



*Escola Nacional de Saúde
Pública*

Universidade Nova de Lisboa



Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde

Mafalda de Castro e Sousa Maló de Abreu

IV Curso de Mestrado em Gestão em Saúde

***Projeto para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão em Saúde***

Orientador: Professor Doutor Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL)

Lisboa, Dezembro 2012

Agradecimentos

Como todas as fases da vida chegam ao fim esta é uma delas. Aqui se encerra um ciclo importante da minha vida, que espero que me traga mais-valias a nível pessoal e profissional.

Antes de mais quero agradecer a quem direta e indiretamente me apoiou e este comigo em mais uma etapa da minha vida.

Quero agradecer em primeiro lugar ao Prof. Doutor Julian Perelman, meu orientador, pela ajuda e disponibilidade incansável, à Prof.^a Doutora Céu Mateus pelos conselhos e apoio constante. Ao Mestre Francisco Cabral, que sempre me deu força e me abriu horizontes na área da saúde, auxiliando me no melhor percurso e caminho a escolher.

Aos meus e amigos e família que sempre me deram ânimo e força para nunca desistir e enfrentar todos os obstáculos. Mais especificamente, à minha mãe, Maria de Lurdes Castro e Sousa, por me proporcionar a oportunidade de estudar e ser alguém na vida e que sempre me deu força ao longo de todo o meu percurso académico; ao meu pai, António Maló de Abreu, que sempre me lembrou que o mais importante da vida é a perseguição dos nossos sonhos e que tudo é possível se nunca desistirmos; à minha avó Maria de Lurdes pela incansável preocupação e carinho; à minha irmã Maria Maló que sempre esteve lá quando precisei sempre com um ombro amigo. Aos meus amigos de sempre, que nunca deixaram de acreditar em mim, e aos meus colegas de Mestrado que sempre que precisei me ajudaram nas dificuldades.

Aqui fica um obrigada muito especial a todos que me ajudaram neste caminho, porque no final de contas precisamos sempre de apoios para conseguirmos alcançar os nossos objetivos e sem eles nada disto seria possível. O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Resumo

O Sector da Saúde ocupa, atualmente, um espaço muito visível na nossa sociedade, quer em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos. Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos alocados ao sistema de saúde. Neste período Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais.

As taxas moderadoras são um instrumento financeiro, de carácter explícito, que têm como principal objetivo a racionalização da procura de cuidados de saúde (Pinto e Aragão 2003).

Este trabalho pretende avaliar o impacto da existência das taxas moderadoras na procura dos cuidados de saúde por parte dos utentes.

Metodologia: O instrumento de medida utilizado foi um questionário submetido a um pré-teste. Este instrumento de investigação é dirigido a consumidores dos cuidados de saúde, na loja de cidadão de Coimbra pretendendo averiguar a opinião de uma certa amostra de cidadãos acerca da influência das taxas moderadoras na sua procura de cuidados de saúde. O pré-teste terá em conta uma amostra de diferentes idades e estratos sociais.

Resultados: O próprio estado de saúde do individuo leva um maior ou menos consumo de cuidados de saúde. As pessoas inquiridas concordam com as taxas moderadoras, conhecem o seu aumento e estão cientes da existência de isenções, não deixando de procurar cuidados de saúde pelo fato de estas existirem. Apesar de em minoria é importante com uma amostra tão pequena ter em consideração os que não concordam com as taxas moderadoras e que deixam de procurar cuidados de saúde.

Palavras-chave: Preço; Taxas moderadoras; Portugal; Procura; Isenções

Abstract

The Health Sector occupies nowadays a very visible space in our society, whether in economic, social or merely media. In the last 40 years have been seen substantial progresses thanks to the expansion of the supply of health care and increase of resources allocated to the Health System. At this time Portugal reached an outstanding level in the development of its health system, with comparable results today with major international partners.

User fees are a financial instrument, whether explicit, whose main objective is to rationalize the demand for Health Care. (Pinto and Aragão 2003).

This study aims to assess the impact of the existence of user fees in health care demand by users.

Methodology: The measuring instrument was a questionnaire submitted to a pretest. This research tool is aimed at consumers of health care, the store intending citizen of Coimbra ascertain the opinion of a certain foretaste of the citizens concerning the influence of user fees in seeking health care. The pretest will consider a sample of different ages and social strata.

Results: The same state of health of the individual take a greater or lesser consumption of health care. The people surveyed agreed with the fees, increase your know and are aware of the existence of exemptions, leaving to seek health care because they exist. Although in the minority is important with such a small sample to take into account those who disagree with fees and who fail to seek health care.

Keywords: Price; User-fees; Portugal; Demand; Exemptions

Índice

1. Introdução	ix
2. Sistema de Saúde Português	xi
2.1 O Financiamento da Saúde Portuguesa	xv
2.2 Despesas de Saúde	xvii
3. Procura	xxi
3.1 Procura nos Sistemas de Saúde	xxi
3.2 Análise Económica da Procura	xxvi
3.3 Impacto do Preço na Procura de Cuidados de Saúde	xxviii
3.4 Principais Estudos	xxxii
4. Taxas Moderadoras	xxxvi
4.1 Argumentos a Favor	xxxviii
4.2 Argumentos Contra	xl
4.3 As taxas moderadoras e a equidade dos cuidados de saúde	xlii
4.4 Situação Internacional	xliii
4.5 Situação Atual Portuguesa	xliv
5. Metodologia	li
5.1 Análise Estatística	liv
5.1.1 Teste t de Student e teste de Mann-Whitney	liv
5.1.2 Teste ANOVA e Kruskal-Wallis	lv
5.1.3 Teste do Qui-quadrado	lvi
6. Apresentação dos Resultados	lvi
6.1 Análise Descritiva	lvi

6.2 Análise Comparativa.....	lxii
6.2.1 Relação entre características sociodemográficas e o estado de saúde	lxiii
6.2.2 Relação entre as características sociodemográficas e a necessidade regular de cuidados de saúde	lxvii
6.2.3 Relação entre características sociodemográficas e a concordância com as taxas moderadoras	lxxi
6.2.4 Relação entre as características sociodemográficas e inibição da procura por causa das Taxas Moderadoras	lxxvi
6.2.5 Relação entre as características sociodemográficas e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras.....	lxxix
6.2.6 Relação entre características sociodemográficas e isenções.....	lxxxii
7. Discussão de Resultados	lxxxvi
8. Considerações Finais	lxxxix
9. Referências Bibliográficas.....	xcii
Anexo.....	ci

Índice de Figuras, Tabelas e Ilustrações

Tabela 1 – Despesa em saúde em % do PIB

Tabela 2 – Despesas em cuidados de saúde em % do PIB na EU-27 e Estados Unidos (2008)

Tabela 3 – Valor das taxas moderadoras

Tabela 4 – Relação entre concordar com taxas moderadoras e deixar de ir a consulta

Tabela 5 - Relação entre o Estado de Saúde e a Idade

Tabela 6 - Relação entre a necessidade regular de cuidados de saúde e a Idade

Tabela 7 - Relação entre a concordância com as taxas moderadoras e a Idade

Tabela 8 – Relação entre a inibição da procura de cuidados de saúde e a Idade

Tabela 9 – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e a Idade

Tabela 10 – Relação entre ser isento de taxas moderadoras e a Idade

Gráfico 1 – Despesa em saúde por habitante

Gráfico 2 – Evolução das despesas em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal, por fonte do financiamento (2003-2008)

Gráfico 3 – Curva da Procura

Gráfico 4 – Sistema de Saúde com preço zero e com co-pagamento

Gráfico 5 - Frequências de cada sexo na amostra

Gráfico 6- Distribuição da amostra por sexo e escalão etário

Gráfico 7 - Frequências de cada tipo de agregado familiar na amostra

Gráfico 8 - Frequências de cada categoria de habilitações literárias na amostra

Gráfico 9 - Frequências de cada situação profissional na amostra

Gráfico 10 - Autoavaliação do Estado de Saúde

Gráfico 11 - Subsistemas de que é beneficiário

Gráfico 12 - Seguro de Saúde

Gráfico 13 - Frequência de consulta ao médico nos últimos 3 meses

Gráfico 14 - Onde se dirige

Gráfico 15 - Concordância com a existência das Taxas Moderadoras

Gráfico 16 - Inibição da Procura devido às Taxas Moderadoras

Gráfico 17 - Conhecimento do aumento das Taxas Moderadoras

Gráfico 18 - Deixar de ir a consulta devido aos aumentos das taxas moderadoras

Gráfico 19 - Resolução do Problema, por não ter ido à consulta

Gráfico 20 - Isenção de Taxas Moderadoras

- Gráfico 21** - Relação entre o estado de saúde e o sexo
- Gráfico 22** - Relação entre o estado de saúde e a situação profissional
- Gráfico 23** - Relação entre o estado de saúde e ter veículo próprio
- Gráfico 24** - Relação entre o estado de saúde e ter casa própria
- Gráfico 25** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e estado de saúde
- Gráfico 26** – Relação entre estado de saúde e concordância com taxas moderadoras
- Gráfico 27** - Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações
- Gráfico 28** - Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional
- Gráfico 29** - Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter veículo
- Gráfico 30** - Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter casa própria
- Gráfico 31** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e subsistema
- Gráfico 32**– Relação entre necessidade de cuidados de saúde e seguro de saúde
- Gráfico 33** - Relação entre a concordância com as taxas moderadoras e a Idade
- Gráfico 34** - Relação entre concordância com as taxas moderadoras e o sexo
- Gráfico 35** - Relação entre concordância com TM e agregado familiar
- Gráfico 36** - Relação entre concordância com taxas moderadoras e habilitações
- Gráfico 37** - Relação entre concordância com TM e situação profissional
- Gráfico 38** - Relação entre a concordância com TM e ter veículo
- Gráfico 39** - Relação entre a concordância com TM e ter casa própria
- Gráfico 40** – Relação entre deixar de ir a uma consulta e seguro de saúde
- Gráfico 41** – Relação entre a inibição da procura de cuidados de saúde e o sexo
- Gráfico 42**– Relação entre necessidade de cuidados de saúde e agregado familiar
- Gráfico 43** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações
- Gráfico 44** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional
- Gráfico 45** – Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter veículo
- Gráfico 46** – Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter casa própria
- Gráfico 47** – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e a Idade
- Gráfico 48** – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e o sexo
- Gráfico 49** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações
- Gráfico 50** – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional
- Gráfico 51** – Relação entre ser isento de taxas moderadoras e a Idade
- Gráfico 52** – Relação entre isenção das taxas moderadoras e o sexo
- Gráfico 53** – Relação entre isenção das taxas moderadoras e agregado familiar
- Gráfico 54** – Relação entre isenção das taxas moderadoras e situação profissional
- Gráfico 55** – Relação entre isenção das taxas moderadoras e ter veículo

Gráfico 56 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e ter casa própria

Ilustração 1 – Índice de envelhecimento (UE15)

Ilustração 2 – Esperança de vida à nascença (anos)

Índice de Abreviaturas

ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde)

ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado)

BM (Benefício Marginal)

CE (Comissão Europeia)

CM (Custo Marginal)

DECO (Defesa do Consumidor)

EPE (Entidades Públicas Empresariais)

ERS (Entidade Reguladora de Saúde)

FMI (Fundo Monetário Internacional)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

INS (Inquérito Nacional de Saúde)

MCDT (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

PIB (Produto Interno Bruto)

PT (Portugal Telecom)

RAND (Organization for Research and Development)

SA(Sociedade Anónima)

SMS (Serviços Médicos Sociais)

SNS (Serviço Nacional de Saúde)

SPSS - Statistical Package for The Social Sciences

UE (União Europeia)

1. Introdução

A Saúde é dos setores que em Portugal mais evoluiu nos últimos 40 anos. Neste setor foram investidos recursos financeiros, humanos e técnicos. Foi nesta mesma época criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) o que levou a uma ampliação do acesso aos cuidados de saúde.

Com a atual crise, este setor enfrenta desafios crescentes e preocupações acrescidas, como a melhoria da qualidade e dos serviços, os crescentes gastos e motivação dos seus colaboradores. O aumento da exigência por parte do utente acrescido ao custo dos materiais, à escassez de recursos e às restrições financeiras estão também sem dúvida na ordem do dia. A tentativa para a diminuição da despesa pública, o fortalecimento da regulamentação, as limitações no acesso ao mercado e as crescentes pressões de ordem ética, impõem a adaptação constante das organizações e a definição de novas estratégias e consequentemente de novas lideranças. Estamos portanto diante de uma situação de carência financeira sendo extremamente necessário sair desta posição de risco. (Ministério da Saúde)

Este “mercado da saúde” apresenta características muito peculiares, visto que por um lado apresenta recursos limitados e, por outro, uma procura e uma carência ilimitada de mais e melhores cuidados. A conjugação destes dois fatores conduz à necessidade de escolhas, que envolve não só o que deve ser feito, mas também, e não menos importante, o que se deixa de se fazer (Gruskin & Daniels, 2008).

O controlo dos gastos em saúde alcança então uma relevância cada vez maior e mais importante na política atual de saúde. Em grande parte dos países europeus os gastos em saúde têm vindo a aumentar e, em países como Portugal, os valores da despesa em saúde ultrapassam já o valor do Produto Interno Bruto (PIB).

Portugal é o vigésimo sexto país do Mundo no que diz respeito aos gastos per capita com a saúde. (Relatório de Estatísticas Mundiais da Saúde, OMS). Várias razões têm sido apontadas para este aumento, especificamente a inflação do sector, o desenvolvimento tecnológico, as características demográficas e de morbilidade assim como as expectativas e comportamentos dos consumidores.

Em 2010, a despesa corrente em saúde cresceu 1,6% face a 2009, atingindo os 17534,7 milhões de euros, correspondendo a 10,2% do PIB e a despesa per capita de 1648,41€. (INE)

A introdução de novas formas de gestão, nomeadamente a empresarialização dos hospitais, a introdução de novas formas de financiamento hospitalar, a regulação do uso de tecnologias, o controlo dos investimentos na área da saúde e a introdução de taxas moderadoras refletem a necessidade dos governos limitarem os gastos na saúde. (Pinto & Aragão, 2003)

Em Portugal, a introdução das taxas moderadoras surge com o objetivo de racionalizar a procura. Porém, muitos autores têm revelado algum ceticismo acerca da eficácia deste instrumento de contenção de custos, dado que esta medida de racionamento, no que diz respeito à ala da procura apresenta quer argumentos a favor, quer, e não menos pertinentes, argumentos contra a sua existência. (Pinto & Aragão, 2003)

As taxas moderadoras apresentam um efeito distinto sobre a procura de cuidados de saúde nos diferentes grupos sociais como podemos verificar em diversos estudos feitos, sendo o mais relevante o “The Rand Health Insurance Experiment” (RAND), desenvolvido por Newhouse et al. (1993). Este estudo avalia as diferentes elasticidades preço-procura para diferentes cuidados de saúde em segurados com diferentes taxas de co-seguro. Com este estudo, conclui-se, principalmente, que quanto mais os consumidores têm de pagar pelos cuidados de saúde menos os utilizam.

Barros (2009) afirma que com este estudo, diferenças na taxa de co-seguro induzem padrões de consumo de cuidados de saúde bastante diferentes.

É na “classe média” que se verifica uma utilização mais lógica dos serviços de saúde. São consumidores que se comportam de maneira racional, maximizando a sua utilidade e que demonstram capacidades para estabelecer definições claras sobre a saúde e que não estruturando as suas preferências de maneira contraditória. (Newhouse et al., 1993) Assim sendo, podemos dizer que a probabilidade de consumir serviços de saúde aumenta de acordo com o nível de rendimento e diminui quando aumenta o co-pagamento em todas as classes sociais.

Tendo em conta ainda o estudo da RAND, a população com um menor nível de rendimento tende a consumir menos cuidados de saúde (consultas, medicamentos, meios auxiliares de

diagnóstico, intervenções cirúrgicas) aquando o aumento do preço destes, não pela menor necessidade destes cuidados, mas sim pela dificuldade de pagamento.

As taxas moderadoras surgem assim para moderar a procura de cuidados de saúde não devendo portanto dificultar o acesso dos que verdadeiramente deles necessitam.

É importante falar das taxas moderadoras, em especial a revisão do seu quadro atual, que passa quer por uma reapreciação das categorias de isenção, quer por um aumento dos seus valores, visto que, a sustentabilidade do SNS é sempre, em termos económicos, um objetivo de médio e longo prazo, pelo que qualquer medida a implementar deve ser sujeita a um acompanhamento rigoroso para aferir da sua capacidade de produção de efeitos duradouros. (Relatório de Sustentabilidade do SNS)

A revisão das taxas moderadoras, quer nos montantes, quer nas isenções, tem tido "algumas consequências imediatas" e uma delas é o fato de algumas pessoas estarem a abandonar o Serviço Nacional de Saúde. (DECO)

Com este trabalho pretendemos avaliar o impacto da implementação e existência destas taxas, no comportamento dos agentes da procura. Assim, como investigadora, ambiciono apurar se será correta a dissuasão do consumo de cuidados de saúde, através de uma taxa moderadora que representa um segundo pagamento dos cuidados, uma vez que estes cuidados já foram pagos por via de impostos. Pretendo também averiguar, se os agentes da procura alteram ou não o seu comportamento devido à imposição desta mesma taxa. Mais ainda, em Portugal os indivíduos são englobados em dois grupos: isentos e não isentos; sendo que, tal facto poderá ser gerador de desigualdades entre os não isentos, devido aos diferentes níveis de rendimento dentro deste último grupo.

2. Sistema de Saúde Português

Sendo o Setor da Saúde único, são diversas as razões que o tornam diferente em termos de problemas económicos (entre elas as mais importantes): a presença da incerteza; o papel das instituições sem fins lucrativos e forte juízos éticos.

Em Portugal, existe uma forte participação do Estado na Saúde: como segurador (recolhendo impostos); como prestador (fornece e produz inúmeros bens e serviços) e como regulador (determina a forma de relacionamento como ele próprio enquanto segurador e/ou prestador que se relaciona com outros agentes económicos do setor (Barros, 2006).

Nestes últimos anos, o Setor da Saúde tem vindo a sofrer mudanças significativas, desde a transferência generalizada dos Hospitais das Misericórdias para a alçada do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases em Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos para SA (e posteriormente para EPE) e a construção de novos hospitais.

Em 1979, surgiu a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que veio assim marcar o “nascimento” do sistema nacional de saúde, assegurando o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde. Até lá, a assistência médica competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia a assistência aos pobres.

Desde este ano que o sistema de cuidados de saúde português tem sido então baseado na estrutura de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre no ponto de utilização de serviços e de financiamento através de impostos (Oliveira et al., 2005).

O SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, que funciona sob a tutela do Ministro da Saúde (Estatuto do SNS 1993, DL 11/93). Segundo a Constituição Portuguesa da República, é baseado num sistema de organização descentralizado. Porém tem-se verificado ao longo de tempo uma estrutura centralizada, dominada pela oferta pública da maioria de cuidados primários e hospitalares (Oliveira et al., 2005).

Tendo em conta a Lei de Bases da Saúde, o SNS caracteriza-se por (Barros et al., 2007): ser universal quanto à população abrangida; prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados e por ter uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Portugal tem vindo a sofrer uma grande evolução tanto a nível social como económico. Especificamente na Saúde, esta evolução veio permitir o alargamento ao acesso dos cuidados de saúde tanto no que diz respeito à qualidade como à quantidade, evidenciando subsequentemente uma melhoria no estado de saúde da população portuguesa. Passámos

a ter, portanto, um Sistema de Saúde mais eficaz, tendo o Estado uma maior intervenção nas políticas de saúde, na promoção em saúde e na prevenção da doença, passando os cuidados de saúde a serem universais.

Nas últimas décadas, podemos enumerar alguns dos mais importantes marcos da Reforma do Sistema de Saúde Português:

- ✓ Em **1971** com o *Decreto de Lei n.º 413/71*, de 27 de Setembro – “Reforma Gonçalves Pereira” – que promulga a organização do Ministério de Saúde e Assistência. Os princípios do reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses são explicitados, assim como a integração de todas as atividades de saúde e assistência tendo em vista tirar um melhor rendimento dos recursos e, ainda, do planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem os “centros de saúde de primeira geração”. (www.portaldasaude.pt);
- ✓ Em **1976** é aprovada a nova Constituição da República Portuguesa, onde de acordo com o artigo 68º, há direito de todos os cidadãos à proteção da saúde e o dever de todos os cidadãos de defender e promover a saúde;
- ✓ Em **1979** deu-se a criação do SNS (*Lei nº 56/79*, de 15 de Setembro);
- ✓ Em **1989** dá-se a promulgação da 2ª Revisão Constitucional que, no Artº. 64, nº2, alínea a), passa a definir que “O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral (...) tendencialmente gratuito”;
- ✓ Em **1990** é publicada a Lei de Bases de Saúde, surgindo assim uma nova conceção de sistema de saúde, que integra SNS, entidades privadas e profissionais liberais.
- ✓ Em **1993** é criado o Estatuto do SNS (*Decreto de Lei 11/93* de 15 de Janeiro) que vem reforçar a separação entre sistema de saúde e serviço nacional de saúde.
- ✓ No ano de **2003** é criada a Entidade Reguladora de Saúde, com o *Decreto-Lei nº 309/2003*, de 10 de Dezembro. A esta são conferidas competências para supervisionar a atividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes dos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes.

O sistema de cuidados de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas de cobertura: o SNS; acima descrito; os seguros privados e públicos delineados para certas profissões e designados por subsistemas de saúde e pelos sistemas de seguros de saúde privados voluntários (Figueras et al., 2004).

Os seguros de saúde e subsistemas são entidades que asseguram o financiamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários, com base em prémios ou quotizações que são suportados pelos próprios beneficiários ou pelas suas entidades patronais.

A população comparticipa as suas despesas em saúde mediante o pagamento de taxas moderadoras (quando ao abrigo do SNS), ou co-pagamentos (quando enquadradas em subsistemas ou seguros de saúde), ou a totalidade da despesa (quando não abrangida por nenhuma das situações anteriores), para além dos pagamentos de impostos e a seguros e subsistemas.

Os subsistemas de saúde têm sofrido uma elevada pressão nos custos e estão dependentes de uma componente significativa de financiamento do Estado e das empresas. Tem-se procurado implementar um conjunto de medidas, de forma a controlar a utilização e os gastos, e a aumentar as contribuições dos seus beneficiários. Os subsistemas privados têm manifestado um certo desinteresse, por se constituírem numa alternativa de cobertura integral ao SNS. (Relatório Final da Comissão de Sustentabilidade e Financiamento do Serviço Nacional de Saúde)

Os subsistemas funcionam como um sistema de saúde em que uma fração considerável da população beneficia de mecanismos de proteção em situação de necessidade de cuidados médicos para além do SNS. O principal subsistema público de saúde em Portugal é a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), cujos beneficiários são trabalhadores da administração pública. No sector privado os principais subsistemas são os da Portugal Telecom (PT), dos CTT e dos SAMS, tendo no entanto sido todos extintos em 2008 na sua relação de *opting out* com o SNS (Simões et al., 2007).

Relativamente aos sistemas de seguros de saúde privados, estes são subscritos por cerca de 10% da população (Figuera et al., 2004). Adicionalmente, 7% da população está coberta por fundos mútuos (Figuera et al., 2004). Os fundos mútuos são financiados através de contribuições voluntárias. São organizações sem fins lucrativos que oferecem cobertura limitada para consultas, medicamentos e cuidados hospitalares. No seu financiamento existe numa proporção bastante ampla, particularmente na forma de pagamentos diretos e co-pagamentos pelo paciente, e ainda sob a forma de prémios de seguro e instituições mútuas, sendo estas apresentadas numa proporção mais reduzida.

2.1 O Financiamento da Saúde Portuguesa

O financiamento da saúde consiste na organização de fontes de captação de fundos junto da sociedade para poder fazer face às despesas com cuidados de saúde. Tem-se caracterizado por uma prática de coexistência entre orçamentos reconhecidamente insuficientes à partida, défices acumulados nem sempre rigorosamente assumidos e uma quase ausência de instrumentos de gestão e responsabilização capazes de alterar esta situação (Simões et al., 2007).

Podemos identificar três fontes de financiamento: os impostos (gerais e consignados); seguros (voluntários ou obrigatórios/ privados ou públicos); pagamentos diretos pelos utentes (co-pagamentos no SNS e pagamentos diretos para cuidados de saúde privados).

Os subsistemas de saúde cobrem cerca de 18% da população (ADSE -10%). No ano de 2000, a despesa direta em saúde por parte das famílias correspondia a 5,9 milhões de euros. As taxas moderadoras representam pelo menos 1% no total da despesa do SNS (hospitais: 70%; centros de saúde: 30%). Os benefícios fiscais representam 5% da despesa pública em saúde. No que diz respeito aos seguros privados de saúde, 9% da população tem um seguro voluntário de saúde, sendo que este valor tem aumentado bastante nos últimos tempos e tem uma tendência para continuar a subir. (ACSS)

O sistema de cuidados de saúde português tem um financiamento público e privado, comparativamente à maioria dos sistemas europeus, sendo a componente de financiamento privado superior à de países com um sistema baseado num SNS (Oliveira et al., 2005).

Quanto às despesas privadas familiares e as despesas com medicamentos, os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório assumem especial importância. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INS), o SNS é apresentado como o subsistema de saúde utilizado com maior frequência por cerca de 80% das pessoas residentes em Portugal Continental.

Relativamente aos impostos, o SNS é financiado principalmente por verbas vindas da coleta geral de imposto, via Orçamento de Estado. A contribuição é feita de acordo com o rendimento, dos indivíduos e das empresas, e de acordo com a despesa. Contrariamente a um conjunto de países da união europeia (EU), em Portugal, a principal receita fiscal é a

originada pelos impostos indiretos, nos quais os impostos diretos constituem a principal fonte de receita do Estado. (Simões et al., 2007).

O orçamento para as despesas totais do SNS é estabelecido dentro do orçamento anual público. Para além das transferências diretas a partir do orçamento estatal, o SNS apresenta as suas próprias receitas, a maioria gerada por hospitais, onde se encontram inseridos pagamentos recebidos de doentes para serviços especiais como quartos particulares, os pagamentos aos beneficiários dos subsistemas de saúde e seguradores privados, os pagamentos recebidos pelo aluguer de instalações e equipamentos, o rendimento dos investimentos, doações, e multas (Barros et al., 2007).

Relativamente aos seguros de saúde privados em Portugal estes são apenas válidos por um ano, sendo que as companhias têm o poder de anular ou renovar o contrato. As apólices de seguro tendem a ser seletivas, encontrando-se a idade fortemente associada com o aumento dos custos de saúde.

Vários são os fatores que podem ser apontados para explicar o lugar que os operadores privados ocupam, como também a margem para desempenharem um importante e crescente papel no Sistema de Saúde Português. Porém, efetivamente quando os serviços do Estado não conseguem dar a resposta mais adequada ou atempada às necessidades da população, deixam espaço para a iniciativa privada. No caso da saúde, a falta de resposta do SNS legitimou a possibilidade de os privados entrarem no sector (quer complementando-o, quer competindo com ele) partilhando um mercado muito atrativo. A crescente preocupação com a saúde e com o bem-estar, o aumento do poder de compra da população, a possibilidade de exercer com liberdade a escolha do prestador, o maior conforto proporcionado no consumo de cuidados de saúde e o acesso normalmente mais rápido a esses cuidados, podem ser também apontadas como algumas das razões para o crescimento do mercado privado da saúde em Portugal.

A presença dos privados na saúde é já muito relevante, daí que quando se analisa o setor não se possa apenas mencionar o SNS mas deva, sim, considerar-se o *Sistema Nacional de Saúde*, no qual a iniciativa privada tem um papel chave.

As taxas moderadoras têm como objetivo evitar excessos de utilização, e por esse motivo não é expectável que subam para valores muito elevados. As taxas moderadoras não têm

como objetivo financiar o Serviço Nacional de Saúde, e são normalmente valores modestos face ao total das necessidades de financiamento (Barros, 2011).

O peso das taxas moderadoras no financiamento do SNS tem sido bastante reduzido, sendo que, considerando a execução financeira consolidada do SNS entre Janeiro e Julho de 2011, as taxas moderadoras equivaleram a cerca de 1,1% da despesa total do SNS. Este baixo peso das taxas moderadoras na receita deve-se à própria natureza das taxas moderadoras (destinadas apenas à moderação do consumo), mas também à inexistência de diferenciação de taxas em função do rendimento dos cidadãos e ao número (bastante significativo) de cidadãos isentos do seu pagamento (Análise do Sistema Financeiro do SNS –ERS, 2011).

2.2 Despesas de Saúde

Relativamente à despesa relacionada com a saúde em Portugal, esta tem crescido a um ritmo superior ao crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB e apresentando uma evolução variável comparativamente aos vários países da Europa.

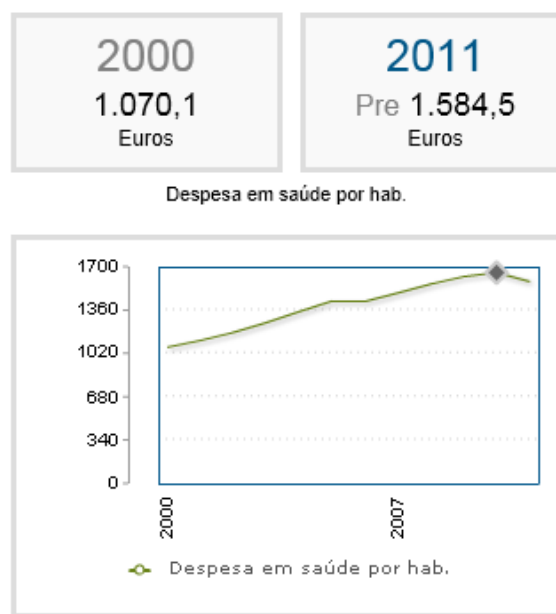
Tabela 1 - Despesa em saúde em % PIB

Anos	Despesa em saúde em % PIB
2000	8,6
2001	8,6
2002	8,7
2003	9,2
2004	9,5
2005	9,8
2006	9,4
2007	9,4
2008	9,7
2009	10,2
2010	Pro 10,2
2011	Pre 9,8

Fontes/Entidades: INE–BP, INE, PORDATA

Última actualização: 2012-06-28

Gráfico 1 - Despesa em saúde por habitante



No ano de 2000, a despesa em saúde em relação ao PIB era de 8,6%, tendo crescido para 10,2% no ano de 2009 (Tabela 1). Em relação à despesa por habitante, no ano de 2000 era de €1070,1 e no ano de 2009 já ascendia aos €1623 (Gráfico 1).

Tabela 2 - Despesas em cuidados de saúde em % do PIB na UE-27 e Estados Unidos (2008)

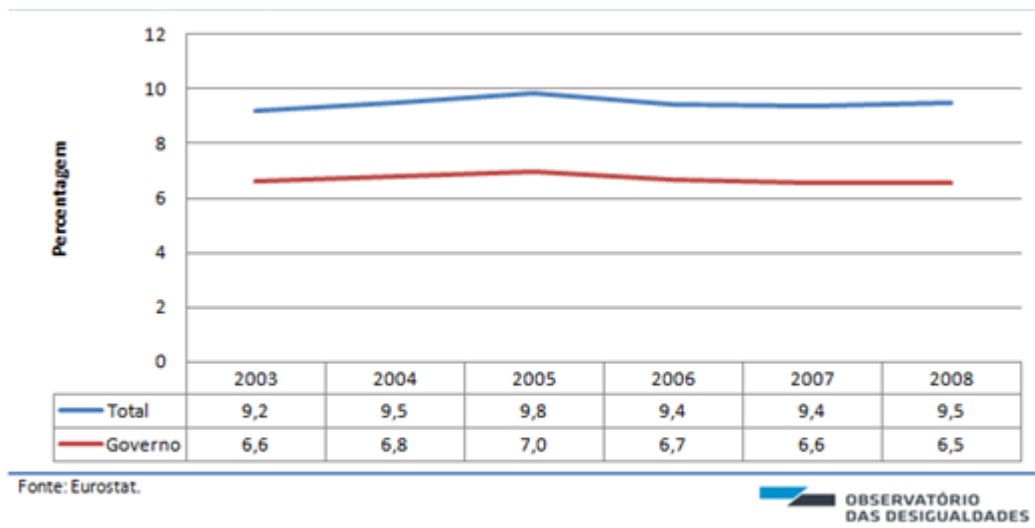
	Total	Governo
Estados Unidos	15,6	7,6
França	10,9	8,7
Alemanha	10,3	8,2
Bélgica	10,1	7,6
Dinamarca	9,8	8,7
Áustria	9,8	8,0
Portugal	9,5	6,5
Países Baixos	9,1	-
Suécia	8,8	7,5
Espanha	8,7	6,5
Eslovénia	7,9	6,1
Finlândia	7,9	6,2
Eslováquia	7,6	5,4
Hungria	7,0	5,1
Bulgária	6,9	-
Polónia	6,5	5,1
Lituânia	6,4	4,8
Luxemburgo	6,2	5,7
Letónia	6,0	4,1
Estónia	5,9	4,8
Chipre	5,8	2,5
Roménia	5,3	4,5

Fonte: Eurostat

França, Dinamarca e Alemanha são os países, do grupo da UE-27 e Estados Unidos cujos governos mais gastam em cuidados de saúde (tabela 3). Portugal apresenta para este indicador um valor de 6,5%. Entre os vinte e um países da UE aqui analisados, dos doze que apresentam um valor mais baixo que o de Portugal, nove integram o grupo de países que aderiu à União Europeia depois de 2004. Relativamente à despesa total em cuidados de saúde, os Estados Unidos assumem-se como o país que mais despense em percentagem do PIB: 15,6%. A França é o país da UE-27 que mais se aproxima deste valor: 10,9% (Eurostat).

Gráfico 2 - Evolução das despesas em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal, por fonte do financiamento (2003-2008)

O gráfico 2 refere-se à evolução das despesas em cuidados de saúde em percentagem do



PIB em Portugal. Como se pode ver, desde 2003, tanto quando se considera a despesa total, como quando se considera as despesas do governo, as percentagens despendidas em cuidados de saúde têm sofrido oscilações positivas e negativas. De 2003 para 2008, as despesas de saúde *per capita* totais aumentaram 0,3 pontos percentuais, enquanto as do governo diminuíram 0,1 ponto percentual.

Mundialmente, as despesas totais com saúde (pública e privada) têm crescido de ano para ano. Vários são os motivos que autores como Novais (2010), Silva (2010), Castilho (2003) ou Simões (2009) têm apontado para explicar este crescimento, e que podem organizar-se em três importantes áreas: procura, oferta e fatores económicos.

Do lado da procura podemos referir: o envelhecimento da população (ilustração 1); o aumento da esperança de vida (ilustração 2); a evolução cultural das populações; o aumento do rendimento disponível das famílias; o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde e por fim a procura cada vez mais exigente de cuidados médicos.

Ilustração 1 - Índice de envelhecimento (UE15)

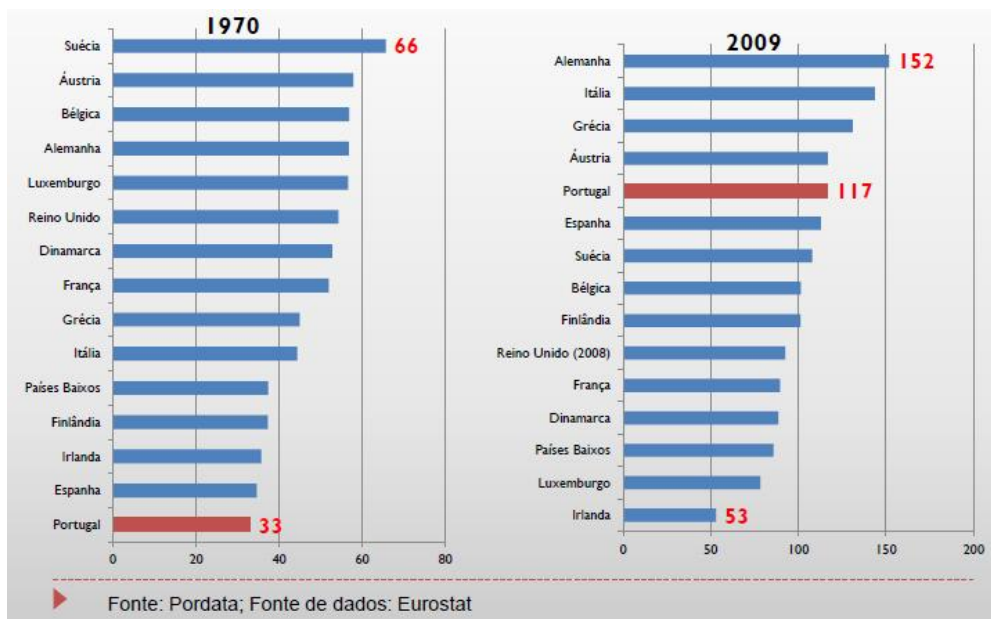
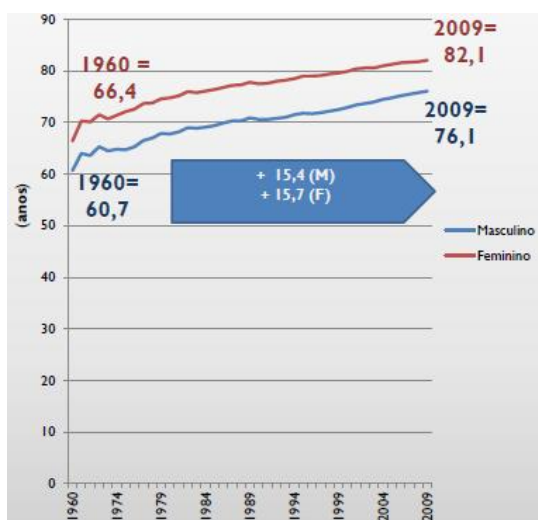


Ilustração 2- Esperança de vida à nascença (anos)



Do lado da oferta: o ritmo de inovação e desenvolvimento tecnológico; o recurso a meios sofisticados e dispendiosos de diagnóstico; o facto de os cuidados de saúde serem intensivos em trabalho; a generalização da cobertura de cuidados de saúde; as formas de organização da prestação de cuidados de saúde e do seu financiamento e o aumento dos meios materiais e humanos de prestação de cuidados;

No que concerne aos fatores económicos: a evolução da produtividade no sector da saúde (“Doença de Baumol”) ou ainda o crescimento do PIB (associado à elasticidade positiva das despesas de saúde).

Em relação ao futuro das despesas da saúde, este deve ter em consideração algumas especificidades dos cuidados de saúde de forma a ser possível prever tendências, comparativamente a outros sectores da despesa pública.

A pressão sobre o SNS é grande visto estarmos perante um orçamento de Estado limitado como a despesa total com a saúde continua em crescimento e as expectativas dos portugueses para com os cuidados de saúde têm-se vindo a revelar cada vez mais elevadas. Se os gastos públicos em saúde não forem controlados, podem vir a comprometer-se os ganhos e os resultados adquiridos. Esta realidade de aumento da despesa e da necessidade de a controlar, não é exclusiva de Portugal, sendo uma evidência concreta em todo o contexto internacional.

3. Procura

Em qualquer mercado coexistem o lado da oferta e o da procura e, este é meramente, um organismo de ajuste entre ambos, que possibilita uma troca de bens ou serviços sem que seja precisa a intervenção do governo. (Donaldson e Gerard 1993)

Podemos definir a procura de um bem ou serviço como “a quantidade de bem ou serviço, que as pessoas desejam consumir num certo período de tempo”, de acordo com as suas capacidades económicas (Lunes 1995). Deste modo, cada indivíduo, face a opções alternativas, realiza as suas escolhas de acordo com os seus gostos e preferências procurando sempre o máximo de satisfação, maximizando também a utilidade do bem (Donaldson e Gerard 1993; Cillis e West 1984).

3.1 Procura nos Sistemas de Saúde

Na área da saúde a procura é influenciada por diversas particularidades que estão diretamente relacionadas com as especificidades do mercado.

Arrow (1963, cit. Lunes 1995) define algumas características peculiares desta procura: em relação ao consumidor, a procura é irregular e imprevisível, uma vez que este desconhece qual o momento em que irá adoecer; a procura de cuidados de saúde acontece em condições anómalas, ou seja, quando o indivíduo se encontra num estado de doença, o que pode comprometer a racionalidade da sua tomada de decisão; dada a ignorância do consumidor, torna-se imprescindível a existência de um elo de confiança entre o agente da

procura e da oferta; nesta relação de confiança deduz-se que o conselho do prestador está separado do seu interesse próprio (existência de uma relação de agência perfeita); a ética médica condena a publicidade e a competição entre médicos no que diz respeito aos bens e serviços disponíveis; a relação agente da procura / agente da oferta é assimétrica no que respeita à informação (assimetria da informação).

É então o agente da oferta quem possui um maior conhecimento da situação clínica do indivíduo. Pestana (1996) defende que a ignorância do consumidor sobre o seu estado de saúde no que diz respeito ao efeito dos cuidados médicos é a causa da assimetria de informação, sendo esta a principal responsável pela existência do fracasso no mercado de cuidados de saúde.

Tendo em conta as características acima apresentadas, a procura de cuidados de saúde é considerada como um fator imprevisível e que portanto não depende apenas da vontade do indivíduo ou dos seus recursos. É sim determinada pela perceção que o indivíduo tem da necessidade e da existência de um problema de saúde (Mulholland *et al* 2008).

McGuire *et al.* (1992) relembra que o valor que cada indivíduo atribui ao seu estado de saúde é diferente. Sendo este um dos principais fatores determinantes na procura dos cuidados de saúde. O próprio estado de saúde do indivíduo leva a um maior ou menor consumo de cuidados de saúde para um mesmo preço, mantendo-se constantes todos os outros fatores (Barros, 2009).

Henderson (1999) expõe no entanto que para a maioria das situações em que a pessoa tem de recorrer a cuidados médicos, sejam consultas em ambulatório, ou cuidados hospitalares, o consumidor tem tempo para escolher de forma consciente, tendo o preço dos cuidados um papel determinante nessa escolha.

Clewer e Perkins (1998), por seu lado, referem a importância dos gostos e preferências desenvolvidas e presentes na sociedade como causa da alteração da procura de determinados cuidados ao longo do tempo. Os autores mostram ainda, como as alterações demográficas e as alterações na estrutura etária da população podem ser determinantes na procura de determinados bens. Por exemplo, devido ao envelhecimento da população haverá uma procura acentuada de cuidados de geriatria e cuidados domiciliários. No

entanto, o aumento da procura destes bens irá, segundo os economistas, depender também da capacidade económica dos indivíduos e da sociedade.

O rendimento disponível é uma variável económica que afeta diretamente a procura de cuidados de saúde. Qualquer aumento no rendimento traduz-se num aumento da capacidade económica do indivíduo, a qual levará conseqüentemente a um aumento da procura de cuidados de saúde (Rosko & Broyles, 1988). Os mesmos autores destacam determinadas características, tais como a etnia, o sexo e o estado civil, como fatores que interferem nas escolhas dos indivíduos por certos tipos de cuidados de saúde.

A formação académica dos indivíduos aparece também como um fator imprescindível no que concerne à procura de cuidados de saúde, apesar de ser relativamente difícil fazer a previsão do impacto que esta tem na procura agregada de cuidados de saúde. Podemos apenas antever que uma pessoa com maior formação académica pode compreender melhor a importância que a obtenção de determinados cuidados tem para a sua saúde. Rosko & Broyles (1988) acrescentam ainda o fato de um indivíduo com mais habilitações académicas poder ser mais eficiente na escolha que faz dos fatores produtivos de saúde. Irá adquirir talvez, um maior número de cuidados de saúde preventivos, pois reconhece facilmente os seus benefícios e, provavelmente, perante uma situação de doença, a mesma será tratada numa fase precoce, com grande possibilidade de resolução com um custo mais baixo. Em suma, verifica-se que a educação aumenta a eficácia dos cuidados de saúde.

Esta assimetria de informação leva à criação de uma relação de agência, ou seja, o indivíduo delega a maior parte das decisões no profissional de saúde. Esta assimetria ocorre quando uma das partes envolvidas numa certa transação tem uma maior informação que a outra. No que diz respeito aos cuidados de saúde, os médicos têm uma maior informação que os doentes. Este tem-se vindo a tornar num problema sério e pode reduzir drasticamente a eficiência e o bom funcionamento do mercado, visto que tem como consequência o desaparecimento deste ou a sua redução sendo que os “maus” expulsam os “bons”.

O risco moral (ou *moral hazard*) é uma das principais dificuldades geradas pela assimetria de informação. Os problemas de risco moral estão associados com o fato de uma das partes envolvidas não dispor de condições para controlar as ações e atitudes da outra parte envolvida. Na área de saúde, no que diz respeito ao consumo de cuidados de saúde, se os

indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um qualquer sistema (SNS ou seguro), o seu comportamento pode tender a ser mais descuidado, o que levará a excessos de procura de cuidados de saúde que vêm sobrecarregar o funcionamento dos sistemas, podendo mesmo no caso de o seguro conduzir a subidas nos prémios de seguro, estando assim desencadeado um processo de seleção adversa.

Em relação à oferta, o médico poderá incorporar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, abrindo-se assim a possibilidade de o bem fornecido, vir a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico. Esta situação pode levar à indução da procura por influência da função de preferências do próprio médico: problema da indução de procura.

A seleção adversa consiste na seleção, *ex-ante* ao estabelecimento de um contrato de seguro de saúde, por parte da seguradora de um grupo específico de indivíduos com características de risco superiores as características da população. O risco moral, *ex-post* ao estabelecimento de um contrato de seguro de saúde, é caracterizado como a sobre utilização dos serviços na presença do seguro.

Como afirma Eisenhardt (1989), a seleção adversa é um problema de assimetria de informação que caracteriza as relações entre os atores da saúde. É tipicamente manifestada em diferentes divisões de risco. Segundo a teoria da agência, os agentes são mais adversos ao risco, justamente por possuírem menor poder de negociação que os seus principais. (Arrow, 1963).

Apesar desta assimetria da informação, de acordo com Bohemer (2000), no Setor da Saúde tem vindo a surgir uma nova classe de clientes: indivíduos cada vez mais informados, que “navegam” na *internet*, consultam estatísticas de desempenho dos hospitais, dos planos de saúde e dos médicos; procuram qualidade, preço e conveniência e, quando vão a uma consulta têm já em mente um diagnóstico e um tratamento preferencial. Ou seja, cada vez mais os consumidores de cuidados de saúde estão menos dispostos a dar o controlo da sua saúde a um médico ou instituição. Assistimos portanto a uma diminuição da tradicional assimetria da informação entre o doente e o médico.

Apesar desta nova classe de clientes, em Portugal, não se encontra ainda disponível (como acontece nos Estados Unidos da América), o tipo de informação em que diversas agências

nacionais recolhem e divulgam informação sobre o desempenho de médicos, planos de saúde e hospitais, publicam *ratings* de hospitais e médicos, tendo como objetivo ir ao encontro das necessidades destes “novos clientes” (Bohmer (2000)).

Visto que é a oferta quem possui um maior conhecimento relativamente à situação em que o doente se encontra, a procura de cuidados de saúde pode ser influenciada pela oferta através da procura induzida. O modelo da indução da procura pela oferta tem servido para ilustrar a particularidade da natureza económica dos serviços de saúde, quando se procura compreender, e se possível, prever, o comportamento de agentes económicos, que com as suas tomadas de decisão condicionam a afetação de recursos que visam restaurar um dado stock de saúde dos utentes dos serviços médicos. Este modelo admite que os médicos, enquanto grupo profissional organizado, num sistema de pagamento ao ato, alteram a quantidade de atos prestados e o volume de meios de diagnóstico e terapêuticos utilizados em função de objetivos de rendimento assumidos tacitamente. Prevê que o médico possa exercer uma influência direta na função procura do consumidor, alterando as perceções dos doentes das suas necessidades e criando no doente a expectativa que a tecnologia permitirá satisfazê-las (Evans, 1974).

Os custos implícitos representam também um fator determinante do nível de utilização no consumo de cuidados de saúde, já que, embora o seu preço possa ser nulo no momento de consumo, existem outros custos associados, como por exemplo o tempo exigido pelos tratamentos e as perdas de rendimento financeiro em consequência do tratamento médico, que vão ser integrados no processo de decisão do consumidor (Pestana 1995; Sorkin 1984; Cillis e West 1984).

Em suma, podemos referir que a procura de cuidados de saúde é então influenciada pela oferta; pelos custos implícitos no consumo de cuidados de saúde; por fatores culturais e demográficos e pela forma de financiamento dos cuidados de saúde (Rego 2008).

Liebman e Zeckhauser (2008), ao realçarem o comportamento humano, relembram que os indivíduos, ao subvalorizarem os benefícios do consumo de cuidados de saúde a longo prazo, podem contribuir para a redução da procura dos mesmos, até mesmo na presença de seguro de saúde. Não será, então, uma certeza que dispor de um seguro de saúde leve a um acréscimo no consumo de cuidados de saúde.

Weiner (1993) adianta ainda que a avaliação da procura de cuidados de saúde é muito complexa, pois além de considerarmos a resposta do consumidor às alterações no preço, temos também de ter em conta a habilidade do prestador em induzir a procura. A procura de cuidados é sempre iniciada pelo doente, sendo que o médico é o seu agente. Mas estes dois intervenientes não consideram o preço da mesma forma.

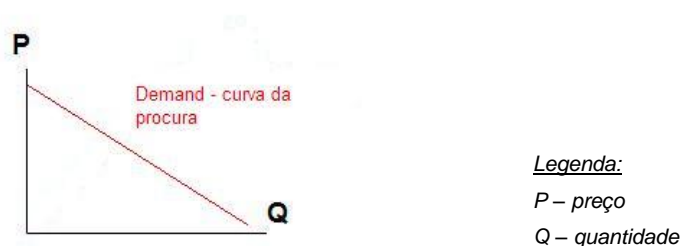
3.2 Análise Económica da Procura

A procura é definida pelos economistas como a quantidade de um bem ou serviço que as pessoas estão dispostas a adquirir para cada nível do preço, mantendo constantes todos os outros fatores que afetam diretamente o consumo desses mesmos bens ou serviços.

Segundo Clewer e Perkins (1998), em economia, este conceito de procura não significa «querer» ou «necessitar». Os indivíduos mais desfavorecidos economicamente, podem até ter muitas necessidades, não tendo, no entanto, a capacidade ou intenção para adquirir os bens de que carecem.

A representação gráfica da relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem é dada pela *Curva da Procura*. Como podemos ver no *gráfico 3*, esta apresenta uma inclinação negativa, evidenciando uma elasticidade preço da procura com um valor negativo, ou seja, quando o preço de um bem aumenta consequentemente o seu consumo diminui.

Gráfico 3 – Curva da Procura



Para podermos determinar a curva da procura de cuidados de saúde é necessário perceber a relação que existe entre a quantidade de cuidados e a utilidade que os mesmos têm para o indivíduo.

Conforme é referido por Lunes (1995), os indivíduos possuem recursos limitados portanto têm de os distribuir pelas diversas atividades de que podem usufruir, maximizando assim a sua utilidade. Este é um conceito que serve para explicar como é que os consumidores

racionais distribuem o seu rendimento limitado pelos bens ou serviços que lhes proporcionam uma maior satisfação.

Um conceito importante também a explorar é o da elasticidade da procura. A elasticidade é definida como a medida do grau de correspondência de uma variável dependente (procura, oferta) a modificações numa das variáveis que a determinam (por exemplo preço, rendimento, nível de instrução). Para a avaliação da elasticidade apenas uma das variáveis independentes pode ser alterada, sendo que os restantes fatores devem manter-se constantes.

No domínio da saúde podemos falar de dois tipos de elasticidade: a elasticidade da procura relativamente ao preço, que corresponde à alteração percentual na quantidade procurada em relação à alteração de preço; e a elasticidade da oferta relativamente ao rendimento dos prestadores, que corresponde à alteração na quantidade oferecida em relação à alteração percentual no rendimento dos prestadores (Pereira 1993). Na área da saúde, a elasticidade da procura relativamente ao preço é considerada como sendo inelástica ou rígida, visto que a quantidade procurada varia de uma forma menos que proporcional em relação à alteração do preço.

A inelasticidade da procura de cuidados de saúde encontra-se ligada ao facto de a grande maioria dos estados que têm por base o princípio do “*Welfare State*” possuírem um SNS de carácter universal e geral tendencialmente gratuito (Rodriguez *et al* 2008). A gratuidade do bem no momento da utilização estimula um consumo do bem superior ao necessário. Assim, verificamos aqui a presença do risco moral no consumo (Matias 1995). Há autores que consideram que quanto mais o utente “sentir” que paga, menor será o risco moral do lado da procura (Pauly 2004, Farnsworth 2006, Rodriguez *et al* 2008).

Os economistas utilizam dois modelos fundamentais para analisar a procura de cuidados de saúde: o Tradicional e o de Grossman. Apesar das características particulares dos mesmos, no Modelo Tradicional, o consumo dos cuidados de saúde é analisado tal como os outros bens económicos, ou seja, em função do preço, rendimento, gostos, estando por isso, sujeito às leis gerais da procura. O modelo de Grossman, por sua vez, considera que a procura dos cuidados provém da procura de saúde pelos indivíduos.

3.3 Impacto do Preço na Procura de Cuidados de Saúde

Um sistema baseado no preço formado livremente no mercado apresenta diversas vantagens, sendo que o preço representa uma medida de valor e atua como mecanismo regulador da procura e da oferta (Pinto e Aragão 2003). O que acontece na saúde é que se “prescindiu” durante muitos anos do fator “preço” no momento do seu consumo.

Apesar da conhecida frase “*a saúde não tem preço*”, as pessoas reagem a incentivos económicos nesta área como na maioria dos sectores. Lucas (1990) indicando que estão dispostos a trocar os cuidados de saúde por outros bens se for caso disso, evidencia que os grupos sociais mais desfavorecidos apresentam alguma sensibilidade às variações de preços.

A partir do momento em que os países adotaram um sistema de saúde de cobertura universal esperava-se uma diminuição na despesa pública com a saúde. Contudo, os prognósticos falharam e a situação oposta tornou-se real (Mateus 1996).

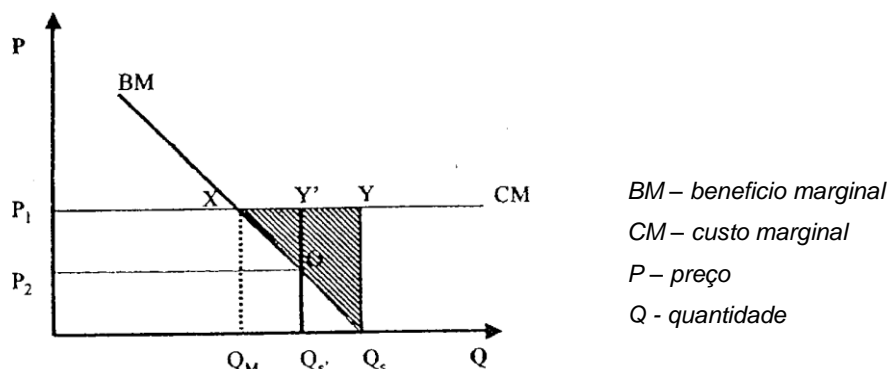
Perante tal cenário, tornou-se fulcral adotar medidas de controlo ou de contenção de custos, como o racionamento explícito (limitação das despesas, como por exemplo, no controlo na aquisição de tecnologia) ou implícito (limitação no Orçamento para a Saúde, existência de listas de espera, a triagem de pacientes no serviço de urgência), ou a maior participação dos consumidores nos custos de saúde (como por exemplo o pagamento de taxas moderadoras). O objetivo destas medidas passa pelo aumento da eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia ou na efetividade (Pinto e Aragão,2003).

Os co-pagamentos constituem uma medida explícita do lado da procura adotada na Europa, sendo que nesta modalidade os consumidores pagam, no momento de consumo, uma proporção das despesas com cuidados de saúde (Miguel e Costa,1997).

Segundo Medici (1995), muitos autores defendem que com os co-pagamentos há uma mudança notória no comportamento dos indivíduos pois estes passam a valorizar mais o que consomem. Contudo, segundo o mesmo autor, os co-pagamentos apresentam um carácter regressivo, pois os indivíduos mais penalizados são os que dispõem de menos recursos económicos.

O modelo teórico subjacente à inibição de consumo por intermédio da aplicação de um “preço” é representado por Campos (1990), através da seguinte representação gráfica:

Gráfico 4 - Sistema de Saúde com preço zero e com co-pagamento



Fonte: Campos A C: *Taxas Moderadoras, Dissuasão e Restrição. Crise da solidariedade ou crise do sistema de financiamento? “Em foco”*: Revista Portuguesa de Saúde Pública n.º 1; Lisboa, 1990: 13-17.

De acordo com este autor, a quantidade de serviços obtidos seria aquela em que o seu benefício marginal (BM) igualasse o custo marginal (CM) caso o doente fosse soberano nas suas opções de consumo de cuidados de saúde.

Se não existir um 3º pagador, ignorando os efeitos externos, o resultado será a aquisição da quantidade Q_m de cuidados ao preço P_1 . Se no sistema o 3º pagador cobrir todos os gastos (ou seja, o preço no ato de consumo ser zero) a tendência será para que o utilizador consuma o montante Q_s . Este facto vai gerar uma perda de eficiência e uma correspondente perda de bem-estar social representadas pelo triângulo XYQ_s . Podemos concluir que os cuidados sendo gratuitos implicam uma perda de bem-estar social derivada da perda de eficiência.

Se passar a existir um pagamento no ato de consumo e se esse pagamento corresponder a 50% admite-se, então, que a quantidade procurada passe para Q_s' , reduzindo-se a ineficiência do sistema demonstrada pelo triângulo $XY'Q_s'$.

Este argumento apresenta, contudo certas limitações, dado que na prática existem variáveis insuscetíveis de serem avaliadas ou controladas em termos absolutos e definitivos. É o caso dos níveis de externalidades (atividades que envolvem a imposição involuntária de custos ou de benefícios, isto é, que têm efeitos positivos ou negativos sobre terceiros sem que estes tenham oportunidade de o impedir e sem que tenham a obrigação de os pagar ou o direito de ser indemnizados), das opções individuais e dos limites orçamentais para a saúde.

Quando falamos da relação da procura com o preço, é importante então referir o mercado de seguros de saúde. O setor da saúde tem apresentado cada vez um maior crescimento de seguros de saúde a nível mundial, tanto privados como públicos, os quais têm tido um forte impacto na procura de cuidados de saúde. A presença de incertezas associadas ao consumo de cuidados de saúde e ao potencial de perdas económicas tornam os seguros mais atrativos.

A sociedade procura nos seguros de saúde públicos ou privados, um meio para minimizar as incertezas e os riscos, tendo em conta que não podemos prever quando vamos estar doentes nem qual será o custo dos cuidados necessários e os resultados do tratamento. Assiste-se a uma necessidade de segurar essa incerteza, pois esta leva os indivíduos a perdas de bem-estar.

É relevante, ao estudar a procura de cuidados de saúde, que os investigadores tenham em conta e compreendam o papel que o risco moral desempenha no incentivo à procura de cuidados de saúde por parte dos consumidores. Uma qualquer variação no preço mudará os estímulos que o indivíduo encara (Maning, 2000). O risco moral surge então, como já referimos anteriormente, como um dos problemas dos mercados de seguros, sendo que o consumidor, ao estar protegido por um seguro de saúde (privado), ou pelo Estado (SNS), irá consequentemente utilizar os cuidados de saúde com maior frequência do que se não estivesse protegido. Ou seja, a presença de seguro de saúde protege o indivíduo, no sentido em que evita que este pague os custos dos cuidados de saúde na sua totalidade, mas, o indivíduo passa assim a consumir mais serviços médicos do que se não tivesse nenhum seguro.

Segundo Weiner (1993), a apreciação da procura de cuidados de saúde pode tornar-se muito complexa. Temos de ter em conta não só a indução da procura como a reação do consumidor dos cuidados de saúde em relação a alterações do preço. Apesar de a procura de cuidados ser sempre despoletada pelo doente e sendo o médico o seu agente, estes dois não consideram o preço da mesma forma.

Para evitar este excesso da procura decorrente do risco moral, bem como a perda de bem-estar para a sociedade, podem ser aplicados, nas seguradoras privadas, co-pagamentos (valor pago pelo doente no ato do consumo), e no Sistema Nacional de Saúde, taxas moderadoras.

Segundo Mossialos e Le Grand (2001), os co-pagamentos poderão ter dois efeitos: a redução da procura de cuidados “fúteis” ou “desnecessários” e o aumento das receitas para a prestação de cuidados de saúde.

Pereira (1993) define co-pagamento como uma parte proporcional ou fixa do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente, sendo as taxas moderadoras um dos exemplos mais comuns. A lógica do co-pagamento prevê que todo e qualquer serviço deverá ser em parte custeado pelo consumidor. A teoria subjacente é que todos devem ser responsáveis diretamente (e não apenas por via fiscal) pelo financiamento dos sistemas de saúde. Tal prática, modifica o comportamento dos indivíduos e permite que valorizem o que consomem.

Assim, as taxas moderadoras são clarificadoras do mercado pois, apesar do valor a desembolsar pelo utente no ato de consumo de cuidados de saúde ser bastante inferior ao preço real do serviço prestado, essa taxa adquire a natureza de um “preço”, o que de algum modo aclara o mercado. Apresentam como principal objetivo a redução do consumo considerado excessivo, procurando desta forma evitar o consumo supérfluo de cuidados de saúde (Grabka *et al* 2006). Porém, o risco da taxa moderadora é o de baixar a resolubilidade do sistema, uma vez que o agente da procura não sabe muitas vezes diferenciar se necessita ou não de cuidados de saúde, e o arbítrio pode inibir, para quem não pode pagar, o consumo necessário (Pauly 2004). Não restam dúvidas que os co-pagamentos apresentam um carácter regressivo, penalizando mais as pessoas de baixos recursos (Medici 1995).

No capítulo seguinte irá então ser abordado de uma forma mais específica a temática das taxas moderadoras.

3.4 Principais Estudos

Os principais estudos existentes relacionados com a procura-preço, revelam uma procura de cuidados de saúde inelástica dos cuidados de saúde. Na sua maioria, a quantidade dos cuidados de saúde é medida pelo número de consultas médicas efetuadas e pela despesa total em cuidados. É importante não esquecer este fato quando aspiramos fazer comparações da elasticidade procura – preço para os diferentes cuidados de saúde.

Feldstein (1971), foi o responsável por um dos primeiros estudos relativamente à determinação da elasticidade procura – preço para cuidados de saúde, sendo os dados utilizados retirados da *American Hospital Association Survey of Hospitals*. O efeito do preço na média de número de dias de internamento hospitalar foi determinado tendo em conta as variações no preço dos internamentos hospitalares, nas taxas de co-pagamento e no número de indivíduos segurados nos diferentes estados. Este concluiu, então, que aumentando em 1% a taxa de co-pagamento, teremos uma redução em cerca de 0.5% da média do número de dias de internamento hospitalar, revelando uma elasticidade procura – preço inelástica. Num estudo semelhante, Fuchs e Kramer (1972), utilizaram dados agregados referentes à população para determinar valores da elasticidade procura – preço para consultas médicas. Estes resultados, mais uma vez, indicavam que a procura de consultas médicas é pouco sensível a alterações do seu preço.

Wedig (1988) utilizou uma abordagem ligeiramente diferente e tentou compreender qual a relação existente entre o estado de saúde auto – reportado pelos indivíduos e a elasticidade procura – preço para consultas médicas. As elasticidades foram estimadas a partir de dados retirados da *National Medical Care Utilization e Expenditure Survey*, referente ao ano de 1980. Os resultados mostraram que os indivíduos que atribuíam um baixo nível de saúde eram menos sensíveis a alterações do preço, do que os indivíduos que consideram ter uma ótima saúde.

Em 1972, Scitovsky e Snyder estudaram o resultado da implementação de um co-seguro, oferecido à *Stanford University*, num plano de seguro de saúde. Os investigadores foram analisar o consumo de cuidados de saúde por parte destes segurados para perceber o impacto da alteração do preço na procura de cuidados de saúde. Os resultados indicaram que a elasticidade procura – preço para as consultas médicas era de $-0,14$, evidenciando assim uma procura inelástica. Neste estudo, foram analisadas características individuais, tais como sociais, económicas e demográficas, pela primeira vez. Os resultados mostraram que a resposta à variação do preço na procura de cuidados de saúde é similar nos diferentes grupos sócio – económicos e demográficos.

O Governo financiou um estudo ligado a um seguro social, com o intuito de tentar perceber como funciona a procura de cuidados de saúde, em resposta ao facto de se encontrarem nos diversos estudos até então realizados, valores algo discrepantes para a elasticidade procura – preço para cuidados de saúde

Foi então desenvolvida por Newhouse et al. (1993), como já foi referido anteriormente, *The Rand Health Insurance Experiment*, que se tornou no estudo mais relevante em termos da avaliação empírica do efeito do preço na procura de cuidados de saúde. Neste, foram determinadas as elasticidades procura – preço para diferentes cuidados de saúde, em segurados com diferentes taxas de co-seguro. Foram então atribuídos de forma aleatória diferentes níveis de taxa de co-seguro (entre zero a 95%), a 2.000 famílias, em seis localidades dos Estados Unidos. As despesas e utilização de cuidados de saúde das famílias foram seguidas por períodos de 3 a 5 anos, tendo sido dado um subsídio às famílias de forma a evitar o empobrecimento. Os resultados obtidos vieram mostrar que para taxas de co-seguro que se situavam entre 0% e 25%, o valor da elasticidade preço para as despesas médicas foi de $-0,17$ enquanto, face a taxas de co-seguro entre 25 e 95%, obtiveram-se elasticidades de 0.22. Conclui-se que a procura de cuidados de saúde é mais sensível ao preço consoante aumenta a taxa de co-seguro. Neste estudo, podemos verificar que as despesas médias em saúde no grupo com 95% de co-seguro (ou seja, pagavam quase a totalidade dos cuidados que consumiam) eram cerca de 70% do consumo dos indivíduos que tinham cobertura total. A conclusão que podemos reter é que a participação dos indivíduos no custo dos cuidados médicos que consomem leva a uma redução no consumo que não é irrelevante. Existe claramente uma elasticidade procura – preço que não é nula, ou seja, a procura dos cuidados de saúde é influenciada por variações do preço dos cuidados.

Barros (2009) realça o facto de, com este estudo, Newhouse (1993) ter determinado o impacto da variação do preço para cuidados médicos específicos. A principal conclusão obtida é a de que a presença de co-pagamentos afeta a utilização dos cuidados de forma semelhante, independentemente do tipo de cuidados (medicamentos; consultas em ambulatório; internamento). O mesmo autor refere ainda que a primeira observação a reter é que diferenças na taxa de co-seguro induzem padrões de consumo de cuidados de saúde bastante diferentes.

Embora esta experiência tivesse sido conduzida há já um tempo considerável, os resultados obtidos neste estudo são, ainda hoje, considerados a «*gold standard*» para todos os estudos relacionados com estimativas da elasticidade procura – preço para cuidados de saúde (Mahnovski et al., 2002).

No entanto, são apontadas algumas limitações ao estudo da RAND, sendo que a amostra observada é pequena e geograficamente limitada, o que leva à impossibilidade de transpor os resultados deste estudo para toda a população. Ao mesmo tempo, é difícil prever se a magnitude dos resultados deste estudo seria idêntica nos dias de hoje, tendo em conta as alterações que ocorreram nos sistemas de saúde e o desenvolvimento observado na medicina.

Por último, será importante realçar ainda alguns estudos anteriormente efetuados que pretenderam da mesma forma contribuir para o conhecimento das elasticidades procura – preço para diferentes cuidados de saúde. Embora os resultados dos diversos estudos efetuados apontem para uma elasticidade procura – preço para cuidados de saúde relativamente baixa, existem alguns tipos de cuidados que são mais sensíveis à variação do seu preço, nomeadamente no caso dos cuidados preventivos e dos medicamentos.

Num estudo de Newhouse (1974), citado também por Mahnovski et al. (2002), o autor determinou elasticidades procura – preço para diferentes tipos de cuidados médicos, a partir de uma base de dados de 1963 *Center for Health Administration Studies Survey*. A elasticidade procura – preço para o número de dias de internamento foi de $-0,1$, um valor similar obtido para consultas médicas em ambulatório. Um aumento de 1% no valor de cada consulta médica conduziria a um decréscimo da procura das mesmas, em 0,06%.

Num estudo realizado posteriormente, também por Newhouse e Phelps (1976), os autores tentaram melhorar a sua metodologia, para tentar medir os efeitos do preço na utilização de todo o tipo de cuidados de saúde, assim como na quantidade e intensidade dos mesmos utilizaram um modelo em duas partes. Os resultados deste estudo indicam que, provavelmente, a redução da procura de cuidados de saúde que se obtêm com o aumento do preço se deve, em mais de 50%, à diminuição do número de indivíduos que acedem ao sistema de saúde. Ao nível hospitalar, obtiveram-se elasticidades procura – preço para qualquer tipo de cuidado médico de -0.17 e, para o número de dias de internamento, o valor obtido foi de -0.06 . No caso da prestação de cuidados em ambulatório, a elasticidade procura – preço para consultas médicas foi de -0.08 . Os estudos já efectuados por estes autores em (1974, 1976) não tiveram em conta as elasticidade preço – cruzada entre os cuidados em meio hospitalar e em ambulatório.

Num estudo, realizado por Leibowitz et al. (1985), foi comparada a elasticidade procura – preço ao longo das várias faixas etárias. Os resultados indicaram que a elasticidade procura – preço para cuidados médicos em ambulatório é semelhante quer para as crianças, como para os adultos. No entanto, ao nível dos cuidados realizados em meio hospitalar, o preço não tem qualquer impacto na quantidade procurada de cuidados para as crianças.

Mahnovski et al. (2002) refere ainda, um estudo realizado por Manning et al. (1987), no qual o autor refere que não existe qualquer efeito de substituição entre os cuidados em meio hospitalar ou em ambulatório. Concluiu-se, então, exatamente o oposto, pois verificou-se que a utilização de cuidados hospitalares era maior até no grupo de indivíduos que tinha de pagar um co-pagamento pela utilização destes cuidados. E, embora estes resultados não fossem estatisticamente muito significativos, podem sugerir a possível complementaridade existente entre estes dois tipos de cuidados.

Num estudo mais recente, em 2005, Oscar Lourenço e Pedro Ferreira medem a utilização dos Centros de Saúde através do número de visitas aos médicos de clínica geral nos doze meses que antecedem a aplicação da pesquisa. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito dos custos de tempo na utilização de consultas de médicos de clínica geral. Foi estimada a elasticidade deste consumo em relação ao tempo total de permanência nos centros de saúde e ao tempo de viagem. Além disso, são fornecidas evidências sobre o impacto do atraso de consultas de clínica geral. Foi assumido que o preço em valores monetários para uma consulta quando comparada com custos de tempo (não monetários) é relativamente insignificante. As principais conclusões que podem ser retiradas a partir desta investigação são: a elasticidade da procura em relação ao tempo de espera é pequena ou sem qualquer relevância estatística; os utilizadores respondem diminuindo a sua utilização quando as suas necessidades não são atendidas prontamente. Este estudo pode ainda ter algumas implicações políticas para o Sistema de Saúde Português visto que existe uma distorção no sistema de gatekeeping e conseqüentemente, a procura para as urgências torna-se excessiva, tendo em conta o nível geral do Estado de Saúde da população. Existe ao mesmo tempo, uma evidente falta de resposta do sistema de cuidados de saúde primários. Um aumento no fornecimento de cuidados médicos nos Centros de Saúde terá um impacto no atraso das consultas o que por sua vez pode reduzir a procura de cuidados de urgência. Os resultados deste estudo seriam mais esclarecedores se tivesse sido possível a inclusão de custos de oportunidade individuais de tempo e as estimativas por sua vez não seriam tão reduzidas.

Em 2008, Pedro Pita Barros, Matilde Machado e Anna Galdeano estimaram o impacto da cobertura adicional na procura de serviços de saúde diversos dentro do âmbito do Sistema Nacional de Saúde. Concentrando-se no plano mais comum de seguro em Portugal, a ADSE, que é fornecida a todos os funcionários e seus dependentes, argumentam que este é uma variável exógena, isto é, que não se correlaciona com o estado de saúde dos beneficiários. Para estimar o impacto da cobertura da ADSE sobre a procura os serviços de saúde são utilizados o número de visitas, número de exames de sangue e urina e a probabilidade de visitar um dentista. De um modo geral foi constatado que a cobertura dos cuidados de saúde pela ADSE tem um impacto positivo sobre a saúde dos indivíduos.

4. *Taxas Moderadoras*

O crescimento exponencial dos gastos com a saúde que tem ocorrido nas últimas décadas, levou a que os diferentes governos adotassem medidas de contenção de custos e de racionalização da procura de cuidados de saúde.

As alterações que levam ao aumento dos gastos e ao excesso de procura de cuidados de saúde são devidos na sua maioria ao comportamento dos indivíduos e dos prestadores (Medici (1995), Donaldson & Gerard (1993)). Assistimos, portanto, a um “risco moral” dos prestadores que encoraja o “risco moral” dos doentes. Na verdade, se não existissem medidas de racionamento impostas pelo governo, quer os prestadores, quer os utentes não tinham qualquer incentivo para economizar no tratamento (Mossialos e Le Grand 2001).

Ainda segundo Mossialos e Le Grand (2001), os problemas que advêm do “risco moral” podem ser reduzidos, através da execução de um co-pagamento pela utilização do serviço de saúde público, uma vez que este reflete uma parte dos custos dos cuidados médicos prestados. De acordo com os mesmos autores, os co-pagamentos poderão ter dois efeitos: a redução da procura de cuidados “fúteis” ou “desnecessários” através das taxas moderadoras e o aumento das receitas para a prestação de cuidados de saúde sob a forma de co-financiamento direto.

Co-pagamento é definido por Pereira (1993) como uma parte proporcional ou fixa do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente, sendo então as taxas moderadoras um dos exemplos mais comuns. A lógica do co-pagamento prevê que todo e qualquer serviço deverá ser suportado em parte pelo consumidor.

Lucas (1990) define a taxa moderadora como uma taxa reserva, isto é, uma taxa cujo rendimento serve para financiar uma atividade específica do governo, neste caso a prestação de cuidados de saúde, e que vem a desempenhar regularmente um papel marginal para o Estado, enquanto fonte de receitas.

As taxas moderadoras apresentam como principal objetivo a redução do consumo considerado excessivo, procurando desta forma evitar o consumo supérfluo de cuidados de saúde (Grabka *et al* 2006). Porém, estas também acarretam riscos como o de baixar a resolubilidade do sistema, uma vez que o agente da procura não sabe muitas vezes diferenciar se necessita ou não de cuidados de saúde, e o arbítrio pode inibir, para quem não pode pagar, o consumo necessário (Pauly 2004).

As taxas moderadoras foram introduzidas no SNS português em 1980 através do *Despacho n.º 57/80* de 29 de Dezembro. Este diploma limitou-se a atualizar as taxas anteriormente definidas em 1971 no âmbito dos ex-Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência (SMS), para as consultas e para os serviços de visita domiciliária e ainda para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

Mais tarde, em 1986, foi aprovado o *Decreto-lei n.º 57/86*, de 20 de Março, que veio delinear o enquadramento jurídico para a cobrança de taxas moderadoras no âmbito do SNS, defendendo o legislador que “tais taxas têm por fim racionalizar a procura de cuidados de saúde ... tendendo a evitar a sua utilização para além do razoável.”

Em 1989, com uma segunda revisão constitucional, deu-se a introdução do conceito de um SNS, “tendencialmente gratuito [...] tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,” que veio proporcionar a efetuação de diferentes taxas moderadoras tendo em conta o rendimento familiar. Ainda assim, quando o *Decreto-lei n.º 54/92*, de 11 de Abril de 1992 foi publicado, manteve a opção de taxas com um valor fixo acompanhadas de um regime de isenção total para um conjunto alargado de utilizadores. Foram definidas taxas moderadoras para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório; para episódios de urgência e para consultas nos hospitais, centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Em Portugal, a introdução das taxas moderadoras surgiu com o objetivo de racionalizar a procura como podemos constatar no *Decreto-Lei n.º 173/2003* que considera o pagamento

da taxa moderadora como um meio que permite introduzir “um princípio de justiça social no próprio acesso”. A Lei de Bases da Saúde afirma que as taxas moderadoras surgem com o “objetivo de completar as medidas reguladoras do uso de serviços de saúde” e “constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde” (Base XXXIV).

São aplicáveis a uma grande parte dos serviços prestados, existindo porém, algumas exceções ao pagamento das taxas moderadoras devido à presença de grupos isentos, que representam uma parte considerável da população.

Relativamente ao impacto financeiro das taxas moderadoras, os proveitos do SNS foram sempre relativamente baixos. A sua cobrança rendeu até Novembro de 2011 66,9 milhões de euros. Para este ano de 2012, o objetivo, já com as taxas atualizadas, é conseguir arrecadar cerca de 240 milhões de euros (Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS). Porém, existem já informações parciais que indicam que este valor não será atingido, segundo Manuel Teixeira, “*deverão ser atingidos apenas 164 milhões de euros*”. Já em 2013, “*prevê-se que serão arrecadados 190 milhões de euros de receita, 85 dos quais em unidades SPA e os restantes 105 milhões em EPE*”.

É importante perceber a razão desta diminuição ou seja, averiguar se esta menor receita das taxas moderadoras se deve a uma menor utilização em casos desnecessários de cuidados de saúde, e em caso afirmativo quanto se poupou em despesa evitada com esses casos. E assim sendo a questão está explicada. Mas se concluir que se evitaram cuidados de saúde necessários, há que procurar alterar essa situação, pois serão custos adicionais, privados para as pessoas por não se tratarem, e também sociais, por provavelmente se refletirem em maiores custos futuros (Pedro Pita Barros, 2012).

4.1 Argumentos a Favor

Dada a divergência de opiniões no que diz respeito à implementação das taxas moderadoras faremos seguidamente uma abordagem dos principais argumentos, quer a favor, quer contra a sustentabilidade e operacionalidade deste instrumento financeiro.

No que diz respeito ao racionamento da procura dos cuidados de saúde sabemos que o utente ao ter de pagar um montante no momento do consumo dos cuidados, faz com que este tenha uma maior consciência, ponderando se deve ou não proceder à sua utilização.

Assim, poderá permitir que cuidados de saúde desnecessários sejam efetuados, havendo portanto um maior controlo dos gastos e por conseguinte uma maior efetividade.

Como já foi referido anteriormente, tendo em consideração diversos estudos, em especial o de Newhouse, podemos afirmar que indivíduos que têm um maior co-pagamento consomem por sua vez menos cuidados, por exemplo, com um co-seguro de 95% ou até gratuito as despesas aumentaram em 50%. Os indivíduos que possuem os melhores planos de saúde, ou seja, seguros com uma melhor cobertura, são os que consomem mais cuidados de saúde. Sendo assim, os preços e a taxa de co-seguro são elementos que influenciam de uma forma importante a procura de cuidados médicos.

Num cenário de ausência da procura induzida pela parte dos profissionais de saúde e presumindo que estes se comportam como agentes perfeitos, poderá ocorrer a racionalização por parte da oferta. Os profissionais de saúde tornam-se no momento da prescrição mais responsáveis e preocupados, com consciência dos custos que os utentes terão de pagar assim como na compra de medicamentos.

Um outro efeito das taxas moderadoras, que representa um argumento a favor das mesmas, é o possível aumento das receitas no setor da saúde.

As taxas moderadoras são de fácil implementação e compreensão, o que também constitui uma vantagem indiscutível.

No que diz respeito ao regime de isenções das taxas moderadoras, muitas das categorias de isenções atualmente existentes não se referem nem à insuficiência de meios financeiros dos utentes para o acesso aos cuidados de saúde, nem à cronicidade dos seus estados de saúde, pelo que não possuem qualquer fundamento constitucional que as suporte. Por outro lado, a apreciação da oportunidade ou necessidade de inclusão de determinadas doenças crónicas no âmbito da lista de categorias de isenção é matéria de política de saúde, tendo a imposição constitucional a amplitude suficiente para acomodar uma maior ou menor extensão de tal elenco. A realidade existente nos subsistemas públicos de saúde – em que é ainda assim o Estado a entidade financiadora principal dos cuidados de saúde dos beneficiários –, é substancialmente distinta, tomando-se a ADSE como subsistema público mais representativo em que apenas se encontram previstas três situações de doenças crónicas que justificam a isenção do pagamento do “encargo de beneficiário” (Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS – ERS).

A característica do SNS de “tendencial gratuitidade” está intrinsecamente relacionada com a incapacidade financeira do indivíduo, que deve ser materialmente considerada. Tal apreciação material implica que quando se considere a insuficiência económica, a mesma não se limite a uma apreciação formal no que respeita aos portadores de doenças crónicas. Estes, apesar de poderem encontrar-se não abrangidos por um critério formal determinante de insuficiência económica, podem ver-se em situação real de insuficiência económica após o recurso obrigatório (e consequentes despesas), em função das suas doenças crónicas, aos cuidados de saúde de que recorrentemente necessitam (Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS – ERS).

Outro aspeto a ter em consideração é o facto de a diferenciação do valor das taxas em relação ao serviço prestado, o que deverá levar o doente a ter uma maior ponderação em relação ao serviço a utilizar. Podemos então dizer que as taxas moderadoras funcionam também como um apelo à consciência do consumidor de cuidados de saúde, seja no sentido de fomentar o acesso àqueles cuidados preventivos que é expectável gerarem eficiência de funcionamento e redução de despesas em saúde futuras (por exemplo, consultas de rotina em cuidados primários), seja no sentido de moderar o recurso àqueles cuidados que são por vezes (erradamente) utilizados pelos utentes como cuidados substitutivos de cuidados de rotina aos quais não acederam previamente (por exemplo, consultas em urgências hospitalares não motivadas por motivos urgentes ou emergentes) (Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS – ERS).

4.2 Argumentos Contra

Não podemos deixar de parte a possibilidade da indução da procura por parte dos prestadores de cuidados de saúde, visto que existe uma grande assimetria de informação neste setor. O comportamento do médico é determinante, pois pode levar o utente a um maior consumo de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e consequentemente a um maior número de exames e consultas. As taxas moderadoras “moderam” a procura excessiva, não a procura induzida pelo médico ou por uma real necessidade de saúde. As taxas moderadoras não “moderam” internamentos nem cirurgias, induzidas por orientação médica e que é suposto ninguém utilizar em excesso, mas por necessidade.

Visando o argumento a favor referido anteriormente que diz respeito ao aumento das receitas por parte das taxas moderadoras, temos de ter em conta também os custos de

administração apesar de raramente serem contabilizados. Apesar da fácil implementação acima referida, não podemos esquecer que estamos perante um processo complexo e com diversos custos.

Outro fator a ter em conta, é a assimetria de informação associada à ignorância do consumidor que pode levar a uma transferência ou a um adiantamento de cuidados. Adiando os cuidados, o indivíduo pode necessitar de cuidados mais dispendiosos no futuro. Por conseguinte, o aumento dos preços dos medicamentos pode levar a uma prática descontínua ou até mesmo à não adesão da terapia medicamentosa, o que poderá levar a um maior número de consultas e até de internamentos (Pauly (2004)). refere que a maioria dos estudos revela que a existência de co-pagamentos pode reduzir o consumo de medicamentos em casos fundamentais e não fundamentais.

Apesar do vasto regime de isenções previsto na lei, as taxas moderadoras podem levar a desigualdades. Estas podem fazer com que os indivíduos alterem ou não o seu comportamento em relação à procura dos cuidados de saúde.

Barros (2006) indica também a existência de uma relação entre menores rendimentos e pior estado de saúde, e assim, são os indivíduos que apresentam menores rendimentos que irão pagar com uma maior frequência a taxa moderadora, dada a sua maior necessidade em recorrer a serviços de saúde. De acordo com o mesmo autor, além do facto da distribuição da doença ser mais desfavorável aos grupos de mais baixo rendimento, são estes que apresentam menos possibilidades de pagas as taxas moderadoras e que necessitam de mais cuidados. Parece lógico dizer que as taxas moderadoras, idênticas para todos os grupos sociais, têm um efeito diverso sobre a procura de cuidados de saúde dos diferentes grupos sociais.

A temática das taxas moderadoras gera então uma grande controvérsia, levando a discussões feitas por diversos autores tanto em relação à sua existência como ao seu real contributo para o sector da saúde. Defendidas por uns e contestadas por outros, a verdade é que se têm mantido, surgindo na sua maioria inúmeros argumentos que questionam o principal objetivo da sua implementação. Os argumentos a favor indicam principalmente a eficiência que estas geram e os argumentos contra a sua iniquidade.

4.3 As taxas moderadoras e a equidade dos cuidados de saúde

A equidade é um conceito que se encontra intimamente ligado ao da justiça distributiva e é reconhecida como uma das grandes preocupações dos sistemas de saúde atuais, estando consagrada em diplomas internos como é exemplo na Lei de Bases da Saúde (Base II).

A equidade vertical pressupõe que para se obterem iguais resultados é imprescindível a aplicação de tratamentos diferentes perante iguais necessidades, mas em que uma delas, face a situações adversas, requer um acréscimo de cuidados. De acordo com Mateus (1996) “é no ato do consumo que se pode falar de equidade (...) em termos de acesso”. Ora, a partir do momento em que existem grupos sociais que tendem a limitar a sua procura por terem de pagar uma taxa moderadora, pode afirmar-se à partida que existe alguma iniquidade no acesso.

As autoras do estudo “Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português, Sector Público vs Sector Privado” defendem que são também os trabalhadores de estratos sociais mais desfavorecidos os que consomem, proporcionalmente às suas necessidades, menos cuidados de saúde. Paralelamente, Beresniak e Duru (1999) e Lucas (1990) salientam a existência de um excesso de utilização dos cuidados pela classe intermédia. A razão deve-se, no seu entender, ao fato de, ao contrário das classes mais elevadas, as classes intermédias não terem barreiras psicológicas que lhes inibam o consumo do serviço público de saúde (não receiam perder o seu prestígio no caso de utilizarem os serviços públicos de saúde) e, ao contrário das classes mais baixas, as taxas moderadoras não constituem um obstáculo económico capaz de lhes racionar a procura.

Podemos concluir a partir do exposto, que as taxas moderadoras podem então gerar alguma iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, apesar do vasto regime de isenções que estas apresentam. Na Lei de Bases em Saúde, a base XXXIV refere que “são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos da lei”.

Lucas (1990) afirma que as taxas moderadoras independentes do nível de rendimento do utilizador têm natureza de taxas regressivas e como tal não garantem a equidade. Este autor propõe ainda que a transformação de taxas moderadoras regressivas em taxas moderadoras proporcionais levaria o Estado a subsidiar os gastos de saúde na razão inversa do nível de rendimento do consumidor. Os consumidores dos diferentes níveis

sociais confrontar-se-iam com um preço que os obrigaria a uma maior racionalidade no seu consumo de cuidados de saúde. Teríamos assim, mais equidade e mais eficiência. E ainda, os consumidores da classe média e alta passariam a comparar mais frequentemente a qualidade obtida nos serviços públicos, através do preço da taxa proporcional, com a qualidade dos serviços privados, correspondentes também a um determinado preço. Esta situação levaria à fuga deste tipo de consumidores.

J. Pereira (2002) evidencia também a iniquidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal. De acordo com este autor, a distribuição da doença é geralmente desfavorável aos grupos de baixo rendimento, embora estes sejam compensados com mais benefícios de utilização; o deficit de equidade é mais pronunciado quando se mede a severidade da doença.

De acordo com Mateus (1996) “é no ato do consumo que se pode falar de equidade (...) em termos de acesso”. Como já referimos anteriormente, tendo em conta, que os grupos sociais com menores rendimentos tendem a limitar a sua procura de cuidados de saúde pelo facto da existência de uma taxa moderadora, podemos então afirmar que existe à partida alguma iniquidade no acesso.

4.4 Situação Internacional

Depois de termos anteriormente enfatizado todas vantagens e desvantagens das taxas moderadoras, assim como os argumentos quer a favor quer contra a existência das mesmas, é fulcral ter em conta o que tem sido observado sobre o impacto das mesmas a nível internacional.

O panorama existente é bastante diversificado, tendo em conta que encontramos países em que não existem taxas moderadoras: Dinamarca, Malta, Espanha e Reino Unido e países onde não as há de “forma oficial”, mas existem sim pagamentos informais aos médicos que acabam por ter esse papel de taxa moderadora como é o caso da Grécia (que desde o pedido de auxílio financeiro assumiu o compromisso de introduzir taxas moderadoras), da Hungria, da Polónia, da Roménia, da Rússia, da Eslováquia, da Turquia e da Ucrânia. Países com taxas moderadoras, como a Bélgica, o Chipre, a Finlândia, a Alemanha, a Islândia, a Irlanda, a Holanda, a Noruega, a Eslovénia, a Suécia e Portugal. E encontramos ainda os que apresentam as duas hipóteses em simultâneo, taxas moderadoras e

pagamentos informais aos médicos, como a Áustria, a Albânia, a Bulgária, a Croácia, a República Checa, a Estónia, a França, a Itália, o Luxemburgo, a Lituânia e a Letónia.

A evolução recente em alguns destes países é relevante, devido ao lugar que normalmente estes países ocupam rankings de sistemas de saúde: a Finlândia, por exemplo, tem feito atualização periódica dos valores das taxas moderadoras; a França, desde 2004 tem criado novas taxas moderadoras; a Alemanha introduziu-as também neste mesmo ano; a Grécia só introduziu taxas moderadoras por imposição da troika o ano passado; a Itália só tem taxas moderadoras nas consultas de especialidade, tendo sido tentada a sua introdução em 1994, nas urgências, desistiram da ideia face à reação da população; em Espanha não há taxas moderadoras apesar de ter sido tentada a sua introdução no início da década de 1990, tendo sido a reação da população extremamente determinante.

Assim, num contexto internacional, as atuais taxas moderadoras encontram-se alinhadas pelos valores de países como a Finlândia e a Alemanha (embora estes países tenham disposições que limitam o pagamento sucessivo de taxas moderadoras).

Atualmente, há cinco tendências na Europa: moderação salarial (na Irlanda houve cortes e no Reino Unido congelamentos); aumento de taxas moderadoras aplicadas em países como Portugal e Itália; encerramento e fusão de hospitais; desenvolvimento de cuidados primários; e um maior profissionalismo nas aquisições e aprovisionamento.

4.5 Situação Atual Portuguesa

Como sabemos, o nosso País enfrenta uma das maiores crises e desafios da sua história e entre diversas alterações, as taxas moderadoras aumentaram a partir de 1 de Janeiro de 2012 e com elas alterou-se também o regime de isenções. De acordo com os cálculos do Governo, cerca de sete milhões de portugueses ficarão dispensados de pelo menos uma forma de taxa moderadora e mais de cinco milhões terão isenção total por insuficiência económica (ACSS).

De acordo com o “Memorando de Entendimento” afixado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), o Governo compromete -se a tomar medidas para reformar o Sistema de Saúde visando garantir a sustentabilidade do SNS, tanto no que diz respeito ao seu regime geral de acesso, como no que respeita aos seus recursos financeiros.

A Portaria n.º 311-D/2011, dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social publicada a 27 de dezembro de 2011 estabelece os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos dos quais dependam o acesso às prestações de saúde do SNS.

Da leitura da Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de Dezembro destaco a definição dos critérios da verificação de insuficiência económica:

“Consideram-se em situação de insuficiência económica para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar, seja igual ou inferior a 628,83 Euros. A concessão indevida de benefícios por facto imputável ao utente determina a perda da possibilidade de concessão da isenção do pagamento de taxas moderadoras durante um período de 24 meses.”

O aumento das taxas moderadoras tem gerado uma grande controvérsia em toda a nossa sociedade. Há um grande receio do afastamento dos utentes do serviço público de saúde, designadamente no que diz respeito a reformados e pensionistas, com o conseqüente agravamento das suas doenças, aumentando deste modo a morbidade e mortalidade.

As taxas moderadoras, como medida de racionalização da procura de cuidados de saúde, têm assumido um papel cada vez mais importante dado ao seu alargamento a diferentes áreas e aos seus sucessivos aumentos.

De acordo com a Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras devem ser cobradas de acordo com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, encontrando-se isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados pela lei.

Entre as atuais medidas encontra-se a revisão do regime das taxas moderadoras do SNS. O novo regime de condições especiais de acesso às prestações do SNS determina taxas moderadoras aplicáveis num novo enquadramento, mantendo o princípio da limitação do valor a um terço dos preços do SNS e estabelecendo ainda, a revisão anual dos valores, a par da atualização anual automática do valor das taxas à taxa de inflação. Distingue-se

ainda, positivamente, o acesso aos cuidados de saúde primários. Situações fundamentais de isenção de pagamento ou de comparticipação e situações clínicas proeminentes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica, são também consideradas.

De acordo com a ACSS, estão diretamente isentas as seguintes pessoas: Utentes em situação de comprovada insuficiência económica, bem como os membros dependentes do respetivo agregado familiar; Grávidas e parturientes; Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive; Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; Doentes transplantados; Militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente. Estão ainda isentos do pagamento de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários: Dadores benévolos de sangue; Dadores vivos de células, tecidos e órgãos; Bombeiros.

Assim, são dispensadas de cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde: Consultas de Planeamento Familiar e atos complementares, prescritos no decurso destas; Consultas, sessões de Hospital de Dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental e no âmbito das seguintes condições: deficiências de fatores de coagulação, infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/sida e diabetes; Cuidados de Saúde Respiratórios no domicílio; Cuidados de Saúde na área da Diálise; Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos; Atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direcção-Geral da Saúde; Consultas realizadas ao domicílio por iniciativa dos serviços públicos de saúde; Atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica; Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes; Programas de Tomas de Observação Direta; Vacinação prevista no Programa Nacional de Vacinação e vacinação contra a gripe sazonal de pessoas abrangidas pelos critérios determinados pela Direcção-Geral da Saúde.

Estão previstos, assim, cerca de 5,2 milhões de utentes com direito a usufruir da isenção ao pagamento das taxas moderadoras por motivos de insuficiência económica (um aumento de cerca de 800.000 utentes face ao anterior modelo) (ACSS).

Relativamente aos cuidados de saúde primários, passam a poder solicitar isenção do pagamento de taxas moderadoras cerca de 60.000 bombeiros, 75.000 dadores de sangue e 50.000 utentes por outros motivos, nomeadamente os doentes transplantados, os dadores de órgãos e os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente (ACSS).

Em situação de insuficiência económica são considerados os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS), seja igual ou inferior a €628,83. O apuramento do rendimento médio mensal é realizado pela Direcção-Geral dos Impostos que, posteriormente, comunica ao Ministério da Saúde se o mesmo ultrapassa ou não o valor de €628,83. Os serviços do Ministério da Saúde reconhecem apenas a situação de insuficiência económica, no caso de a Direcção-Geral dos Impostos indicar que o rendimento médio mensal é inferior a este valor.

Como podemos constatar são já algumas as alterações efetuadas a este novo modelo. Exemplificando: por motivo de baixos rendimentos, o modelo em vigor até ao final do ano de 2011 previa a isenção do pagamento de taxas moderadoras a pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores (desde que dependentes) e a trabalhadores por conta de outrem que recebessem rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes. No modelo imediatamente anterior, os trabalhadores por conta própria não podiam requerer a isenção por esta via. Adicionalmente, como todas as crianças até aos 12 anos, inclusive, estavam isentas do pagamento de taxas moderadoras, apenas estavam protegidos os utentes entre os 13 e os 17 anos das famílias com baixos rendimentos.

De acordo com a ACSS, quando é atribuída a isenção por insuficiência económica, existe um alargamento do agregado familiar para: *“os filhos, adotados e enteados, menores não emancipados, bem como os menores sob tutela; os filhos, adotados e enteados, maiores, bem como aqueles que até à maioridade estiveram sujeitos à tutela de qualquer dos sujeitos a quem incumbe a direção do agregado familiar, que, não tendo mais de 25 anos nem auferindo anualmente rendimentos superiores ao salário mínimo nacional mais elevado, tenham frequentado no ano a que o imposto respeita o 11.º ou 12.º anos de escolaridade, estabelecimento de ensino médio ou superior ou cumprido serviço militar obrigatório ou serviço cívico; os filhos, adotados, enteados e os sujeitos a tutela, maiores, inaptos para o*

trabalho e para angariar meios de subsistência, quando não auferam rendimentos superiores ao salário mínimo nacional mais elevado”.

Serão cobradas neste novo modelo, taxas moderadoras nas seguintes prestações de saúde (ACSS): Consultas dos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros serviços públicos ou privados, designadamente, nas entidades convencionadas; Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados designadamente entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento; Nos serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgências hospitalares; No hospital de dia.

De acordo com este novo modelo o valor das taxas moderadoras passa a ser o seguinte:

Tabela 3 – Novo valor das taxas moderadoras

Designação	Taxa Moderadora
Consultas	
Consulta de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade	5 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários	4€
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito hospitalar	5€
Consulta de especialidade	7€
Consulta no domicílio	10€
Consulta médica sem a presença do utente	3€
Atendimento em urgência (a)	
Serviço de Urgência Polivalente	20€
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	17,50€
Serviço de Urgência Básica	15€
Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP)	10€
Sessão de Hospital de dia (b)	
(a) Acrescem as taxas moderadoras de MCDT realizados no decurso do atendimento até um máximo de 50€	
(b) Corresponde ao valor das taxas moderadoras aplicáveis aos atos complementares de diagnóstico e terapêutica realizadas no decurso da sessão até um máximo de 25€.	
<i>Fonte:ACSS</i>	

Ao contrário do regime anterior, o novo modelo prevê limites ao pagamento de taxas moderadoras no atendimento em urgência e em sessões de hospital de dia. Por cada atendimento de urgência, incluindo os atos realizado no decurso do mesmo, o pagamento das taxas moderadoras não pode exceder os 50 euros.

O novo regime de taxas moderadoras distingue ainda isenção de dispensa do pagamento das mesmas. A isenção confere o direito ao não pagamento das taxas de todas as prestações de saúde e a dispensa, apenas, contempla prestações de saúde específicas.

Em casos excecionais, em que as taxas moderadoras não sejam cobradas no momento da realização do ato, as entidades, com a obrigação desta cobrança, devem proceder à identificação e notificação do utente logo de imediato, considerando-se o utente interpelado, desde esse momento, para efetuar o pagamento no prazo máximo de 10 dias. Constitui uma contraordenação, punível com coima, a utilização dos serviços de saúde pelos utentes sem pagamento de taxa moderadora devida após interpelação. Esta contraordenação é punida com uma coima de valor mínimo correspondente a cinco vezes o valor da respetiva taxa moderadora, e de valor máximo correspondente ao quántuplo do valor mínimo da coima, mas nunca inferior a 50 euros.

No caso de consulta, admissão na urgência ou realização da sessão de hospital de dia, as taxas moderadoras devem ser pagas no momento da apresentação do utente ou, ainda, no momento da realização de atos complementares de diagnóstico e terapêutica. Na realização de consultas ao domicílio, deve ser paga no momento em que a entidade responsável pela cobrança considerar mais adequada ao seu funcionamento interno. Os doentes que acederem ao serviço de urgência e necessitarem de internamento subsequente ficam isentos do pagamento de taxas moderadoras. Caso tenham sido cobradas taxas moderadoras ao utente estas serão devolvidas no momento da alta.

Podemos dizer, que os valores das taxas moderadoras são diferenciados de acordo com a prestação. A revisão destes valores (das taxas moderadoras) considerou a necessidade de moderar, com maior ênfase, a atividade não programada e diferenciar, positivamente, o acesso aos cuidados de saúde primários, através da aplicação de taxas moderadoras inferiores às praticadas na atividade hospitalar e de urgência.

Os doentes que ao acederem ao serviço de urgência referenciados pela rede de cuidados de saúde primários, estão isentos do pagamento da taxa moderadora devida pelo atendimento na urgência, sendo só cobradas taxas moderadoras pelos exames efetuados.

O aumento para mais do dobro das taxas pagas nas Urgências e Centros de Saúde provocou um coro de críticas: é "*injusto*", "*desmesurado*", "*corresponde a um co-pagamento do SNS*" e vai dificultar o acesso de muitas pessoas aos cuidados de saúde. O alerta é deixado pelo fundador do Serviço Nacional de Saúde (SNS), António Arnaut: o aumento de 2,25 para 5 euros e de 9,60 para 20 euros do custo de uma consulta no Centro de Saúde e de uma ida à urgência do Hospital é "*injusto*" e "*desmesurado*" e "*há o risco de fazer com que algumas pessoas da classe média se sintam seduzidas pelos seguros de saúde e se transfiram para os privados*".

"Estes grupos estão a atuar e a fazer tudo para descaracterizar o SNS. Passa a ser um serviço residual para os pobrezinhos", diz António Arnaut. Tal como este, Constantino Sakellarides, ex-Director Geral da Saúde, considera que "*já não estamos perante taxas moderadoras - cujo objetivo moderar é o recurso a estes serviços - mas de "uma forma de co-financiamento do SNS, o que, à luz da Constituição, é ilegal. "Penso que há base para as pessoas não pagarem estas taxas e há lugar a uma contestação jurídica na medida em que estamos perante uma fraude intelectual grave"*, disse Sakellariades, preocupado com os efeitos de tantos aumentos na vida dos portugueses.

Segundo o Ministro da Saúde - que revelou estes aumentos - a alteração da fórmula de cálculo da insuficiência económica vai alargar para seis milhões o número de portugueses isentos. Mas a verdade é que algumas isenções passam a ser mais restritas e as doenças abrangidas também mais reduzidas, deixando de fora, por exemplo, as doenças crónicas.

"Este é o primeiro passo para meter os portugueses a pagar os seus gastos de saúde para além do que já pagam nos seus impostos. Sabendo que não moderam, pretende agora transformá-las num instrumento de financiamento do Serviço Nacional de Saúde", acusou João Semedo, que garante que particularmente os doentes crónicos irão pagar mais taxas moderadoras.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, garantiu que "*muito menos portugueses irão pagar taxas moderadoras*". "*Verifico com agrado que os senhores não leram a legislação, ou leram mal. Na realidade muito menos portugueses*

pagarão taxas moderadoras, porque nós mudamos a fórmula de cálculo", disse, explicando que alargaram as taxas a quem efetivamente pode pagá-las, e que de fora ficam um milhão de portugueses.

Concluindo, as taxas moderadoras têm suscitado ao longo do tempo uma grande controvérsia em todos os diferentes níveis. Uns a favor e outros contra, têm sido os sucessivos debates em redor desta temática.

Lucas (1990) considera que a eventual abolição das taxas moderadoras em relação a todo e qualquer bem ou serviço de saúde prestado pelo Estado, seria geradora de mais ineficiência, pois conduziria a um aumento do consumo, o que também não será o desejado. O autor conclui, então, que o pagamento das taxas moderadoras é uma medida de contenção de custos perfeitamente suportável pelos cidadãos.

Barros (2006) sugere que, em vez da utilização de taxas moderadoras, o governo poderia aumentar os impostos. Ou seja, utilizando um aumento nos impostos, existiria uma igual receita fiscal, em média, mas estável. Assim, os cidadãos isentos de taxa moderadora não são afetados, os que pagam taxa moderadora ficam livres da incerteza de quebra do rendimento e deste modo geram-se menores desigualdades sociais. Este autor considera a taxa moderadora como um instrumento de redistribuição pouco adequado. Apesar disto, de acordo com o mesmo autor, o cidadão tem vantagem em que exista taxa moderadora como forma de se auto-controlar no consumo de cuidados médicos. Se, por exemplo, a ida a uma urgência não apresentasse qualquer custo para o cidadão, haveria uma afluência muito maior mesmo que para isso não houvesse qualquer necessidade. Ter uma taxa moderadora é então uma forma de diminuir a necessidade, o que pode também trazer efeitos adversos para a saúde do indivíduo, como já foi referido anteriormente.

Em suma, embora a taxa moderadora seja uma barreira ao consumo, é-o também ao consumo desnecessário e inútil. Barros (2006), defende que qualquer opinião que vá em contra o princípio das taxas moderadoras apenas revela pouca reflexão em relação ao funcionamento do Sector da Saúde em si.

5. Metodologia

O presente estudo visa avaliar o impacto da implementação das taxas moderadoras na procura de cuidados de saúde. Assim, com vista a explorar a influência deste co-pagamento

num mercado onde os recursos se antedizem escassos e a procura ilimitada, será efetuado um estudo descritivo do tipo transversal, visto que será aplicado num único momento.

Este instrumento de investigação é dirigido a consumidores dos cuidados de saúde, na loja de cidadão de Coimbra, sendo esta a cidade onde moro que se assume como o oitavo distrito mais populoso do país. Caracteriza-se por ser um distrito com assimetrias bastante significativas, não só de carácter demográfico, mas também socioeconómicas. O distrito de Coimbra, em termos demográficos, apresenta níveis de envelhecimento da sua população residente preocupantes, verifica-se que cerca de um quinto da população residente no distrito é considerada idosa (20,9%), registando-se, em igual período, a nível nacional, uma proporção de 17,4%. (INE). Escolhi também esta cidade porque apresenta fatores muito interessantes ao nível de cuidados de saúde visto que apresenta um elevado índice de médicos e enfermeiros por habitante; uma capacidade de produção instalada (recursos humanos, equipamentos e instalações) que, comparativamente ao resto do país, se nota uma concentração de recursos. Outro aspeto marcante é a quantidade e qualidade dos recursos existentes. Temos no distrito uma rede pública hospitalar muito completa, incluindo dois hospitais centrais, seis hospitais especializados e um hospital pediátrico. Existem mesmo equipas médicas altamente especializadas em algumas valências, sem paralelo no resto do país. Esta característica já não é nova, terá certamente muito a ver com fatores históricos ligados à existência desde há largos anos de um hospital universitário e de condições excelentes para a formação nas Ciências da Saúde. O distrito de Coimbra continua mais favorecido e além disso nota-se um crescimento contínuo do número de instituições prestadoras de cuidados de saúde. (DGS, Direcção Geral de Saúde)

Porém, o Distrito de Coimbra apresenta ainda assim alguns problemas específicos, o que podem causar algum viés neste estudo. A maior extensão geográfica para o interior do país, com problemas de mobilidade e com uma população envelhecida e a reduzida dimensão da faixa litoral onde se concentram os recursos dos mais diversos sectores da economia, levam a concluir que existe um enorme desequilíbrio do distrito no acesso aos cuidados de saúde. A orografia do distrito de Coimbra é também muito acentuada, com potenciais problemas para a mobilidade e orientação de doentes urgentes.

Pretendendo averiguar a opinião de um número de cidadãos, acerca da influência das taxas moderadoras na sua procura de cuidados de saúde, assim como perguntas relacionadas com o seu estatuto socioeconómico e relativamente aos cuidados de saúde, foi criado um

questionário que foi submetido a uma amostra de 102 indivíduos. Esta amostra apresenta diferentes idades, géneros e estratos sociais, sem tido sido feita qualquer tipo de seleção, de forma a obter uma amostra diferenciada, este número foi escolhido de forma a poder haver alguma relevância estatística para o estudo em si, não sendo superior devido à falta de tempo e meios necessários. Os questionários foram feitos durante duas semanas no mês de Maio de 2012, uns dias pela parte da manhã outros de tarde de forma a poder encontrar todo o tipo de sujeitos. A escolha dos inquiridos foi feita de forma aleatória, tentando abordar pessoas de diferentes idades e estratos sociais.

Após a revisão da literatura, conjectura-se que as taxas moderadoras são um mecanismo de racionamento que poderá levar a uma diminuição da procura. Contudo, nada nos garante que a parcela de cuidados que não é prestada seria desnecessária dada a ignorância do consumidor. Assim torna-se pertinente conhecer se a implementação das taxas moderadoras afeta ou não diretamente a procura de cuidados de saúde e se é realmente eficaz a nível de racionamento.

O questionário é constituído por 20 perguntas de resposta fechada, sendo deste modo um questionário curto e de resposta rápida. As questões são referentes ao estado de saúde, fatores socioeconómicos e à temática das taxas moderadoras, procurando averiguar a opinião dos consumidores de cuidados de saúde acerca da influência das taxas moderadoras na sua procura de cuidados de saúde. O tempo médio necessário para o preenchimento do questionário foi de 5 minutos, desloquei-me nestas duas semanas ao local para a distribuição e recolha dos questionários, sendo as pessoas entrevistadas para a resposta ao questionário. Os inquiridos mostraram-se, na sua maioria, colaborativas para responder às questões, tendo tido poucas recusas.

Como já foi dito anteriormente, este questionário foi elaborado para avaliar o impacto que as taxas moderadoras podem ter na procura dos cuidados de saúde, assim como relacionar o seu estado de saúde com a necessidade e conseqüente consumo de cuidados. É também avaliado a opinião destes consumidores acerca da existência das taxas moderadoras e se têm conhecimento ou não do seu aumento. Outra questão diz respeito ao local onde mais se dirigem os cidadãos quando consomem cuidados de saúde e também relativamente ao tempo de espera para adquirirem estes cuidados.

É importante também verificar se os cidadãos são ou não isentos destas taxas moderadoras, se possuem seguro de saúde e para avaliar o seu rendimento são feitas

perguntas relacionadas com a sua situação profissional e se possui ou não casa e veículo próprio.

Como foi dito anteriormente, mais especificamente, o questionário é composto por 20 perguntas, como podemos verificar em anexo. A primeira pergunta é relativa à forma como os indivíduos caracterizam o seu estado de saúde de forma que em conjunto com a pergunta dois referente à frequência de utilização dos cuidados de saúde consigamos perceber se existe ou não alguma relação. As perguntas 3 e 4 são referentes ao subsistema e/ou seguro adquirido pelos indivíduos, relacionando com a pergunta 5 para percebermos se existe relação com a frequência com que os indivíduos consultam o médico. A pergunta 6 é referente ao local que preferem escolher quando necessitam de cuidados de saúde relacionando com a pergunta seguinte (7) averiguando o tempo de espera de cada um destes locais. As perguntas 8 a 12 são referentes à temática aqui imposta, as taxas moderadoras, pretendendo saber se os cidadãos se encontram informados relativamente à sua existência, alterações e se estas fazem com que de alguma forma estes mudem a sua atitude perante a procura de cuidados de saúde. As restantes perguntas são de foro pessoal e socioeconómico, pretendendo encontrar alguma relação com a idade, estatuto socioeconómico (com as perguntas se possuem casa e veículo próprio), habilitações literárias e se estas estão ou não relacionadas com a procura de cuidados de saúde.

5.1 Análise Estatística

Inicialmente, todos os dados são introduzidos no *Microsoft Office Excel 2007*, sendo posteriormente, importados para a análise estatística será utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 para Windows. (MURTEIRA, B., RIBEIRO, C., SILVA, J. & PIMENTA, C. (2001). *Introdução à estatística*)

5.1.1 Teste *t* de Student e teste de Mann-Whitney

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica:

Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas e a variável qualitativa nominal dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que colocam a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que se verifica sempre para as variáveis em estudo.

5.1.2 Teste ANOVA e Kruskal-Wallis

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas classes de uma variável qualitativa nominal ou ordinal: para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão.

A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal, o que será verificado posteriormente, pois a amostra apresenta grupos com pequena dimensão.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa. Quando tal não sucede, devido a pelo menos um valor de

prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula. O teste paramétrico terá de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que se verifica sempre para as variáveis em estudo.

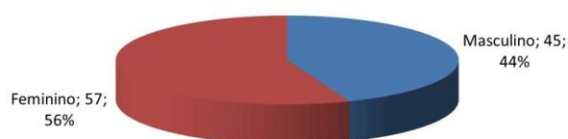
5.1.3 Teste do Qui-quadrado

Perante uma variável nominal e variáveis nominais ou ordinais, o teste adequado para verificar a relação entre as variáveis é o Qui-quadrado de Pearson

6. Apresentação dos Resultados

6.1 Análise Descritiva

Gráfico 5 - Frequências de cada sexo na amostra

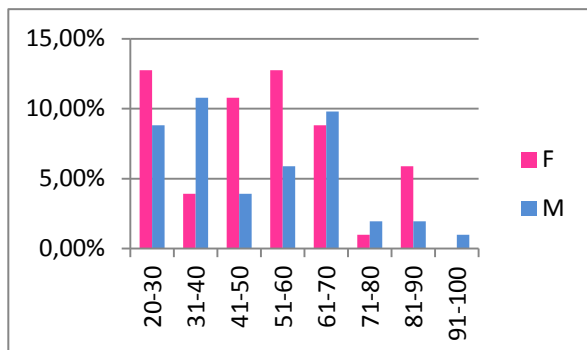


Na amostra, 56% dos elementos são do sexo feminino (57 indivíduos) e 44% do sexo masculino (45 indivíduos).

A idade apresenta um valor médio de 49,4 anos, com uma dispersão de valores de 39%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 21 e 98 anos. A maioria das idades verifica-se entre os 20 e os 70 anos, apresentando a distribuição de frequências nestes escalões etários alguma uniformidade.

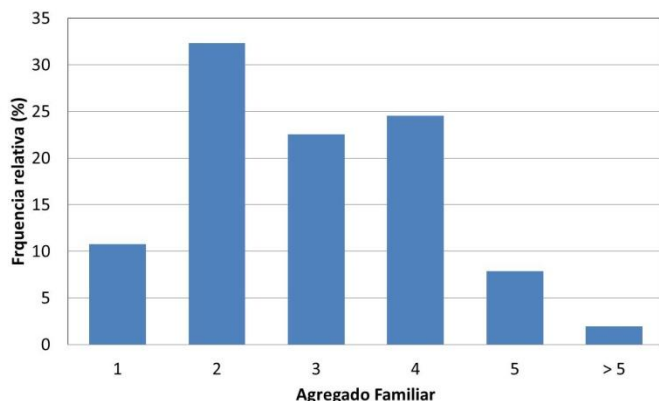
21,57% da amostra encontra-se entre os 20 e os 30 anos inclusive (22 indivíduos). Sendo que 29,42% estão compreendidos entre os 31 e 50 anos (30 indivíduos); 37,26% entre os 51 e 70 anos (38 indivíduos); 2,94% da amostra (3 indivíduos) tem entre 71 e 80 anos; 8 indivíduos, 7,84% da amostra apresentam idades compreendidas entre os 81 e os 90 anos e por fim, apenas um indivíduo (0,98%) da amostra apresenta uma idade entre os 91 e os 100 anos de idade.

Gráfico 6- Distribuição da amostra por sexo e escalão etário



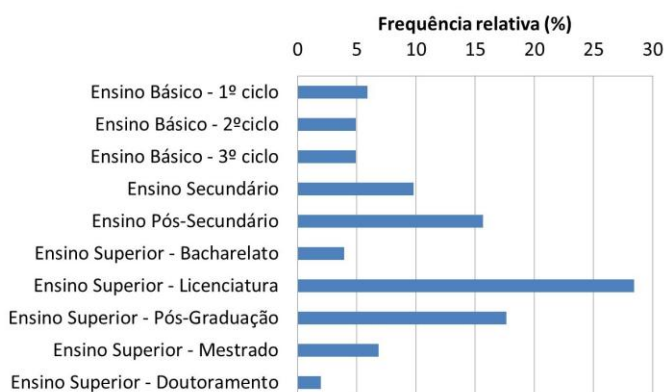
Ao analisarmos a relação entre as duas variáveis referidas, a idade e o sexo (gráfico 6), podemos constatar que, dos 20 aos 30, dos 41 aos 50, dos 51 aos 60 e dos 81 aos 90 a população é predominantemente feminina.

Gráfico 7 - Frequências de cada tipo de agregado familiar na amostra

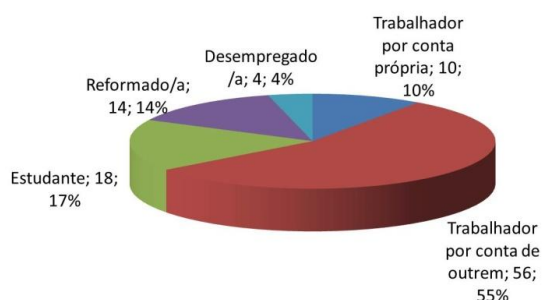


10,8% da amostra apresenta apenas uma pessoa na sua família. 32,4% (33 indivíduos) têm uma família constituída por duas pessoas; 22,5% (23 indivíduos) por três pessoas; 24,5% (25 indivíduos) por quatro pessoas; 7,8% (8 indivíduos) por cinco pessoas e apenas 2,0% da amostra ou seja 2 indivíduos dizem ter uma família com mais de cinco elementos.

Gráfico 8 - Frequências de cada categoria de habilitações literárias na amostra

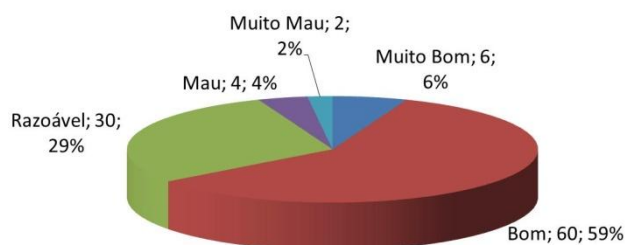


Na amostra, 28,4% apresentam licenciatura (29 elementos), 17,6% apresentam pós-graduação (18 elementos) e 15,7% têm ensino pós-secundário (16 elementos), sendo estas as habilitações mais observadas, verificando-se ainda outras habilitações, desde o 1.º ciclo ao doutoramento, mas com menor frequência.

Gráfico 9 - Frequências de cada situação profissional na amostra

No que diz respeito à situação profissional, uma maioria da amostra de 54,9% (56 indivíduos) trabalham por conta de outrem, seguidos de 17,6% que são estudantes, verificando-se ainda as situações de reformado (13,7%), trabalhador por conta própria (9,8%) e desempregado (3,8%).

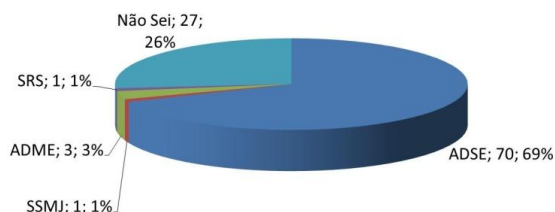
Na amostra, 78,4% (80 elementos) possuem veículo próprio e 21,6% não possuem (22 elementos). Na amostra, 54,9% (56 elementos) possuem casa própria e 45,1% não possuem (46 elementos).

Gráfico 10 - Autoavaliação do Estado de Saúde

No que diz respeito à autoavaliação do estado de saúde, a maior parte da amostra, 58,8% (60 indivíduos) caracteriza o seu Estado de Saúde como “Bom”.

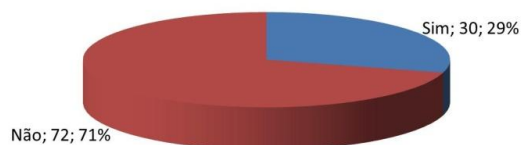
No que diz respeito à necessidade de cuidados de saúde regulares, 72,5% da amostra, ou seja, 74 indivíduos diz não necessitar regularmente de cuidados de saúde enquanto os restantes 27,5% assinalam necessitar regularmente de cuidados de saúde. Portanto, a grande maioria da amostra, perto de três quartos, não necessita regularmente de cuidados de saúde.

Gráfico 11 - Subsistemas de que é beneficiário



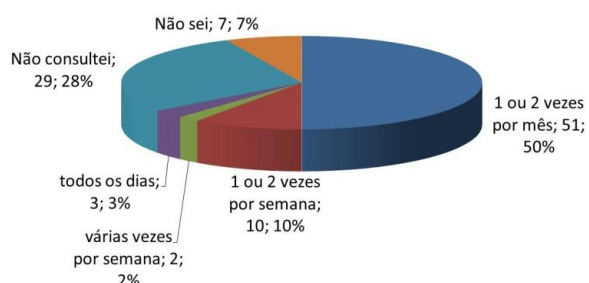
No que diz respeito ao subsistema de saúde de que é beneficiário, a maioria da amostra é subsidiada pela ADSE, sendo uma percentagem de 68,6% (70 indivíduos). Portanto, a grande maioria da amostra, perto de três quartos, é subsidiada pela ADSE.

Gráfico 12 - Seguro de Saúde

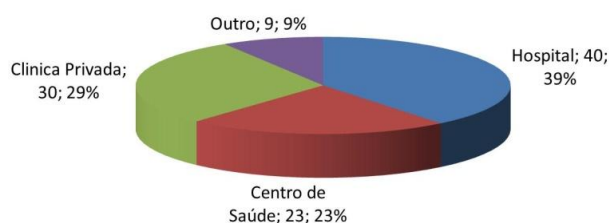


Na amostra, 29,4% possuem um seguro de saúde (30 indivíduos) e 70,6% não possuem (72 elementos). Portanto, uma minoria da amostra, menos de um quarto, possui seguro de saúde.

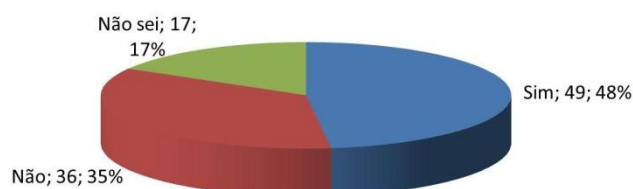
Gráfico 13 - Frequência de consulta ao médico nos últimos 3 meses



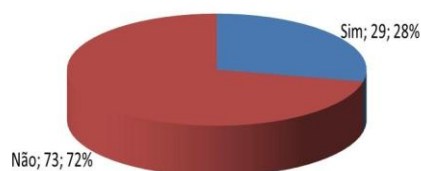
No que diz respeito à frequência de consulta ao médico nos últimos 3 meses, metade vai ao médico uma ou duas vezes por mês e um pouco mais de um quarto não consultou o médico nos últimos três meses.

Gráfico 14 - Onde se dirige

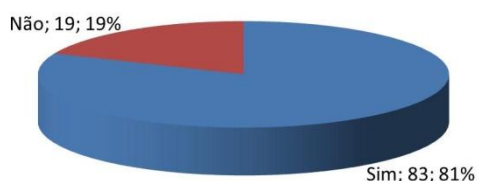
A resposta mais frequente na amostra, dada por 39,2% (40 indivíduos), reside na escolha do Hospital para consumir cuidados de saúde, seguindo-se a Clínica Privada indicada por 29,4% (30 elementos) e ainda o Centro de Saúde assinalado por 22,5% (23 indivíduos). Os restantes 8,8% (9 indivíduos) ainda mencionam que não se deslocam a nenhuma destas instituições, principalmente devido à existência de um médico amigo ou familiar. Portanto, na amostra, a escolha mais assinalada é o Hospital, seguido de Clínica Privada e depois de Centro de Saúde.

Gráfico 15 - Concordância com a existência das Taxas Moderadoras

Na amostra, 48,0% concorda com a existência das taxas moderadoras (49 indivíduos) e 35,3% (36 indivíduos) não concordam, verificando-se ainda 16,7% que não sabem. Portanto, na amostra, concordância com as taxas moderadoras supera os valores da discordância.

Gráfico 16 - Inibição da Procura devido às Taxas Moderadoras

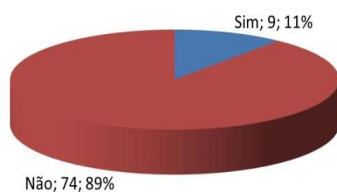
Na amostra, 71,6% da amostra (73 indivíduos) afirmam não ter deixado de procurar cuidados de saúde devido às taxas moderadoras. Portanto, a inibição da procura pelas taxas moderadoras afeta pouco mais de um quarto da amostra.

Gráfico 17 - Conhecimento do aumento das Taxas Moderadoras

Na amostra, 81,4% encontram-se informados acerca do aumento das taxas moderadoras. Portanto, existe um largo conhecimento do aumento das taxas moderadoras por mais de quatro quintos da amostra.

Gráfico 18 - Deixar de ir a consulta devido aos aumentos das taxas moderadoras

Na amostra, apenas os 83 elementos que se encontram informados acerca do aumento das taxas moderadoras respondem a esta questão, dos quais 89,2% não deixaram de ir a uma consulta devido aos aumentos das taxas moderadoras (74 indivíduos), enquanto os restantes 10,8% deixaram de o fazer (9 indivíduos). Portanto, a grande maioria dos que conhecem o aumento das taxas moderadoras não deixam de ir a uma consulta por esse motivo.



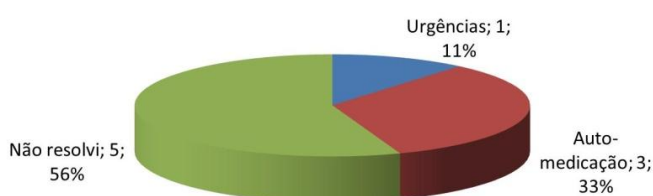
6.2 Análise Comparativa

Tabela 4 -- Relação entre concordar com taxas moderadoras e deixar de ir a consulta

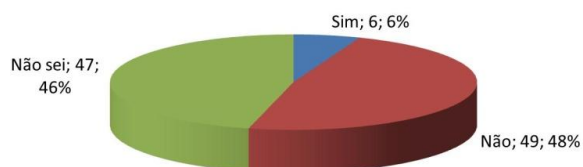
8. Concorda com a existência das taxas moderadoras?		11. Se sim, estes aumentos fizeram-no deixar de ir a uma consulta?	
		Sim	Não
Sim	N	1	47
	% no grupo	2,1%	97,9%
Não	N	6	20
	% no grupo	23,1%	76,9%
Não sei	N	2	7
	% no grupo	22,2%	77,8%

Na amostra, a percentagem de elementos que deixou de ir a uma consulta é superior para os que não concordam com as taxas moderadoras (23,1%) e para os que não sabem se concordam (22,2%), essa mesma percentagem que deixou de ir a uma consulta é inferior para os que concordam com as taxas moderadoras (2,1%), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 9,040$; $p = 0,012$). Em termos relativos, no grupo dos que não concordam com as taxas moderadoras são mais os que deixaram de ir a uma consulta do que no grupo os que concordam com as taxas moderadoras.

Gráfico 19 - Resolução do Problema, por não ter ido à consulta



Na amostra, apenas os 9 elementos que deixaram de ir a uma consulta devido aos aumentos das taxas moderadoras respondem a esta questão, dos quais 55,6% não resolveram o problema (cinco indivíduos), 33,3% resolveram através da automedicação (três indivíduos) e 11,1%, ou seja, um elemento da amostra, recorreu às urgências.

Gráfico 20 - Isenção de Taxas Moderadoras

Na amostra, 48,0% não está isento das taxas moderadoras (49 indivíduos) e 5,9% (seis indivíduos) está isento, verificando-se ainda 46,1% que não sabem. Portanto, na amostra, dos que respondem afirmativamente ou negativamente, a maioria não está isento das taxas moderadoras.

6.2.1 Relação entre características sociodemográficas e o estado de saúde

Relativamente ao estado de saúde, como a categoria “muito mau” apresenta apenas duas observações, foi agregada à categoria “mau”, tendo-se obtido os seguintes resultados.

Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com o estado de saúde, variável ordinal, utiliza-se a ANOVA, pois verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (tendo sido utilizado o teste de Levene) e da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 5 - Relação entre o Estado de Saúde e a Idade

	Estado de saúde	N	Média	Desvio padrão	$F_{3,98}$	P
Idade	Muito Bom	6	28,00	10,696	15,436	**0,000
	Bom	60	43,82	14,968		
	Razoável	30	59,60	18,401		
	Mau/ Muito Mau	6	75,83	18,115		

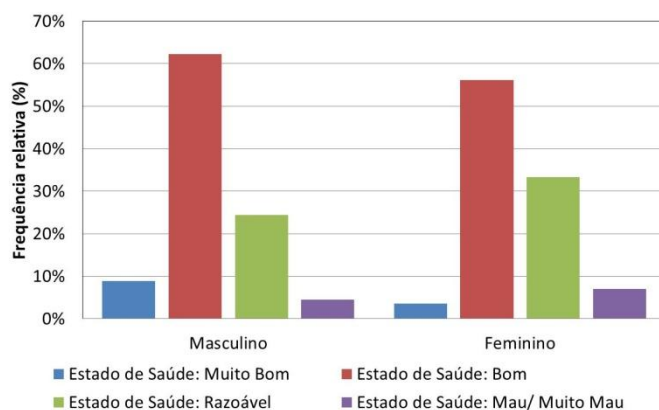
** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da média da idade ser igual para todas as categorias do estado de saúde: verificam-se diferenças significativas.

O valor médio da idade aumenta à medida que diminui o estado de saúde, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Portanto, podemos concluir que a estado de saúde diminui com o aumento da idade.

Para estudar a relação entre o sexo e o estado de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

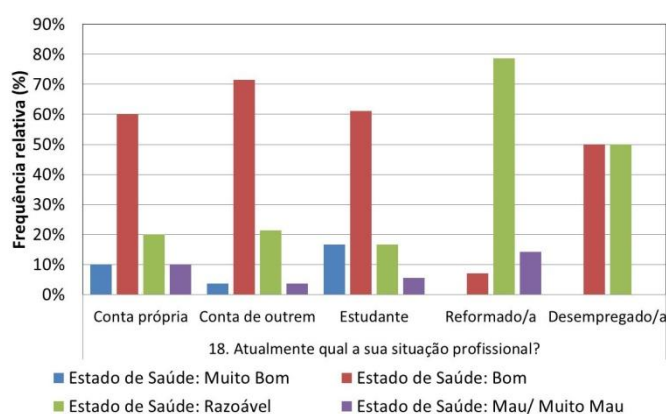
Gráfico 21 - Relação entre o estado de saúde e o sexo



Na amostra, a percentagem de respostas “muito bom” e “bom” é superior para o sexo masculino, a percentagem de respostas “razoável” e “mau/ muito mau” é superior para o sexo feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 2,354$; $p = 0,543$). Não existem diferenças significativas do estado de saúde entre os sexos.

Para estudar a relação entre a situação profissional e o estado de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 22 - Relação entre o estado de saúde e a situação profissional

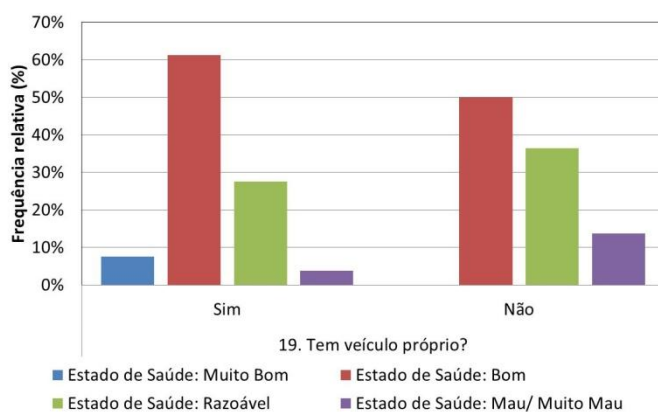


A percentagem de respostas “muito bom” é superior para estudante, a percentagem de respostas “bom” é inferior para reformado, a percentagem de respostas “razoável” é superior para reformado seguido de desempregado, a percentagem de respostas “mau/ muito mau” é superior para reformado, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de

acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(12)} = 30,659$; $p = 0,005$). Verificam-se diferenças significativas do estado de saúde entre a situação profissional, sendo o estado de saúde inferior para reformado e desempregado.

Para estudar a relação entre ter veículo próprio e o estado de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

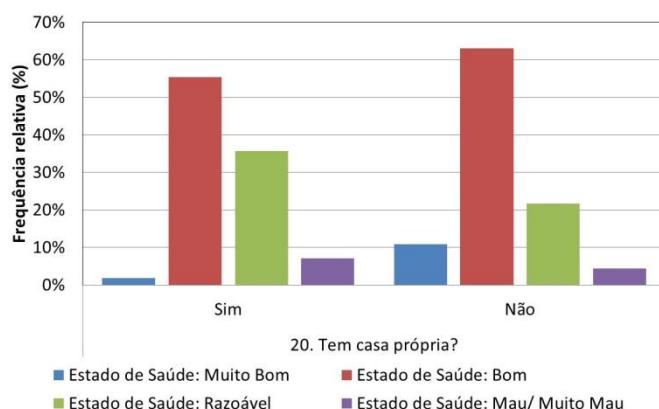
Gráfico 23 - Relação entre o estado de saúde e ter veículo próprio



Na amostra, a percentagem de respostas “muito bom” e “bom” é inferior para quem tem veículo próprio, a percentagem de respostas “razoável” e “mau/ muito mau” é superior para quem não tem veículo próprio, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 5,349$; $p = 0,142$). Não se verificam diferenças significativas do estado de saúde entre quem tem ou não veículo próprio.

Para estudar a relação entre ter casa própria e o estado de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

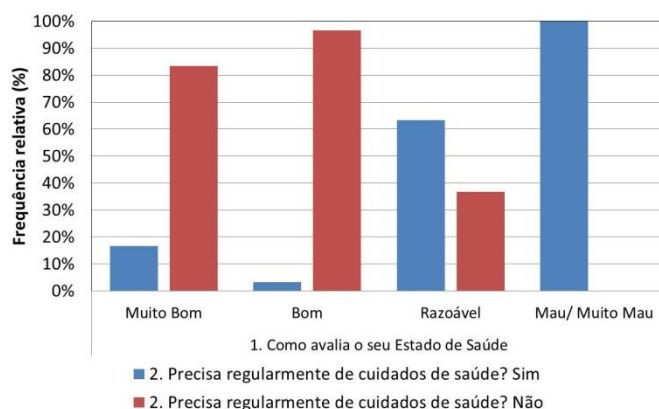
Gráfico 24 - Relação entre o estado de saúde e ter casa própria



Na amostra, a percentagem de respostas “muito bom” e “bom” é inferior para quem tem casa própria, a percentagem de respostas “razoável” e “mau/ muito mau” é superior para quem tem casa própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 5,809$; $p = 0,130$). Não se verificam diferenças significativas do estado de saúde entre quem tem ou não casa própria.

Para estudar a relação entre o estado de saúde e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

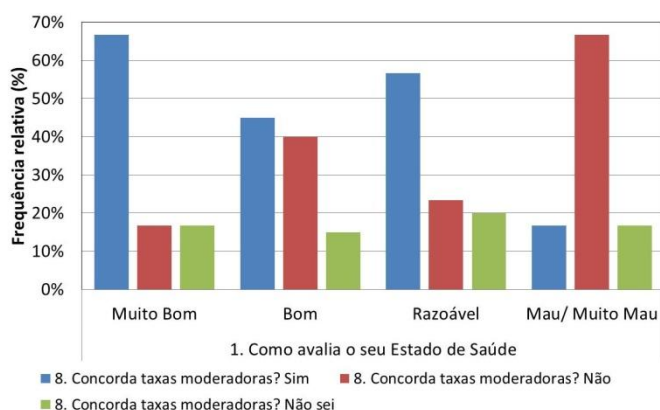
Gráfico 25 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e estado de saúde



Na amostra, a percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para o estado de saúde “mau/ muito mau”, seguido do estado de saúde “razoável” e inferior para o estado de saúde “bom”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 53,127$; $p = 0,000$). Existem diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre os vários estados de saúde, sendo a necessidade maior para quem tem pior estado de saúde.

Para estudar a relação entre o estado de saúde e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 26 – Relação entre estado de saúde e concordância com taxas moderadoras



Na amostra, a percentagem de quem não concorda com as taxas moderadoras é superior para o estado de saúde “mau/ muito mau”, seguido do estado de saúde “bom”, a percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras é superior para o estado de saúde “muito bom”, seguido do estado de saúde “razoável”, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(6)} = 6,398$; $p = 0,380$). Não existem diferenças significativas na concordância com as taxas moderadoras entre os estados de saúde.

6.2.2 Relação entre as características sociodemográficas e a necessidade regular de cuidados de saúde

Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com a necessidade regular de cuidados de saúde, variável ordinal, utiliza-se o teste t de Student, pois verifica-se o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 6 - Relação entre a necessidade regular de cuidados de saúde e a Idade

	2. cuidados de saúde?	N	Média	Desvio padrão	T ₁₀₀	P
Idade	Sim	28	65,39	19,574	6,006	**0,000
	Não	74	43,36	15,252		

** diferença significativa para $p < 0,01$

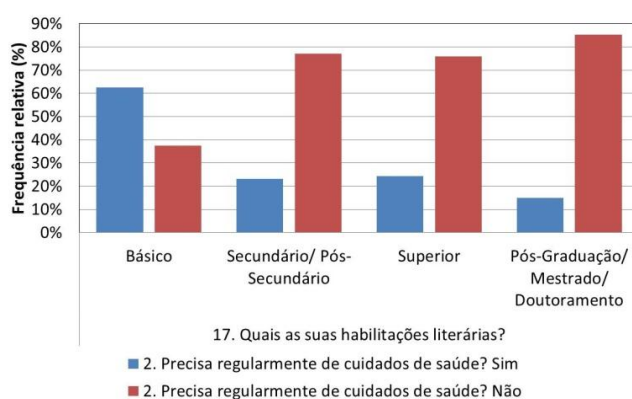
O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese da média da idade ser igual para quem tem ou não necessidade regular de cuidados de saúde: verificam-se diferenças significativas.

O valor médio da idade é superior para quem tem necessidade regular de cuidados de saúde, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Portanto, podemos concluir que a necessidade regular de cuidados de saúde aumenta com o aumento da idade.

Para estudar a relação entre o sexo e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado. Na amostra, a percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é ligeiramente superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,025$; $p = 0,875$). Não existem diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre os sexos.

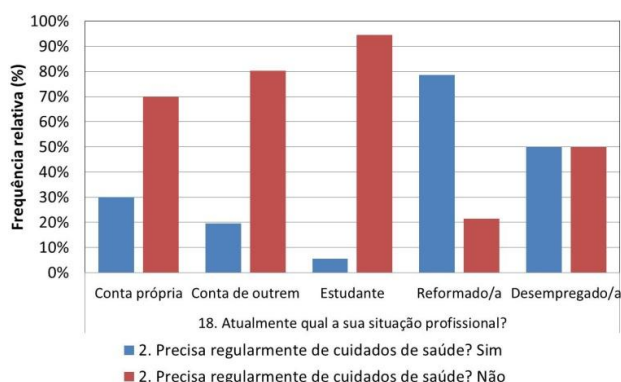
Para estudar a relação entre as habilitações literárias e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 27 - Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações



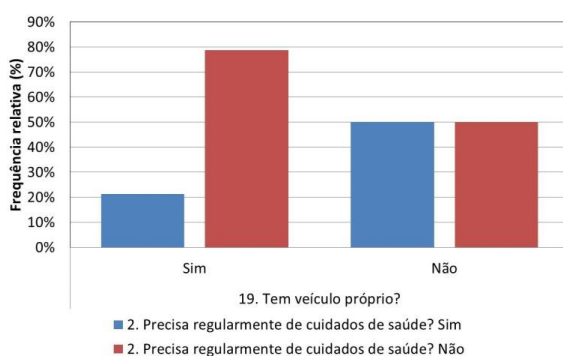
A percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para Básico e inferior para Pós-Graduação/ Mestrado/ Doutoramento, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 12,454$; $p = 0,006$). Existem diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre as habilitações, em que as necessidades diminuem com o aumento das habilitações.

Para estudar a relação entre a situação profissional e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 28 - Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional

A percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para reformado, seguidos de desempregado e inferior para estudante, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 25,472$; $p = 0,000$). Verificam-se diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre a situação profissional, sendo a necessidade regular de cuidados de saúde superior para reformado, seguidos de desempregado e inferior para estudante.

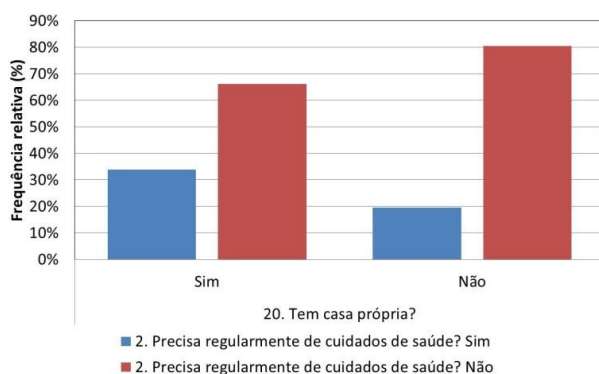
Para estudar a relação entre ter veículo próprio e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 29 - Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter veículo

A percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para quem não tem veículo próprio, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 7,161$; $p = 0,014$). Verificam-se diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre quem tem ou não veículo próprio, sendo as necessidades superiores para quem não tem veículo próprio.

Para estudar a relação entre ter casa própria e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

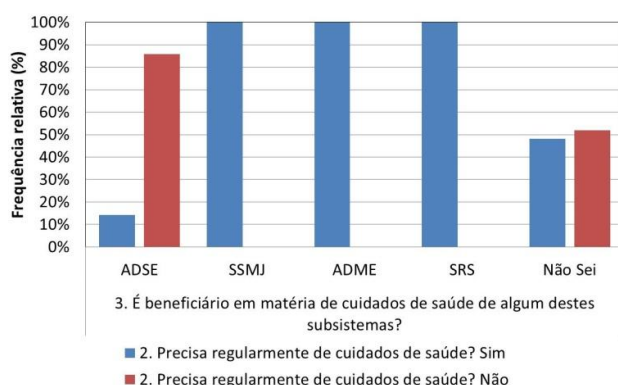
Gráfico 30 - Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter casa própria



Na amostra, a percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para quem tem casa própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 2,616$; $p = 0,106$). Não se verificam diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre quem tem ou não casa própria.

Para estudar a relação entre os subsistemas e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado

Gráfico 31 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e subsistema

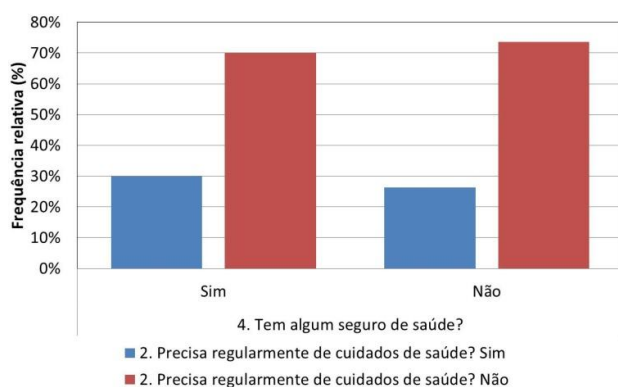


Na amostra, a percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é superior para os subsistemas SSMJ, ADME e SRS (todos necessitam, mas são poucos casos e cada subsistema), intermédia para os que não sabem de que subsistema são e

inferior para o subsistema ADSE, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 25,114$; $p = 0,000$). Existem diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre os vários subsistemas, sendo a necessidade maior para os subsistemas SSMJ, ADME e SRS e inferior para o subsistema ADSE.

Para estudar a relação entre a existência de seguro de saúde e a necessidade regular de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 32– Relação entre necessidade de cuidados de saúde e seguro de saúde



Na amostra, a percentagem de quem necessita regularmente de cuidados de saúde é ligeiramente superior para os que têm seguro de saúde, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,139$; $p = 0,710$). Não existem diferenças significativas na necessidade regular de cuidados de saúde entre os que têm seguro de saúde e os que não têm.

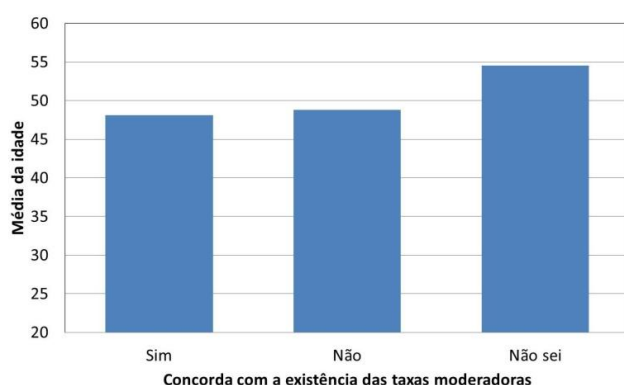
6.2.3 Relação entre características sociodemográficas e a concordância com as taxas moderadoras

Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com a concordância com as taxas moderadoras, variável nominal, utiliza-se a ANOVA, pois verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (tendo sido utilizado o teste de Levene) e da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 7 - Relação entre a concordância com as taxas moderadoras e a idade

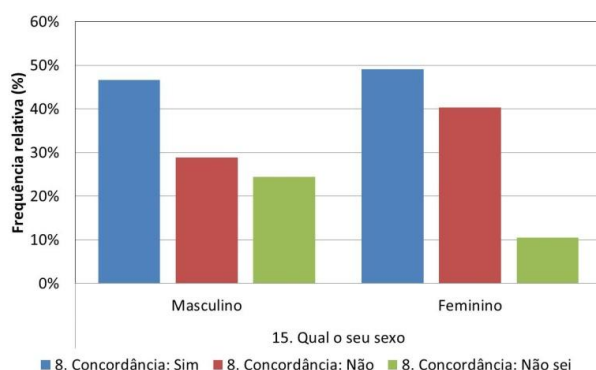
	Concordância	N	Média	Desvio padrão	F _{3,98}	P
Idade	Sim	49	48,08	15,862	0,737	0,481
	Não	36	48,81	22,627		
	Não sei	17	54,53	20,372		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da média da idade ser igual para todas as categorias da concordância: não se verificam diferenças significativas.

Gráfico 33 - Relação entre a concordância com as taxas moderadoras e a idade

Na amostra, o valor médio da idade é superior para os que não sabem se concordam, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. A concordância com as taxas moderadoras não está relacionada com a idade de forma significativa.

Para estudar a relação entre o sexo e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

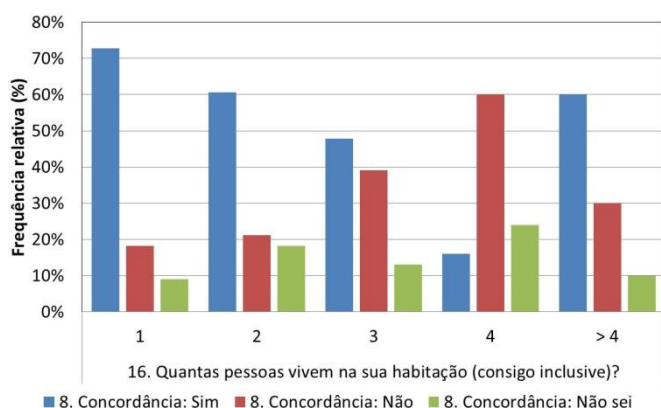
Gráfico 34 - Relação entre concordância com as taxas moderadoras e o sexo

Na amostra, a percentagem de quem não concorda com as taxas moderadoras é superior para o sexo feminino, a percentagem de quem não sabe é superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com

o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 3,890$; $p = 0,138$). Não existem diferenças significativas na concordância com as taxas moderadoras entre os sexos.

Para estudar a relação entre o agregado familiar e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 35 - Relação entre concordância com TM e agregado familiar

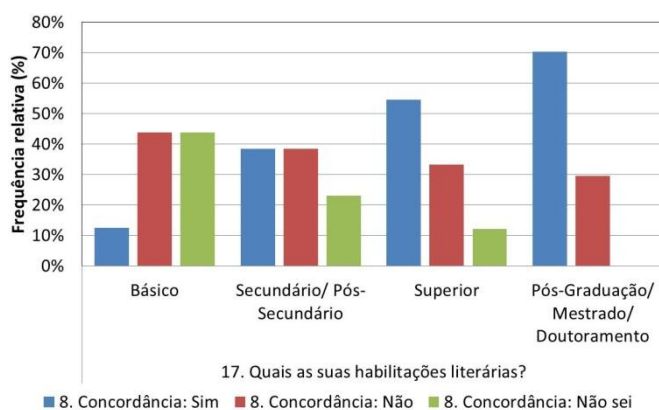


A percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras diminui com o aumento da dimensão do agregado familiar, exceto para mais de quatro elementos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(8)} = 17,065$; $p = 0,029$).

Existem diferenças significativas na concordância com as taxas moderadoras entre os agregados familiares, diminuindo a concordância com o aumento do agregado familiar.

Para estudar a relação entre as habilitações literárias e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 36 - Relação entre concordância com taxas moderadoras e habilitações

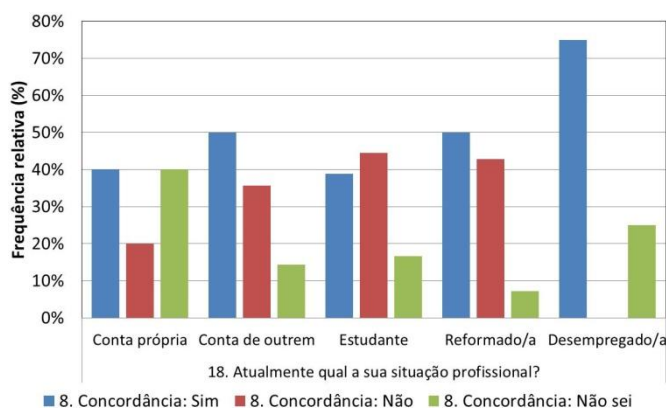


A percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras aumenta com o aumento das habilitações, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(6)} = 21,068$; $p = 0,001$). Existem diferenças significativas na

concordância com as taxas moderadoras entre as habilitações, em que a concordância aumenta com o aumento das habilitações.

Para estudar a relação entre a situação profissional e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 37 - Relação entre concordância com TM e situação profissional

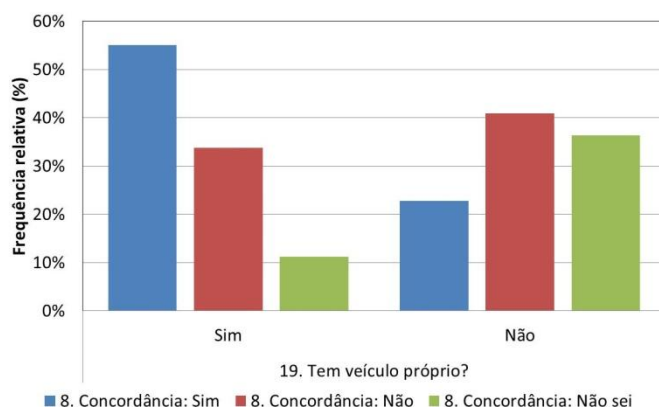


Na amostra, a percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras é superior para desempregado, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(8)} = 8,226$; $p = 0,417$). Não se verificam diferenças significativas na concordância com as

taxas moderadoras entre a situação profissional.

Para estudar a relação entre ter veículo próprio e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

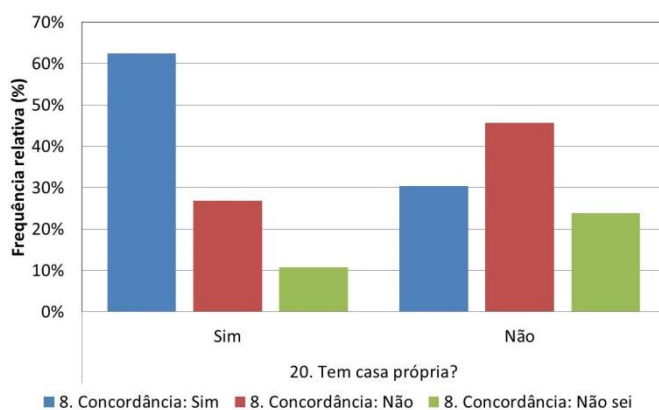
Gráfico 38 - Relação entre a concordância com TM e ter veículo



A percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras é superior para quem tem veículo próprio, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 10,521$; $p = 0,004$). Verificam-se diferenças significativas na concordância com as taxas moderadoras entre quem tem ou não veículo próprio, sendo a concordância superior para quem tem veículo próprio.

Para estudar a relação entre ter casa própria e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 39 - Relação entre a concordância com TM e ter casa própria

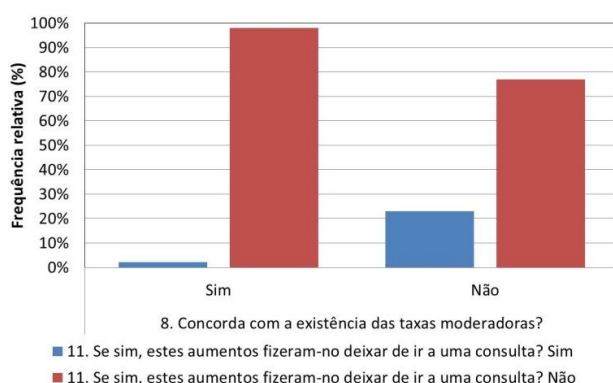


A percentagem de quem concorda com as taxas moderadoras é superior para quem tem casa própria, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 10,592$; $p = 0,004$). Verificam-se diferenças significativas na concordância com as taxas

moderadoras entre quem tem ou não veículo próprio, sendo a concordância superior para quem tem casa própria.

Para estudar a relação entre deixar de ir à consulta e a concordância com as taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 40 – Relação entre deixar de ir a uma consulta e seguro de saúde



A percentagem de quem deixou de ir a uma consulta é superior para os que não concordam com as taxas moderadoras, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 9,040$; $p = 0,011$). Existem diferenças significativas entre deixar de ir a uma consulta e a concordância com as taxas moderadoras, em que os que deixaram de ir a uma consulta predominam nos que não concordam com as taxas moderadoras.

6.2.4 Relação entre as características sociodemográficas e inibição da procura por causa das Taxas Moderadoras

Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com a inibição da procura de cuidados de saúde, variável nominal, utiliza-se o teste t de Student, pois verifica-se o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 8 – Relação entre a inibição da procura de cuidados de saúde e a Idade

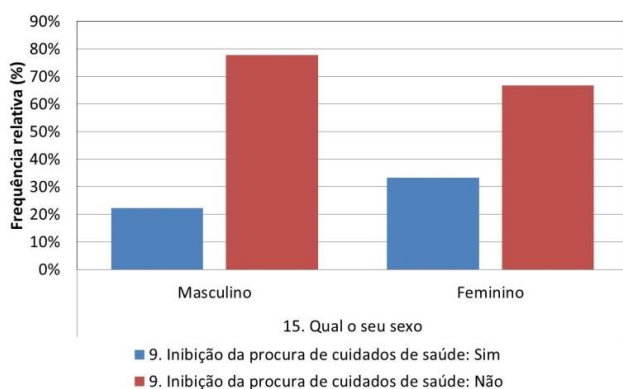
	9. inibição da procura?	N	Média	Desvio padrão	T ₁₀₀	p
Idade	Sim	29	49,86	20,502	0,149	0,882
	Não	73	49,23	18,784		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da média da idade ser igual para quem tem ou não inibição da procura de cuidados de saúde: não se verificam diferenças significativas.

Na amostra, o valor médio da idade é ligeiramente superior para quem tem inibição da procura de cuidados de saúde devido às taxas moderadoras, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. A inibição da procura de cuidados de saúde devido às taxas moderadoras não está relacionada com a idade.

Para estudar a relação entre o sexo e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

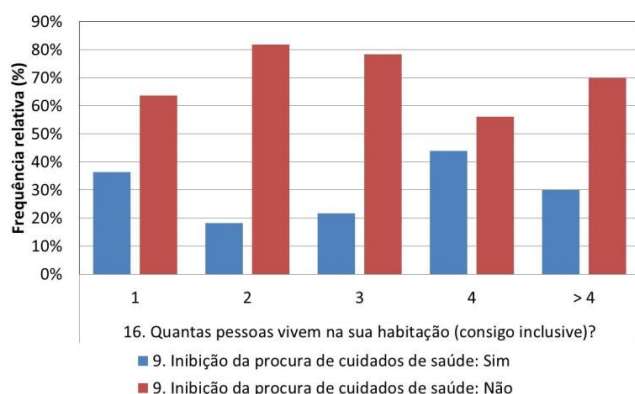
Gráfico 41 – Relação entre a inibição da procura de cuidados de saúde e o sexo



Na amostra, a percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para o sexo feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 1,526$; $p = 0,217$). Não existem diferenças significativas na inibição da procura de cuidados de saúde entre os sexos.

Para estudar a relação entre o agregado familiar e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

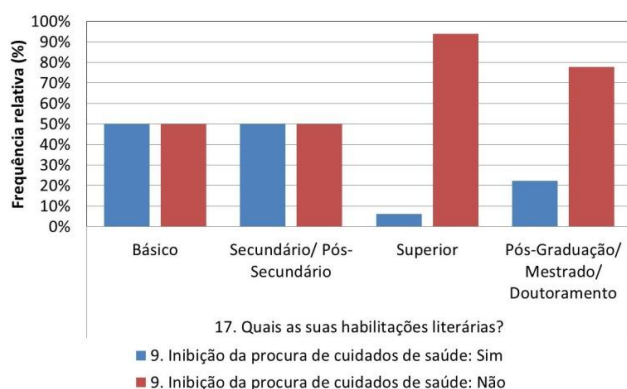
Gráfico 42– Relação entre necessidade de cuidados de saúde e agregado familiar



Na amostra, a percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para agregados familiares de um e quatro, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 5,540$; $p = 0,236$). Não existem diferenças significativas na inibição da procura de cuidados de saúde entre os agregados familiares.

Para estudar a relação entre as habilitações literárias e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 43 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações

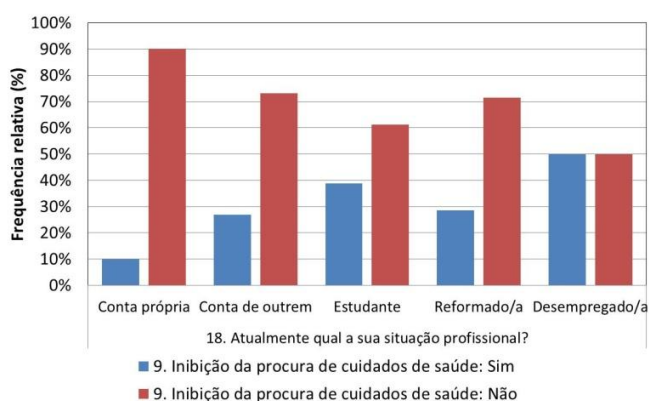


A percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para Básico e Secundário inferior para Superior, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 18,230$; $p = 0,000$). Existem diferenças significativas na inibição da procura

de cuidados de saúde entre as habilitações, em que a inibição da procura é superior para as habilitações mais baixas.

Para estudar a relação entre a situação profissional e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

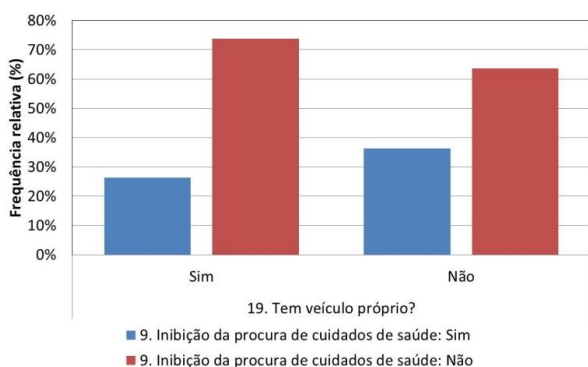
Gráfico 44 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional



Na amostra, a percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para desempregado, seguido de estudante e inferior para quem trabalha por conta própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 3,626$; $p = 0,459$). Não se verificam diferenças significativas na inibição da procura de cuidados de saúde entre a situação profissional.

Para estudar a relação entre ter veículo próprio e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

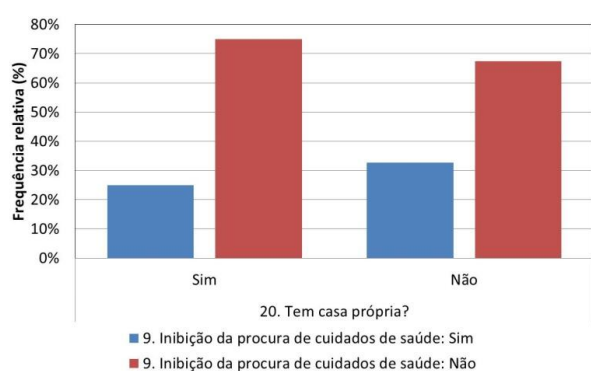
Gráfico 45 – Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter veículo



Na amostra, a percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para quem não tem veículo próprio, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,867$; $p = 0,352$). Não se verificam diferenças significativas na inibição da procura de cuidados de saúde entre quem tem ou não veículo próprio.

Para estudar a relação entre ter casa própria e a inibição da procura de cuidados de saúde, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 46 – Relação entre a necessidade de cuidados de saúde e ter casa própria



Na amostra, a percentagem de quem se sentiu inibido de procurar cuidados de saúde pelas taxas moderadoras é superior para quem não tem casa própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,719$; $p = 0,106$). Não se verificam diferenças significativas na inibição da procura de cuidados de saúde entre quem tem ou não casa própria.

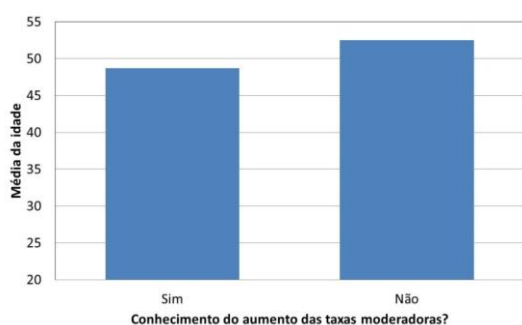
6.2.5 Relação entre as características sociodemográficas e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras

Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras, variável nominal, utiliza-se o teste t de Student, pois verifica-se o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 9 – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e a Idade

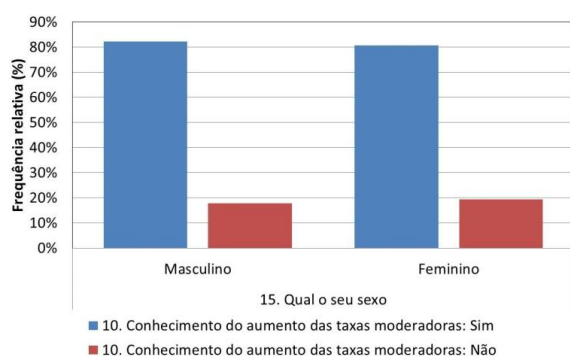
10. Conhecimento do aumento das TM		N	Média	Desvio padrão	T ₁₀₀	p
Idade	Sim	83	48,70	17,700	-0,783	0,436
	Não	19	52,53	25,019		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da média da idade ser igual para quem tem ou não conhecimento do aumento das taxas moderadoras: não se verificam diferenças significativas.

Gráfico 47 – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e a Idade

Na amostra, o valor médio da idade é superior para quem não tem conhecimento do aumento das taxas moderadoras, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras não está relacionado com a idade.

Para estudar a relação entre o sexo e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

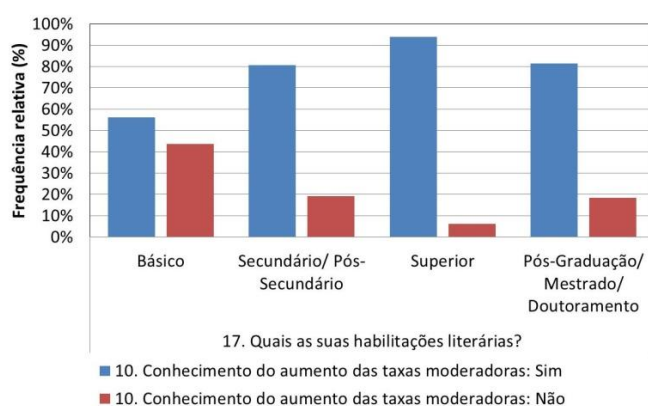
Gráfico 48 – Relação entre ter conhecimento do aumento das TM e o sexo

Na amostra, a percentagem de quem tem conhecimento do aumento das taxas moderadoras é ligeiramente superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,038$; $p = 0,845$). Não existem diferenças significativas sobre ter ou não conhecimento do aumento das taxas moderadoras entre os sexos.

Para estudar a relação entre o agregado familiar e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

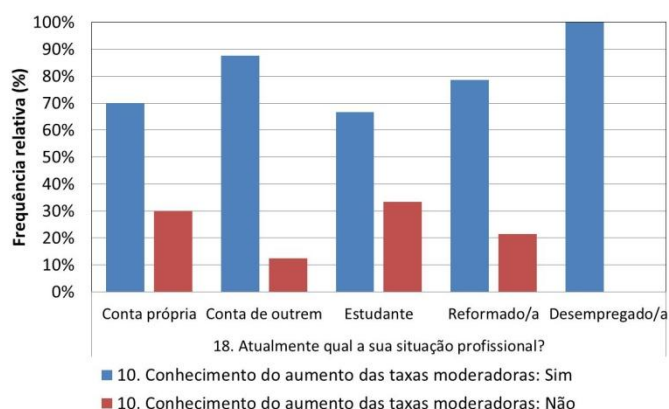
Para estudar a relação entre as habilitações literárias e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 49 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e habilitações



A percentagem de quem tem conhecimento do aumento das taxas moderadoras é superior para Superior e inferior para Básico, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 10,107$; $p = 0,018$). Existem diferenças significativas sobre ter ou não conhecimento do aumento das taxas moderadoras entre as habilitações, em que o conhecimento é superior para ensino Superior e inferior para Básico.

Para estudar a relação entre a situação profissional e ter conhecimento do aumento das taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 50 – Relação entre necessidade de cuidados de saúde e situação profissional

Na amostra, a percentagem de quem tem conhecimento do aumento das taxas moderadoras é superior para desempregado e inferior para estudante e quem trabalha por conta própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(4)} = 5,797$; $p = 0,215$). Não se verificam diferenças significativas sobre ter ou não conhecimento do aumento das taxas moderadoras entre a situação profissional.

6.2.6 Relação entre características sociodemográficas e isenções

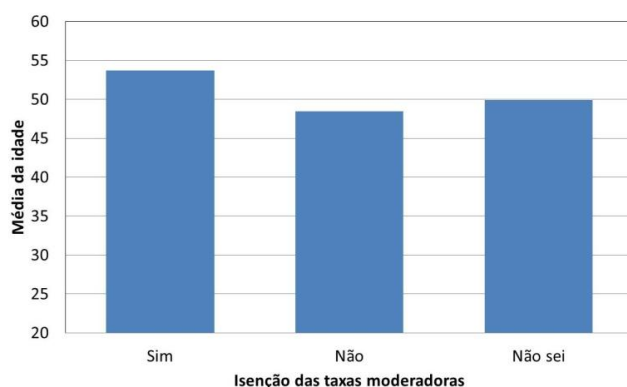
Para estudar a relação entre a Idade, variável quantitativa, com ser isento de taxas moderadoras, variável nominal, utiliza-se a ANOVA, pois verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (tendo sido utilizado o teste de Levene) e da normalidade das distribuições das variáveis (com o teste Kolmogorov-Smirnov), pelo que se pode utilizar este teste paramétrico.

Tabela 10 – Relação entre ser isento de taxas moderadoras e a Idade

Concordância		N	Média	Desvio padrão	$F_{3,98}$	P
Idade	Sim	6	53,67	31,753	0,219	0,803
	Não	49	48,45	13,936		
	Não sei	47	49,87	22,192		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese da média da idade ser igual para todas as categorias da isenção: não se verificam diferenças significativas.

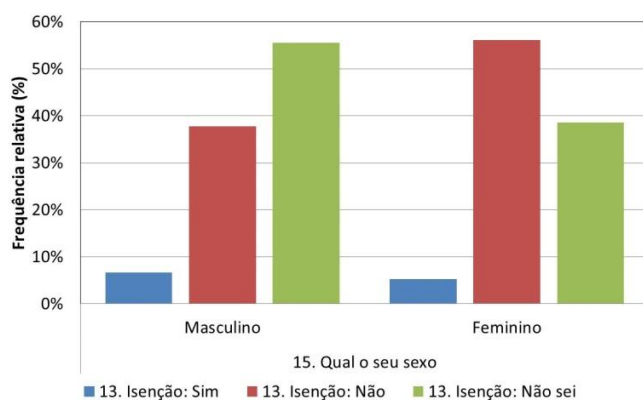
Gráfico 51 – Relação entre ser isento de taxas moderadoras e a idade



Na amostra, o valor médio da idade é superior para os que estão isentos de taxas moderadoras, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Ser isento de taxas moderadoras não está relacionada com a idade de forma significativa.

Para estudar a relação entre o sexo e ser isento de taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

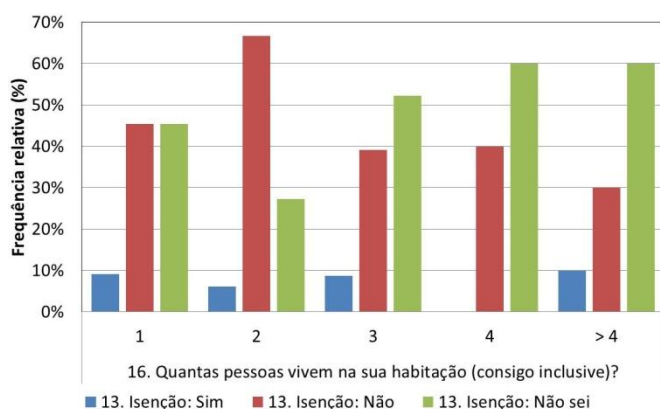
Gráfico 52 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e o sexo



Na amostra, a percentagem de quem está isento às taxas moderadoras é idêntica para ambos os sexos, a percentagem de quem não sabe é superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 3,419$; $p = 0,181$). Não existem diferenças significativas entre ser isento ou não de taxas moderadoras entre os sexos.

Para estudar a relação entre o agregado familiar e ser isento de taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

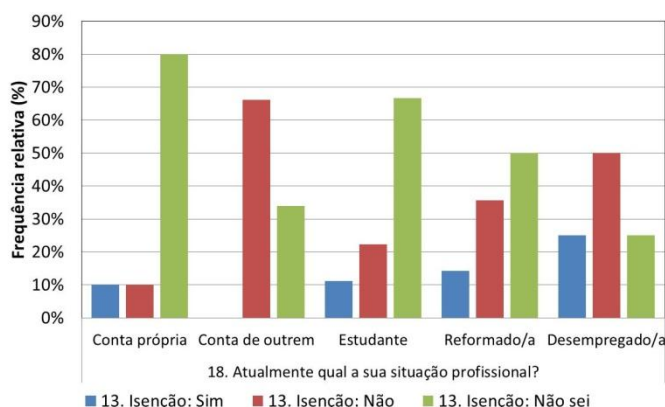
Gráfico 53 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e agregado familiar



Na amostra, a percentagem de isenção às taxas moderadoras é inferior para agregado familiar de quatro, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(8)} = 10,246$; $p = 0,248$). Não existem diferenças significativas entre ser isento ou não de taxas moderadoras entre os agregados familiares.

Para estudar a relação entre a situação profissional e ser isento de taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 54 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e situação profissional

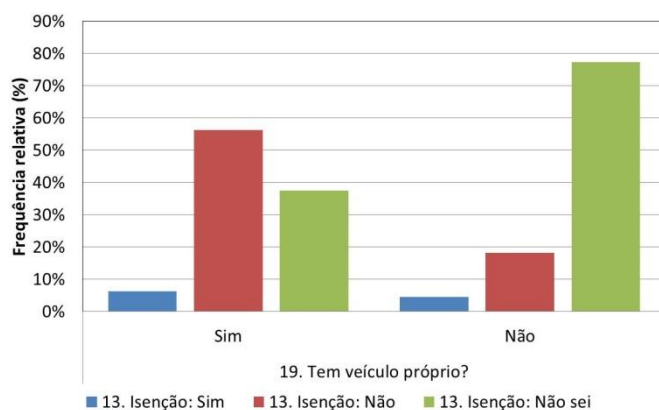


A percentagem de quem está isento das taxas moderadoras é superior para desempregado seguida de reformado e não se verifica para quem trabalha por conta de outrem, a percentagem de quem não está isento é superior para quem trabalha por conta de outrem e inferior para quem trabalha por conta própria, a percentagem de quem não sabe é superior para quem trabalha por conta própria e inferior para desempregado, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(8)} =$

24,710; $p = 0,002$). Verificam-se diferenças significativas entre ser isento ou não de taxas moderadoras entre a situação profissional.

Para estudar a relação entre ter veículo próprio e ser isento de taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

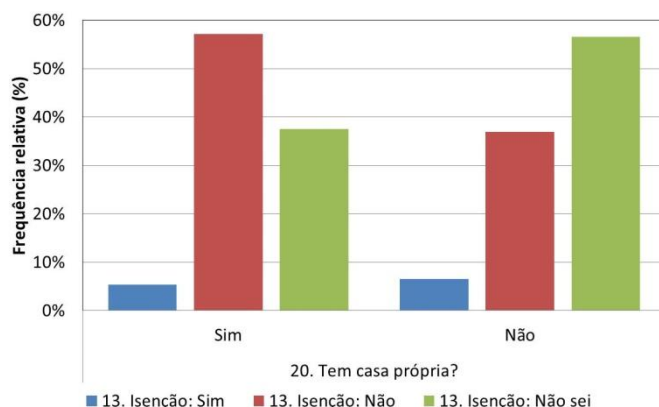
Gráfico 55 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e ter veículo



A percentagem de quem não está isento das taxas moderadoras é superior para quem tem veículo próprio, a percentagem de quem não sabe é superior para quem não tem veículo próprio, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 11,214$; $p = 0,004$). Verificam-se diferenças significativas entre ser isento ou não de taxas moderadoras entre quem tem ou não veículo próprio, sendo a não isenção superior para quem tem veículo próprio.

Para estudar a relação entre ter casa própria e ser isento de taxas moderadoras, utiliza-se o teste do qui-quadrado.

Gráfico 56 – Relação entre isenção das taxas moderadoras e ter casa própria



Na amostra, a percentagem de quem não está isento das taxas moderadoras é superior para quem tem casa própria, a percentagem de quem não sabe é superior para quem não tem casa própria, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 4,184$; $p = 0,123$). Não se verificam diferenças significativas entre ser isento ou não de taxas moderadoras entre quem tem ou não casa própria.

7. Discussão de Resultados

Os indivíduos que possuem maiores habilitações literárias são os mais conscientes e racionais em relação à procura de cuidados de saúde, sendo que mais de 80% se encontram informados em relação ao aumento das taxas moderadoras, sendo que estes são cidadãos mais informados e preocupados com tudo em seu redor.

Podemos aqui intensificar que a maioria dos cidadãos inquiridos, possuem ADSE, sendo este o principal subsistema de saúde público.

Existem diferenças na necessidade regular de cuidados de saúde entre os vários estados de saúde, sendo a necessidade maior para quem tem pior estado de saúde. O estado de saúde é o principal fator determinante na procura de cuidados de saúde, os indivíduos que se auto-avaliam com o estado de saúde melhor, são os que dizem não necessitar de cuidados de saúde regulares, isto está em concordância com (Barros,2009) que afirma que o próprio estado de saúde do indivíduo leva um maior ou menos consumo de cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde não são procurados de forma regular, 72,5% da amostra, ou seja, 74 indivíduos diz não necessitar regularmente de cuidados de saúde, o que pode ser por um mau indicador, visto que há uma possibilidade de estes não adquirirem os cuidados sempre que necessitam.

Utilizamos o fato de ter casa e carro próprio como uma forma de termos uma noção do rendimento dos inquiridos, e na sua maioria isto comprova-se, o que significa que esta amostra, apresenta rendimentos elevados.

Conclui que o estado de saúde diminui com o aumento da idade dos indivíduos, o que é natural visto que com o envelhecimento o nosso estado de saúde vai decaindo. A necessidade de cuidados também aumenta com o aumento da idade, exatamente pelas mesmas razões. O que assenta nas afirmações dos autores Clewer & Perkins (1998), que

dizem que alterações na estrutura etária da população podem ser determinantes na procura, visto que o envelhecimento dos indivíduos, aumentará a procura de cuidados de saúde em especial os de geriatria e cuidados domiciliários. Esta mesma necessidade é superior para os reformados, talvez pela maior idade. Pelo mesmo motivo os estudantes apresentam uma menor necessidade de procurar regularmente cuidados de saúde.

O Estado de Saúde auto reportado é menor para os reformados talvez pela mesma razão que referi anteriormente, visto que a maioria dos indivíduos nesta situação já apresentam uma idade mais avançada, seguindo-se dos desempregados. De acordo com (Wedig, 1988), os indivíduos que se atribuem um baixo nível de saúde são os menos sensíveis à alteração do preço em comparação aos que consideram ter uma ótima saúde. Ou seja, os reformados e desempregados vão ser menos sensíveis a qualquer alteração do preço, visto não considerarem a sua saúde como ótima.

Por sua vez, as necessidades de cuidados de saúde regulares diminuem com o aumento das habilitações literárias, como foi referido na revisão bibliográfica em estudos de Rosko & Broyles (1988), podemos antever que uma pessoa com uma maior formação académica pode compreender melhor a importância da obtenção de cuidados. Este fato também pode justificar o fato de ser este grupo quem menos deixa de procurar cuidados de saúde devido ao aumento das taxas moderadoras. Sendo que quem tem conhecimento deste aumento são também os que apresentam uma maior formação académica e quem não tem conhecimento os que têm uma menor formação.

Com o aumento do agregado familiar, a concordância com as taxas moderadoras diminui, podemos aferir que será por ter uma família numerosa, irão gastar mais dinheiro em cuidados de saúde daí o fato de não concordarem com o aumento destas, apesar da isenção prevista para as crianças. Por sua vez, a concordância aumenta com o aumento das habilitações literárias e para quem tem veículo e casa própria. O primeiro, como já foi referido pode ser devido a um maior conhecimento dos indivíduos devido à sua formação e o segundo por estes apresentarem maiores rendimentos por possuírem casa e carro próprio fará com que este aumento não lhes afete, por isso concordam com ele.

No que diz respeito às isenções, são isentos na sua maioria, os desempregados seguindo-se dos reformados. Os indivíduos que trabalham por conta própria são os que apresentam um número de isenções. Quem apresenta carro próprio na sua maioria não se encontra

isento do pagamento das taxas moderadoras, talvez por terem rendimentos mais elevados e não lhes ser garantida esta isenção.

Grande parte da amostra está ciente do aumento das taxas moderadoras e este fato não faz com que deixem de ir a uma consulta. Os indivíduos que o fazem, 55,6% não resolvem o problema, podendo agravar o seu estado de saúde, visto que a procura pode só ser feita quando são atingidos estados de saúde muito precários, que implicam intervenções maiores e mais dispendiosas.

35,3% (36 indivíduos) da amostra não concordam com a existência das taxas moderadoras, esta parcela apesar de pequena pode ser relevante, aqui podem estar representados cidadãos que não possuam recursos financeiros suficientes e talvez para aqueles que defendem um SNS gratuito.

De acordo com o estudo que realizámos, podemos dizer que grande parte das pessoas inquiridas concordam com as taxas moderadoras, conhecem o seu aumento e estão cientes da existência de isenções. Será que não há nenhum problema e que este regime é favorável a todos? O fato é que as pessoas concordarem com as taxas moderadoras não significa que estas lhes sejam favoráveis.

Com este estudo podemos concluir que estamos perante uma amostra que se diz saudável que se encontra informada com a situação que vivemos atualmente em relação ao aumento das taxas moderadoras. Os indivíduos não deixam de ir a uma consulta devido ao seu aumento (89%), porém os que deixam de ir simplesmente não resolvem esta situação, deixando o tempo passar o que pode agravar o seu estado de saúde.

O que realmente podemos aqui ponderar é quem serão estes indivíduos que deixam de ir às consultas, sendo que em relação às isenções 48% dizem estar isentos e 46% não o sabem.

Com o aumento das taxas moderadoras, com a revisão das isenções associado à recessão económica atual do país, o cidadão encontra-se mais fragilizado o que poderá fazer com que este se afaste progressivamente do SNS.

Este estudo apresenta uma amostra muito limitada, num local muito específico, não representativo da população nacional. Não foi possível recolher dados mais específicos sobre estado de saúde (doenças crónicas...etc.) nem sobre estatuto socio-económicos (profissão, rendimento), pelo tempo limitado e dificuldade em fazer este tipo de perguntas.

Seria importante fazer futuramente uma análise dos dados de uma forma não limitada, pois assim não foi possível realizar uma análise multivariada que teria sido importante.

8. Considerações Finais

Difícilmente são levados a cabo estudos que medem o impacto dos co-pagamentos na procura de cuidados de saúde em Portugal (Pereira *et al* 2001), daí que se torne mais complicada a análise do impacto deste tipo de co-pagamento na procura e oferta de cuidados de saúde.

Como já foi referido ao longo deste trabalho, as taxas moderadoras inserem-se no conjunto de medidas explícitas adotadas na Europa que visam a contenção de custos na área da saúde. Este instrumento financeiro, considerado como “moderador, racionalizador e regulador” (Decreto-Lei n.º 173/2003) da procura, tem sofrido sucessivos aumentos ao longo dos últimos anos. Para além disso expandiu-se, afetando já serviços como o internamento e a cirurgia de ambulatório. Tendo em atenção estes factos, rapidamente se verifica que este pagamento é já considerado como uma fonte de receita. A Lei de Bases da Saúde considera mesmo as taxas moderadoras “receita do Serviço Nacional de Saúde” (Base XXXIV). A problemática desta situação relaciona-se com o facto de os portugueses efetuarem já a sua tributação para o sistema de saúde por via fiscal e pelo facto de muitos portugueses realizarem também uma tripla tributação.

Apesar de alguns autores como Grabka *et al* (2006) e Page *et al* (2008) demonstrarem nos seus estudos que os co-pagamentos diminuem a procura, e de Lucas (1990) considerar as taxas moderadoras uma medida de contenção de custos perfeitamente suportável pelos cidadãos, autores como Pereira (1987) apresentavam dúvidas acerca da sua eficácia. Em síntese, podemos afirmar que as taxas moderadoras são dissuasoras do consumo. Contudo, dada a ignorância do consumidor, nem sempre é a parcela do consumo “desnecessário” que é regulada. Parecer-nos-á mais lógico que aqueles que mais racionalizam o seu comportamento são os mais pobres, o que corrobora o estudo de Lucas (1990).

Os sucessivos aumentos das taxas moderadoras colocam problemas de equidade de acesso, pelo que os valores de justiça social tenderão a ser abalados. Assim, quando se tornar necessário aumentar as receitas no sector da saúde, as políticas deverão atender a outras medidas de contenção de custos. Verifica-se a necessidade de mais estudos que avaliem o impacto destes co-pagamentos no comportamento dos consumidores em

Portugal, para que as futuras medidas de racionalização não ponham em causa valores de solidariedade, equidade e justiça, que se apresentam como pilares do nosso SNS.

Até à implementação das taxas moderadoras, na urgência de um hospital, surgiam utentes que não necessitavam realmente destes serviços. Como afirma Pereira (1987) “o que acontece é que devido à ignorância do consumidor nada nos garante que seja a parcela da procura “desnecessária” que venha a ser moderada com a aplicação das taxas moderadoras”

No que concerne à redução da procura, as taxas moderadoras veem o seu efeito condicionado, pois os indivíduos de maiores recursos mantêm uma procura inelástica, sendo as classes menos favorecidas as mais penalizadas. Em último caso temos também o papel do profissional de saúde que, devido à relação de agência, pode influenciar a própria procura de cuidados de saúde.

Mossialos e Le Grand (2001) afirmam que a maioria dos autores que têm estudado a operacionalidade dos sistemas de co-pagamentos se revelam céticos em relação aos seus resultados práticos.

A necessidade de reduzirmos o défice das contas públicas gastando menos e melhor, para que a economia possa crescer e desse crescimento um pouco mais possa ser redistribuído, veio para ficar, não para ser atirada para trás das costas.

A população encontra-se cada vez mais interessada e preocupada com o seu estado de saúde, assim como com tudo o que se passa em seu redor, o cidadão está muito mais próximo do sistema em si. Cada vez mais temos indivíduos com uma maior formação académica, o que os leva a tomarem decisões melhores e mais racionais. No que diz respeito às taxas moderadoras, ponto crucial neste estudo, a grande maioria encontra-se ciente da sua existência e do seu aumento e não deixaram de procurar cuidados de saúde assim mesmo.

Com o estudo que efetuei foi possível chegar a algumas conclusões, apesar da amostra ser pequena, acho que seria interessante e relevante futuramente aplica-la a um numero maior de indivíduos.

Embora a taxa moderadora seja uma barreira ao consumo, é-o também ao consumo desnecessário e inútil. Barros (2006), defende que qualquer opinião que vá em contra o

princípio das taxas moderadoras apenas revela pouca reflexão em relação ao funcionamento do Sector da Saúde em si.

As taxas moderadoras, como medida de racionalização da procura de cuidados de saúde, têm assumido um papel cada vez mais importante dado ao seu alargamento a diferentes áreas e aos seus sucessivos aumentos.

9. Referências Bibliográficas

Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, Set 2012 Entidade Reguladora de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde – [ONLINE] (<http://www.acss.min-saude.pt>)

Associação Portuguesa de Economia da Saúde: *Financiamento da Saúde em Portugal*. Documento de trabalho n.º 4, 1997

BARROS, P. P. – *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2009.

BARROS, P.P; GOMES, J.P. – “Os sistemas nacionais de saúde da EU, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português”. GANEC – UNL. 2002

BARROS, P.; MACHADO, M.; GALDEANO, A. - Moral hazard and the demand for health services: A matching estimator approach, *Journal of Health Economics*, 2008

BERESNIAK, A.; DURU, G.: *Economia da Saúde*. Coleção Convergências, Climepsis, Lisboa, 1999: 73-139.

CAMPOS, A. CORREIA: *Saúde, o custo de um valor sem preço*, Lisboa: Ed. Port. De Livros Técnicos e Científicos, 1983, p 245.

CAMPOS, A. CORREIA – *Taxas moderadoras: dissuasão e restrição. Crise da solidariedade ou crise do sistema de financiamento*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1990; Vol.8, N.º1.

CAMPOS, A. CORREIA: *Avaliação Económica de Programas de Saúde*. Coleção Cadernos de Saúde, nº 10, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1986

CARREIRA, D.: *O Serviço Nacional de Saúde e os chamados subsistemas In Debate, Presidência da República, Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*. Imprensa Nacional – Casa da Moeda, Coimbra, 1999: 91-94.

CASTILHO, A. - *Taxas Moderadoras, Influência no Acesso ao Serviço de Urgência*. “Ciência e Técnica”, Revista Sinais Vitais, n.º 21; 1998: 15-18.

Cillis J, West P: *Introducción de la Economía de la Salud*. Trad. J. Cabasés, Desclé de Brower, 1984.

CLEWERS, A.;PERKINS, D. – *Economics for Health Care Management*. London: Prentice Hall, 1998. ISBN 0-13-209461-4.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL – “ *A reforma dos sistemas de saúde: análise comparada de sete países da OCDE*”. OCDE. 1992.

Constituição da República Portuguesa, Assembleia da República - Divisão de Edições, Diário da República.

Decreto-Lei n.º 413 /71: *Organização do Ministério da Saúde e Assistência*. Diário da República.

Decreto-Lei nº. 57/86: *Ministério da Saúde*. Diário da República, 66/86 SÉRIE I, de 20 de Março de 1986.

Decreto-Lei nº. 54/92: *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República.

Decreto-Lei n.º 11/93: *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, Série I-A, n.º12, de 15 de Janeiro de 1993.

Decreto-Lei n.º 173/2003: *Taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde*. Diário da República, Série I-A, n.º 176, de 1 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei nº. 309/2003: *Ministério da Saúde*. Diário da República Série I-A, nº284, de 10 de Dezembro de 2003.

DEL NERO, C.: *O que é a Economia da Saúde?* In Piola S, Vianna S M: *Economia da Saúde, Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. IPEA, Brasília, 1995.

DELGADO, M.: *O Sistema de Saúde Português: apontamentos para reflexão*, In *Debates Presidência da República, Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*. Imprensa Nacional – Casa da Moeda, Coimbra, 1999: 191-197.

DIAS, J. – “*Agenda 2010: As reformas que faltavam na economia alemã?*”. Departamento de Prospectiva e Planeamento, 2003.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE [ONLINE] (www.dgs.pt)

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. – “*Health care systems: lessons for the reform experience*”. Health working papers, 2003.

ESCOVAL, A.: *Sistemas de Financiamento da Saúde, Análise e Tendências*. Edição de Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa, 1999.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS – “*Health Care Systems in transition*”. Germany, 2000.

FARNSWORTH, D.: *Moral hazard in health insurance, are consumer-directed plans the answer?*. Amn Health Law, vol.15, n.º 2, Summer, 2006: 251-73.

GIRALDES, M. R.: *Equidade e Despesa em Saúde*. Temas de Sociologia, Editorial Estampa, Lisboa 1997.

GONÇALVES, M. S.: *Modelos de Financiamento de Cuidados de Saúde* In NUNES, R.; REGO, G.; NUNES, C.: *Afetação de Recursos para a Saúde: perspetivas para um novo SNS*. Coletânea Bioética Hoje – IV, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2003.

GRABKA, M. M.; SCHREYOGG, J.; BUSSE, R.: *The impact of co-payments on patient behaviour: evidence from a natural experiment*. Med Klin, vol.15, n.º 6, Jun; 2006: 476-483.

GRUSKIN, S.; DANIELS, N.: Justice and Human Rights, Priority, Setting and Fair Deliberative Process. Am J Public Health, vol.16, 2008.

GROSSMAN, M. - On the concept of Health capita and the demand for health. Journal of Political Economy. (1972) 223-255.

GUIMARÃES, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). Estatística, 2ª Edição. Verlag Dashöfer, 2010.

HENDERSON, J. - Health economics and policy. Cincinnati, Ohio: South-Western College Publishing, cop. 1999. – xxi, 578 p. : fig. ; 24cm. ISBN 0-538-87484-8

IUNES, R. - Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, M., eds. - *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: IPEA, 1995. Pag. 99-121.

LE GRAND, J: *Equidade, saúde e cuidados de saúde*. Revista Economia da Saúde, vol.7, n.º 3 Julho/ Setembro; 1989: 5- 15.

LE GRAND, J. – *The strategy of equality: redistribution and the social services*, London: George Allen & Unwin, 1982.

LIEBMAN, J.; ZECKHAUSER, R. – Simple Humans, Complex Insurance, Subtle Subsidies [Em Linha]. NBER. Working Paper N.o 14330, 2008. [Consult. 20 Jan,2012][ONLINE](http://www.americantaxpolicyinstitute.org/pdf/health_conference/Liebman-Zeckhauser.pdf)

LOURENÇO, O.; FERREIRA, P.- “Utilization of public health centres in Portugal: Effect of time costs and other determinants. Finite mixture models applied to truncated” 2005, Health Economics 2005.

LUCAS, J. SANTOS – *Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1990; Vol.8, N.º1.

LUCAS, J. – *Social Inequities related to health in Portugal: W.H.O. Meeting on the health burden of social inequities*, December 1984, Copenhagen: W.H.O. 1984.

LUCENA, D.; GOUVEIA, M.; BARROS, P. P.: *O que é diferente no sector da saúde?* “Em Foco”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.14 n.º 3; 1996.

MATEUS, C.: *Vertical and Horizontal Equity in the Finance of Health Care Services – a comparative study of user charges in Denmark, Portugal and United Kingdom*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho n.º 2, 1996.

MATIAS, A.: *O Mercado de Cuidados de Saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de trabalho n.º 5; 1995. [ONLINE] Disponível em (http://www.apes.pt/files/dts/dt_051995.pdf).

MAROCO, João (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Edições ReportNumber. [online] <http://www.wook.pt/ficha/analise-estatistica-com-o-pasw-statistics-ex-spss-/a/id/8288784>

MAROCO, João (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3.ª Edição. Edições Sílabo, Lisboa.[online] <http://www.wook.pt/ficha/analise-estatistica-com-utilizacao-do-spss/a/id/194520>

MCGUIRE, A.; HENDERSON, J.; MOONEY, G. – *The economics of health care: an introductory text*. London: Routledge & Kegan Paul, 1992.

MEDICI, A. C.: *Aspetos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde* in Piola S, Vianna S M: *Economia da Saúde, Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. IPEA, Brasília, 1995: 23-67.

MIGUEL, J. P.; COSTA, C.: *A reforma da saúde em Portugal – à procura da eficiência*. “Política de Saúde”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.15, n.º 2 Abril/ Junho, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [ONLINE] (www.portaldasaude.pt)

MOSSIALOS, E.; LE GRAND, J.: *The European Union: Cost Containment Measure In Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Great Britain, 2001.

MULHOLLAND, E. K.; SMITH, L.; CARNEIRO, I., BECHER, H., LECHMAN, D: *Equity and child- survival strategies*. Bulletin of the World Health Organization, vol.86, n.º 5, May, 2008: 399-407.

NEWHOUSE, J., [et al] - *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993. ISBN 0-674-31846-3.

NUNES, R.; REGO, G.: *Prioridades na Saúde*. Mc GrawHill, Lisboa, 2002.

MURTEIRA, B., RIBEIRO, C., SILVA, J. & PIMENTA, C. (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.

OCDE: *The reform of Health Care: a comparative analyses of seven European countries*. OECD, Paris,1992.

OMS [Em Linha] – *Conceito de Saúde*, Organização Mundial de Saúde, 2002.[Consult. 2 Jan. 2012]. Disponível [ONLINE] (<http://www.who.int/en/>)

PAULO, A. – *SNS: Caracterização e Desafios*. Artigo 09/2010, GPEARI – MFAP.

PAULY, M. V.: *Medicare Drugs Coverage and Moral Hazard*. Health Affairs, vol. 23, n.º 1, January/ February, 2004: 113-22.

PEREIRA, J.: *O “regresso” das Taxas Moderadoras: Desviar o alvo para que a bala lhe acerte*. “Política de Saúde”, Boletim de Economia da Saúde; 1987:2-4.

PEREIRA, J.: *Objetivos de Equidade na Política de Saúde Portuguesa In Campos A C et al: Desigualdade e Saúde em Portugal*, 1991.

PEREIRA, J.; CAMPOS, A. C.; RAMOS, F.; SIMÕES, J.; REIS, V.: *Health care reform and cost containment in Portugal* In Mossialos E, Le Grand J: *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Great Britain, 2001: 635-659.

PEREIRA, A. – *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 6.a Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2006.

PESTANA, M. – *A Procura de Saúde e de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Trabalhos Académicos 1/96, APES, 1996. Tese de Mestrado em Economia e Política Social.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO; João Nuno (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.ª Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa. [online] <http://www.wook.pt/ficha/analise-de-dados-para-as-ciencias-sociais/a/id/220124>

PINTO, C.G.; Oliveira, M., - *The Portuguese Health Care System: Current Organization and Perspectives for Reform*.

PINTO, C. G.; ARAGÃO, F: *Health Care Rationing in Portugal, a retrospective analysis*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho nº 4, 2003.

PIRES, B. – *O impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde*, Tese de Mestrado em Gestão de Saúde, 2010

Portaria nº 311-D/2011. Diário da República, Série I, n.º247, 27 de Dezembro de 2011.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L.Van (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4.ª Edição. Lisboa: Gradiva. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>

REIS, V. – *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2007.

Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Fev 2007.

RODRIGUEZ, E.; ALVAREZ, B.; ABAD, P.: *Racionamento via listas de espera, medidas de mejora y posibles implicaciones*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, n.º 3, Março, 2008: 702-7.

ROSKO, M.; BROYLES, R. – The Demand for Medical Services. In: *The Economics of Health Care: A Reference Handbook*. New York: Greenwood Press, 1988. p. 44-77.

SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. – *Economia*. 12.a Edição. Portugal: McGraw-Hill, 1988. ISBN 0-07-054685-1

SILVA, S. N. (2010), “*Gasto, financiamento e eficiência*”, em *30 anos do serviço nacional de saúde*, Simões J., Almedina, pp. 113-144, Coimbra

SILVEIRA, T. (2010), “*A liberdade de escolha é um direito dos utentes dos serviços de saúde*”, *Vida Económica*, pp. III

SIMÕES, J. (2009), *Retrato Político da Saúde – Dependências do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Almedina

SIMÕES, J.; BARROS, P.- “*Portugal: Retrato do Sistema de Saúde*”, Vol. 9 No. 5, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

SIMÕES, J. - *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*, Livraria Almedina, Coimbra 2007.

STEPURKO; PAVLOVA; GRYGA; GROOT - Empirical studies on informal patient payment for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments, *BMC Health Services Research*, 10: 273, 2010

TAMBOR; PAVLOVA; WOCH; GROOT - Diversity and Dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries, *European Journal of Public Health*, 1-6., 2010

TRAVASSOS, C.: *Fórum, equidade no acesso aos serviços de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, vol 24, n.º 5, Maio, 2008: 1159-61

TUCKMAN, B. W. (2005). *Manual de investigação em Educação*, 3.ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

WINKELMANN, R: *Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits-evidence from a natural experiment*. *Health Economy*, vol.13, n.º 11 Nov.; 2004: 1081-1089.

WORZ, M.; BUSSE, R. – “*Analysing the impact of health care system change in the EU member states – Germany*”. *Health Economics* 2005.

Anexo

Questionário

COM ESTE QUESTIONÁRIO PRETENDO PROCEDER AO LEVANTAMENTO DE OPINIÕES E REFLEXÕES DOS CONSUMIDORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRETENDENDO AVERIGUAR A INFLUÊNCIA DAS TAXAS MODERADORAS NA SUA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE. SOLICITO A SUA COLABORAÇÃO, COLOCANDO UM X NO(S) QUADRADO(S) CORRESPONDENTE(S) À(S) SUA(S) ESCOLHA(S). TODAS AS RESPOSTAS SÃO **Confidenciais!**

1. Como avalia o seu Estado de Saúde

- Muito Bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito Mau
- Não Sei

2. Precisa regularmente de cuidados de saúde?

- Sim
- Não

3. É beneficiário em matéria de cuidados de saúde de algum destes subsistemas?

- ADSE (ASSIST. DOENÇA SERV. ESTADO)
- SSMJ (SERV. MINIST. JUSTIÇA)
- ADMA (ASSIST. DOENÇA MILIT. ARMADA)
- ADFA (ASSIST. DOENÇA MILIT. FORÇA AÉREA)
- ADME (ASSIST. DOENÇA MILIT. EXÉRCITO)
- SAD/PSP (SERV. ASSIST. DOENÇA À PSP)
- SAD/GNR (SERV. ASSIST. DOENÇA À GNR)
- SAMS (SERV. ACÇÃO MÉD. SOC. BANCÁRIOS)
- SRS (SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE)
- Outro: _____
- Não Sei

4. Tem algum seguro de saúde?

- Sim, qual? _____

- Não
 Não Sei
5. Com que frequência consultou um médico nos últimos três meses?
- 1 ou 2 vezes por mês
 1 ou 2 vezes por semana
 Várias vezes por semana
 Todos os fins de semanas
 Todos os dias
 Não consultei
 Não sei
6. Quando tem necessidade, onde se dirige?
- Hospital
 Centro de Saúde
 Clínica Privada
 Outro: _____
7. Da última vez que se deslocou a uma entidade de saúde, quanto tempo esperou?
- Não esperei
 Não sei
 Indique: _____
8. Concorda com a existência das taxas moderadoras?
- Sim
 Não
 Não sei
9. O fato de ter de pagar taxas moderadoras alguma vez o/a inibiu de procurar cuidados de saúde?
- Sim
 Não
10. Tem conhecimento do aumento das taxas moderadoras? (Se não, passe à pergunta 13, se sim passe para a seguinte)
- Sim
 Não
11. Se sim, estes aumentos fizeram-no deixar de ir a uma consulta? (Se não passe para a pergunta 13) (Se sim passe a seguinte)
- Sim - Qual: _____

Não

12. Se respondeu sim à pergunta anterior, como resolveu o seu problema?
(Se não, passe para a pergunta 13)

- Urgências
- Auto-medicação
- Não resolvi
- Outro: _____

13. É isento (está dispensado/a, livre de pagamento) às taxas moderadoras?

- Sim (motivo): _____
- Não
- Não sei
- Atualmente já não (motivo): _____

14. Diga qual a sua idade _____

15. Qual o seu sexo

- Masculino
- Feminino

16. Quantas pessoas vivem na sua habitação (consigo inclusive)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- > 5

17. Quais as suas habilitações literárias?

- Nenhum
- Ensino Básico – 1º ciclo
- Ensino Básico – 2º ciclo
- Ensino Básico – 3º ciclo
- Ensino Secundário
- Ensino Pós-Secundário
- Ensino Superior - Bacharelato
- Ensino Superior - Licenciatura
- Ensino Superior - Pós-Graduação
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior – Doutoramento

18. Atualmente qual a sua situação profissional?

- Trabalhador por conta própria
- Trabalhador por conta de outrem
- Está à procura do primeiro emprego
- Estudante
- Reformado/a
- Desempregado/a
- Outra: _____

19. Tem veículo próprio?

- Sim
- Não

20. Tem casa própria?

- Sim
- Não

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

