

Taxas moderadoras

Índice

Introdução.....	1
As taxas moderadoras como resposta às crises financeiras	3
O efeito das taxas moderadoras: moderação ou barreira	4
Enquadramento jurídico-legal das taxas moderadoras	8
A modificação dos preços das taxas moderadoras em 2012.....	11
Análise das taxas moderadoras à luz do cumprimento de dispositivos de regulação internacionais	14
A questão da incidência subjetiva das taxas moderadoras.....	16
Reflexão final	17

Introdução

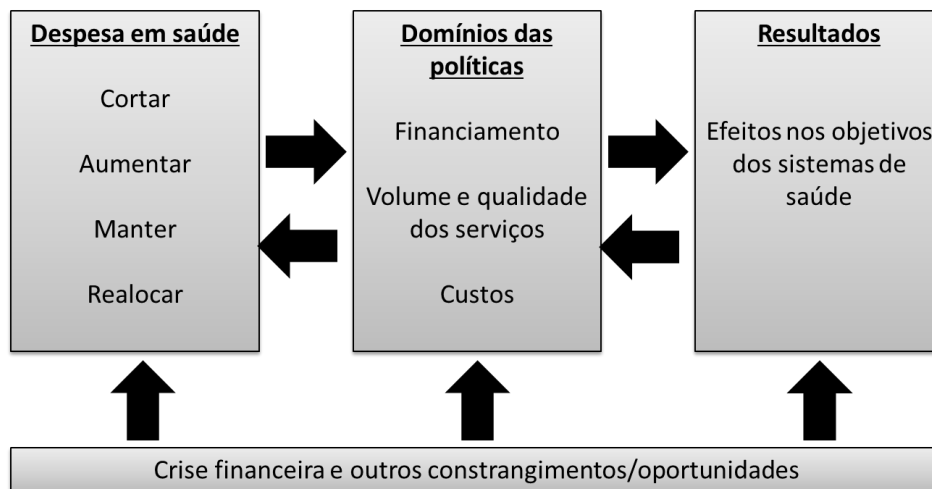
A reforma dos sistemas de saúde em tempos de crises financeiras deve garantir que não é afetado o acesso às pessoas a cuidados de saúde de qualidade (WHO, Regional Committee for Europe, 2009). Se o equilíbrio orçamental fosse o principal objetivo de um sistema de saúde, poderia, em última análise, fazer-se cumprir por meio do corte na despesa pública em saúde, independentemente das consequências. Mas este raciocínio contrasta com a eficiência, que tem antes como propósito maximizar resultados em saúde a partir de um determinado nível de recursos públicos disponíveis e afetos ao sector da saúde (Mladovsky *et al.*, 2012). A esse esforço, o da eficiência, nenhum governo se pode escusar.

O subfinanciamento do sistema de saúde é consensual e evidente, pelo que, sendo premente mobilizar novos recursos, a questão que se deve colocar é “*cortamos onde é preciso cortar, ou preservamos o que é preciso preservar?*” (Sakellarides, 2012), sabendo, porém, que cortes arbitrários em serviços essenciais, que reduzem o acesso equitativo a cuidados de qualidade, podem, a longo prazo, comprometer o sistema de saúde e aumentar os seus custos. Para além de não resolverem as ineficiências atuais, acabam por introduzir novas ineficiências, exponenciando os constrangimentos orçamentais. O foco deverá ser, em todo o caso, aumentar o valor em saúde, mais do

que identificar as áreas onde é mais fácil cortar a despesa (Mladovsky *et al.*, 2012), melhorando a relação custos/benefícios (Porter e Kramer, 2011).

É necessário, antes de tudo, discutir e estabelecer prioridades e decidir estrategicamente como queremos financiar, de modo complementar, o sistema de saúde, por via de uma cultura de análise objetiva, ponderada e construtiva, não fechada e tecnocrática, mas amplamente discutida, que não ponha em causa o acesso e a confiança dos cidadãos no seu sistema de saúde (Sakellarides, 2012). Os níveis de despesa em saúde podem ser reduzidos, através do recurso a um ou mais de três domínios, designadamente, (i) o nível de contribuições, (ii) o volume e a qualidade e (iii) o custo dos cuidados publicamente financiados (Figura 1). Na escolha por uma destas vias, qualquer decisor público deve considerar o impacto da reforma no cumprimento dos objetivos desse sistema de saúde (Mladovsky *et al.*, 2012). E esta discussão deve ser feita com o contributo dos diferentes organismos sociais, dos próprios cidadãos (WHO, Regional Committee for Europe, 2009) e dos profissionais de saúde, com quem é preciso estabelecer parcerias e saber negociar, uma vez que são eles quem conduzem o cidadão pelo sistema de saúde. É necessário, ainda, proceder a uma harmonização técnica entre as políticas de saúde e as políticas sociais, entre as quais se transferem, de modo significativo, os impactos de umas e de outras, dado que ‘*todo o ministério é um ministério de saúde*’ (WHO, Regional Committee for Europe, 2009), isto é, a importância da saúde em todas as políticas.

Figura 1. Respostas das políticas de saúde às crises económicas e financeiras



Adaptado de Mladovsky *et al.*, 2012.

As taxas moderadoras como resposta às crises financeiras

O recurso a taxas moderadoras enquanto instrumento de redução dos custos da prestação de cuidados, em resposta às crises financeiras (Cylus, Mladovsky e McKee, in press, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012; Mladovsky *et al.*, 2012), deve ser objeto de análise cuidada (Dupas, 2012) e tem suscitado um crescente e renovado debate internacional (James *et al.*, 2006). Em primeiro lugar, a sua utilização tendo por fundamento a necessidade de recursos adicionais é controversa, especialmente no setor da saúde, uma vez que os argumentos económicos a seu favor têm por base suposições sobre a informação e o comportamento do consumidor que não se ajustam (Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012) quando se trata de “consumo” de cuidados de saúde (e se de um consumidor se trata, atente-se no aumento de 127%, face ao período homólogo, no ano anterior, de reclamações de saúde sobre, entre outras razões, as taxas moderadoras, que chegaram à Associação de Defesa do Consumidor - Deco, entre janeiro e março de 2013).

Por outro lado, não existe evidência que sustente o argumento de que contribuem para a contenção da despesa pública em saúde (Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012), tanto mais que os custos associados à sua coleta podem limitar esse efeito (Braithwaite & Rosen, 2007; Bach, 2008; Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012), ao ponto de alguns países da EU terem abolido estas taxas devido à ausência de poupança líquida após a contabilização dos custos administrativos (Thomson e Reed, 2012, cit. por Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012). É que a taxa moderadora deixa, nesse caso, de ser custo-efetiva (Dupas, 2011). Por outro lado, ainda, encontram-se estudos publicados sustentam que as taxas moderadoras são um dos instrumentos que podem contaminar os propósitos de um sistema de saúde (Mladovsky *et al.*, 2012) e comprometer ganhos em saúde (Newhouse and Insurance Experiment Group 1993; Currie and Gruber 1996; Chernew and Newhouse 2008; Currie et al 2008; Lin 2009, cit. por Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012; Mladovsky, *et al.*, 2012), o que poderá acarretar mais despesa no futuro (dada uma prestação do cuidado numa fase mais avançada e severa do estado de doença), pelo que o seu potencial para a redução do desperdício e promoção da eficiência é limitado (Tamblyn *et al.*, 2001; Mladovsky *et al.*, 2012).

Ainda que cumpram também função (secundária) de «*receita do Serviço Nacional de Saúde*», prevista pela Lei de Bases da Saúde, a expressão das taxas moderadoras como fonte de financiamento é residual. Também Simões, Barros e Pereira (2007) reafirmam este entendimento, ao declararem que “*as taxas moderadoras, normalmente alvo de acesa disputa na opinião pública, têm tido um papel reduzido enquanto instrumento de financiamento*”, devendo-se o baixo impacto orçamental das taxas moderadoras à “*complexidade do sistema de pagamento e à extensão das isenções, que abrangem grupos muito variados da população*”. Lucas (1990) acrescenta que a taxa moderadora constitui uma taxa reservada, isto é, destina-se a financiar especificamente a prestação pública de cuidados de saúde, desempenhando, por isso, um papel marginal enquanto fonte de receitas para o Estado. Entre janeiro e junho de 2011, a cobertura das despesas com o SNS pelas taxas moderadoras obteve um valor de 1,1% (DGO, 2011). O influxo gerado pela cobrança das taxas moderadoras é, assim, diminuto quando comparado com as restantes formas de financiamento das entidades integrantes do SNS, nomeadamente em comparação com as dotações orçamentais (ERS, 2011).

O efeito das taxas moderadoras: moderação ou barreira

A existência de taxas moderadoras, enquanto instrumento de alocação eficiente de recursos às necessidades de saúde da população, isto é, que evita a sobre utilização e o uso inapropriado de serviços e, assim, o desperdício, e promove a libertação de recursos para quem deles verdadeiramente necessita, aparenta ser, em teoria, uma boa ideia (Pauly, 1968, cit. por Thomson, Foubister e Mossialos, 2010; Dupas, 2012; Lagarde e Palmer, 2011). No entanto, verifica-se um criticismo crescente sobre a sua existência, com forte argumentação nos dois sentidos (Meessen, Gilson e Tibouti, 2011), tendo emergido uma significativa tendência para a eliminação das taxas moderadoras (James *et al.*, 2006; Johnson *et al.*, 2012), ainda que essa eliminação deva ser gradual, devidamente contextualizada (James *et al.*, 2006) e preparada (McPake *et al.*, 2011).

As taxas de utilização ou de moderação poderão constituir uma importante barreira no acesso aos serviços de saúde, especialmente das pessoas com rendimentos mais baixos que não estejam isentas (James <i>et al.</i> , 2006; Meessen, Gilson e Tibouti, 2011).

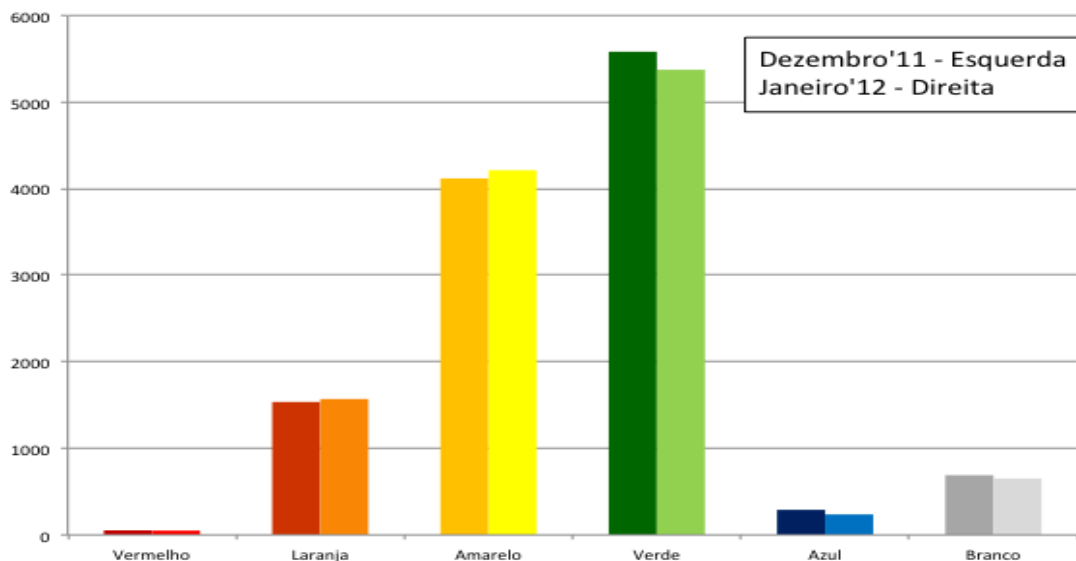
Ainda que necessite de maior sustentação metodológica (Lagarde e Palmer, 2011) e reconhecendo a grande importância que o contexto tem neste tipo de estudos (Palmer *et al.*, 2004), os resultados da análise de Lagarde e Palmer (2011), sobre o efeito das taxas

moderadoras na utilização dos serviços de saúde em países de baixos e médios rendimentos, indicam que a introdução ou o aumento de taxas moderadoras provocaram a diminuição da utilização de cuidados preventivos e a diminuição, de modo geral, da utilização de cuidados curativos, a não ser, neste último caso, que a introdução das taxas se tivesse feito acompanhar, em simultâneo, de melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Nos países onde as taxas foram eliminadas, não se registou, por outro lado, um impacto imediato na utilização de cuidados preventivos, mas, em vários casos, a utilização destes serviços acabou por aumentar ao fim de algum tempo. Verificou-se, ainda, algum aumento nas consultas externas, mas nenhum aumento do internamento. Nos casos em que as taxas foram reduzidas, registou-se, antes, um aumento da utilização dos cuidados preventivos e curativos, ainda que num volume muito variável.

O estudo de Johnson *et al.* (2012) ressalta, igualmente, que a introdução de taxas moderadoras tem provocado a diminuição da utilização dos serviços de saúde, mas, também, o atraso na procura de cuidados de que se necessita e/ou a prestação incompleta e inadequada de cuidados de saúde. Em todo o caso, o que parece evidente é a necessidade de mais estudos de impacto das taxas moderadoras, uma vez que não se resumem a efeitos na saúde, alcançando todo o espectro socioeconómico do indivíduo (Johnson *et al.*, 2012).

Também Pita Barros (2013) refere a dificuldade na medição do impacto das taxas moderadoras, dado ser necessário distinguir as alterações na “direção certa”, isto é, o redireccionamento dos casos menos graves para os cuidados de saúde primários, das alterações na “direção errada”, isto é, casos graves que não chegam aos serviços de saúde, em resultado do aumento das taxas moderadoras. O mesmo autor estudou as mudanças no perfil de utilização em dois hospitais da região de Lisboa, entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Ainda que os resultados não sejam conclusivos, não parece existir um efeito de “redireccionamento”, dado que, com base na Triagem de Manchester, não se registam alterações de relevo no perfil de utilizadores (Figura 2).

Figura 2. Alterações no perfil de utilizadores entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, em dois hospitais da região de Lisboa



Fonte: Barros, 2013.

Estão, porém, isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras 5.588.016 utentes do SNS (Quadro 1), praticamente metade da população portuguesa.

Quadro 1. Utentes com isenção/dispensa válida de taxas moderadoras – atualização de dados a 02.05.2013

Insuficiência económica	2.957.358
Desempregados e familiares	67.850
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1.327.840
Incapacidade igual ou superior a 60%	122.184
Grávidas e parturientes	72.780
Doentes transplantados de órgãos	3.697
Militares e ex-militares das FA incapacitados	3.330
Doentes crónicos	890.120
Bombeiros	25.678
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.020
Dadores benévolos de sangue	116.159
Utentes com isenção/dispensa válida	5.588.016

Fonte: ACSS, 2013

Mas ainda que as taxas moderadoras se façam acompanhar de isenções, importantes, de todo o modo, quando as primeiras existam (Rosen *et al.*, 2011; Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012), não são as únicas barreiras das pessoas mais empobrecidas, uma vez que existem, igualmente, barreiras de informação e barreiras culturais (também referentes ao nível de literacia) que a população economicamente desfavorecida precisa transpor nos diferentes pontos de entrada do sistema (James *et al.*, 2006). Por outro lado, Ridde, Robert e Meessen (2012) alertam para os efeitos disruptivos das políticas de isenção de taxas moderadoras nos sistemas de saúde de países de baixos e médios rendimentos, encontrados nos estudos analisados, e que foram categorizados em seis grandes grupos, a saber, (1) aumentos imediatos e significativos na utilização dos serviços, (2) auto perceção de aumento de carga de trabalho dos profissionais de saúde e diminuição da ‘moral’, (3) falta de informação sobre os serviços gratuitos e sobre reembolsos, (4) indisponibilidade de medicamentos e atrasos na distribuição de consumíveis, (5) financiamento imprevisível e insuficiente, perda de rendimento nas unidades de saúde, atrasos nos reembolsos, e (6) multiplicidade de atores, dificuldade na identificação de papéis e deficiências no planeamento e comunicação. Perante estes resultados, os autores do estudo concluem que, de modo a evitar estes efeitos negativos das isenções, é necessária uma adequada preparação, planeamento e a introdução de medidas complementares. Os autores notam, ainda, que, de todo o modo, não há um conhecimento bastante do impacto dos regimes de isenção, dado que existem ainda muito poucos estudos que evidenciem estes aspetos.

Thomson, Jowett e Mladovsky (2012) referem, por sua vez, que taxas moderadoras assentes numa abordagem com base no valor dos cuidados de saúde poderiam ser úteis, se acompanhadas da criação de incentivos que encorajassem as pessoas a utilizarem cuidados de elevado valor, isto é, mais custo-efetivos, e as desviassem da utilização de cuidados de valor inferior (Fendrick e Chernew, 2006; Chernew *et al.*, 2007, ambos citados por Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012). Contudo, foi já demonstrado que as taxas moderadoras, para além de implicarem um aumento no peso do orçamento doméstico das famílias (Wagstaff *et al.*, 1992, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012; Johnson *et al.*, 2012), reduzem tanto a utilização de cuidados de elevado valor (custo-efetivos) como de baixo valor, especialmente, entre as pessoas mais velhas e de baixos rendimentos, mesmo quando o valor cobrado é diminuto (Lohr *et al.*, 1986; Manning *et*

al., 1987; Newhouse e Rand Corporation Insurance Experiment Group, 1993; Gemmill, Thomson e Mossialos, 2008, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012). Os autores notam, porém, que, para além de ser pouco provável que contribua para a contenção da despesa, esta abordagem é mais útil quando é claro o entendimento do ‘valor’ do cuidado, as preferências do doente são tidas em consideração ou quando os incentivos são mais efetivos do que as reações behavioristas. Por outro lado, seria importante que as taxas de utilização (com base no valor) fossem acompanhadas de medidas que garantissem que os cuidados de saúde prescritos e prestados são os mais adequados. Em muitos casos, é mais provável que a regulação e atribuição de incentivos aos prestadores, e não aos doentes, seja mais efetiva (Thomson, Jowett e Mladovsky, 2012).

Com efeito, no momento da utilização dos serviços de saúde, a apreciação sobre a necessidade de cuidados de saúde é significativamente dependente da auto percepção da condição de doença (Falk, 1977 e Jonas, 1977, cit. por Lucas, 1990) e, bem assim, do nível de literacia em saúde do doente que, não isento, decide, por si, sem beneficiar da relação de agência com o seu médico de família, se perante a sua necessidade de saúde deve dirigir-se aos serviços de saúde (e a que serviços de saúde deve dirigir-se). Para além disso, sabemos que, nessa apreciação, entra um aspeto importante, não o facto de existir uma taxa moderadora (e não se subestime a influência de um valor simbólico), mas o facto de a ida a um serviço de urgência hospitalar representar, no mínimo, um custo no orçamento familiar de 20,6 euros.

Enquadramento jurídico-legal das taxas moderadoras

No contexto português, parece, de todo, conveniente, aclarar o quadro legal em que as taxas moderadoras assentam. O Art.103º/1 da Constituição da República Portuguesa (CRP) alinha as orientações essenciais do sistema fiscal português, enquanto o Art.64º/2-a) CRP é considerado pela doutrina (Miranda e Ribeiro, 2010) e jurisprudência¹ portuguesas como base justificativa da criação das taxas moderadoras, enquanto figura tributária.

A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde são também pontos de referência importantes. A primeira, nas suas Base XXXIII/2-d) e XXXIV, prevê a cobrança das taxas moderadoras pela utilização de serviços ou instalações desde que acauteladas as situações de isenção previstas; a segunda, atenta a leitura dos Arts. 23º/2

¹ Acórdãos do Tribunal Constitucional N°330/88 de 11 de Abril e N°731/95 de 14 de Dezembro

e 26º/1, determina a legitimidade de cobrança e a consignação de receitas. Em termos de regulação específica sobre a matéria, o DL 113/2011 de 29 de Novembro constitui a principal fonte legislativa, encerrando o regime de aplicação presente, avançando a definição (Art.2º), o valor (Art.3º), os requisitos de isenção (Arts. 4º, 5º e 6º) e as condições de cobrança (Art. 7º e 8º), sendo concretizado, por meio das Portarias 306-A/2011 e 311-D/2011 e pela Circular-Normativa Nº 5, de 17 de Janeiro de 2013, enquanto última atualização dos valores de acordo com a inflação.

Cruzando a redação da Base XXXIII/2-d) da Lei de Bases da Saúde e a do Art. 2º do DL 113/2011 com a do Art. 4º da Lei Geral Tributária, é patente a recondução das taxas moderadoras à mais abrangente figura das Taxas, enquanto *“prestação pecuniária e coactiva exigida por uma entidade pública em contrapartida de uma prestação administrativa efectivamente provocada ou aproveitada por um sujeito passivo”* (Vasques, 2008). No entanto, a par da índole financeira, a doutrina reconhece a crescente presença da Extrafiscalidade, ou seja, a prossecução de objetivos não financeiros através de figuras tributárias. Sousa Franco (1995) reconhece essa função às *“taxas moderadoras dos bens conexos aos serviços de saúde (...)”*, cujo objetivo é principalmente *“...dissuadir o contribuinte de um uso precipitado ou imoderado de um serviço...”*. Para mais, outro ponto que exige um esclarecimento complementar é o da medida da equivalência entre prestação monetária e contraprestação administrativa, sendo que um longo caminho foi percorrido no sentido da substituição de uma estrita Equivalência Económica por um critério flexível de Equivalência Jurídica, embora esta apenas firme o corolário da sinalagmaticidade entre a obrigação tributária do contribuinte e a prestação que ele efetivamente provoca ou aproveita. Parece ser necessária, pois, uma fundamentação que vá além de *“...uma simples enunciação do Princípio da Proibição do Excesso.”* (Lobo, 2006) e que, no caso das taxas moderadoras, encontra sentido numa *“Equivalência Funcional Subsidiada”*, na medida em que a *“...taxa dependerá da intensidade dos objectivos que se prosseguir”* (Lobo, 2006). Quer isto dizer que, se por um lado as taxas moderadoras se subsumem ao nexo de correlação entre o aproveitamento de um serviço público e a prestação monetária, essa mesma quanta devida encontra-se manifestamente abaixo do limiar de custos daquele, com respeito pelo Princípio da Proibição do Excesso, mas principalmente numa ótica de reconhecimento da essencialidade social do serviço público prestado.

Neste ponto, é determinante distinguir a figura das taxas moderadoras daquela dos copagamentos, classe geral em que, ao lado de outras figuras, as taxas moderadoras são muitas vezes compreendidas. É importante ter em consideração que, enquanto figura tributária, a taxa moderadora será sempre fruto de uma imposição estatal, possuindo uma origem *ex lege* (isto é, que decorre da lei). Já os copagamentos afiguram-se como uma divisão no suporte dos custos do sistema de saúde, de entre os quais a comparticipação entre o doente e os subsistemas de saúde ou entre o doente e os seguros de saúde são um exemplo claro. Embora ambos partilhem a lógica da sinalagmaticidade, isto é, ambos são exigíveis contra a realização de cuidados de saúde, é necessário atentar ao facto de que as taxas moderadoras são Tributos, enquanto os copagamentos são Preços Públicos, com o que a distinção acarreta de subjugação da primeira ao Princípio da Proporcionalidade e da Proibição do Excesso, não subvalorizando a discussão sobre a operacionalidade, compatibilidade constitucional e legitimidade sistemática da cobrança de Preços Públicos no âmbito da saúde diretamente ao utente.

Como referido, o influxo gerado pela cobrança das taxas moderadoras é diminuto quando comparado com as restantes formas de financiamento do SNS². Não se encontrando aqui o seu fito principal, tal facto não se assemelha problemático, mantendo todavia sentido a regra da consignação de receitas à entidade prestadora do serviço, nos termos da Base XXXIV/1 da Lei de Bases da Saúde e do Art. 7/4 do DL 113/2011, segundo a lógica da sinalagmaticidade entre prestação de cuidados e contraprestação monetária sob a forma de tributo. Mais recentemente, tomando como base a Síntese da Execução Orçamental de Agosto de 2011 elaborada pela Direção Geral do Orçamento, verifica-se que, entre janeiro e junho de 2011, a cobertura das despesas com o SNS pelas taxas moderadoras obteve um valor de 1,1%.

² Tendo como referência os anos de 2004 e 2005, conferir os dados que avança o Prof. Jorge Reis Novais no Anexo 14 - Pagamentos directos no Sistema de Saúde português do Relatório de Sustentabilidade do Financiamento do SNS

A modificação dos preços das taxas moderadoras em 2012

Em Portugal, o novo regime de taxas moderadoras previsto no DL 113/2011, de 29 de Novembro, alterado e republicado pelo DL 128/2012, de 21 de Junho, entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012.

A evolução dos preços (reais) das taxas moderadoras, entre 2003 e 2013, encontra-se ilustrada nas figuras 3 e 4, tanto das consultas como da urgência. O aumento gradual até 2011 sofreu um impulso significativo em 2012, com a introdução dos novos preços.

Figura 3. Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – consultas (preços reais)

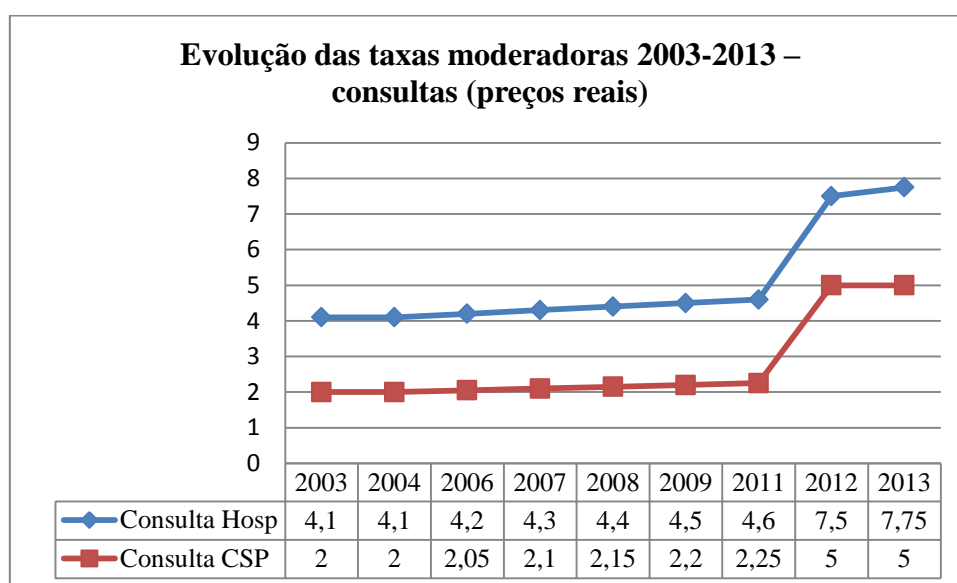
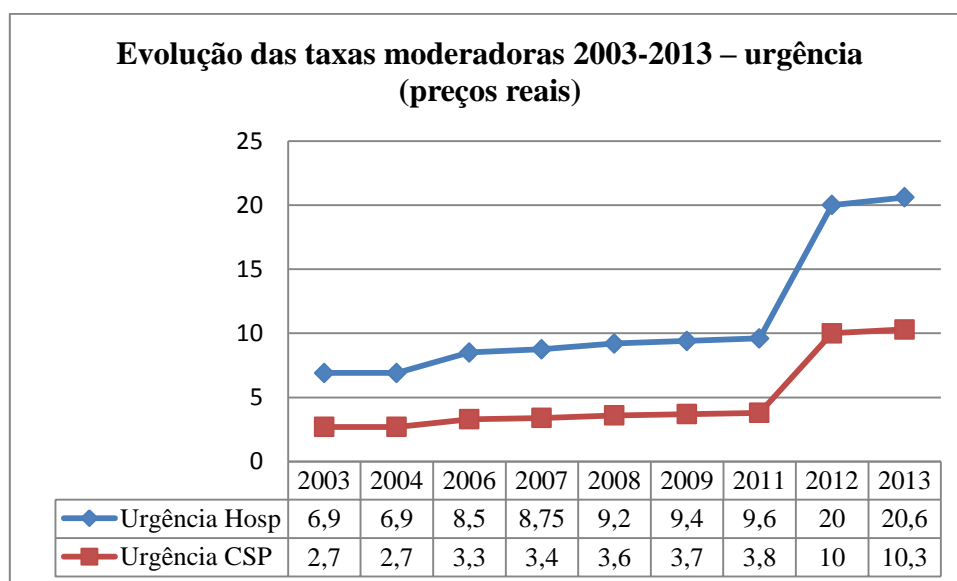


Figura 4. Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – urgência (preços reais)



O aumento das taxas moderadoras previsto no Memorando de Entendimento deve ser visto à luz da finalidade da figura tributária. Não esquecendo que nos encontramos na presença de um tributo em que impera o objetivo extrafiscal de moderação da utilização dos cuidados de saúde, e não a obtenção de receita, o equacionar de um aumento no valor praticado deve ter sempre, como afirma Jorge Reis Novais (cit. por ERS, 2011), como *“limite a impossibilidade de impedir ou dificultar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde (...) desde que a finalidade pretendida seja aumentar a efetividade do efeito dissuasor subjacente à cobrança de taxas moderadoras”*, isto é, respeitar os princípios da *“igualdade, da protecção da confiança, da proibição do excesso e, se for o caso, da protecção da dignidade da pessoa humana”*. Adotando esta posição, não parece certo considerar a necessidade de financiamento do SNS como justificação para o aumento dos valores praticados, principalmente a partir do momento em que se perca a ligação com a orientação moderadora e com isso se crie uma onerosidade manifesta no acesso aos cuidados de saúde, situação que se encontra vedada constitucionalmente³.

À semelhança do impacto prático da revisão das isenções, o Relatório de Sustentabilidade do SNS tece as seguintes considerações acerca do aumento do valor de taxa praticado: *“Um aumento nas taxas moderadoras de 25% diminui as necessidades de financiamento do SNS em 1,9%. Com um aumento nas taxas moderadoras de 3,5% (inflação projetada para 2011) para 2012 e uma taxa de crédito fiscal de 10%, a redução na necessidade de financiamento do SNS seria de apenas cerca de 0,31%, o que equivaleria em termos de despesa corrente anual do SNS a uma redução de cerca de 26,9 milhões de euros.”*

Outra questão interconectada com a alíquota praticada não se prende com a questão do seu aumento, mas com a conformação da mesma. Na presença de um patamar de

³ Embora Jorge Reis Novais avance os seguintes critérios em relação à possibilidade de aumento superior à inflação do valor das taxas, penso que os requisitos se aplicam ao aumento *tout court* daquele valor. São eles a intenção de que o aumento: - “[...] não seja excessivo (no sentido de não impedir o acesso a cuidados médicos por insuficiência de capacidade económica para satisfazer o seu pagamento)”; - “[...] não afecte os actuais níveis e escalões de gratuidade (isto é, não seja aplicado aos beneficiários actualmente isentos de pagamento de taxas moderadoras)”; - “[...] seja fundamentável na necessidade de alcançar uma moderação efectiva da procura de cuidados de saúde”; - “[...] e seja apto, necessário e adequado a alcançar esse fim.”

isenção e de um patamar de tributação a taxa fixa, a doutrina é unânime em identificar o problema da regressividade das taxas, na medida em que o impacto (não só no rendimento do agregado familiar, mas o próprio impacto moderador da figura) é superior nas famílias e utentes de menores rendimentos do que nos de maiores rendimentos. Consequentemente, há uma frustração do objetivo a que se propõe esta tributação, que apenas pode ser agravado por não haver sequer uma relação direta entre o auferir de menos rendimentos e a maior utilização dos cuidados de saúde.

Não parece acertado considerar a necessidade de financiamento do SNS como justificação para o aumento dos valores praticados, principalmente a partir do momento em que se perca a ligação com a orientação moderadora e com isso se crie uma onerosidade manifesta no acesso aos cuidados de saúde, situação que se encontra vedada constitucionalmente.

Chegados a este ponto, cumpre ponderar duas soluções: ou se avança no sentido de uma progressividade dos pagamentos, com o estabelecimento de diferentes taxas consoante escalões de rendimentos, o que, sendo eminentemente justo numa ótica redistributiva, é também mais eficaz na moderação da utilização, embora manifestamente mais oneroso para a Administração em termos de verificação e cobrança; ou se procuram critérios de incidência subjetiva diretamente relacionados com a utilização, que é já hoje em dia aferida de uma forma diária graças aos programas informáticos de que se socorre o SNS para seriação e marcação das consultas, conduzindo a uma liquidação baseada na utilização individual dos recursos.

No que se refere ao tratamento preferencial garantido aos cuidados de saúde primários em detrimento das consultas de especialidade e episódios de urgência, tal passo encontra-se em consonância com a motivação por detrás da figura da taxa moderadora, no intuito de conduzir para os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), numa ótica de utilização preventiva das prestações médicas, todo o influxo excessivo que se concentrava nas urgências hospitalares e sobrecarregava estes espaços e seus recursos. É através da diferenciação no valor das taxas praticadas⁴ que toma forma esta medida, complemento e concretização do próprio objetivo de moderação da utilização dos cuidados de saúde, mas mais recentemente o Governo tomou uma medida de

⁴ Tendo como referência a Circular N°5/2013 de 17 de Janeiro, o valor da Taxa Moderadora para as consultas de Medicina Geral e Familiar ou outra que não de especialidade é de €5, a consulta de especialidade é de €7,71 e o serviço de Urgência Polivalente conta-se nos €20,56.

discriminação positiva na Lei do orçamento para 2013⁵, no sentido de impedir a atualização dos valores praticados no âmbito dos mais variados cuidados de saúde primários.

Análise das taxas moderadoras à luz do cumprimento de dispositivos de regulação internacionais

Deve atentar-se no impacto das taxas moderadoras, enquanto figura tributária, à luz do cumprimento de dispositivos de regulação internacionais, designadamente o Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica⁶ - doravante, Memorando de Entendimento, e dos diplomas legais nacionais vigentes que o concretizam, numa perspetiva que se procura temporalmente dinâmica.

A versão original daquele Memorando, sob três números do Ponto 3.50, dispõe de guias programáticos de atuação sobre as taxas moderadoras que apontam no sentido da revisão substancial das categorias de isenção e concomitante apuramento das condições de recurso, do aumento das taxas praticadas – sempre privilegiando os cuidados primários em face de consultas de especialidade e episódios de urgência –, e da indexação do valor exigido à inflação. Deixando cair o ponto da indexação na Segunda Revisão do Memorando de Entendimento – porventura após a aprovação do DL 113/2011, onde se institui a “*atualização automática à taxa de inflação divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P.*” em vez de o valor ser simplesmente “*revisto e atualizado anualmente, tendo em conta o índice de inflação*” como previsto no anterior regime do DL 173/2003 de 1 de Agosto –, ao qual se vai seguir o abandono dos restantes dois pontos com a Terceira Revisão, o Memorando inova ao concluir que as medidas elencadas resultarão na angariação de 150 milhões de Euros em 2012 e de 50

⁵ A Lei 66-B/2012 de 31 de Dezembro apresenta a seguinte disposição: Artigo 153.º

Atualização das taxas moderadoras

No ano de 2013 não há lugar à aplicação da atualização prevista no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto -Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto--Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, das taxas moderadoras referentes a:

- a) Consultas de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- b) Consultas de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- c) Consultas ao domicílio no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- d) Consulta médica sem a presença do utente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

⁶ O Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidade de Política Económica foi assinado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional em 17 de Maio de 2011 e conta com seis alterações: 1 de Setembro de 2011, 2 de Dezembro de 2011, 15 de Março de 2012, 27 de Junho de 2012, 14 de Outubro de 2012 e 2 de Fevereiro de 2012.

milhões de Euros adicionais em 2013. Curiosamente, é no final de 2012, com a Sexta Revisão, que o documento vem atribuir as mesmas quantias não só à reformulação das taxas moderadoras, como tinha feito, mas agora também devido aos melhoramentos na cobrança e coleta dos pagamentos devidos por seguradoras e pelo tratamento de beneficiários estrangeiros do SNS.

Desde que este documento se afirmou na cena legislativa portuguesa que o Governo tem procurado acompanhar estes objetivos através de diversas medidas.⁷

No que toca à permanência das isenções, a questão reveste-se de alguma complexidade. Para abordá-la, é necessário perceber que o estabelecimento de uma isenção é já por si uma concessão à progressividade, enquanto corolário de uma Igualdade Material Vertical (no sentido de se tratar de modo diferente o que é diferente, no que respeita ao espetro de rendimentos de uma sociedade) que foge à lógica da comutatividade ínsita aos tributos bilaterais⁸. Contudo, em certas áreas-chave como a Saúde, modelada por preocupações sociais de Universalidade que vão beber à Dignidade Humana, atender à Capacidade Contributiva de cada utente tem o seu fundamento⁹. Note-se, no entanto, que enquanto a Constituição manda atender às “*condições económicas e sociais dos cidadãos*”, a Lei de Bases apenas concretiza a existência de isenções para os “*grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos*”, a par do Estatuto do SNS¹⁰ que prevê a mesma situação para “*os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos*”.

Mais concretamente, das medidas realizadas pelo Governo destacam-se a redução das isenções previstas no Art. 4º do DL 113/2011 para 9, ao contrário das 18 que figuravam no DL 173/2003 e a destrinça entre as situações de isenção e as situações de dispensa de

⁷ Consta do Programa do XIX Governo Constitucional o compromisso de “Rever a política de taxas moderadoras, nos termos do Memorando de Entendimento, por forma a garantir que apenas se isenta quem realmente necessita dessa isenção e atualizar o seu valor promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema”.

⁸ Apoiado no sinalagma “pagamento de uma taxa ∞ obtenção de um serviço”, a fixação da equivalência nestas figuras presta-se pouco à discriminação entre utilizadores-pagadores, tolhendo todos na mesma bitola que é fixada administrativamente.

⁹ Além de estar consagrado diretamente no Art.64º/2- a) que é necessário ter “...em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos...”, não dispõe em sentido contrário o Art. 103º/1 CRP que, ao atribuir ao “sistema fiscal” uma finalidade de “repartição justa dos rendimentos e da riqueza”, não se manifesta explicitamente oponível à aplicação desta mesma repartição, ao nível da despesa, na esfera dos tributos comutativos.

¹⁰ DL 11/93 de 15 de Janeiro, alterado pela última vez por via do DL 177/2009 de 4 de Agosto.

cobrança (Art.8º¹¹), o que permitiu uma maior clareza na diferenciação das ocorrências e qual deve ser o âmbito de incidência da moderação. Logicamente, valendo para a incidência subjetiva *tout court* tanto como para as desatribuições de isenção, estas só poderão ser levadas a cabo posto que não cerceiem a liberdade de acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, mantém atualidade a preocupação do Relatório de Análise da Sustentabilidade pela ERS, no que toca à isenção por patologias crónicas¹², quando aponta para uma iniquidade na sua previsão. Embora ainda não sujeitas a uma análise constitucional de fundo, a previsão de certas patologias e a não previsão de outras que, em termos médicos, ostentam o mesmo grau de severidade, poderá ser utilizado como fundamento futuro para uma avaliação constitucional ao nível da conformidade com o Princípio da Igualdade. Embora inexista um obstáculo constitucional à redefinição de isenções, posto que realizada dentro de certos limites atrás identificados, de interesse prático serão as conclusões avançadas no Relatório de Sustentabilidade Financeira do SNS ao dizer-se que *“Se a proporção de pessoas que pagam taxas moderadoras aumentar em 33,3% (via eliminação de isenções, o que levaria a um aumento da proporção de utentes utilizadores que pagam taxas moderadoras de 49,9% para 66,5%) e a taxa de crédito fiscal diminuir para 10%, como se prevê, estima-se que as necessidades de financiamento do SNS se reduziriam em cerca de 3,0%”*.

Na vertente do aumento das taxas praticadas, uma análise das Portarias 1320/2010 de 28 de Dezembro e 306-A/2011 de 20 de Dezembro mostram uma variação máxima percentual de 163% (na subida do valor das Urgências nos SPA de €3,80 para €10) e uma variação absoluta máxima de €10,40 (na subida do valor pago pela utilização da Urgência Polivalente de €9,60 para €20).

A questão da incidência subjetiva das taxas moderadoras

Já não tendo como base a análise das medidas do Governo referentes à incidência objetiva nem ao *quantum* da taxa praticada, e refletindo sobre a incidência subjetiva,

¹¹ No sentido de colmatar a falha que o Relatório de Sustentabilidade do SNS (ver nota seguinte) identificou, na medida em que as isenções verificadas por patologia crónica eram subjetivas e desoneravam o pagamento de qualquer serviço de saúde utilizado pelo beneficiário independentemente da relação com dita enfermidade, o DL 113/2011 veio prever a possibilidade de dispensa de cobrança nos cuidados relativos a procedimentos associados a questões de saúde pública, a situações clínicas e riscos de saúde que impliquem especial e recorrente necessidade de cuidados, no que concerne tais determinados cuidados.

¹² “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, pela Entidade Reguladora da Saúde, de 29 de Setembro de 2011.

somos tentados a concluir que as taxas moderadoras enfrentam um problema estrutural de compatibilização entre o seu âmbito de aplicação e o objetivo de moderação a que se propõe. Senão vejamos: tendo as taxas como principal objetivo o desincentivo do consumo arbitrário que conduz ao sobre uso ineficiente de recursos de Saúde, é importante que os sujeitos passivos sejam não só os efetivos beneficiários da contraprestação mas também, num universo tão específico quanto o da Tributação Extrafiscal, que sejam os efetivos agentes das escolhas, sobre os quais a modelação de atitude por via tributária pretende incidir. Numa primeira análise, pode avançar-se logo o facto de as escolhas em Saúde serem tomadas numa atmosfera de fragilidade para o doente e de a assimetria informativa entre classe médica e restante população marcar a diferença para com outras situações de utilização do serviços públicos, o que pode, desde logo, ser visto como um obstáculo à legitimação da figura por ser equacionável, em face do princípio da Dignidade Humana, que se não considere correto tributar tal situação precária.

No entanto, a questão adquire contornos específicos quando já se firmou uma relação de agência entre médico e doente, ou seja, quando o doente transfere para o médico a competência da escolha do tratamento a seguir e dos cuidados a tomar. Tal é patente na requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), a qual se encontra inteiramente na dependência da prescrição do médico, tendo-o como beneficiário imediato, e apenas mediatamente o doente, sendo contudo sujeita ao pagamento das taxas moderadoras, suportadas pelo doente. Note-se que não estamos aqui perante situações de utilização de presunções como modo de quantificação da contraprestação, utilizável noutras figuras tributárias, mas sim na esfera da incidência subjetiva, na qual tal confusão de sujeitos passivos, senão inaceitável, parece ao menos questionável. Não se percebe, de tal modo, com que base o DL 113/2011 de 29 de Novembro diferencia, no seu Art.2º-c), os MCDT realizados em regime de internamento dos restantes, quando antes da realização de qualquer um deles se firmou a Relação de Agência entre Médico-Doente que orienta e enforma a atuação do utente.

Reflexão final

As taxas moderadoras foram introduzidas com a bondade de se constituírem como um *“instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde”*, que garantissem, em simultâneo, *«o reforço efectivo do princípio*

de justiça social” no SNS (DL n.º 173/2003, de 1 de Agosto, alterado pelos DL n.ºs 201/2007, de 24 de Maio, 79/2008, de 8 de Maio, e 38/2010, de 20 de Abril) e fossem «*tendentes a racionalizar a utilização das prestações*» (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, que cria o SNS). Também o DL n.º 57/86, de 20 de Março, veio prever a definição de “*taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável*”, de forma a “*reservar as prestações de cuidados de saúde aos utentes que efectivamente delas careçam*”.

A II Revisão da Constituição da República Portuguesa (CRP), promovida em 1989 pelo XI Governo Constitucional (1987-1991), modificou a alínea a), do n.º 2, do artigo 64.º da CRP) e permitiu, assim, a introdução de taxas moderadoras diferenciadas de acordo com o rendimento familiar, o que veio a acontecer com a Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro -, que as apelida igualmente de “*medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*” (Base XXXIV). O Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio, utiliza a mesma expressão, identificando, ainda, as situações em que o utente beneficia de um regime de isenção, salvaguardando, assim, os “*grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos*”, tal como previsto na Lei de Bases da Saúde. O Despacho n.º 20509/2008, de 5 de Agosto, redigido na mesma linha de entendimento, explicita que, fora as situações de isenção, “*o acesso às prestações de saúde (...) implica o pagamento de taxas moderadoras*”.

O legislador pretendeu, em toda a linha (ou, pelo menos, assim o expressou), com a regulação do acesso promovida pelas taxas moderadoras, a redução da ineficiência, da sobre utilização e do desperdício dos serviços de saúde, o que, teoricamente parece uma boa ideia. E cumprindo, também, as taxas moderadoras uma “*função disciplinadora do consumo de cuidados de saúde*”, diminuindo, assim, “*as necessidades de financiamento via redução do nível de cuidados de saúde que cabe ao SNS financiar*” (Simões, Barros e Pereira, 2007), serviria, ainda, de mecanismo de controlo da despesa (nunca de fonte de financiamento). Contudo, todas as ideias pedem, antes e depois da sua implementação, uma análise cuidada dos seus impactos e o estudo exaustivo dos seus benefícios e dos *trade offs* que implicam. E, no que diz respeito à Saúde, os efeitos de qualquer medida são amplos e alcançam, sempre, outros domínios da pessoa (Johnson *et al.*, 2012).

No que se refere a taxas moderadoras, não existe evidência que confirme se, de facto, têm vindo a dissuadir a utilização desnecessária ou, ao invés, a restringir a utilização necessária (dicotomia expressa por Campos, em 1990). Por outro lado, é consensual o entendimento quanto à residualidade da sua capacidade enquanto captadora de recursos capazes de sustentar o SNS, pelo que a sua inclusão nas recomendações do Memorando da Troika, no capítulo do financiamento e não num outro de gestão do acesso, só se justifica com uma confusão com os copagamentos, figura inequivocamente distinta na finalidade, no valor e no objeto da taxa moderadora, como melhor descrito anteriormente. Seria de todo conveniente assumir, com honestidade intelectual, a diferença entre taxas moderadoras, respeitantes à decisão, imputável ao cidadão, de aceder aos serviços de saúde, e copagamentos, referentes à participação no custo dos cuidados de saúde, imputável (no processo de decisão), na maioria das vezes, ao prescriptor. Por outro lado, como justifica esperar-se que uma taxa moderadora sirva de financiamento do sistema de saúde, se tem, antes, por fundamento reduzir a utilização dos serviços de saúde?

Deve, ainda, refletir-se sobre se será possível moderar-se algo através de uma taxa quando não se trate de um bem transacionável de natureza utilitária. Será, de algum modo, exequível atingir esse objetivo quando falamos de saúde, um valor que está também dependente de outros dois fatores importantes (que se inter influenciam), como a literacia e a auto perceção?

No estudo da ‘bondade’ das taxas moderadoras, seria útil, por outro lado, conhecer o perfil do utilizador (Lucas, 1990), procurando dar resposta à pergunta ‘quem são, afinal, os imoderados?’. No estado atual de sofisticação da ‘*intelligence*’ disponível para a tomada de decisão, é já possível conhecer e falar com os ‘imoderados’, aqueles a quem se destinam as taxas moderadoras. E só a partir daqui parece razoável refletir sobre a ‘bondade’, concreta, específica do sistema de saúde português, da aplicação de uma taxa moderadora, e descobrir (ou não) se estão a modificar os comportamentos dos imoderados ou, ao invés, por via de uma perigosa perversão do sistema, a criar iniquidades no acesso a quem nunca foi imoderado e, de facto, precisa de cuidados de saúde, para cujo financiamento já contribuiu, num momento anterior à situação de doença, em função da sua capacidade de pagar, no quadro do contrato social estabelecido com o estado (Sakellarides, 2009). E esta “*menor protecção dada em caso de doença*” (Simões, Barros e Pereira, 2007), promovida por uma taxa moderadora que

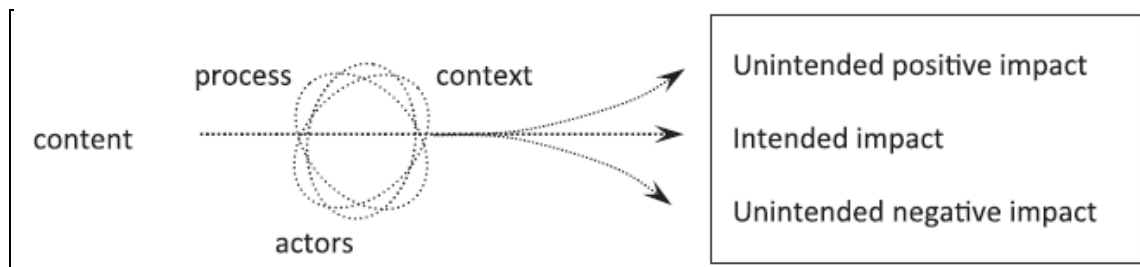
vem moderar, antes, os moderados, não cabe, decerto, no espírito do legislador que veio rever a Constituição da República Portuguesa.

A taxa moderadora “*serve para moderar*”, justificando-se apenas “*enquanto é possível encontrar a difícil arquitectura que faz com que um pagamento sirva para efectivamente moderar os realmente imoderados, sem dificultar o seu acesso aos cuidados de saúde dos que efectivamente necessitam*” (OPSS, 2011).

“*Se é verdade que há cerca de duas décadas, a ausência de sistemas de informação elaborados não permitia outra solução, isso já não é assim há algum tempo. É hoje possível identificar os sobre utilizadores injustificados (uma pequena percentagem dos utilizadores de cuidados de saúde, com a possível exceção dos serviços de urgência), e intervir junto deles.*” (OPSS, 2012)

Na definição desta arquitetura, difícil certamente, exigente do ponto de vista político e económico, no contexto de uma crise financeira, é essencial, por um lado, que parta de uma medição precisa dos custos e dos ganhos em saúde (Porter, 2011) e, por outro lado, que assente num modelo de análise, cuidadosamente desenhado (Cylus, 2012), que integre cinco elementos (Figura 5), a saber, o contexto, os atores, os processos, os conteúdos e o impacto (desejado, indesejado positivo e indesejado negativo), sabendo à partida que uma reforma de um país nunca será igual à reforma de um outro país (Hercot *et al.*, 2011).

Figura 5. Modelo de análise das reformas de política de saúde



Fonte: Hercot *et al.*, 2011.

De qualquer modo, não se sugere, de todo, a eliminação das taxas moderadoras sem, pelo menos, a devida preparação do sistema e das medidas complementares necessárias.

Sabe-se já, pela experiência noutros países, que uma deficiente preparação resulta em reformas sem o nível de sofisticação necessário e na fragilidade da configuração e implementação dos processos inerentes (Meessen *et al.*, 2011), para além de produzir efeitos indesejados, incluindo deterioração da qualidade e excessiva carga de trabalho sobre os profissionais de saúde (McPake *et al.*, 2011).

Estes últimos autores indicam seis passos para um programa bem-sucedido de remoção de taxas moderadoras, que antecipe o seu impacto e maximize os seus benefícios, a saber, (1º) análise do ponto de partida do país (incluindo, nível das taxas moderadoras, efetividade dos regimes de isenção e impacto das receitas decorrentes das taxas ao nível das unidades de saúde), (2º) estimativa do impacto da remoção das taxas moderadoras na utilização dos serviços, (3º) estimativa da necessidade de recursos humanos adicionais, medicamentos e outros, e as respetivas correspondências financeiras, (4º) mobilização dos recursos adicionais (internos e externos à organização) e desenvolvimento de estratégias customizadas ao nível local de modo a compensar as falhas de receitas e os custos associados ao aumento da utilização, (5º) alcançar o compromisso político na reforma e, por último, (6º) comunicar as mudanças a todos os *stakeholders* (McPake *et al.*, 2011).

Uma nota final prende-se com a importância que parece ter, perante toda a evidência exposta, substituir a pergunta: ‘reduzirão as taxas moderadoras a utilização desnecessária dos serviços de saúde?’ por esta outra: ‘constituirão as taxas moderadoras uma barreira no acesso a serviços de saúde que **queremos** que as pessoas utilizem?’.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, P. P. – Economic crisis and health systems: Portugal. Comunicação no âmbito de seminário da APES, em 14 janeiro de 2013, na ENSP.

BARROS, P. P. – Procura de cuidados de saúde, os efeitos do estado de saúde, co-pagamento e rendimento. Documento de trabalho 2/2001. Lisboa: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa, 2001.

CAMPOS, A. C. – Taxas moderadoras : dissuasão e restrição : crise da solidariedade ou crise do sistema de financiamento? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático 8:1 (Janeiro/Março 1990) 13-17.

CHERKIN, D.C.; GROTHAUS, L.; Wagner E.H. - The effect of office visit co-payments on utilization in a health maintenance organization. *Med Care*. 27 (1989) 1036–1045. Abstract. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2586186>

DGO. DIREÇÃO GERAL DO ORÇAMENTO. - Síntese da Execução Orçamental. Agosto de 2011.

DORAN et al. - Patient co-payments and use of prescription medicines. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health* 28 : 1 (2004).

DUPAS, P. - Global Health Systems: Pricing and User Fees. [Em linha]. Draft: March 2012. Prepared for the Elsevier Encyclopedia of Health Economics. [Consult. em 08.06.2013]. Disponível em http://www.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf

ERS. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde. 29 de setembro de 2011.

FRANCO, A. L. S. - Finanças Públicas e Direito Financeiro. Vol. II, 4ª Ed (2ª Reimpressão), Almedina: Coimbra, 1995.

GARCÍA MARTÍ, S.; CIAPPONI, A. Do user fees have an impact on the access to health services? A SUPPORT Summary of a systematic review. August 2008. <http://www.support-collaboration.org/summaries.htm>

HERCOT, D. et al. - Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy and Planning*. 26 (2011) ii5–ii15. doi:10.1093/heapol/czr063

JAMES, C. D. et al. - To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 5:3 (2006) 137-53.

JOHNSON A. et al - Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Soc Sci Med*. 75:10 (Nov 2012) 1786-92.

LAGARDE M, PALMER N. - The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD009094. DOI: 10.1002/14651858.CD009094.

LOBO, C. B. - Reflexões sobre a (necessária) equivalência económica das Taxas in *Estudos Jurídicos e Económicos em Homenagem ao Prof. Dr. António Sousa Franco*. Vol I., FDL. Coimbra Editora: Coimbra, 2006

LOHR, K.N. et al. - Use of medical care in the RAND health insurance experiment. *Medical Care Supplement*. 24:S (1986) 18–30. Disponível em <http://www.rand.org/pubs/reports/2006/R3469.pdf>

LUCAS, J. S. – Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático 8:1 (Janeiro/Março 1990) 17-28.

MCPAKE, B. et al. - Removing user fees: learning from international experience to support the process. *Health Policy Plan*. 26 Suppl 2:ii (Nov 2011) 104-117.

MEESSEN, B. - Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six. *Health Policy and Planning*. 26 (2011) ii16–ii29. doi:10.1093/heapol/czr062.

MEESSEN, B.; Gilson, L.; Tibouti, A. - User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. *Health Policy and Planning*. 26 (2011) ii1–ii4. doi:10.1093/heapol/czr071.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Taxas moderadoras: atualização dados. [Em linha]. 2013. [Consult. em 09-06-2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualizaçãodedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>

MIRANDA, J.; RIBEIRO, R. - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Tomo I, 2ª Ed, Wolters Kluwer / Coimbra Ed. 2010.

MLADOVSKY. P. et al. - Health policy responses to the financial crisis in Europe. *Policy Summary 5*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 2012. ISSN 2077-1584.

NEWHOUSE JP. - Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press (1993). ISBN 0-674-31846-3. 1996: ISBN 0-674-31914-1.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Crise & Saúde: um país em sofrimento. Coimbra: Mar da Palavra, 2012.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: relatório da primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2011.

PAULY, M.V. - The economics of moral hazard: comment. American Economic Review. 58:531-7 (1968). Disponível em <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1813785.pdf?acceptTC=true>

PORTER, M. E.; KRAMER, M. R. – The big ideia: creating shared value: how to reinvent capitalism and unleash a wave of innovation and growth. January-February 2011.

RAINER, W. – Health Care Reform And The Number Of Doctor Visits—An Econometric Analysis. Journal Of Applied Econometrics 19: 455–472 (2004).

RIDDE V.; ROBERT E.; MEESEN B. - A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. BMC Public Health. 8:12 (Jun 2012) 289.

ROS, C.; GROENEWEGEN, P. P.; DELNOIJ, D. M. J. - All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy. 1: 52 (2000), p. 1-13. Disponível <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp846.pdf>

ROSEN, B. et al. – When co-payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in Israel’s national health insurance system. International Journal of Health Planning and Management. Int J Health Plann Mgmt. 26 (2011) 21-37.

SAKELLARIDES, C. – Entrevista a Constantino Sakellarides. 15/12/10. Disponível em <http://videos.sapo.pt/I3mCoeJpZSD05bCpovLz>

SAKELLARIDES, C. - Novo Contrato Social da Saúde: incluir as pessoas. Loures: Diário de Bordo, 2009. ISBN. 9789899708709

SALTMAN R. B.; FIGUERAS J. - European health care reform. Analysis of current strategies. Edited by Richard B. Saltman and Josep Figueras. WHO Regional Publications, European Series, No. 72, 1997. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf

SIMÕES, J.; BARROS P.P.; PEREIRA J. - A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

SOMERAI, S. B. et al. -Effect of medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. New England Journal of Medicine. 325 (1991) 1072–7. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199110103251505>

TAMBLYN, R. et al. - Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. Journal of the American Medical Association. 285 (2001) 421-429. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/content/285/4/421.full.pdf+html>

THOMSON, S., JOWETT, M. e MLADOVSKY, F. - Health system responses to financial pressures in Ireland: policy options in an international context. [Em linha]. Editors. Final report: 16 November 2012. [Consult. em 08.06.2013]. Disponível em http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/263215/1/Observatory_WHO_2012.pdf

THOMSON, S.; FOUBISTER T.; MOSSIALOS, E. - Can user charges make health care more efficient? BMJ. 341 (2010) 3759. Disponível em <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3759.full>

VASQUES, S. - O Princípio Da Equivalência como Critério de Igualdade Tributária. Ed. Almedina, 2008

WARE J. E.; SHAPIRA, M. F.; SHERBOURNE C. - Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial. Annals of Internal Medicine. 104 (1986) 246-51. Abstract. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3946953>

WEALE, A.; CLARK, S. - Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments. Health Economics, Policy and Law . 5 (2010) 225-246.

WHO, MS, ACS – Portugal Health System Performance Assessment. Denmark : Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, WHO Regional Office for Europe, 2010. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf

WHO, REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE - Resolution: Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. [Em linha]. Copenhaga, 14–17 Setembro 2009. [Consult. em 08.06.2013]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf

WINKELMANN, R. - Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits: evidence from a natural experiment. *Health Economics*. 13 (2004) 1081-1089.

ZWEIFEL,P.; MANNING, W. G. - Moral hazard and consumer incentives in health care. In *handbook of Health Economics*, Elsevier Science B.V. Vol. 1. Disponível em <http://lingli.ccer.edu.cn/ahe2010/Chapter%208%20Moral%20hazard%20and%20consumer%20incentives%20in%20health%20care.pdf>