente em cuidados de saúde. Obtido em janeiro 28, 2019, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde-3010>
- Quintal, C. and S. Venceslau (2011), “Equity in out-of-pocket health care payments in Portugal: a global analysis and by NUTS II”, *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 25–26: 55–66
- Quintal, C., & Lopes, J. (2016). Equity in health care financing in Portugal: findings from the Household Budget Survey 2010/2011. *Health Economics, Policy and Law*, *11*(3), 233-252.

- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health policy, 115*(1), 1-8.
- de Almeida Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal. *Health systems in transition, 19*(2), 1-184.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization, 80*, 97-105.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics, 1*, 1803-1862.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., ... & Johnson, P. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons¹. *Journal of health economics, 18*(3), 263-290.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.
- World Health Organisation (WHO) (2010), ‘Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk’, World Health Report 2010, Background Paper No. 19, Geneva, WHO.
- World Health Organisation and The World Bank (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. Geneva: World Health Organization.
- Xu, K., & World Health Organization. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology* (No. EIP/FER/DP. 05.2). Geneva: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet, 362*(9378), 111-117.

Anexos

Anexo 1 – Estatísticas descritivas do total da despesa por tipo e por total de despesa

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|---|-------|---------|-----------|------------|----------------|
| Despesa total | 11398 | 1147.96 | 191649.95 | 19130.7256 | 12762.58303 |
| Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas | 11398 | .000 | 32950.145 | 2840.53315 | 2174.446443 |
| Bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos | 11398 | .00 | 14849.64 | 326.9483 | 708.16551 |
| Vestuário e calçado | 11398 | .00 | 23500.00 | 622.7734 | 1027.92480 |
| Habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis | 11398 | .00 | 48943.80 | 6321.8255 | 3584.00670 |
| Acessórios para o lar, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação | 11398 | .00 | 33923.92 | 757.7686 | 1436.65068 |
| Saúde | 11398 | .00 | 19877.76 | 1125.6344 | 1241.12474 |
| Transportes | 11398 | .00 | 72413.32 | 2560.2573 | 4275.97313 |
| Comunicações | 11398 | .00 | 4872.25 | 649.3852 | 398.58056 |
| Lazer, recreação e cultura | 11398 | .00 | 52731.96 | 726.5847 | 1295.34388 |
| Ensino | 11398 | .00 | 32850.04 | 376.6077 | 1344.97820 |
| Restaurantes e hotéis | 11398 | .00 | 57187.68 | 1558.0578 | 2791.15213 |
| Bens e serviços diversos | 11398 | .00 | 57558.34 | 1264.3494 | 1597.21678 |
| Valid N (listwise) | 11398 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 2 – Estatísticas descritivas do primeiro quintil de despesa de saúde desagregada

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|------|---------|---------|----------|----------------|
| Medicamentos, e especialidades farmacêuticas | 2280 | .00 | 2838.12 | 440.7546 | 466.64330 |
| Outros produtos médicos e farmacêuticos | 2280 | .00 | 1056.00 | 6.3590 | 58.51114 |
| Aparelhos e material terapêutico | 2280 | .00 | 1100.00 | 26.1537 | 111.21383 |
| Serviços médicos | 2280 | .00 | 2520.00 | 59.8332 | 220.68371 |
| Serviços de medicina dentária | 2280 | .00 | 1920.00 | 23.4702 | 140.13586 |
| Serviços paramédicos | 2280 | .00 | 2640.00 | 25.7616 | 141.81475 |
| Serviços hospitalares | 2280 | .00 | 1905.00 | 6.7459 | 83.96935 |
| Valid N (listwise) | 2280 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 3 – Estatísticas descritivas do segundo quintil de despesa de saúde desagregada

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|------|---------|---------|----------|----------------|
| Medicamentos, e especialidades farmacêuticas | 2280 | .00 | 4675.20 | 540.1492 | 571.83086 |
| Outros produtos médicos e farmacêuticos | 2280 | .00 | 1176.00 | 8.5872 | 66.19632 |
| Aparelhos e material terapêutico | 2280 | .00 | 1420.00 | 55.7115 | 174.13719 |
| Serviços médicos | 2280 | .00 | 2040.00 | 99.0347 | 270.23953 |
| Serviços de medicina dentária | 2280 | .00 | 3000.00 | 67.3337 | 273.15209 |
| Serviços paramédicos | 2280 | .00 | 3000.00 | 47.0319 | 212.07294 |
| Serviços hospitalares | 2280 | .00 | 2000.00 | 9.9434 | 96.87986 |
| Valid N (listwise) | 2280 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 4 - Estatísticas descritivas do terceiro quintil de despesa de saúde desagregada

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|------|---------|---------|----------|----------------|
| Medicamentos, e especialidades farmacêuticas | 2280 | .00 | 4380.00 | 552.3269 | 606.60130 |
| Outros produtos médicos e farmacêuticos | 2280 | .00 | 1436.16 | 8.4408 | 63.22988 |
| Aparelhos e material terapêutico | 2280 | .00 | 1670.00 | 65.1361 | 187.49303 |
| Serviços médicos | 2280 | .00 | 3960.00 | 156.2763 | 366.31217 |
| Serviços de medicina dentária | 2280 | .00 | 5160.00 | 114.4044 | 372.43240 |
| Serviços paramédicos | 2280 | .00 | 3600.00 | 67.4252 | 266.45190 |
| Serviços hospitalares | 2280 | .00 | 3850.00 | 23.0498 | 179.92997 |
| Valid N (listwise) | 2280 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 5 - Estatísticas descritivas do quarto quintil de despesa de saúde desagregada

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|------|---------|---------|----------|----------------|
| Medicamentos, e especialidades farmacêuticas | 2280 | .00 | 6000.00 | 623.1024 | 692.16336 |
| Outros produtos médicos e farmacêuticos | 2280 | .00 | 2556.00 | 15.7884 | 99.45107 |
| Aparelhos e material terapêutico | 2280 | .00 | 2100.00 | 90.3116 | 226.33715 |
| Serviços médicos | 2280 | .00 | 4200.00 | 215.7706 | 454.74719 |
| Serviços de medicina dentária | 2280 | .00 | 4200.00 | 171.7840 | 442.33562 |
| Serviços paramédicos | 2280 | .00 | 3840.00 | 107.9729 | 364.95659 |
| Serviços hospitalares | 2280 | .00 | 2397.00 | 25.6918 | 143.85939 |
| Valid N (listwise) | 2280 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 6 - Estatísticas descritivas do quinto quintil de despesa de saúde desagregada

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|------|---------|----------|----------|----------------|
| Medicamentos, e especialidades farmacêuticas | 2278 | .00 | 6581.52 | 792.6370 | 844.24904 |
| Outros produtos médicos e farmacêuticos | 2278 | .00 | 2056.56 | 21.4819 | 109.15799 |
| Aparelhos e material terapêutico | 2278 | .00 | 2374.00 | 131.1864 | 276.61007 |
| Serviços médicos | 2278 | .00 | 8072.04 | 399.7256 | 680.08703 |
| Serviços de medicina dentária | 2278 | .00 | 15900.00 | 301.7982 | 690.42844 |
| Serviços paramédicos | 2278 | .00 | 5676.00 | 202.6237 | 536.04676 |
| Serviços hospitalares | 2278 | .00 | 8812.82 | 86.5058 | 392.75830 |
| Valid N (listwise) | 2278 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 7 – Número de agregados a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 40%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 11340 | 99.5 | 99.5 | 99.5 |
| | 1 | 58 | .5 | .5 | 100.0 |
| | Total | 11398 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 8 – Número de agregados a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 30%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 11182 | 98.1 | 98.1 | 98.1 |
| | 1 | 216 | 1.9 | 1.9 | 100.0 |
| | Total | 11398 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 9 – Número de agregados a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 20%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 10505 | 92.2 | 92.2 | 92.2 |
| | 1 | 893 | 7.8 | 7.8 | 100.0 |
| | Total | 11398 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 9 – Número de agregados a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 10%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 8261 | 72.5 | 72.5 | 72.5 |
| | 1 | 3137 | 27.5 | 27.5 | 100.0 |
| | Total | 11398 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 10 – Número de agregados com pelo menos um idoso a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 40%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 4058 | 98.7 | 98.7 | 98.7 |
| | 1 | 55 | 1.3 | 1.3 | 100.0 |
| | Total | 4113 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 11 – Número de agregados com pelo menos um idoso a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 30%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 3938 | 95.7 | 95.7 | 95.7 |
| | 1 | 175 | 4.3 | 4.3 | 100.0 |
| | Total | 4113 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 12 – Número de agregados com pelo menos um idoso a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 20%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 3466 | 84.3 | 84.3 | 84.3 |
| | 1 | 647 | 15.7 | 15.7 | 100.0 |
| | Total | 4113 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 13 – Número de agregados com pelo menos um idoso a incorrer em despesas catastróficas com limiar a 10%

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 2267 | 55.1 | 55.1 | 55.1 |
| | 1 | 1846 | 44.9 | 44.9 | 100.0 |
| | Total | 4113 | 100.0 | 100.0 | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 14 – Percentagem de despesa desagregada dos agregados que incorreram em despesas catastróficas, limiar de 40%

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|----|---------|---------|-------|----------------|
| desp_0611_desp_06 | 58 | .04 | 1.00 | .5303 | .29162 |
| desp_0612_desp_06 | 58 | .00 | .36 | .0191 | .06999 |
| desp_0613_desp_06 | 58 | .00 | .27 | .0278 | .06352 |
| desp_0621_desp_06 | 58 | .00 | .83 | .2197 | .23948 |
| desp_0622_desp_06 | 58 | .00 | .88 | .0897 | .22563 |
| desp_0623_desp_06 | 58 | .00 | .60 | .1068 | .18353 |
| desp_0630_desp_06 | 58 | .00 | .14 | .0066 | .02678 |
| Valid N (listwise) | 58 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 15 – Percentagem de despesa desagregada dos agregados que incorreram em despesas catastróficas, limiar de 30%

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|-----|---------|---------|-------|----------------|
| desp_0611_desp_06 | 216 | .00 | 1.00 | .5763 | .30552 |
| desp_0612_desp_06 | 216 | .00 | .77 | .0185 | .07438 |
| desp_0613_desp_06 | 216 | .00 | .82 | .0425 | .10432 |
| desp_0621_desp_06 | 216 | .00 | .83 | .1699 | .21244 |
| desp_0622_desp_06 | 216 | .00 | .88 | .0695 | .17977 |
| desp_0623_desp_06 | 216 | .00 | .80 | .1021 | .18452 |
| desp_0630_desp_06 | 216 | .00 | .81 | .0213 | .10101 |
| Valid N (listwise) | 216 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 16 – Percentagem de despesa desagregada dos agregados que incorreram em despesas catastróficas, limiar de 20%

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|-----|---------|---------|-------|----------------|
| desp_0611_desp_06 | 893 | .00 | 1.00 | .5764 | .31297 |
| desp_0612_desp_06 | 893 | .00 | .77 | .0136 | .06394 |
| desp_0613_desp_06 | 893 | .00 | 1.00 | .0518 | .11621 |
| desp_0621_desp_06 | 893 | .00 | 1.00 | .1615 | .21403 |
| desp_0622_desp_06 | 893 | .00 | 1.00 | .0926 | .21132 |
| desp_0623_desp_06 | 893 | .00 | .93 | .0797 | .16669 |
| desp_0630_desp_06 | 893 | .00 | 1.00 | .0243 | .10763 |
| Valid N (listwise) | 893 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”

Anexo 17 – Percentagem de despesa desagregada dos agregados que incorreram em despesas catastróficas, limiar de 10%

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|------|---------|---------|-------|----------------|
| desp_0611_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .5987 | .32155 |
| desp_0612_desp_06 | 3137 | .00 | .77 | .0101 | .05113 |
| desp_0613_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .0609 | .13709 |
| desp_0621_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .1462 | .21580 |
| desp_0622_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .0938 | .20889 |
| desp_0623_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .0701 | .15751 |
| desp_0630_desp_06 | 3137 | .00 | 1.00 | .0203 | .09492 |
| Valid N (listwise) | 3137 | | | | |

Fonte: “Elaboração própria”