

# AS TAXAS MODERADORAS NO ANTE-PROJECTO DE LEI DE BASES DA SAÚDE<sup>1</sup>

Aquilino Paulo Antunes\*

1. Introdução; 2. Breve enquadramento teórico das taxas moderadoras sob o ponto de vista jurídico-económico; 3. Análise sintética do regime em vigor; 4. A proposta de nova Lei de Bases da Saúde. Críticas e propostas de melhoria; 5. Conclusões.

## 1. INTRODUÇÃO



retende-se neste documento fazer uma análise daquilo que poderá ou deverá ser o regime de taxas moderadoras pela prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como consequência da futura Lei de Bases da Saúde. A versão deste documento que iremos considerar é o ante-projecto que consta do portal do SNS<sup>2</sup>.

Começaremos por fazer um breve enquadramento teórico das taxas moderadoras – aquilo que noutros países se designa de *user fees*<sup>3</sup> – após o que faremos uma análise sintética do regime actualmente em vigor, decorrente da Constituição da República Portuguesa, da Lei de Bases da Saúde e do Decreto-

---

<sup>1</sup> Texto que serviu de base à palestra apresentada no XIII Seminário Internacional, organizado pelo Diálogo Ambiental Constitucional Internacional na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, em 15 de Outubro de 2018.

\* Advogado. Mestre pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Doutorando pela mesma Faculdade.

<sup>2</sup> [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/LEI\\_BASES\\_18062018\\_pre\\_proposta\\_apresentacao\\_INSA.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/LEI_BASES_18062018_pre_proposta_apresentacao_INSA.pdf)

<sup>3</sup> Cfr. Tambor, M., M. Pavlova, P. Woch & W. Groot (2010), 585 e ss. Para uma panorâmica geral dos *user fees* (num sentido mais lato do que as meras taxas moderadoras) na União Europeia antes da adesão da Croácia, cfr. Tambor, M. (2015), 31 e ss.

Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, o qual foi diversas vezes alterado e consagra o regime das taxas moderadoras.

Por último, analisaremos a Base XXV do ante-projecto de Lei de Bases da Saúde e procuraremos identificar eventuais pontos de divergência com o regime actualmente em vigor, bem como faremos algumas críticas e sugestões de melhoria, após o que extrairemos algumas conclusões.

## 2. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DAS TAXAS MODERADORAS SOB O PONTO DE VISTA JURÍDICO-ECONÓMICO

Durante muito tempo, até à revisão constitucional de 1997, os tributos públicos distinguiam-se apenas entre impostos e taxas. A distinção era efectuada em função da existência, ou não, de um nexó sinalagmático entre o tributo e a prestação administrativa a assegurar pela entidade pública<sup>4</sup>. As taxas caracterizavam-se pela bilateralidade entre a prestação tributária e a prestação público, enquanto os impostos se caracterizavam pela unilateralidade. Esta expressão era utilizada no sentido de não ser exigida qualquer prestação específica da entidade pública a favor do sujeito passivo. Aquela bilateralidade – ou sinalagmaticidade – está associada à *divisibilidade*, ou individualização, da prestação pública a favor do sujeito passivo<sup>5</sup>.

Com a mencionada revisão constitucional surgiu um *tertium genus* que corresponde às *contribuições financeiras a favor das entidades públicas*, a que alude a alínea i) do n.º 2 do artigo 165.º da Constituição da República Portuguesa<sup>6</sup>. Não obstante, esta figura não releva para a presente análise, pelo que nos cingiremos às figuras tributárias mencionadas em primeiro lugar.

No panorama dos tributos públicos, as taxas

---

<sup>4</sup> Antunes, A. P. (2011), 7 e ss; Vasques, S. (2008), 227 e ss.

<sup>5</sup> Antunes, A. P. (2011), 15; Xavier, A. (1974), 42 e ss; Nabais, J.C. (2004), 260; Nabais, J.C. (2010), 20-32.

<sup>6</sup> Antunes, A. P. (2011), 7 e ss; Vasques, S. (2008), 227 e ss.

moderadoras são verdadeiras taxas bilaterais, ou sinalgmáticas, e não impostos, porquanto constituem contrapartida da prestação de um serviço público, ainda que de valor manifestamente inferior ao valor deste serviço<sup>7</sup>. Pelo contrário, os impostos caracterizam-se pela unilateralidade e assentam essencialmente na capacidade contributiva.

É o que resulta os n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º da Lei Geral Tributária:

“1 - Os impostos assentam essencialmente na capacidade contributiva, revelada, nos termos da lei, através do rendimento ou da sua utilização e do património.

2 - As taxas assentam na prestação concreta de um serviço público, na utilização de um bem do domínio público ou na remoção de um obstáculo jurídico ao comportamento dos particulares.

(...)”.

As taxas tanto podem ter finalidades de financiamento público como podem ter finalidades extrafiscais, no sentido de incentivar os sujeitos passivos a adoptarem, ou abster-se da prática de, um comportamento<sup>8</sup>. O mesmo sucede teoricamente com as taxas moderadoras<sup>9</sup>.

Estes tributos com finalidades extrafiscais são geralmente designados por *tributos pigouvianos*, ou correctivos, e visam internalizar as externalidades negativas causadas pelos sujeitos passivos, fazendo recair sobre estes os custos sociais dessa externalidade<sup>10</sup>. No caso das taxas moderadoras, a externalidade

---

<sup>7</sup> É suficiente a mera equivalência jurídica, não se exigindo a equivalência económica entre a prestação tributária e a prestação pública. Cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 115/2002, relatado pelo Exmo. Conselheiro Tavares da Costa. Vasques, S. (2008), 348 e ss.

<sup>8</sup> Pigou, A. C. (2009), 172 e 192-193; Araújo, F. (2005), 572 e ss; Vasques, S. (2008), 307-321; Christiansen, V. & S. Smith (2008?), 2 e ss; Fleisher, V. (2015), 1674 e ss.

<sup>9</sup> Sobre as bases teóricas dos *user fees*, cfr. Mwabu, G. (1997), 5 e ss.

<sup>10</sup> Naturalmente que este tipo de tributos não é isento de críticas: estes tributos não são aptos a modificar todo o tipo de comportamentos. Fleisher, V. (2015), 1703, embora conclua que os *tributos pigouvianos* não são adequados para alterar um conjunto de comportamentos, considera-os eficazes quanto à modificação dos comportamentos com efeitos no ambiente e das situações de congestionamento.

negativa é o congestionamento ou, dito de outro modo, o excesso de uso, ou o uso desnecessário, dos serviços de saúde<sup>11</sup>.

Por isso, a taxa moderadora, quando tenha uma finalidade preponderantemente extrafiscal, visa alcançar uma alocação eficiente dos recursos, ao atribuir um preço ao serviço e assim desencorajar o uso desnecessário ou, dito pela positiva, incentivar a apenas recorrer aos serviços de saúde quem deles necessite efectivamente<sup>12</sup>.

No entanto, poderão existir casos em que o recurso a certos cuidados de saúde é susceptível de causar externalidades positivas, pois poderá assim evitar-se a propagação de doenças, como sucede com as actividades preventivas no domínio da saúde – vacinação, rastreios, trocas de seringas ou distribuição de preservativos. Nesses casos beneficiam, não apenas quem recorre a esse serviço de saúde, mas também um número indeterminado de outros cidadãos e, em última análise, os serviços de saúde<sup>13</sup>. Por este motivo, nessas hipóteses, em vez de se cobrar taxa moderadora, o que faz sentido é isentar o seu pagamento, de modo a incentivar o recurso a esses cuidados.

Naturalmente que os tributos *pigouvianos* têm vantagens e desvantagens. De resto, há quem defenda que os tributos em causa podem internalizar as externalidades, mas criar outras distorções<sup>14</sup>. No caso das taxas moderadoras, uma das vantagens é a moderação do uso através da *consciência do custo*, susceptível

---

<sup>11</sup> Miranda, J. & R. Medeiros (2010), 1313-1314; Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 58-62 e 256 e ss. Canotilho, J. J. G. & V. Moreira (2007), 827, colocam em evidência o imperativo constitucional de as taxas moderadoras não impedirem o acesso por parte dos mais necessitados nem terem valores tão elevados que impossibilitem o acesso pelos utentes.

<sup>12</sup> Nos casos em que as taxas tenham uma finalidade preponderantemente fiscal, as mesmas são criticáveis pelo facto de transferirem os custos dos serviços de saúde para os mais pobres, geralmente mais carecidos destes cuidados. Cfr. Creese, A. (1997), 202; Mwabu, G. (1997), 7-8.

<sup>13</sup> Mwabu, G. (1997), 11; Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 259-260.

<sup>14</sup> Coase, R. H. (1960), 1 e ss; Christiansen, V. & S. Smith (2008?), 31; Fleisher, V. (2015), 1674 e ss;

de contribuir para mitigar o *risco moral* por parte do utente<sup>15</sup>. O *risco moral* consiste no facto de o utente, beneficiando de acesso ilimitado e gratuito aos cuidados de saúde, poder não só ignorar a necessidade de tomar medidas preventivas das doenças como também – o que é pior – adoptar comportamentos de risco susceptíveis de contribuir para agravar o seu estado de saúde<sup>16</sup>.

A própria vantagem da *moderação do uso* poderá revelar-se uma verdadeira desvantagem, sob a perspectiva da equidade, se essa moderação for tão longe que coloque em causa o acesso aos cuidados de saúde por parte de quem deles realmente necessita<sup>17</sup>. Mas, ainda assim, este tipo de tributo permite induzir alguma eficiência na procura, nos termos expostos, mas também na oferta, pois permite transmitir informação quanto à escassez dos recursos e quanto à necessidade de prestar os serviços a um custo cada vez mais baixo<sup>18</sup>.

Em Portugal, durante a execução do Plano de Assistência Económico-Financeira, surgiram diversas notícias dando nota do facto de alguns cidadãos terem dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, por virtude das taxas moderadoras que lhes eram exigidas<sup>19</sup>. Para obviar a este problema, devem existir sistemas de apoio dos mais desfavorecidos, que poderão consistir em isenções do pagamento de taxas moderadoras ou outros benefícios fiscais<sup>20</sup>. A este propósito, é importante realçar

---

<sup>15</sup> Tambor, M., M. Pavlova, P. Woch & W. Groot (2010), 585.

<sup>16</sup> Cfr. Culyer, A. J. (2005), 219, sobre a definição de risco moral. Cfr. Earl-Slater, A. (1999), 90 e 147. cfr. Araújo, F. (2005), 421 e ss. Berkovitch, E., R. Israel & Y. Spiegel (2010), 84, defendem que a própria organização – nomeadamente o SNS – pode contribuir para reduzir ou aumentar o risco moral. Cfr. Barros, P. P. (2013), 159 e ss; 200 e 211 e ss.

<sup>17</sup> Creese, A. (1997), 203; Canotilho, J. J. G. & V. Moreira (2007), 827; Christiansen, V. & S. Smith (2008?), 31; Tambor, M., M. Pavlova, P. Woch & W. Groot (2010), 585. Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 58-62 e 256 e ss.

<sup>18</sup> Mwabu, G. (1997), 7-9.

<sup>19</sup> Correia, T., G. Carapinheiro, H. Carvalho, J. M. Silva & J. Vieira (2016), e56-e62, também dão nota dos problemas de acesso provocados pela política de contenção de custos praticada nos serviços de saúde públicos durante a crise económico-financeira.

<sup>20</sup> Mas são possíveis outros mecanismos, como, por exemplo, o apoio por parte da

que, no nosso país, mais de metade da população está isenta ou dispensada do pagamento de taxas moderadoras.

No leque das desvantagens dos *tributos pigouvianos*, conta-se a regressividade dos mesmos. Esta regressividade significa que o tributo, por ser unitário ou de valor fixo (*lump sum tax*), implica um maior esforço para os mais pobres, por representar um sacrifício proporcionalmente maior para o seu rendimento, do que para os mais abastados, cujo rendimento sofre sacrifício proporcionalmente menor<sup>21</sup>.

A regressividade das taxas moderadoras reflecte-se negativamente sobre o acesso, principalmente se se tiver em conta que, em regra, os mais pobres têm – ou vivem em condições propiciadoras de – mais problemas de saúde do que os mais ricos<sup>22</sup>.

Diz-se dos *tributos pigouvianos* que os mesmos aumentam a eficiência, através de uma mais adequada alocação dos recursos<sup>23</sup>. No caso dos serviços de saúde, as taxas moderadoras permitem a alocação dos serviços de saúde a quem tem maior capacidade para pagá-las.

Porém e como veremos mais adiante, a imposição constitucional de garantir o acesso por parte de quem mais necessita de cuidados de saúde e poderá não dispor de capacidade económica para pagar as taxas moderadoras, exige que o mecanismo seja contrabalançado com um vasto conjunto de isenções ou outros benefícios fiscais. O mesmo se diga no que respeita às situações em que importa incentivar o acesso aos cuidados de saúde, quando esse acesso tenha externalidades positivas<sup>24</sup>.

Sob outra perspectiva, a cobrança de taxas moderadoras, embora teoricamente apta a moderar o uso dos serviços de saúde,

---

Segurança Social.

<sup>21</sup> Mwabu, G. (1997), 8. No sentido de que a regressividade dos tributos comutativos actualmente não se coloca nos mesmos termos, cfr. Vasques, S. (2008), 392 e ss.

<sup>22</sup> Barros, P. P. (2013), 211.

<sup>23</sup> Mwabu, G. (1997), 7-9.

<sup>24</sup> Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 259-260.

pode não reduzir os custos de saúde ou pode não os reduzir na mesma proporção da redução do uso. Isto significa que a moderação do consumo na saúde pode não significar economia de recursos na sua razão directa. Com efeito, o facto de, em certo momento, o utente optar por não recorrer ao serviço de saúde, para não suportar o valor da taxa, não afasta a possibilidade de o mesmo utente recorrer a esse serviço em momento posterior e num estado mais avançado de doença que exija cuidados mais diferenciados e mais caros<sup>25</sup>.

Em abstracto, se uma pessoa que tem uma cárie dentária acabada de revelar-se não recorrer ao dentista neste momento, é altamente provável que acabe por recorrer mais tarde a esse profissional e tenha de ser sujeita a uma reconstrução ou mesmo a uma extracção dentária. Se passarmos para o foro oncológico, a demora no acesso poderá ser a diferença entre a vida ou a morte, conduzindo a situações de perda absoluta de bem-estar<sup>26</sup>.

Estes dois pequenos exemplos demonstram que a moderação do uso nem sempre é proporcionalmente positiva para o orçamento do SNS e, o que é pior, induz perdas de bem-estar social, por poder conduzir ao agravamento do estado de saúde do doente.

### 3. ANÁLISE SINTÉTICA DO REGIME EM VIGOR

Vejamos agora o regime vigente no nosso país. A Constituição da República Portuguesa, no n.º 1 do seu artigo 64.º, estabelece que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. O n.º 2 desse artigo estabelece, na alínea a), que o direito à protecção da saúde é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) *universal e geral* e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,

---

<sup>25</sup> Creese, A. (1997), 202-203.

<sup>26</sup> Sobre a questão da perda absoluta de bem-estar, cfr. Araújo, F. (2005), 235 e ss; Cruz, J. N. (2008), 13; Freire, M. P. R. V. (2008), 780 e ss.

*tendencialmente gratuito.*

Do ponto de vista económico, a *universalidade* do SNS obsta à selecção adversa dos beneficiários por parte do “segurador público”; a *generalidade* do SNS apela à escolha pública na definição da “carteira de serviços” – ou das “coberturas” – do “seguro público”, bem como à eficiência na prestação, de modo a garantir essas “coberturas”; e a *tendencial gratuitidade* visa minimizar a hipótese de *risco moral* por parte dos beneficiários, introduzindo uma noção de custo que poderá, por exemplo, concretizar-se através das taxas moderadoras ou da comparticipação dos medicamentos<sup>27</sup>.

O n.º 3 do mesmo artigo 64.º incumbe prioritariamente o Estado de, para proteger o direito à saúde, (i) garantir (a) o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como (b) uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, e de (ii) orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

No que toca à *tendencial gratuitidade*, importa salientar que já na vigência da redacção anterior da Constituição, que previa um SNS gratuito, o Tribunal Constitucional admitiu, no Acórdão n.º 330/89, a cobrança de taxas moderadoras, desde que o legislador não colocasse em causa o conteúdo mínimo da *gratuitidade* nem os princípios da *universalidade* e da *generalidade*<sup>28</sup>.

No fundo, tal como já decorria da redacção originária da Constituição, o estabelecimento das taxas moderadoras não pode colocar em causa o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

A alusão ao princípio da *socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos* demonstra a clara opção pelos

---

<sup>27</sup> Sobre a *tendencial gratuitidade* e o seu reflexo nas taxas moderadoras, cfr. Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 58-62 e 256 e ss.

<sup>28</sup> Cfr. Miranda, J. & R. Medeiros (2010), 1314; Simões, J., P. P. Barros & J. Pereira (2008), 51 e ss; Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 58-62 e 256 e ss.

*impostos gerais* como principal fonte de financiamento da prestação de cuidados de saúde. De resto, a doutrina portuguesa nesta matéria é unânime quanto à preferência pelos impostos gerais como principal fonte de financiamento do SNS<sup>29</sup>.

No quadro da redacção actual do artigo 64.º, resultante da revisão constitucional de 1989, foi publicada a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde, a qual foi posteriormente alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

A Base XXXIV da mesma lei, subordinada à epígrafe “Taxas moderadoras”, estabelece o seguinte:

“1 - Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.

2 - Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.”

A citada Base XXXIV não é clara quanto às finalidades das taxas moderadoras ali previstas. Estas surgem como *complementares* das medidas “reguladoras do uso dos serviços de saúde”. Julgamos, apesar disso, que a referência na mesma base à *regulação do uso* parece, pelo menos, dar guarida à finalidade extrafiscal de moderação do uso. No entanto, a mesma redacção não exclui uma finalidade de financiamento<sup>30</sup>.

Importa, apesar de tudo, notar que, na prática, as taxas moderadoras têm uma relevância muito reduzida nos proveitos das entidades públicas do SNS. Com efeito, em 2017, as taxas moderadoras representaram apenas 1,4% do total dos proveitos dessas entidades:

---

<sup>29</sup> Cfr. Barros, P. P. (2013), 208.

<sup>30</sup> Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 257, recusam a finalidade de financiamento das taxas moderadoras.

Indicadores (Valores Acumulados) <span style="float: right;">i</span>			
	Real N	Real N-1	N/N-1
Proveitos Operacionais	5.060.112 K€	5.046.297 K€	13.815 K€ (+0,3%)
Proveitos Contrato Programa	4.698.697 K€	4.657.460 K€	41.237 K€ (+0,9%)
% Proveitos Operacionais Extra Contrato Programa	7,1%	7,7%	-0,6 p.p.
% Execução Contrato Programa	97,3%	99,9%	-2,6 p.p.
% Proveitos Taxas Moderadoras	1,4%	1,6%	-0,2 p.p.

**Análise Comparativa - Total Instituições EPE** i

Fonte: [http://monitorizacao.acss.min-saude.pt/MH\\_EconFinProveitosDashboard](http://monitorizacao.acss.min-saude.pt/MH_EconFinProveitosDashboard)

Não quer com isto dizer-se que as taxas moderadoras representem *apenas* 1,4% da totalidade dos proveitos do SNS, na medida em que no referido quadro não estão incluídas as taxas cobradas por outros prestadores em nome do SNS, como é o caso dos prestadores dos sectores privado e social (convencionados ou mediante acordos de gestão ou de cooperação<sup>31</sup>) ou das parcerias público-privado da saúde<sup>32</sup>.

A finalidade extrafiscal das taxas moderadoras visa moderar o uso dos serviços de saúde e ao mesmo tempo lidar com o já referido *risco moral*, que consiste na adopção de comportamentos de risco para a saúde, em grande medida motivada pela não consciência do custo, decorrente da gratuidade ou da inexistência de um preço, por muito simbólico que o mesmo seja<sup>33</sup>.

Por isso, a fixação de taxas moderadoras consubstancia a

<sup>31</sup> Cfr. Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de Outubro, e Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de Outubro.

<sup>32</sup> Cfr. Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 86/2003, de 26 de Abril, 18/2008, de 29 de Janeiro, 176/2009, de 4 de Agosto, e 111/2012, de 23 de Maio.

<sup>33</sup> Cfr. Nota 16.

estipulação de um custo para os cuidados de saúde e contribui para mitigar o *risco moral*, pelo facto de permitir que o doente tenha noção desse custo<sup>34</sup>.

Vejamos agora os termos em que o legislador concretizou as taxas moderadoras que actualmente vigoram. Como referimos, o regime jurídico das taxas moderadoras consta do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, já por diversas vezes alterado<sup>35</sup>.

O mencionado diploma consagra um regime *sui generis* e, por vezes, de difícil interpretação. Com efeito e por um lado, o regime prima pela originalidade ao estabelecer uma norma de incidência, outra de isenção e outra de “dispensa da cobrança”; por outro lado, é necessário o cotejo de, pelo menos, os artigos 2.º, 4.º e 8.º, para se compreender os casos em que são, ou não, devidas taxas moderadoras, pois o primeiro deles define a incidência do tributo e os restantes definem, com *nuances*, os benefícios fiscais. Além disso, existem normas no artigo 8.º sobre dispensa de cobrança que deveriam fazer parte das normas de incidência estabelecidas no artigo 2.º.

O artigo 3.º do diploma remete no seu n.º 1 a definição do valor concreto das taxas para portaria, embora o n.º 2 do mesmo artigo estabeleça, como limite máximo desse valor, 1/3 dos valores estabelecidos na tabela de preços do SNS. O artigo 7.º do mesmo diploma estabelece as regras de cobrança. Ao incumprimento do pagamento das taxas moderadoras é aplicável o Regime Geral das Infracções Tributárias, face à revogação do artigo 8.º-A, concretizada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de Dezembro. Não entraremos numa análise mais detalhada destes e doutros preceitos, bem como da portaria que define o valor das

---

<sup>34</sup> Cfr. Nota anterior.

<sup>35</sup> O diploma foi alterado pelas Leis n.ºs 51/2013, de 24 de Julho, 83-C/2013, de 31 de Dezembro, 134/2015, de 7 de Setembro, 3/2016, de 29 de Fevereiro, 7-A/2016, de 30 de Março, e 42/2016, de 28 de Dezembro, e pelos Decretos-Leis n.ºs 117/2014, de 5 de Agosto, 61/2015, de 22 de Abril, 90/2017, de 28 de Julho, e 137/2017, de 10 de Outubro.

taxas, pois não relevam para o presente trabalho<sup>36</sup>.

Assim, o artigo 2.º do citado diploma prevê o pagamento de taxas moderadoras relativamente às seguintes prestações de saúde, desde que os encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS:

- “a) Nas consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas;
- b) Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento, no hospital de dia e no serviço de urgência para o qual haja referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários, pelo Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde ou pelo INEM<sup>37</sup>;
- c) Nos serviços de urgência hospitalar”.

Como se constata, não é paga taxa moderadora pela realização de MCDT quando os mesmos sejam realizados em internamento, no hospital de dia ou quando realizados no serviço de urgência, desde que o acesso a este serviço de urgência se tenha efectuado por referenciação dos cuidados de saúde primários, do CCSNS ou do INEM. Esta parte final da norma faz sentido, por se entender que estas devem ser as *portas de entrada* no sistema.

Porém, esta norma, apesar de excepcionar os MCDT realizados no serviço de urgência, não contém idêntica exceção para o *atendimento em serviço de urgência*. A exceção em causa surge apenas na alínea m) do artigo 8.º do mesmo diploma, que *dispensa a cobrança* de taxas moderadoras relativas a prestações de cuidados de saúde em atendimento em serviço de urgência, no seguimento de: (i) referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários; pelo CCSNS ou pelo INEM, *incluindo os actos complementares prescritos*; (ii) admissão a

---

<sup>36</sup> Trata-se da Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro, na redacção resultante das Portarias n.ºs 408/2015, de 25 de Novembro, e 64-C/2016, de 31 de Março.

<sup>37</sup> Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

internamento através da urgência.

Ou seja, existe aqui uma incoerência nas soluções adotadas pelo legislador, na medida em que faria sentido que as normas de incidência, ou de não incidência, estivessem todas no mesmo artigo. Além disso, os *actos complementares prescritos* nestes casos já se encontram excepcionados do pagamento de taxas moderadoras por força da alínea b) do artigo 2.º, o que significa uma previsão redundante do mesmo caso.

Mas existem ainda dois casos semelhantes que também não constam do artigo 2.º. O primeiro deles é o da *primeira consulta de especialidade hospitalar*, com referênciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários, previsto na alínea c) do artigo 8.º. O segundo é do *atendimento na rede de prestação de cuidados de saúde primários*, no seguimento de referênciação pelo CCSNS, previsto na alínea n) do artigo 8.º. Ambos os casos estão previstos como meras *dispensas de cobrança*, quando deveriam constituir situações de não incidência, por exceção ao disposto na alínea a) do artigo 2.º.

O artigo 4.º do mesmo diploma prevê uma extensa lista de isenções. Recorde-se que o princípio constitucional da *tendencial gratuidade* do SNS manda atender às condições económicas e sociais dos cidadãos e que a Lei de Bases da Saúde determina que sejam “isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos”.

Da lista de isenções do artigo 4.º, podemos considerar como *grupos populacionais sujeitos a maiores riscos* as grávidas e parturientes; os doentes transplantados; os menores e os jovens que se encontrem em cumprimento de medidas tutelares de internamento, de guarda em centro educativo ou em instituição pública ou privada, bem como os jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento por decisão judicial proferida em processo tutelar cível ou que se encontrem em processo de promoção e proteção; os requerentes de asilo e refugiados, respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes

directos; os utentes portadores de incapacidade igual ou superior a 60% e os militares e ex-militares das Forças Armadas portadores de incapacidade por acidente em serviço [cfr. alíneas a) a c), h), i) e k) a n) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, na redacção actual]. Ainda assim, no que toca às grávidas, devem pagar taxa moderadora as que optem por interromper a gravidez nas primeiras 10 semanas (n.º 2 do mesmo artigo 4.º), solução que visa desincentivar o aborto voluntário e que se compreende num país com uma reduzida taxa de natalidade, como é Portugal.

Quanto aos *grupos populacionais financeiramente mais desfavorecidos*, podemos aí incluir os utentes em situação de insuficiência económica comprovada, e os que dependam do agregado familiar daqueles, bem como os desempregados inscritos no centro de emprego, cujo subsídio não exceda 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), cuja insuficiência económica é insusceptível de prova nos termos do artigo 6.º, e o respetivo cônjuge e dependentes [cfr. alíneas d) e j) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, na redacção actual]. O artigo 6.º prevê um mecanismo de verificação da condição de insuficiência económica, que não releva para o objecto da nossa análise<sup>38</sup>.

Existem ainda outros grupos de pessoas que beneficiam de isenção de taxas moderadoras, mas julgamos que esta isenção constitui um *incentivo à continuação das respectivas actividades meritórias*: os dadores benévolos de sangue; os dadores vivos de células, tecidos e órgãos e os bombeiros [cfr. alíneas e) a g) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, na redacção actual]. Julgamos que estas actividades, embora possam comportar *risco* para os próprios, não terão sido visadas nesse sentido pelo n.º 2 da Base XXXIV da Lei de Bases

---

<sup>38</sup> Cfr. Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de Dezembro, alterada pela Portaria n.º 289-B/2015, de 17 de Setembro. Para maiores desenvolvimentos sobre o tema da insuficiência económica, cfr. Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 261-265.

da Saúde.

As isenções referidas não esgotam – como já deixámos entrever – as situações em que poderá não ocorrer pagamento de taxas moderadoras. Com efeito, o artigo 8.º do mesmo decreto-lei prevê ainda vários casos em que é *dispensada a cobrança* dessas taxas.

Importa notar que esta figura da *dispensa de cobrança*, embora original quanto à sua designação, constitui um conjunto de casos de *benefícios fiscais*. Na realidade, nos termos do artigo 2.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais:

“1 - Consideram-se benefícios fiscais as medidas de carácter excepcional instituídas para tutela de interesses públicos extrafiscais relevantes que sejam superiores aos da própria tributação que impedem.

2 - São benefícios fiscais as isenções, as reduções de taxas, as deduções à matéria colectável e à colecta, as amortizações e reintegrações aceleradas e outras medidas fiscais que obedecem às características enunciadas no número anterior.

(...)”.

Ora, a dispensa de cobrança parece constituir uma destas medidas fiscais, de carácter excepcional, instituída para tutela de interesses públicos extrafiscais relevantes. É importante notar que a simples dispensa de cobrança parece deixar à entidade competente o poder discricionário para decidir se deve, ou não, cobrar efectivamente o tributo. Este poder discricionário poderá não ser compatível com o princípio da legalidade tributária, na medida em que é apto a gerar incerteza e a criar situações de desigualdade e discriminação. E pode ainda suceder o caso de o doente ser dispensado do pagamento da taxa numa consulta e não ser dispensado em outra consulta da mesma natureza, consoante a política adoptada pela, ou disposição da, entidade competente. Estes problemas poderão ser grandemente amplificados pelo facto de existirem diversas entidades competentes para a cobrança de taxas moderadoras e, teoricamente, cada uma poder decidir de modo diferente perante casos similares.

Julga-se, por isso, que estes benefícios fiscais deveriam

configurar verdadeiras isenções, figura que encerra maior segurança jurídica, por não permitir margem de discricionariedade à entidade competente para cobrança.

Feito este reparo, avancemos com a análise dos casos em que poderá ocorrer dispensa de cobrança. Já aludimos a três deles, previstos nas alíneas m) e n) do artigo 8.º, que nos parecem constituir verdadeiras exceções às normas de incidência e que, por esta razão, deveriam antes constar do artigo 2.º.

Os restantes casos poderão reconduzir-se aos seguintes conjuntos<sup>39</sup>: (i) casos *geradores de externalidades positivas para a sociedade*; (ii) casos de *prestações de cuidados de saúde a portadores de doenças particularmente graves ou que implicam cuidados de longa duração*; e (iii) casos em que a *iniciativa de acesso aos serviços é alheia à vontade do utente*.

No que respeita ao conjunto de casos *geradores de externalidades positivas para a sociedade*, parece-nos que nele se incluem as consultas de planeamento familiar e actos complementares prescritos no decurso destas; as consultas e actos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso de rastreios de base populacional, rastreios de infeções VIH/SIDA, hepatites, tuberculose pulmonar e doenças sexualmente transmissíveis, de programas de diagnóstico precoce e de diagnóstico neonatal, e no âmbito da profilaxia pré-exposição para o VIH, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direção-Geral da Saúde; e a vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal [alíneas a), g) e l) do artigo 8.º].

Poderia ainda incluir-se neste grupo o caso das consultas e actos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos [alínea f) do artigo 8.º], na medida em que importa igualmente incentivar estas dádivas. Ainda assim, cumpre salientar que o legislador trata diferentemente aqueles

---

<sup>39</sup> Para um classificação diferente dos casos, cfr. Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 259-260.

que já são dadores e quem frequenta estas consultas necessárias às dádivas.

Como aqueles que são dadores estão absolutamente isentos, julgamos que esta dispensa de cobrança diga respeito às consultas a que são submetidos aqueles que vão doar qualquer destes produtos biológicos pela primeira vez ou que, não o fazendo pela primeira vez, não apresentem documento comprovativo da qualidade de dador (cfr. n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei citado). Perguntar-se-á, então, se fará sentido esta diferença de tratamento, na medida em que se trata de situações materialmente idênticas.

Julgamos que, pela sua natureza, estes casos deveriam ser claramente incentivados, dadas as externalidades positivas que acarretam, pelo que a possibilidade de mera dispensa de cobrança poderá constituir um incentivo insuficiente. Seria, pois, mais adequada a isenção, quer numa perspectiva de igualdade quer numa perspectiva de finalidade do tributo.

No segundo conjunto, estão previstas *prestações de cuidados de saúde a portadores de doenças particularmente graves ou que implicam cuidados de longa duração*, como são os casos das consultas, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, saúde mental, deficiências congénitas de fatores de coagulação, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/SIDA, diabetes, tratamento e seguimento da doença oncológica; cuidados de saúde respiratórios no domicílio; cuidados de saúde na área da diálise; atendimentos urgentes e actos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica; programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes; e consultas, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito da prestação de cuidados pelas equipas específicas de cuidados paliativos [alíneas b), d), e), i), j) e o) do artigo 8.º].

Importa notar, porém, que qualquer destas situações seria enquadrável nos *grupos populacionais sujeitos a maiores riscos* que fundamentam as isenções já referidas. Por isso, a sua qualificação como mera dispensa de cobrança é controversa.

Por último, temos um conjunto de casos de dispensa de cobrança, porque a *iniciativa de acesso aos serviços é alheia à vontade do utente*. Trata-se dos casos de consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS e de programas de tomas de observação directa [alíneas h) e k) do artigo 8.º].

Nestes casos, verdadeiramente não está em causa qualquer moderação do uso, pois a iniciativa não cabe ao utente, mas sim aos serviços. São estes que decidem ir ao domicílio ou observar directamente a toma de medicamentos por parte do doente, de modo a garantir a adesão à terapêutica.

No fundo, nestes casos, longe de se tratar de situações passíveis de benefícios fiscais, através de isenção ou de dispensa de cobrança, estamos perante situações que deveriam ser de verdadeira *não incidência*.

Em resumo, o regime vigente, embora possa ser entendido como tendo um efeito moderador do uso desnecessário, tem claramente também um efeito de financiamento através da tributação de prestações de saúde a quem delas necessita, que não condiz com a justificação da tributação<sup>40</sup>. Embora o legislador não o assuma, no caso das prestações de saúde *necessárias*, a taxa moderadora configura uma taxa bilateral com exclusiva finalidade de financiamento, que, entre outros aspectos, poderá ser prejudicial do acesso, por desincentivar o uso dos serviços de saúde por parte de quem deles necessita.

Se é certo que o regime em vigor poderá ser conforme com a Constituição da República Portuguesa, não parece que seja totalmente conforme com a Lei de Bases da Saúde em vigor e, como veremos adiante, claramente não o é com a proposta de

---

<sup>40</sup> Cfr. Nota 30.

nova Lei de Bases da Saúde.

Quer isto dizer que, se a nova Lei de Bases da Saúde vier a assentar no critério da necessidade do uso, o regime de taxas moderadoras actualmente em vigor terá de ser profundamente revisto. Com efeito e como vimos, o regime actual não está desenhado em função do mencionado critério da necessidade.

É por isso que o regime em vigor cria dificuldades de acesso a quem efectivamente necessita de cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, não é suficientemente dissuasor do uso desnecessário. No fundo, o regime vigente tem uma finalidade moderadora para o uso desnecessário e uma finalidade de financiamento no que respeita às taxas pagas por quem efectivamente necessita de cuidados de saúde. Nesta medida, o regime é criticável.

#### 4. A PROPOSTA DE NOVA LEI DE BASES DA SAÚDE. CRÍTICAS E PROPOSTAS DE MELHORIA

No que respeita ao que poderá vir a ser o regime de taxas moderadoras, na sequência do ante-projecto de nova Lei de Bases da Saúde<sup>41</sup>, importa salientar que esta dispõe, na sua Base XXV, o seguinte:

- “1 - Com o objetivo de moderar a procura desnecessária, a lei pode prever a cobrança de taxas moderadoras pelas prestações públicas de saúde, nos termos definidos pela lei, determinando a isenção de pagamento em situações de interesse de saúde pública, de maior risco de saúde ou de insuficiência económica.
- 2 - A lei deve estabelecer limites ao montante total de taxas moderadoras a pagar por prestação e por ano, com o objetivo de proteger os beneficiários do pagamento excessivo por prestações públicas de saúde”.

Tal como decorre do citado artigo, a finalidade declarada para estes tributos é *moderar a procura desnecessária*. O mesmo artigo acentua, assim, o carácter extrafiscal do tributo, em

<sup>41</sup>

[https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/LEI\\_BA-SES\\_18062018\\_pre\\_proposta\\_apresentacao\\_INSA.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/LEI_BA-SES_18062018_pre_proposta_apresentacao_INSA.pdf)

detrimento da finalidade de financiamento, opção que nos parece positiva.

Trata-se de uma taxa bilateral ou sinalagmática, porque, como resulta da mesma Base, a mesma é devida como contrapartida das prestações públicas de saúde. Julga-se que esta referência às *prestações públicas de saúde* igualmente abrange as prestações de saúde por entidades privadas, desde que por conta do SNS, como é o caso das prestações executadas por entidades convencionadas com o SNS<sup>42</sup>.

A proposta prevê a existência de isenções do pagamento de taxa, quando exista (i) interesse da saúde pública, (ii) maior risco de saúde ou (iii) insuficiência económica. Este preceito parece não admitir as referidas situações de *dispensa de cobrança*, que, com este enquadramento, passarão todas a situações de não incidência ou de *isenções* propriamente ditas. É uma opção que, face ao que dissemos no capítulo anterior, nos parece correcta.

O n.º 2 da citada Base XXV estabelece que a lei deve prever limites ao montante total das taxas, para evitar o pagamento excessivo, os quais poderão ser *por prestação e por ano*.

Esta previsão é exactamente a negação do efeito moderador das taxas: basta recordar que as prestações de saúde necessárias poderão conter-se dentro do limite *por prestação* ou *por ano*, sendo que o utente, ultrapassado esse limite, não está impedido de recorrer a novas prestações de saúde, já sem qualquer moderação, porque o limite até ao qual incide o tributo foi ultrapassado e nada mais pode ser cobrado.

Portanto, o estabelecimento dos referidos limites destrói o efeito moderador. Os mesmos limites criam desigualdade no acesso desnecessário aos cuidados de saúde: quem acede desnecessariamente abaixo do limite, paga a taxa; quem acede desnecessariamente acima do limite, não a paga.

Além disso, com esta solução, não parece resolvido o problema do acesso sub-óptimo por parte de quem necessita de

---

<sup>42</sup> Cfr. Nota 31.

cuidados de saúde, o qual decorre da necessidade de pagamento da taxa moderadora.

Em nossa opinião, seria preferível adoptar um modelo diferente, que passaria por exigir o pagamento da taxa moderadora apenas a título de adiantamento, que se tornaria definitivo, no caso de se confirmar a desnecessidade do uso, ou que seria devolvido, caso se confirmasse a necessidade desse uso<sup>43</sup>.

Esta confirmação seria feita pelo *gatekeeper* das prestações de saúde do SNS, que deverá ser o médico do primeiro acesso de cada episódio, geralmente o dos cuidados de saúde primários. Até porque, como vimos, já existem alguns casos em que a cobrança é dispensada, atendendo ao local de origem da referenciação. Ou seja, no regime português de taxas moderadoras, já têm sido dados passos no sentido de incentivar a entrada do doente pelos cuidados de saúde primários. Estes passos deverão ser aprofundados e generalizados. Julgamos que, pela natureza da sua actuação, o centro de contacto do SNS (CCSNS) e o INEM não poderão funcionar como *gatekeeper*, embora, como veremos adiante, a sua intervenção possa ter um papel importante que interessa incentivar.

Mas não só. Julgamos não fazer sentido que, se o *gatekeeper* entender que existiu necessidade do uso e até prescrever meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) ou referenciar para outras consultas mais diferenciadas, o utente tenha, depois, de pagar taxas moderadoras pelos MCDT ou pelas consultas<sup>44</sup>. Ou seja, quanto a nós, comprovada a necessidade, nada mais deve ser pago pelo utente. A hipótese de o *gatekeeper*, antes de se pronunciar quanto à necessidade, determinar a realização de MCDT será abordada *infra*.

Assim, em alternativa aos limites por prestação e por ano, julgamos que deveria enveredar-se por uma verdadeira

---

<sup>43</sup> Estorninho, M. J. & T. Macieirinha (2014), 260-261, também parecem apontar nesse sentido, ao considerarem inidónea a taxa para alcançar um objectivo de moderação quando se trate de cuidados ou exames prescritos pelo médico.

<sup>44</sup> Cfr. Nota anterior.

*tributação do uso desnecessário.*

Com efeito, a necessidade do uso teria de ser aferida pelo *gatekeeper*. Sendo o uso considerado necessário, não seria devida qualquer taxa, devolvendo-se ao utente a taxa inicialmente adiantada. Sendo o uso considerado desnecessário, não só não seriam prescritos MCDT, como também não haveria referenciação para outras consultas. Além disso, a taxa inicialmente adiantada convertia-se em definitiva e não seria devolvida.

O modelo assente no critério da comprovada necessidade do uso é mais justo e tende a resolver os problemas de que padece o regime vigente, designadamente o facto de criar dificuldades de acesso a quem efectivamente necessita de cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, não ser suficientemente dissuasor do uso desnecessário, causando congestionamento no uso de recursos escassos, como sucede no caso dos serviços públicos de saúde.

No quadro que estamos a propor, o valor de cada taxa moderadora até poderia ser substancialmente mais elevado. Tal implicaria uma maior responsabilização do utente, pelo uso desnecessário dos cuidados de saúde, e do *gatekeeper*, pela avaliação do estado de saúde do doente.

Claro que o regime que aqui preconizamos poderá deparar-se com dificuldades. Desde logo, poderá ocorrer a recusa do médico *gatekeeper* em executar a sua função de controlo da necessidade do uso. Neste caso, será necessária uma maior responsabilização e fiscalização, bem como o envolvimento da Ordem dos Médicos. O mesmo se diga para os casos de execução defeituosa desse controlo, por exemplo, as hipóteses em que o médico considere necessário o uso dos serviços de saúde, apenas para poupar aos utentes o pagamento das taxas moderadoras.

A segunda dificuldade poderá resultar do facto de o médico *gatekeeper* eventualmente não ter capacidade para, de imediato, se pronunciar quanto à necessidade do uso dos serviços de saúde. Neste caso, se se mostrarem necessários MCDT, o regime

deverá ser o mesmo: o utente paga as respectivas taxas a título de adiantamento e, se a necessidade do uso se comprovar, as mesmas ser-lhe-ão devolvidas.

Uma terceira dificuldade poderá ser a de ocorrer, deste modo, uma quebra de receita proveniente das taxas moderadoras. Quanto a este aspecto, já referimos que os serviços de saúde são essencialmente financiados pelos *impostos gerais* e que as taxas moderadoras têm reduzida expressão entre as fontes de financiamento das entidades públicas do SNS, pelo que a quebra de receita sempre seria proporcionalmente diminuta.

Mas, sob outra perspectiva, esta solução permite a consagração de taxas de valores superiores aos actualmente praticados, na medida em que poderão ser devolvidas ao utente quando se comprove que o uso dos serviços de saúde foi necessário, enquanto que, no caso de uso desnecessário, a taxa paga é substancialmente mais elevada do que a actual, acentuando o efeito moderador. Deste modo, os adiantamentos convertidos em definitivos compensarão, ao menos em parte, a quebra de receita resultante das devoluções. No entanto, este mecanismo será mais favorável do que o actual, pois não existirá efectivo prejuízo para o acesso.

Ainda a propósito da dificuldade que poderá resultar da quebra de receita, importa recordar que o ante-projecto de nova Lei de Bases da Saúde prevê o estabelecimento de limites *por prestação e por ano*. Ora, afigura-se-nos que o mecanismo que propomos – taxas mais elevadas e devolução, no caso de uso necessário – não gerará quebra de receita superior à resultante dos limites previstos na proposta, sendo certo que, na solução que preconizamos, também não se perde o efeito moderador pretendido pelo legislador.

Mais: atendendo à actual disseminação dos cartões de crédito – que ainda poderá ser incentivada – se o utente pagar o adiantamento da taxa moderadora com um desses cartões e o sistema que propomos estiver a funcionar correctamente, o mesmo

utente será reembolsado pela mesma via ainda antes de a taxa lhe ser debitada no extracto do cartão, pelo que haverá um efeito patrimonial neutro.

Ou seja, se o utente utilizar o cartão de crédito para proceder ao adiantamento do valor da taxa e o uso dos serviços de saúde se revelar efectivamente necessário, o mesmo poderá nem sequer sofrer qualquer prejuízo patrimonial – decorrente do adiantamento do valor da taxa – e certamente não sofrerá qualquer limitação no acesso. Isto representará uma evidente melhoria relativamente à situação actual e àquela que se adivinha da proposta de nova Lei de Bases da Saúde.

Poderá, ainda, ocorrer uma quarta dificuldade, que consiste na possibilidade de a cobrança de taxa de valor mais elevado, ainda que a título de adiantamento, desencorajar o recurso aos serviços de saúde por parte de pessoas que efectivamente estão doentes, mas que estão na dúvida quanto ao seu estado de saúde, isto é, que não sabem se estão, ou não, doentes a ponto de se justificar – de ser necessária – a ida aos serviços de saúde.

Julgamos que este problema poderá ser atenuado, ou resolvido, com um mecanismo adicional, que é a intervenção do CCSNS. Na dúvida quanto à necessidade de uso dos serviços de saúde, a pessoa contacta o referido Centro e, se este concluir que a mesma deverá dirigir-se a um serviço de saúde, já não poderá dizer-se que o eventual uso desnecessário é exclusivamente imputável ao utente. Assim, se o médico *gatekeeper* vier a concluir que o uso foi desnecessário, deverá, ainda assim, ser devolvida ao utente uma parte – que idealmente poderia ser metade – da taxa paga adiantadamente, atento o facto de a sua responsabilidade pelo acesso desnecessário ser partilhada com o CCSNS.

Diríamos, por conseguinte, que a proposta de nova Lei de Bases da Saúde é criticável quanto à previsão de limites anuais e por prestação, na medida em que mitiga, de modo inaceitável, o efeito moderador do uso desnecessário, pretendido pelo legislador.

Além disso, a mesma proposta implica a revisão do regime de taxas actualmente vigente, porquanto este, em grande medida, tem uma finalidade implícita de financiamento a partir das taxas pagas por aqueles que verdadeiramente têm necessidade de acesso aos serviços de saúde. Este tipo de taxas incidentes sobre o uso necessário deve ser eliminado.

Atendendo ao proposto objectivo de moderação do uso desnecessário, o regime de taxas vigente terá de ser revisto nesse sentido. Esta revisão deverá ter a preocupação de garantir o acesso por parte de quem necessita de cuidados de saúde.

Simultaneamente, a mesma revisão deve implicar a não exigência de taxas dos MCDT e das consultas, prescritos ou referenciadas, pelo *gatekeeper*, à excepção dos actos necessários à determinação da necessidade de uso, que deverão converter-se em definitivas e não ser devolvidas, caso se comprove o uso desnecessário.

## 5. CONCLUSÕES

O regime de taxas moderadoras em vigor, a par da finalidade de moderação do uso desnecessário, tem implícita uma finalidade de financiamento através do pagamento por parte de quem efectivamente necessita de cuidados de saúde<sup>45</sup>, apesar dos vastos benefícios fiscais e do reduzido peso nos proveitos das entidades públicas do SNS. A consequência disto é a probabilidade elevada de prejuízo para o acesso, resultante do efeito moderador *cego*, por não ser sensível ao critério da necessidade do uso.

Na proposta de nova Lei de Bases da Saúde, embora se vinque este critério da necessidade, acaba pode se prejudicar o efeito moderador, quando se prevê a existência de limites do montante das taxas por prestação e por ano.

Em alternativa a esta solução, julgamos que deveria

---

<sup>45</sup> Cfr. Nota 30.

enveredar-se por um sistema de comprovação da necessidade, critério determinante para saber se seria, ou não, devida taxa. Havendo necessidade, a taxa inicialmente adiantada seria devolvida; caso contrário, não o seria e não seriam prescritos outros MCDT ou consultas.

Este seria um sistema mais justo e que melhor garantiria o acesso aos cuidados de saúde por quem deles necessita do que o sistema actualmente vigente.



#### BIBLIOGRAFIA:

- Antunes, Aquilino Paulo (2011), *Com um Regime geral por Horizonte: Contributo para a Definição do Parâmetro de Igualdade e da Base de Cálculo das “Demais Contribuições Financeiras a Favor das Entidades Públicas”*, tese de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19971/1/ulfd124179\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19971/1/ulfd124179_tese.pdf).
- Araújo, Fernando (2005), *Introdução à Economia*, 3.<sup>a</sup> Edição, Coimbra, Almedina.
- Barros, Pedro Pita (2013), *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, 3.<sup>a</sup> Edição Actualizada, Coimbra, Almedina.
- Berkovitch, Elazar, Ronen Israel & Yossi Spiegel (2010), “A Double Moral Hazard Model of Organization Design”, in *Journal of Economics & Management Strategy*, Volume 19, Number 1, Spring 2010, 55-85.
- Canotilho, J. J. Gomes & Vital Moreira (2007), *Constituição da República Portuguesa Anotada: Artigos 1.º a 107.º*, Volume I, 4.<sup>a</sup> Edição Revista, Coimbra, Coimbra Editora.
- Christiansen, Vidar & Stephen Smith (2008?), *Externality-*

- Correcting Taxes and Regulation*, Institute for Fiscal Studies, Working Paper W09/16.
- Coase, Ronald H. (1960), “The Problem of Social Cost”, *Journal of Law and Economics*.
- Correia, T., G. Carapinheiro, H. Carvalho, J. M. Silva & J. Vieira (2016), “Listening to doctors on patients’ use of healthcare during the crisis: uncovering a different picture and drawing lessons from Portugal”, in *Journal of Public Health*, Vol. 39, No. 2, e56-e62.
- Creese, Andrew (1997), “User fees: they don’t reduce costs, and they increase inequity”, in *BMJ*, Volume 315, 202-203.
- Cruz, José Neves (2008), *Economia Política: Uma Abordagem Dialética da Escolha Pública*, Coimbra, Coimbra Editora.
- Culyer, Anthony J. (2005), *The Dictionary of Health Economics*, Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA, Edward Elgar.
- Earl-Slater, Alan (1999), *Dictionary of Health Economics*, Abingdon, Oxon, Radcliffe Medical Press.
- Estorninho, Maria João & Tiago Macieirinha (2014), *Direito da Saúde: Lições*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Fleischer, Victor (2015), “Curb Your Enthusiasm for Pigouvian Taxes”, in *Vanderbilt Law Review*, Vol. 68:6, 1673-1713.
- Freire, Maria Paula dos Reis Vaz Freire (2008), *Eficiência Económica e Restrições Verticais: Os Argumentos e Eficiência e as Normas de Defesa da Concorrência*, Lisboa, Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa.
- Miranda, Jorge & Rui Medeiros (2010), *Constituição Portuguesa Anotada*, Tomo I, 2.<sup>a</sup> Edição, Introdução Geral, Preâmbulo, Artigos 1.º a 79.º, Coimbra, Wolters Kluwer Portugal/Coimbra Editora.
- Mwabu, Germano (1997), *User Charges for Health Care: A Review of the Underlying Theory and Assumptions*, The

- United Nations University (UNU/WIDER), Working Paper No. 127.
- Nabais, José C. (2004), *O Dever Fundamental de Pagar Impostos*, Coimbra, Almedina.
- Nabais, José C. (2010), *Direito Fiscal*, 6.<sup>a</sup> Edição, Coimbra, Almedina.
- Pigou, Arthur C. (2009), *The Economics of Welfare*, Volume I, Transaction Publishers, New Brunswick (USA) and London (UK).
- Shmanske, Stephen (1996), “Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope”, in *The Independent Review*, Vol. 1, No. 2, Fall 1996.
- Simões, Jorge, Pedro Pita Barros & J. Pereira (cords.) (2008), *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde - Secretaria Geral, Lisboa.
- Tambor, Marzena (2015), *Patient Cost-Sharing for Health Care in Europe*, Tese de Doutoramento, Universidade de Maastricht.
- Tambor, Marzena, Milena Pavlova, Piotr Woch & Wim Groot (2010), “Diversity an dynamics of patient cost-sharing for physicians’ and hospital services in the 27 European Union countries”, in *European Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 5, 585-590.
- Vasques, Sérgio (2008), *O Princípio da Equivalência Como Critério de Igualdade Tributária*, Coimbra, Almedina.
- Xavier, Alberto (1974), *Manual de Direito Fiscal*, I, Lisboa.