U.PORTO

TESE DE MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE
ECONOMIA DA SAÚDE

Efeito da isenção de taxas moderadoras na procura de Cuidados de Saúde Primários

Pedro Alexandre Mendes Pereira

2025



FACULDADE DE **ECONOMIA**

U.PORTO

FEP FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Efeito da isenção de taxas moderadoras na procura de Cuidados de Saúde Primários

Pedro Alexandre Mendes Pereira

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão e Economia dos Sistemas de Saúde

Orientado por
Prof. Dr. Nuno Sousa Pereira

2025

Resumo

Este estudo analisa o impacto da eliminação das taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, no período de 2016 a 2024. Utilizando dados do Banco de Indicadores dos CSP, avaliou-se a variação na procura de consultas médicas e de enfermagem antes e após a implementação da Lei n.º 84/2019, que eliminou a cobrança de taxas moderadoras em CSP do SNS em 2020. Os resultados indicam que a medida teve impacto marginal na procura agregada, com alterações significativas nas modalidades de contacto (diminuição das consultas presenciais e aumento das não presenciais), possivelmente devido ao contexto pandémico e a constrangimentos organizacionais. A taxa de utilização de consultas médicas manteve-se estável, sobretudo entre utentes com médico de família, enquanto utentes sem médico apresentaram diminuição na utilização. Não foram observados efeitos de substituição relevantes entre níveis de cuidados. A cobertura elevada de isenção prévia e barreiras organizacionais foram determinantes críticos para os padrões de acesso. As conclusões reforçam que o verdadeiro desafio reside na superação das barreiras organizacionais e na adaptação do sistema às necessidades demográficas e epidemiológicas da população.

Palavras-chave

Taxas moderadoras, Cuidados de Saúde Primários, Serviço Nacional de Saúde, utilização, equidade, acessibilidade, pandemia COVID-19, Portugal.

Abstract

This study examines the impact of removing user fees in Primary Health Care (PHC) within the Portuguese National Health Service (SNS) from 2016 to 2024. Using data from the Banco de Indicadores dos CSP, it assesses changes in demand for medical and nursing consultations before and after Law No. 84/2019, which abolished user fees in PHC of the SNS 2020. Findings suggest a marginal effect on overall demand, with significant shifts in contact modalities (decrease in in-person consultations and increase in remote consultations), possibly driven by the pandemic context and organizational constraints. Medical consultation utilization remained stable, especially among patients with a family doctor, whereas those without one showed a decline in usage. No significant substitution was observed between levels of care. High pre-existing exemption coverage and organizational barriers critically influenced access patterns. Results highlight that overcoming organizational barriers and adapting the system to demographic and epidemiologic population needs remain the main challenge.

Keywords

User fees, primary health care, National Health Service, utilization, equity, accessibility, COVID-19 pandemic, Portugal.

Índice

Resumo i
Abstract ii
Índice iii
Introdução 1
Revisão da Literatura 3
Metodologia 19
Resultados 23
Discussão 32
Conclusão 40
Referências 42
Anexos ..... iv-vi

Índice de Elementos Gráficos

Gráfico 1. Série temporal dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2016-2024)……23

Gráfico 2. Taxas de Utilização e de utentes com e sem MGF nos Cuidados de Saúde Primários (2016–2024)……23

Gráfico 3. Evolução do número total de consultas médicas presenciais e não presenciais nos CSP (2016-2024)……25

Gráfico 4. Número total de consultas hospitalares, como variável de controlo para a análise da procura em CSP (2016-2024)……25

Gráfico 5. Utentes inscritos em programas específicos (HTA, DM2 e recém-nascidos com seguimento regular) (2016-2024)……30

Tabela 1. Modelos de Regressão Ajustados: Associação entre Número de Utentes Isentos e Variáveis Dependentes. Variável independente: Utentes isentos. Modelos ajustados para: Utentes inscritos em programa de HTA, DM2 e recém-nascidos inscritos com seguimento regular……31

Anexo 1. Agregados de box plot……iv

Anexo 2. Agregados de gráficos de dispersão e regressão linear……v

Anexo 3. Agregados de gráficos de dispersão e regressão linear, após correção para autocorrelação……vi

Agradecimentos

Ao Tiago, o companheiro de estudo, de trabalho e de vida, o maior instigador para a melhoria contínua, a base de suporte nos momentos de desalento e o apoio para todos os desafios – mesmo os que são mais difíceis de compreender.

Aos meus pais e ao meu irmão, que sempre apoiaram as minhas decisões e a quem devo muito.

Às minhas orientadoras de internato – Maria Luísa e Maria João – por sempre terem ajudado a conciliar a formação académica com a formação profissional.

Introdução

A eliminação das taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), introduzida pela Lei n.º 84/2019, de 3 de setembro (Assembleia da República, 2019), representou uma alteração estrutural no modelo de acesso ao sistema público de saúde em Portugal. Esta medida pôs fim à cobrança de copagamentos na prestação de consultas médicas e de enfermagem, no contexto dos CSP do SNS, instituindo uma gratuitidade efetiva no momento de acesso à prestação de cuidados neste âmbito organizacional.

As taxas moderadoras, implementadas de forma definitiva pelo Decreto-Lei n.º 54/92 (Assembleia da República, 1992), têm sido justificadas como instrumentos de moderação da procura e racionalização dos recursos do SNS, procurando desencorajar utilizações consideradas desnecessárias sem, em teoria, comprometer o acesso a cuidados clinicamente apropriados(Pedro Pita Barros, 2019). Porém, a evidência nacional e internacional indica que, mesmo em sistemas com regimes de isenção para grupos vulneráveis (de natureza económica, clínica ou demográficos), estes copagamentos podem constituir barreiras financeiras efetivas ao acesso (McGuire & Iuga, 2014; Rosen et al., 2011), afetando a equidade, a utilização de serviços essenciais e, em última instância, os resultados em saúde.

A relevância desta análise é reforçada pelo enquadramento recente da pandemia de COVID-19, que trouxe à superfície (e agravou) desigualdades no acesso aos cuidados, gerou pressões sem precedentes sobre os serviços de saúde e alterou, de forma estrutural, os padrões de utilização - nomeadamente através da expansão acelerada das modalidades não presenciais de prestação de cuidados (European Comission, 2023; Health at a Glance: Europe 2024, 2024). Este contexto abre uma oportunidade para avaliar até que ponto uma medida estrutural, como a eliminação das taxas moderadoras, poderá ter modificado a dinâmica da procura nos CSP.

Neste contexto, o objetivo central desta dissertação consiste em avaliar quantitativamente a variação na procura de serviços de saúde primários após a entrada em vigor da isenção completa da cobrança de taxas moderadoras em consultas dos CSP, em janeiro de 2020.

A análise recorre a dados agregados provenientes do Banco de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), disponibilizados publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), integrando variáveis que permitem distinguir:

- contactos presenciais e não presenciais
- consultas programadas e não programadas
- número de utentes inscritos em programas específicos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, recém-nascidos)
- número de utentes isentos por outros critérios legais (e.g., insuficiência económica, doenças crónicas) que não os da Lei n.º 84/2019
- número de utentes com equipa de saúde atribuída (assumindo que todos os utentes com médico de família atribuído possuem equipa de saúde associada)

De um ponto de vista metodológico, adotou-se um desenho quantitativo, baseado em análise comparativa de dados agregados para o período definido, aplicando métodos estatísticos descritivos e inferenciais, ajustados para potenciais fatores de confundimento, incluindo a cobertura de médico de família e as características demográficas das populações em análise.

O tema situa-se no cruzamento de três dimensões fundamentais da Economia e Gestão dos Sistemas de Saúde — acessibilidade, equidade e sustentabilidade financeira. Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados esperados poderão fornecer evidência empírica relevante para analisar a eficácia das taxas moderadoras enquanto mecanismo de moderação da procura, bem como para refletir sobre o seu papel marginal no financiamento do SNS — historicamente inferior a 1% das receitas totais do sistema (Barros, 2012; Quaglio et al., 2013) — face ao seu impacto potencial na utilização e na equidade do acesso.

Revisão da Literatura

Introdução técnica breve e contexto histórico

A aplicação das taxas moderadoras, entendidas como copagamentos exigidos no momento da prestação de cuidados de saúde, tem sido tema central no debate sobre acessibilidade, sustentabilidade e equidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, este debate ganhou especial relevância pela importância das taxas no modelo de financiamento do SNS e seu impacto social e políticos (Machado et al., 2024). As taxas moderadoras têm funções declaradas como moderação da procura - desincentivando usos considerados não prioritários – e a geração de receita adicional, embora de expressão modesta (Pedro Pita Barros, 2019). O pressuposto é que custos no acesso influenciam o comportamento, promovendo um uso mais responsável, mas levantam questões éticas especialmente quando criam barreiras para grupos vulneráveis.

Para entender o papel das taxas moderadoras no acesso e financiamento dos sistemas de saúde, é crucial analisar os dois principais modelos organizacionais que os moldam: o modelo Beveridgiano e o modelo Bismarckiano.

O modelo Beveridgiano, adotado em países como o Reino Unido, Portugal e Espanha, baseia-se no financiamento através de impostos gerais e assegura um acesso universal e tendencialmente gratuito no ponto de utilização. Contudo, face a desafios como crises orçamentais, envelhecimento populacional e aumento expressivo da despesa per capita em saúde, foram introduzidos ajustamentos estruturais a partir do final do século XX. Entre estes destacam-se os copagamentos para determinados bens e serviços, incluindo consultas médicas, exames laboratoriais e terapias específicas, com o objetivo de fortalecer a sustentabilidade do sistema e racionalizar a procura (Elias Mossialos, 2002).

No caso britânico, a criação do National Health Service (NHS) em 1948 concretizou o ideal de cobertura universal sem custos no momento da procura de cuidados de saúde. Porém, no início da década de 1950, o governo de Clement Attlee introduziu uma taxa para prescrições medicamentosas (Graham, 2004), justificada pela necessidade de conter os custos do recém-criado sistema no contexto económico restritivo pós-Segunda Guerra Mundial. Desde então, o regime de taxas moderadoras no Reino Unido foi alvo de múltiplos ajustamentos (Greenfield et al., 2019),

acompanhados da consagração de isenções para grupos prioritários — crianças, idosos, pessoas com doenças crónicas incapacitantes ou em situação de vulnerabilidade económica. Apesar destas salvaguardas, algumas áreas de cuidados — como próteses dentárias e aquisição de óculos — permaneceram sujeitas a pagamento direto pelo utente, demonstrando que, mesmo em sistemas com forte componente de gratuitidade, os copagamentos podem coexistir em nichos específicos da oferta.

Em Portugal, a introdução das taxas moderadoras ocorreu menos de duas décadas após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Assembleia da República, 1992). Num primeiro momento, a medida teve caráter sobretudo simbólico, funcionando como instrumento de sinalização e corresponsabilização do utente pela utilização dos serviços, assim como tentativa de racionalização da procura, sem pretensão de gerar receitas relevantes para o orçamento da saúde. Com o passar dos anos, e em especial nos períodos de maior pressão orçamental ou reforma das políticas públicas, o regime de taxas moderadoras sofreu sucessivas alterações de enquadramento legal e administrativo(Assembleia da República, 1995, 2011, 2012, 2015a, 2015b, 2017, 2019, 2022; Diário da República, 2020; Ministério da Saúde, 2003). Estas mudanças incluíram a redefinição das condições e critérios de aplicação de cobrança de copagamentos, a criação ou alargamento de regimes de isenção por motivos socioeconómicos (insuficiência económica e vulnerabilidade social), clínicos (condições médicas crónicas, patologias de risco acrescido) ou demográficos (crianças, grávidas, idosos), a alteração no nível do sistema de saúde em que as taxas eram cobradas (urgência hospitalar, consultas de cuidados primários, MCDT) e atualizações do valor cobrado por cada ato ou prestação. A alteração mais recente — foco central deste estudo — decorre da Lei n.º 84/2019, de 3 de setembro (Assembleia da República, 2019), que eliminou integralmente a cobrança de taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS, incluindo consultas médicas, de enfermagem.

A aplicação de taxas moderadoras nos cuidados primários é um tema recorrente em sistemas de matriz Beveridgiana (Greenfield et al., 2019; Jones & Loader, 2016), situando-se num equilíbrio delicado: busca-se controlar a procura e evitar utilização considerada não necessária, mas impõe-se a obrigação de garantir acesso equitativo e universal, preservando os princípios fundadores do serviço público.

No caso britânico, o NHS tem mantido a gratuitidade no ponto de utilização das consultas de clínica geral e medicina familiar, para proteger a primeira linha de contacto com o sistema, que não permite acesso direto ao nível hospitalar. Essa decisão assenta na evidência de que barreiras financeiras — mesmo modestas — podem atrasar diagnósticos e aumentar pressões sobre outros níveis de cuidados. A cobrança de prescrições existe em Inglaterra (Greenfield et al., 2019) ilustrando heterogeneidade nas políticas de copagamento do Reino Unido. De forma semelhante, a legislação portuguesa de 2019 (Assembleia da República, 2019) eliminou as taxas neste nível assistencial.

Em diversos países, a introdução ou aumento de copagamentos em cuidados primários esteve associada a efeitos adversos como aumento de admissões hospitalares evitáveis, elevação do uso de serviços de urgência, que são mais dispendiosos e sobrecarregados e deslocamento da procura para canais onde o acesso se mantém gratuito ou mais barato (efeito de substituição). Este fenómeno, conhecido como deslocamento de procura, está amplamente documentado(Assembleia da República, 2011). No Reino Unido, cerca de 89% das receitas médicas em ambulatório são isentas de pagamento por idade, doença crónica ou condição económica, reduzindo o efeito moderador sobre a procura. Portugal seguiu caminho semelhante: até à isenção total de 2019, reforçou-se a cobertura de isenções para grupos vulneráveis — grávidas, crianças, portadores de doenças crónicas de risco acrescido — com base numa lógica de justiça social e promoção da equidade (Assembleia da República, 2015a, 2015b, 2019; Diário da República, 2020; Ministério da Saúde, 2003).

Os sistemas de saúde de inspiração Bismarckiana, como o da Alemanha (Blümel et al., 2020), distinguem-se por basearem-se no seguro social obrigatório, financiado sobretudo por contribuições de empregadores e trabalhadores. Nestes sistemas, a partilha de custos com o utente — através de copagamentos — faz parte do desenho institucional e é acompanhada por mecanismos de proteção: esquemas de reembolso parcial ou total, tectos anuais de despesa (por exemplo, um limite regulamentado equivalente a uma percentagem do rendimento bruto do agregado familiar), e regimes de isenção ligados à capacidade de pagamento e ao estado clínico

Na Alemanha (Blümel et al., 2020), por exemplo, os cidadãos contribuem com valores fixos para medicamentos e consultas médicas, sendo isenções atribuídas a quem atinja

critérios de rendimento ou apresente condições médicas específicas que justifiquem proteção adicional, existindo ainda um tecto anual regulamentado, geralmente fixado em 2% do rendimento bruto do agregado familiar, ou 1% no caso de doentes crónicos. Em França (Or et al., 2023), existe o *ticket modérateur*, um copagamento proporcional aplicado à maioria dos atos médicos, cujo encargo é habitualmente coberto por seguros complementares (*mutuelles*). Para grande parte da população, o custo real de acesso permanece residual, mitigando o risco de exclusão financeira.

Em Portugal, a introdução definitiva das taxas moderadoras deu-se em 1992 (Assembleia da República, 1992), como parte integrante de uma reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Até então, a aplicação de copagamentos no SNS tinha ocorrido de forma intermitente, através de diversas portarias e decretos, mas as medidas foram frequentemente alvo de revogações ou suspensões na sequência de decisões do Tribunal Constitucional (Assembleia da República, 1986).

O controlo da despesa e as taxas moderadoras – uma breve análise internacional

O crescimento sustentado da despesa em saúde é um fenómeno transversal e não exclusivo do sistema de saúde português, com vários países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Health at a Glance: Europe 2024, 2024) a viver dinâmicas semelhantes. Perante este enquadramento, têm sido concebidas e implementadas várias estratégias de contenção de custos em saúde, ancoradas essencialmente em dois eixos:

1. atuação sobre os segmentos populacionais de maior consumo – caso paradigmático dos doentes crónicos, que, na União Europeia, representam aproximadamente 70% da despesa anual em saúde, apesar de corresponderem apenas a cerca de 23,5% da população em 2016 (Directorate-General for Health and Food Safety, 2016)

2. melhoria da eficiência operacional e clínica – através de programas de gestão proativa da doença, desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão clínica e protocolos de prevenção de erros médicos, reforço dos cuidados de saúde primários como primeira linha de contacto, aperfeiçoamento dos

sistemas de referenciação e combate ao uso inadequado ou excessivo dos serviços

No caso de Espanha (Bernal-Delgado et al., 2018), a política de copagamento incide quase exclusivamente no circuito do medicamento dispensado em farmácia comunitária, mantendo-se gratuito o acesso a serviços prestados tanto nos cuidados de saúde primários como nos hospitalares. A reforma estrutural mais recente (Gobierno de España, 2012) dirigida à sustentabilidade financeira do sistema espanhol introduziu um esquema de copagamentos para a compra de medicamentos sujeitos a receita médica. Do ponto de vista institucional, existe margem legal para que as Comunidades Autónomas – que detêm a gestão descentralizada das suas redes regionais de saúde – possam estabelecer taxas moderadoras próprias, sem que, até ao momento da redação deste trabalho, nenhuma Comunidade Autónoma o tenha implementado.

O sistema de saúde francês (Or et al., 2023) garante que todos os residentes têm acesso aos cuidados de saúde, mas a partilha de custos é uma componente estruturante, sobretudo para atos clínicos específicos, como consultas médicas, tratamentos e medicamentos. No que respeita aos cuidados de saúde primários, os utentes suportam habitualmente uma fração do custo da consulta, cujo valor resulta de uma divisão pré-definida: uma parcela é coberta pelo seguro de saúde obrigatório (*Assurance Maladie*), enquanto o remanescente, na maioria dos casos, é financiado por seguros complementares voluntários, designados *mutuelles*, que desempenham um papel essencial na redução ou eliminação do encargo remanescente, sendo particularmente relevantes para cidadãos de rendimentos mais baixos ou com doenças crónicas. As taxas de copagamento variam consoante a natureza do serviço prestado e a adesão ao percurso de cuidados coordenados (*parcours de soins coordonnés*) (République Française, n.d.).

Na Suécia (Janlöv et al., 2023), os cuidados primários incluem copagamentos definidos regionalmente, mas existe um teto nacional de cerca de 125€ anuais, após o qual o utente fica isento. Este mecanismo protege famílias de rendimentos baixos, assegurando equidade apesar da cobrança. Estudos suecos e da OCDE indicam que, apesar da existência do copagamento, o acesso equitativo é relativamente bem

preservado, dado que o limite anual proporciona um amortecedor financeiro eficaz para famílias de rendimentos médios e baixos.

O sistema de saúde dos Países Baixos (Kroneman et al., 2016) encontra-se estruturado em torno de um modelo de seguro obrigatório para todos os residentes, criado por uma reforma implementada em 2006 (Jeurissen & Maarse, 2021), que integrou elementos de solidariedade social com mecanismos de mercado regulado. O financiamento resulta de uma combinação entre prémio anual obrigatória pago diretamente pelos segurados às seguradoras, contribuições salariais obrigatórias, canalizadas para um fundo central de compensação de risco (*Zorgverzekeringsfonds*) e subsídios públicos para cidadãos de rendimentos mais baixos (*zorgtoeslag*), garantindo um nível básico de equidade no acesso devido à existência de exceções de cobrança de TM, como consultas de cuidados primários para menores de idade e alguns cuidados de saúde materna, nomeadamente o pré-natal essencial e programas nacionais de vacinação e rastreio. O sistema de cuidados de saúde primários adota um modelo fortemente centrado no médico de família (*huisarts*) como *gatekeeper*, função que assegura a coordenação e a racionalização do percurso de cuidados do utente. O desenho desta política pretende induzir um comportamento de utilização responsável e, paralelamente, controlar os custos globais do sistema. Contudo, estudos recentes(Boone & Remmerswaal, 2024; F. V. Lopes et al., 2022; Salampessy et al., 2022; van Esch et al., 2017) indicam que a franquia pode funcionar como uma barreira, sobretudo para indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade financeira, que reportam adiar ou evitar cuidados necessários para não incorrer no valor da franquia. Este efeito é particularmente notado em cuidados preventivos e de monitorização de doenças crónicas.

Na Polónia (Sowada et al., 2019), o sistema assenta num modelo de seguro social obrigatório, gerido pelo Fundo Nacional de Saúde (*Narodowy Fundusz Zdrowia*, NFZ), que assegura a maioria dos serviços, incluindo os cuidados primários e hospitalares. O médico de família desempenha um papel de *gatekeeper*, controlando o acesso a serviços de especialidade hospitalar. Os cuidados primários prestados dentro da rede financiada pelo NFZ não implicam pagamento direto por parte do utente, mas persistem copagamentos noutras áreas, nomeadamente para medicamentos, serviços considerados não-essenciais e para atendimentos fora da rede contratada pelo NFZ.

Um subfinanciamento crónico tem impulsionado a procura pelo setor privado, onde os custos são pagos integralmente pelos pacientes. O resultado é uma iniquidade crescente, em que indivíduos com maior poder económico acedem mais rapidamente a cuidados, enquanto os restantes enfrentam longos tempos de espera no sistema público. A literatura (Kolasa & Weychert, 2024; Łyszczarz & Abdi, 2021) aponta que esta dependência reforçada de pagamentos diretos é uma barreira estrutural ao acesso equitativo.

Em Israel (Rosen et al., 2015), o modelo de seguro nacional obrigatório, administrado pelo Ministério da Saúde e em vigor desde 1995, garante cobertura universal via quatro seguradoras públicas (*Kuppot Holim*, organizações sem fins lucrativos). O financiamento combina contribuições de trabalhadores e empregadores, transferências do governo e verbas dos impostos gerais. Os médicos de família têm, também aqui, função de coordenação no acesso a outros níveis de cuidados. O sistema inclui copagamentos variáveis conforme o serviço (consultas, exames laboratoriais, tratamentos especializados, medicamentos). Embora os valores para cuidados primários sejam relativamente baixos, os utentes enfrentam custos adicionais noutras áreas como medicina dentária e alguns medicamentos. Em 2016, cerca de 10% da população reportou adiar ou evitar cuidados devido ao preço, o que suscita preocupações sobre equidade. Por outro lado, a elevada adesão a seguros complementares voluntários atenua este impacto, reduzindo encargos para famílias de baixos rendimentos e alargando o acesso efetivo.

O Canadá (Marchildon et al., 2020) opera sob um sistema de seguro público universal, gerido a nível regional, mas financiado maioritariamente a partir de impostos gerais. A cobertura inclui cuidados médicos essenciais — primários, hospitalares, exames laboratoriais — mas não abrange todos os medicamentos prescritos, serviços dentários ou fisioterapia. Nos cuidados primários, a regra geral é o acesso gratuito, embora em algumas províncias existam pequenos copagamentos. De acordo com dados de 2021(Rebić et al., 2024), cerca de 5% dos canadianos identificaram dificuldades financeiras para aceder a consultas, e aproximadamente 10% adiaram ou evitaram cuidados necessários devido ao custo de medicamentos ou serviços não incluídos na cobertura.

Em países de rendimento médio, sistemas Bismarckianos ou híbridos apresentam uma grande diversidade na aplicação das taxas moderadoras:

- México (Cortés-Adame & Gómez-Dantés, 2025): sistema fragmentado, com subsistemas distintos para trabalhadores formais, pessoas vulneráveis e não segurados. A aplicação de taxas moderadoras é heterogénea, variando por subsistema. O **extinto** *Seguro Popular* eliminou copagamentos para determinados grupos, mas a transição para o Instituto de Saúde para o Bem-Estar (INSABI)(Cortés-Adame & Gómez-Dantés, 2025) gerou incerteza quanto à continuidade dessa política, especialmente em meios rurais, mantendo o risco de desigualdades no acesso. Desde 2023, reformas parciais têm aumentado a descentralização e a fragmentação dos serviços

- Sérvia (Bjegovic-Mikanovic et al., 2019): modelo de seguro social obrigatório, subfinanciado, com copagamentos moderados para consultas e exames primários e isenções para grupos vulneráveis. A limitação da capacidade do setor público leva a um uso crescente do setor privado pago diretamente(Arsenijevic et al., 2015), gerando desigualdade de acesso.

- Macedónia do Norte (Milevska Kostova et al., 2017): sistema similar ao sérvio, com copagamentos limitados e isenções para crianças, grávidas e crónicos, mas pressionado por dificuldades de financiamento que aumentam a dependência do setor privado.

- Brasil (Montekio et al., 2011): Sistema Único de Saúde (SUS) com financiamento público baseado em impostos, garantindo cobertura universal. Apesar disso, desigualdades regionais e sobrecarga do sistema incentivam o recurso ao setor privado por quem pode pagar, agravando disparidades de acesso.

- Países de baixo rendimento como Vietname, Gana e Índia (Lagarde & Palmer, 2011; Qin et al., 2019): muitas vezes recorrem a taxas moderadoras como fonte de receita essencial para compensar a insuficiência de financiamento estatal, o que pode comprometer a universalidade do acesso.

- Costa Rica (Sáenz et al., 2011): sistema público universal, com taxas moderadoras residuais para serviços especializados fora da rede pública.

Apesar de eficaz na cobertura, enfrenta pressão crescente sobre o financiamento.

- República Dominicana (Rathe & Moliné, 2011): modelo de seguro social obrigatório com cobertura parcial, levando ao uso crescente de serviços privados pagos diretamente, com barreiras acrescidas para rendimentos mais baixos.

RAND Health Insurance Experiment (Manning et al., 1987)

O RAND Health Insurance Experiment (HIE), conduzido nos Estados Unidos entre 1974 e 1982, constitui um dos estudos prospetivos mais rigorosos e de maior escala sobre os efeitos da variação do nível de cobertura de seguro de saúde — e, por consequência, sobre o impacto de políticas de franquias (*deductibles*) e copagamentos (*co-payments*) — na procura de cuidados de saúde, na despesa suportada diretamente pelos utentes e pelos sistemas de financiamento, bem como nos resultados em saúde.

O desenho metodológico do RAND HIE foi inovador para a época: cerca de 7 700 indivíduos, organizados em agregados familiares, foram randomizados para diferentes planos de seguro, com níveis variados de participação nos custos — desde coberturas totalmente gratuitas no ponto de utilização (free care plans) até planos com franquias anuais elevadas e copagamentos proporcionais. Esta diversificação permitiu avaliar de forma controlada como alterações no preço direto suportado pelo utente influenciavam padrões de utilização de cuidados médicos, acesso a serviços preventivos, gestão de doenças crónicas e resultados clínicos a médio prazo.

Os principais resultados indicaram que o aumento da parcela dos custos pagos pelo utente reduziu significativamente a utilização de serviços de saúde — incluindo consultas, hospitalizações, prescrições, visitas dentárias (redução de cerca de 20 a 30 % em alguns níveis de copagamento) — resultado alcançado reduzindo o uso e não os preços dos serviços. Essa diminuição atingiu cuidado eficaz e ineficaz em proporções semelhantes, evidenciando efeitos não diferenciados. No que respeita aos resultados clínicos, o estudo observou nenhum impacto negativo significativo para a maioria dos participantes a médio prazo, com exceção dos subgrupos mais vulneráveis — indivíduos de baixos rendimentos e com doenças crónicas graves (por exemplo,

hipertensão, visão prejudicada) — nos quais a redução de contacto foi associada a piora em indicadores clínicos (controle da hipertensão, acuidade visual).

Apesar de o aumento do custo direto ter diminuído tanto os cuidados potencialmente supérfluos como alguns considerados necessários, o estudo demonstrou que, para a maioria dos participantes, não houve impacto clínico significativo nos resultados de saúde a longo prazo. A exceção importante foi observada em indivíduos com doenças crónicas graves (por exemplo, hipertensão não controlada) e em grupos vulneráveis, para os quais a redução no contacto com os serviços estava associada a piores indicadores clínicos.

As conclusões do RAND HIE tiveram grande influência no debate internacional sobre *user fees* e partilha de custos, oferecendo evidência sólida de que copagamentos e franquias são eficazes no controlo da utilização e no alívio da pressão orçamental, mas podem introduzir barreiras desproporcionais para os mais vulneráveis e comprometer resultados de saúde em subpopulações específicas. Reforçou-se, assim, a necessidade de diferenciação das políticas de custo, por exemplo através de isenções ou reduções para grupos clínicos e socioeconómicos prioritários.

Contudo, é essencial enquadrar esta evidência no seu tempo. Desde a década de 1980, a realidade social, económica, demográfica e epidemiológica sofreu alterações profundas - menor assimetria de informação entre prestadores e utentes, apoiada pela digitalização e pelo acesso generalizado à informação médica, maior complexidade tecnológica nos cuidados de saúde, com tratamentos e diagnósticos mais sofisticados e de custo elevado, envelhecimento acentuado da população, que implica padrões de utilização distintos e crescimento significativo dos custos de prestação e maior peso das doenças crónicas na despesa global em saúde. Estas mudanças sugerem que os resultados do RAND HIE não devem ser transpostos de forma linear para o contexto atual ou para sistemas de saúde com modelos e estruturas diferentes, como o Serviço Nacional de Saúde português. Assim, apesar da sua relevância histórica e metodológica, o estudo deve ser encarado como uma base de referência, cuja interpretação requer ajustamento às condições, necessidades e constrangimentos modernos.

Estudos recentes em Portugal

Uma parte da evidência empírica produzida no contexto português (Quintal et al., 2016) parece indicar uma eficácia limitada destas taxas na redução sustentável da procura de cuidados, especialmente em segmentos como urgência pediátrica. Um exemplo bastante ilustrativo é o da utilização dos serviços de urgência pediátrica, para a qual não se identificaram diferenças estatisticamente significativas no volume de atendimentos entre utentes sujeitos e não sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras. Esta ausência de efeito pode não significar, necessariamente, que as taxas não exerçam qualquer influência sobre o comportamento dos utentes. Antes, pode refletir a natureza particular da procura de cuidados em crianças, em que as decisões de recurso a serviços de saúde — sobretudo em cenários agudos — são fortemente moldadas por fatores como preocupação parental, perceção de gravidade e baixa tolerância ao risco, os quais tendem a sobrepor-se a considerações de custo direto. Assim, a isenção destas taxas que, à data do estudo, era atribuída sobretudo por insuficiência económica pode ser interpretada como um instrumento essencial para salvaguardar a equidade no acesso a cuidados essenciais, garantindo que o status financeiro do agregado familiar não se traduza em barreiras práticas.

Um dos contributos mais relevantes para este debate advém de um estudo conduzido por Pedro Pita Barros (Barros, 2012), que analisou as repercussões da subida das taxas moderadoras durante a crise financeira de 2011. Esta alteração legislativa combinou dois movimentos simultâneos - aumento dos valores a pagar pelos atos sujeitos a taxa e alargamento dos critérios de isenção, abrangendo novos grupos de utentes. O resultado líquido destas medidas é complexo: embora, à primeira vista, o encarecimento pudesse constituir um mecanismo dissuasor, o reforço significativo das isenções funcionou como rede de proteção para os grupos mais vulneráveis, neutralizando parcialmente o efeito potencial de barreira. Do ponto de vista financeiro, os ganhos para o SNS mostraram-se residuais: estimando-se que, mesmo após os aumentos, a receita gerada não representasse mais de 1 % dos custos operacionais do SNS (Quaglio et al., 2013).

O relatório "O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras", publicado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em junho de 2013 (Entidade Reguladora da Saúde, 2013), analisou em detalhe a reforma de 2011 — implementada no contexto

do Memorando de Entendimento assinado com os parceiros internacionais. Entre os achados mais relevantes, o documento identifica uma redução significativa na utilização de consultas médicas nos CSP e que, surpreendentemente, essa redução foi mais expressiva entre utentes isentos do pagamento da taxa, o que sugere que a variação observada não pode ser atribuída exclusivamente ao fator económico, sendo provável o contributo de outras dinâmicas como alterações organizacionais, oferta de horários, e outras barreiras de natureza não financeira. O mesmo relatório documenta ainda uma substituição parcial das consultas presenciais por consultas sem presença física do utente (à data, também sujeitas a taxa moderadora, embora de valor inferior). Esta transição pode refletir tanto mudanças na procura como adaptações na oferta, antecipando tendências de telemedicina que viriam a consolidar-se na década seguinte. No que respeita à utilização das urgências hospitalares, os dados analisados pela ERS não evidenciam redução significativa associada ao aumento de 2011, tanto para utentes isentos como não isentos. Isto indica que, em contexto de urgência, a elasticidade-preço da procura é muito baixa, levando a que os utentes procurem atendimento independentemente do custo. Uma exceção, ainda que modesta, foi observada em casos de doença grave entre não-isentos, nos quais se registou aumento de procura, possivelmente refletindo efeitos indiretos das alterações nos cuidados primários, como maior dificuldade em marcação de consultas ou perceção de urgência acrescida.

Motivação para a mudança de política

A alteração da política relativa às taxas moderadoras em Portugal, implementada de forma faseada a partir de 2020, teve como objetivo central conciliar duas prioridades estratégicas do Serviço Nacional de Saúde (SNS): responder ao aumento continuado da despesa em saúde, procurando garantir a sustentabilidade financeira do sistema e assegurar o acesso universal e equitativo aos cuidados, independentemente da condição socioeconómica dos utentes

Durante a crise financeira global de 2008 e, mais especificamente, no quadro do Memorando de Entendimento (MdE) assinado em 2011 com os parceiros internacionais, as taxas moderadoras sofreram um aumento substancial em valor e abrangência, com o duplo propósito de reforçar receitas e induzir moderação da procura (Barros, 2012). Apesar do alargamento do regime de isenções, multiplicaram-se as preocupações com a

acessibilidade aos cuidados, sobretudo para grupos vulneráveis. A mudança de orientação em 2020 ocorreu num novo ciclo económico e político, marcado pela recuperação financeira e pela reavaliação das políticas de financiamento em saúde, visando recentrar o SNS no princípio de gratuitidade no ponto de utilização nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), consagrada na Lei n.º 84/2019, de 3 de setembro (Assembleia da República, 2019).

Este reposicionamento assentou em três eixos - reafirmação da universalidade de acesso, correção desigualdades acumuladas na década anterior e redução de incentivos perversos à procura direta das urgências hospitalares. Apesar do crescimento contínuo da despesa em saúde — impulsionado pelo envelhecimento, aumento das doenças crónicas e inovação tecnológica — representar um encargo crescente no Orçamento do Estado (European Comission, 2023; Han & Sohn, 2023; Health at a Glance: Europe 2024, 2024), a opção política foi isentar os CSP, acompanhada de medidas de gestão interna para ganhos de eficiência. Importa notar que esta mudança coincidiu com a pandemia de COVID-19 em 2020, o que alterou os padrões de utilização dos serviços, generalizando as teleconsultas e dificultando a medição isolada do efeito da nova isenção.

Alterações Demográficas e o Impacte nas Políticas de Saúde

O envelhecimento populacional constitui um dos mais prementes desafios demográficos enfrentados pelos sistemas de saúde, incluindo Portugal. O aumento da esperança média de vida aliado à redução das taxas de natalidade originou uma estrutura etária com proporção crescente de indivíduos com 65 ou mais anos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; D. G. Lopes et al., 2023). Este cenário tem repercussões diretas no desenho de políticas de copagamento, como as taxas moderadoras, e na organização dos cuidados primários.

Pessoas idosas recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde devido à elevada prevalência de doenças crónicas e multimorbilidade, implicando maior pressão sobre os recursos disponíveis (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016). Nos CSP, isto traduz-se em mais contactos médicos e maior necessidade de gestão continuada de patologias como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Em muitos países, a isenção

deste grupo etário visa assegurar equidade, mas pode também aumentar a procura, inclusive de atos potencialmente evitáveis.

A experiência da Suécia mostra que o envelhecimento pode levar à saturação da capacidade dos CSP, com constrangimentos na gestão de agendas médicas e tarefas administrativas relacionadas com a população idosa (Socialstyrelsen, 2021). Em Portugal, projeções económicas estimam que o impacto do envelhecimento poderá fazer duplicar a despesa em saúde até 2050, atingindo cerca de 13% do PIB, face a 9,5% em 2019 e 10,1% em 2020 (Banco de Portugal, 2024; Han & Sohn, 2023; Health at a Glance: Europe 2024, 2024). Exemplos internacionais sugerem respostas diferenciadas: na Coreia do Sul, visitas domiciliares regulares e gestão proativa de doenças crónicas, financiadas parcialmente por copagamentos ajustados ao rendimento, reduziram internamentos hospitalares evitáveis (Han & Sohn, 2023). Por contraste, em Itália, a ausência de antecipação do fenómeno levou a longos tempos de espera nos CSP e ao debate recorrente sobre a introdução de taxas moderadoras para consultas não urgentes (Giulio de Belvis et al., 2022), medida contestada pelo seu potencial efeito negativo sobre a equidade, sobretudo para idosos com rendimentos baixos (Fusco et al., 2023; Solanki et al., 2000).

Este panorama reforça a necessidade de políticas(Arriaga et al., 2025) adaptativas e flexíveis, capazes de responder às mudanças demográficas garantindo sustentabilidade, qualidade e equidade no acesso.

Partilha de custos e o efeito nos indicadores de saúde

Um dos efeitos mais discutidos na literatura sobre taxas moderadoras é a sua capacidade de modular a procura por cuidados de saúde. Evidência proveniente de diversos contextos (Barbosa, 2011) demonstra que, ao introduzir um custo associado ao acesso, os utilizadores tendem a reduzir a frequência de consultas ou a procura por serviços não urgentes. Este fenómeno, amplamente descrito como efeito de racionalização, pode, em determinadas circunstâncias, contribuir para melhorar a eficiência do sistema, ao ajudar a priorizar recursos para casos mais graves e urgentes.

Contudo, este mesmo mecanismo nem sempre é isento de efeitos adversos: em alguns cenários, pode levar à restrição não intencional do acesso a cuidados essenciais (Ahonkhai et al., 2020; McGuire & Iuga, 2014), sobretudo para populações

vulneráveis, provocando atrasos no diagnóstico e dificultando o tratamento atempado de doenças, o que se repercute negativamente em indicadores de saúde como a mortalidade evitável e as hospitalizações evitáveis.

No que respeita a doenças crónicas (Mann et al., 2014; Walsh & Gillespie, 2023) — como hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras condições de longa duração —, a literatura mostra que estes indicadores são particularmente sensíveis a mudanças no regime de taxas moderadoras. Mesmo barreiras financeiras reduzidas podem ser suficientes para que pacientes desistam ou adiem consultas de acompanhamento ou não adiram a terapêuticas prescritas (Ahonkhai et al., 2020; Rosen et al., 2011; Tiendrebeogo et al., 2022), comprometendo o controlo clínico (Gourzoulidis et al., 2017) e aumentando o risco de complicações de elevada gravidade (Holst et al., 2016).

Do ponto de vista da saúde pública, também os programas preventivos podem sofrer impacto. As vacinas tendem a estar isentas em grande parte dos sistemas, mas quando são aplicados copagamentos a determinados rastreios oncológicos ou de outras doenças, observa-se frequentemente um declínio nas taxas de adesão, mais acentuado entre indivíduos de menor rendimento e nos extremos etários (Farbmacher & Winter, 2013; Rosen et al., 2011). Irragorri et al. (Iragorri et al., 2021) salientam que, no caso dos rastreios e tratamentos do cancro, altos níveis de copagamento estão associados a redução da compliance (Jennings et al., 2021), bem como à recusa ou adiamento de tratamentos potencialmente determinantes para o melhor *outcome* clínico — conclusões que se alinham com resultados obtidos em estudos (Jan et al., 2012; Prager et al., 2018; Richard et al., 2018) conduzidos em diferentes países de elevado rendimento e contextos assistenciais diversos.

Em relação direta aos cuidados de saúde primários, as taxas moderadoras podem repercutir-se na equidade e na acessibilidade (Johansson et al., 2019; Majeed, 2023). Em sistemas onde consultas iniciais implicam custos, é comum verificar-se uma transferência da procura para os serviços de urgência, especialmente quando estes são isentos ou apresentam custos inferiores (Rosen et al., 2011). Esta substituição de procura pode contribuir para o aumento da utilização inapropriada de urgências, sobrecarregando estes serviços e prolongando tempos de espera para situações verdadeiramente urgentes (Hone et al., 2017).

Apesar destes riscos, a conceção das taxas moderadoras pode ser adaptada para minimizar os impactos negativos nos indicadores de saúde. A aplicação de modelos ajustados ao rendimento e diferenciados por tipo de serviço, complementada por isenções dirigidas a populações vulneráveis (Tiendrebeogo et al., 2022), constitui uma boa prática para preservar a equidade. Adicionalmente, a monitorização sistemática de indicadores de saúde relevante permite ajustar a política de forma dinâmica (Ahmadi, 2023), à luz de evidência concreta, mantendo um equilíbrio entre sustentabilidade financeira, eficiência e acesso universal.

A literatura internacional oferece exemplos concretos. No estudo de M. Olm, E. Donnachie et al. (Olm et al., 2021), a introdução de taxas moderadoras para cuidados primários e hospitalares na Alemanha resultou numa redução de custos para o sistema, mas também em barreiras acrescidas para utentes de rendimentos mais baixos. O impacto foi notório na diminuição de consultas de rotina e de exames preventivos — ambos essenciais para a manutenção da saúde populacional — particularmente entre idosos e doentes crónicos. Outro estudo, de 2022 (Xu & Bittschi, 2022), avaliou a aplicação de políticas de copagamento na Alemanha após a reforma de 2015, observando-se que estes efeitos refletem políticas anteriores à abolição do copagamento obrigatório em 2013. Concluiu que, embora estas medidas tenham sido eficazes na contenção de custos, conduziram a desigualdades no acesso: famílias com menor capacidade financeira tendiam a adiar tratamentos necessários ou a optar por não os realizar, prejudicando a sua saúde a longo prazo e potenciando custos acrescidos em cuidados mais complexos.

Metodologia

Desenho do estudo

Este estudo insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Economia e Gestão da Saúde e utiliza um desenho observacional quantitativo, centrado na avaliação das mudanças induzidas pela eliminação das taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O horizonte temporal adotado abrange o período entre 2016 e 2024, permitindo analisar comparativamente as fases pré e pós-implementação da Lei n.º 84/2019, de 3 de setembro, conjugando, em simultâneo, os efeitos disruptivos associados à pandemia COVID-19 e as transformações organizacionais verificadas no SNS durante este período.

O objetivo central consiste em avaliar o potencial impacto da eliminação das taxas moderadoras sobre a procura e utilização dos serviços de saúde primários do SNS, procurando isolar, este efeito de influências externas ou estruturais, nomeadamente a da pandemia COVID-19, das alterações na organização dos serviços (e.g. teleconsultas, reconfiguração de agendas) e de tendências globais da utilização dos cuidados de saúde.

Fonte e recolha de dados

Os dados utilizados neste estudo são agregados e anonimizados na origem, provenientes do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde, disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e de acesso público.

Foram integrados múltiplos indicadores abrangendo diversas dimensões da atividade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS, com granularidade geográfica condicionada pela disponibilização dos dados (níveis nacional e das antigas Administrações Regionais de Saúde – ex-ARS).

As dimensões analisadas incluem:

- número total de utentes inscritos com e sem médico de família (dados por ex-ARS e nacional);

- número de utentes isentos de taxas moderadoras por motivos prévios à Lei n.º 84/2019, como insuficiência económica, doenças crónicas e grupos demográficos prioritários (dados nacionais);
- número de consultas médicas, discriminadas por modalidade: presenciais, domiciliárias e não presenciais (dados por ex-ARS e nacional);
- consultas de enfermagem, tanto presenciais como não presenciais (ex-ARS e nacional);
- consultas programadas e não programadas nos Cuidados de Saúde Primários (ex-ARS e nacional);
- número total de consultas hospitalares (ex-ARS e nacional);
- número de utentes inscritos em programas de acompanhamento específicos, nomeadamente hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e recém-nascidos com seguimento regular (ex-ARS e nacional).

Variáveis de estudo

A. **Variável independente principal**: número de utentes isentos de taxa moderadora por motivos legais (Lei n.º 84/2019)

B. **Variáveis dependentes**: consultas médicas totais e segmentadas por tipo e modalidade; consultas de enfermagem (presenciais e não presenciais); consultas programadas e não programadas nos CSP; taxa de utilização anual de consultas médicas, desagregada para utentes com e sem médico de família

C. **Variáveis de controlo**: número de utentes inscritos em programas de HTA, DM2 e recém-nascidos com seguimento regular; consultas hospitalares totais

Período de análise

Apesar do foco principal recair na comparação entre o período pré-isenção (2019) e o período pós-isenção (2021, estabilização pós-fase aguda da pandemia), o intervalo total considerado estende-se de 2016 a 2023/2024, de acordo com a disponibilidade temporal das variáveis no Portal da Transparência.
O ano de 2020 é analisado no enquadramento descritivo, mas é excluído das

comparações principais devido à disrupção excecional provocada pelas medidas de confinamento e reorganização dos serviços durante a fase mais crítica da pandemia.

Procedimentos estatísticos

A análise foi conduzida em Python, utilizando as bibliotecas *pandas*, *numpy*, *scipy* e *statsmodels*. Foram aplicados os seguintes passos:

1. **Análise descritiva**: cálculo de médias, desvios-padrão e variações percentuais; apresentação gráfica das evoluções anuais (consultas, utentes inscritos, taxas de utilização)

2. **Teste de normalidade**: aplicação do teste Shapiro-Wilk às variáveis contínuas para aferição da distribuição

3. **Testes de comparação**:

    - **t-Student** nas variáveis com distribuição aproximadamente normal, conforme evidenciado nas comparações entre utentes inscritos, consultas médicas e de enfermagem (com segmentação pré/pós-COVID), e nas variações reportadas nas tabelas estatísticas

    - **Mann-Whitney U** para variáveis com distribuição não normal, ilustrado na análise das taxas de utilização de consultas médicas para todos os utentes e para utentes sem médico de família

4. **Correlação**: aplicação do coeficiente de Spearman (ρ) para aferir a associação entre o número de utentes isentos de taxas e as principais variáveis dependentes

5. **Modelos de regressão**:

    - regressão linear simples para estimar o efeito das isenções (apresentando coeficientes B, intervalos de confiança a 95%, valores-p)

    - modelos de regressão logística multivariada, ajustados para utentes inscritos em HTA, DM2 e recém-nascidos, e consultas hospitalares totais

6. **Nível de significância**: $p < 0{,}05$.

Para avaliar tendências anuais nas métricas do estudo, foram estimados modelos lineares simples do tipo $Y=\beta0+\beta1\cdot Ano Y=\beta0+\beta1\cdot Ano$. A validade inferencial foi assegurada pelo diagnóstico e correção de autocorrelação serial nos resíduos, pois a presença de autocorrelação pode enviesar os erros-padrão e os p-valores, comprometendo a robustez estatística dos resultados.

O diagnóstico de autocorrelação seguiu dois procedimentos complementares:

- Durbin–Watson (DW), em que valores próximos de 2 indicam ausência de autocorrelação; valores substancialmente inferiores a 2 sugerem autocorrelação positiva
- Breusch–Godfrey (BG), reportado como p-valor; p-valores inferiores a 0,05 evidenciam autocorrelação

Sempre que detetada autocorrelação, os modelos foram reestimados usando Generalized Least Squares com erros autorregressivos de ordem 1, GLSAR(1), garantindo estimativas eficientes e erros-padrão consistentes. Em séries de tempo com poucos pontos, aplicou-se OLS com erros robustos de Newey–West (HAC), assegurando robustez a autocorrelação e heteroscedasticidade. Para cada métrica, reporta-se o coeficiente da tendência temporal ($\beta1\beta1$), erro-padrão robusto, p-valor, intervalo de confiança de 95%, R^2 ajustado, DW e p-valor do BG do modelo final. As representações gráficas mostram a série observada e a linha de tendência estimada após correção de autocorrelação, quando aplicável.

Resultados

Descrição Geral e Evolução Temporal

Entre 2016 e 2024, observou-se uma ligeira tendência de aumento no total de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS, crescendo de cerca de 10,0 milhões em 2016 para aproximadamente 10,5 milhões em 2023 e 2024. Esta expansão ocorreu apesar de uma mudança estrutural na composição populacional, em que a proporção de utentes com médico de família, embora ainda elevada, diminuiu ligeiramente, ao passo que o número absoluto e relativo de utentes sem médico de família aumentou consistentemente a partir de 2021. A diminuição de 454.820 utentes com médico de família (t de Student = 4,556; p = 0,0061) sugere constrangimentos organizacionais que impactam a continuidade dos cuidados.

A proporção de utentes isentos de taxas moderadoras, devido a critérios anteriores à Lei n.º 84/2019, permaneceu consistentemente elevada, acima dos 60% do total de inscritos, com uma tendência ligeiramente ascendente. Destaca-se um aumento de +123.278 utentes isentos por motivos não diretamente relacionados com a nova legislação (t de Student = –2,836; p = 0,0364). Esses elevados níveis prévios de isenção impõem um efeito teto, limitando a possibilidade de observar variações substanciais na procura associadas à eliminação das taxas moderadoras.

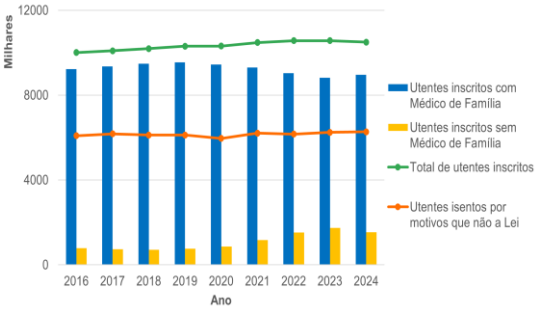


Gráfico 1. Série temporal dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2016-2024)

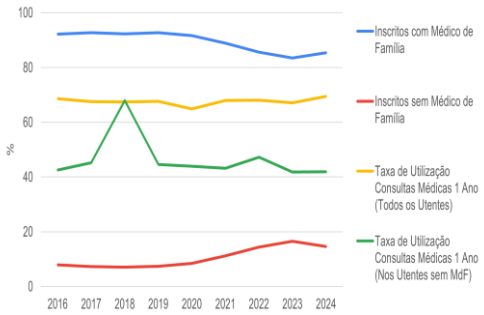


Gráfico 2. Taxas de Utilização e de utentes com e sem MGF nos Cuidados de Saúde

A atividade assistencial dos CSP revelou evolução não linear, marcada pela disrupção da pandemia de COVID-19. O total de consultas médicas aumentou de 2,23 milhões em 2016 para mais de 2,5 milhões em 2024. Contudo, 2020 apresentou uma quebra

nas consultas presenciais (queda de 196.610 consultas; t de Student = 2,59; p = 0,049), compensada por um aumento de 464.719 consultas não presenciais (t de Student = –15,249; p < 0,001). Nos anos seguintes, as consultas presenciais recuperaram parcialmente, permanecendo abaixo dos níveis pré-pandemia, enquanto as consultas não presenciais mantiveram níveis elevados, indicando alteração estrutural na prestação dos cuidados. As consultas de enfermagem demonstraram padrão semelhante, com aumentos significativos em ambas as modalidades (p = 0,0000). As consultas programadas seguiram uma trajetória de crescimento até 2020, sofrendo queda subsequente, e apresentaram ligeira recuperação em 2024. Por outro lado, as consultas não programadas cresceram continuamente, atingindo pico em 2024.

Ao nível hospitalar, o número total de consultas hospitalares cresceu significativamente, passando de cerca de 12,0 milhões em 2016 para mais de 14,0 milhões em 2024 (+1.145.878 consultas, t de Student = –3,708; p = 0,0139). Este dado, utilizado como variável de controlo, contextualiza as variações observadas nos CSP, indicando uma tendência global estruturada de procura por serviços de saúde ligada a fatores demográficos e epidemiológicos mais amplos.

Assim, a evolução temporal pode ser dividida em três fases:

1. período de relativa estabilidade pré-pandemia (2016–2019)
2. rutura abrupta em 2020, com expansão das consultas não presenciais e queda das presenciais, em contexto da pandemia de COVID-19
3. período de reconfiguração entre 2021 e 2024, com coexistência de níveis elevados de consultas remotas e recuperação parcial das presenciais, sem evidência clara de aumento estrutural da procura atribuível à isenção das taxas moderadoras

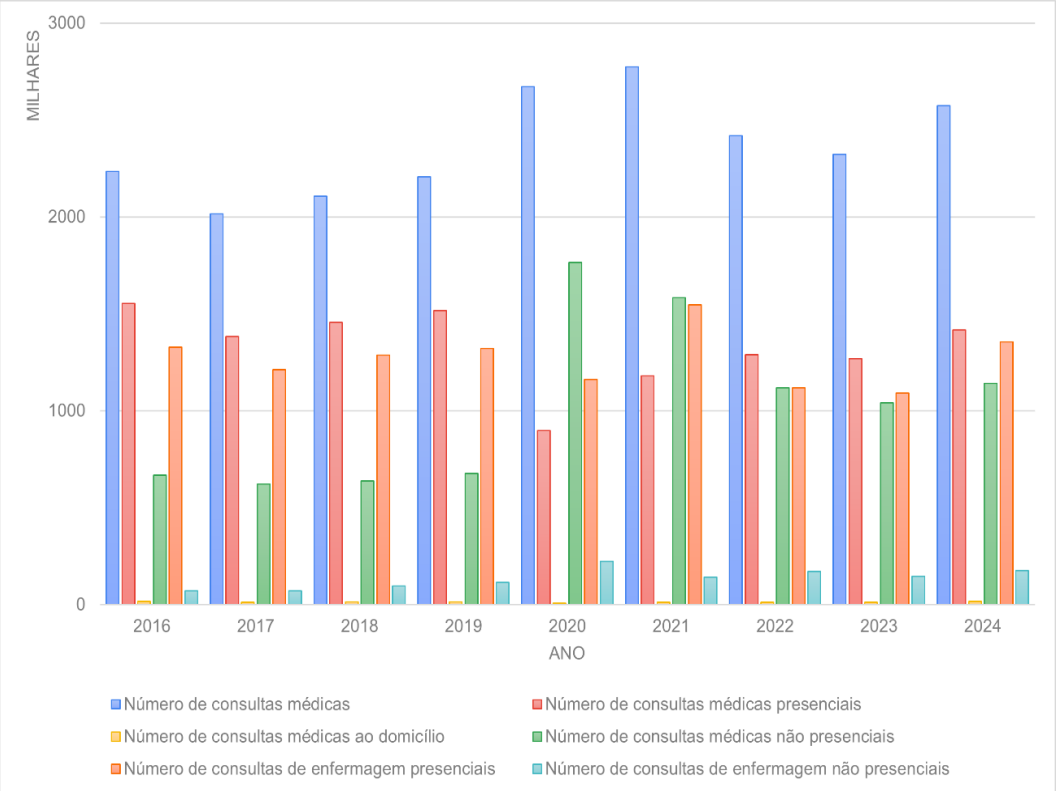


Gráfico 3. Evolução do número total de consultas médicas presenciais e não presenciais nos CSP (2016-2024)

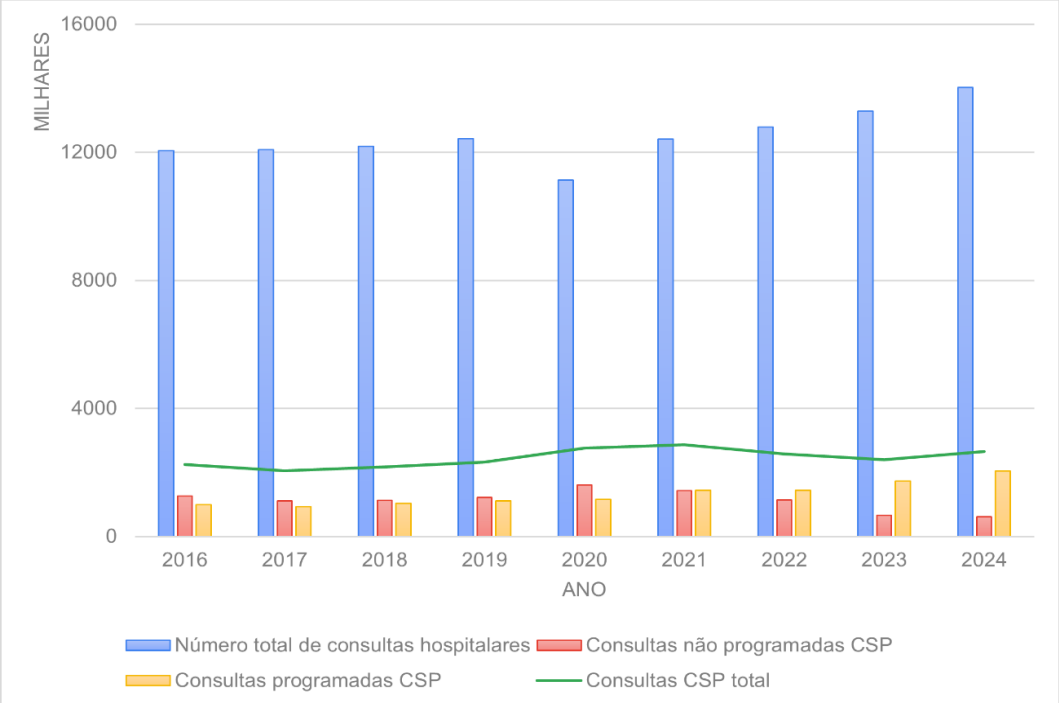


Gráfico 4. Número total de consultas hospitalares, como variável de controlo para a análise da procura em CSP (2016-2024)

Análise Comparativa Entre Períodos

A análise comparativa entre os períodos pré-isenção (2019) e pós-isenção (2021), excluindo o ano de 2020 devido às disrupções causadas pela pandemia, revela uma série de variações estatisticamente significativas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mesmo com a estabilidade do volume total de consultas (p=0,24).

Destacam-se:

- aumento significativo do número total de utentes inscritos nos CSP, tanto entre os utentes com médico de família (p=0,0001) quanto entre os que não possuem médico de família (p=0,0000)
- ausência de variação significativa no número de utentes isentos por motivos além da nova legislação aplicável
- estabilidade geral na taxa de utilização de consultas médicas (p=0,441), mas diminuição estatisticamente significativa da taxa para utentes sem médico de família (p=0,04)
- alterações substanciais nas modalidades de contacto, com diminuição expressiva das consultas presenciais (p=0,0000) e aumento concomitante das consultas não presenciais (p=0,0000)
- crescimento significativo nas consultas de enfermagem em ambas modalidades (p=0,0000)
- aumento das consultas hospitalares (p=0,0000); redução das consultas programadas (p=0,0003), acompanhada de aumento das consultas não programadas (p=0,0000)

A partir do diagnóstico de autocorrelação serial dos resíduos nesses dados, evidenciado por valores de Durbin-Watson fora do intervalo desejável e p-valores do teste Breusch-Godfrey inferiores a 0,05, os modelos de tendência foram ajustados via Generalized Least Squares autorregressivos (GLSAR(1)) ou OLS com erros robustos de Newey-West (HAC), conforme a dimensão temporal da série. Este ajuste assegurou inferência estatística robusta, corrigindo erros-padrão e proporcionando intervalos de confiança mais confiáveis. Após esta correção, as conclusões sobre

tendências de longo prazo e variações anuais médias permanecem substantivas e confiáveis, particularmente para indicadores como o aumento das consultas não presenciais e o aumento do número total de utentes sem médico, reforçando a interpretação de que a mudança legislativa teve impacto marginal na procura agregada.

Correlações e Modelos Estatísticos

Para avaliar a associação entre o número de utentes isentos de taxas moderadoras e as variáveis dependentes relacionadas à utilização dos CSP, foi inicialmente aplicado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), apropriado para dados que podem não apresentar distribuição normal e para captar associações monotónicas. Esta análise exploratória foi complementada por modelos de regressão linear simples, que quantificaram os efeitos brutos das isenções sobre as variáveis de interesse, e por modelos de regressão logística múltipla, ajustados para variáveis de controlo clínicas e demográficas.

Nos modelos não ajustados, os resultados indicaram que:

- consultas CSP totais: correlação não significativa (β = –0,772, IC95% [-3,2; 1,68]; p=0,350)
- consultas programadas CSP: correlação positiva e significativa (β = 2,8, IC95% [0,9; 4,7]; p=0,015)
- consultas não programadas CSP: correlação não significativa (β = –2,73, IC95% [-10,4; 4,94]; p=0,767)
- consultas médicas totais: correlação não significativa (β = –0,01, IC95% [-1,44; 1,42]; p=0,956)
- consultas presenciais: correlação não significativa (β = –0,79, IC95% [-6,4; 4,82]; p=0,790)
- consultas não presenciais: correlação não significativa (β = –0,8, IC95% [-4,68; 3,08]; p=0,800)

- consultas domiciliárias: correlação positiva significativa (β = 0,81, C95% [0,15; 1,47]; p=0,017)

- número total de consultas hospitalares: correlação positiva significativa (β = 7,88, IC95% [2,30; 13,46]; p=0,007)

Estas análises iniciais, contudo, não incorporaram as propriedades temporais dos dados, em particular a possibilidade de autocorrelação nos resíduos, que pode inflacionar a significância dos testes. Para assegurar a validade das inferências, procedeu-se ao diagnóstico da autocorrelação utilizando os testes de Durbin–Watson (DW) e Breusch–Godfrey (BG). Valores de DW próximos de 2 indicam ausência de autocorrelação; valores inferiores ou superiores sugerem autocorrelação positiva ou negativa, respetivamente, podendo enviesar os erros-padrão e, consequentemente, a significância dos coeficientes. Sempre que identificada autocorrelação, os modelos foram reestimados com Generalized Least Squares com erros autorregressivos de ordem 1 (GLSAR(1)) ou, em séries com poucos pontos temporais, por regressão OLS com erros robustos de Newey–West (HAC). Esta abordagem permitiu obter estimativas mais eficientes e erros-padrão consistentes, robustos à autocorrelação serial. Após estes ajustes, as associações inicialmente significativas perderam robustez estatística, sugerindo que os efeitos observados eram mediados por fatores externos e não interpretáveis como efeitos diretos das isenções.

Nos modelos ajustados, os resultados foram os seguintes:

- **Consultas CSP totais**: associação não significativa (β = 74.431,1; SE = 57.693,6; IC95% [–43.246,6; 192.109,8]; p = 0,245; R^2 ajustado = 0,087; DW = 1,21; BG p = 0,363)

- **Consultas programadas CSP**: associação positiva e significativa (β = 194.671,7; SE = 32.771,1; IC95% [130.862,9; 258.480,5]; p = 0,001; R^2 ajustado = 0,830; DW = 0,35; BG p = 0,652)

- **Consultas não programadas CSP**: associação não significativa (β = –210.219,0; SE = 158.466,0; IC95% [–521.027,6; 100.589,6]; p = 0,233; R^2 ajustado = 0,098; DW = 0,14; BG p = 0,128)

- **Consultas médicas totais**: associação não significativa (β = 71.451,1; SE = 49.264,7; IC95% [–26.789,1; 169.691,3]; p = 0,197; R^2 ajustado = 0,136; DW = 1,34; BG p = 0,501)
- **Consultas presenciais**: associação não significativa (β = –12.496,4; SE = 32.698,0; IC95% [–77.778,0; 52.785,2]; p = 0,716; R^2 ajustado = –0,139; DW = 1,78; BG p = 0,942)
- **Consultas não presenciais**: associação não significativa (β = 67.400,6; SE = 91.572,4; IC95% [–137.939,6; 272.740,8]; p = 0,489; R^2 ajustado = –0,070; DW = 1,37; BG p = 0,490)
- **Consultas domiciliárias**: associação não significativa (β = 242,3; SE = 408,6; IC95% [–669,1; 1.153,7]; p = 0,575; R^2 ajustado = –0,102; DW = 1,51; BG p = 0,919)
- **Número total de consultas hospitalares**: associação marginalmente positiva (β = 315.532,2; SE = 144.104,9; IC95% [19.584,4; 611.480,0]; p = 0,071; R^2 ajustado = 0,352; DW = 1,10; BG p = 0,641)

Nota: valores de R^2 ajustado negativos indicam que o modelo explica menos variação do que uma regressão nula (média).

Posteriormente, os modelos ajustados incorporaram as variáveis de controlo: número de utentes inscritos em programas de hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), número de recém-nascidos com seguimento regular, e número total anual de consultas hospitalares. Nestes modelos, as associações entre o número de utentes isentos e as variáveis dependentes deixaram de ser estatisticamente significativas, sugerindo que as correlações brutas identificadas nos modelos não ajustados eram mediadas por esses fatores externos.

As representações de gráficos de dispersão com regressão linear e distribuição por box plot encontram-se no Anexo 1 e Anexo 2.

Análise das Variáveis de Controlo e Efeito Isolado

Com o objetivo de isolar o efeito específico da isenção das taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), foram incluídas no modelo estatístico diversas variáveis de controlo:

- número de utentes inscritos em programas de hipertensão arterial (HTA)
- número de utentes inscritos em programas de diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- número de recém-nascidos com seguimento regular
- número total anual de consultas hospitalares

No período em análise (2016–2024), o número de utentes inscritos em programas de HTA apresentou variações moderadas, situando-se entre aproximadamente 803 mil e 864 mil indivíduos, com uma ligeira tendência crescente ao longo da série temporal. O número de utentes inscritos em programas de DM2 manteve-se relativamente estável, variando entre cerca de 772 mil e 937 mil no mesmo período. Os recém-nascidos com seguimento regular oscilaram entre aproximadamente 58 mil e 74 mil por ano, sem tendência linear definida, refletindo as variações demográficas anuais. O número total de consultas hospitalares, utilizado como variável de controlo para aferir a variação global da procura de cuidados no SNS, apresentou uma trajetória ascendente, passando de cerca de 12,05 milhões em 2016 para cerca de 14,02 milhões em 2024, com oscilações pontuais, incluindo uma redução marcada em 2020 devido à pandemia.

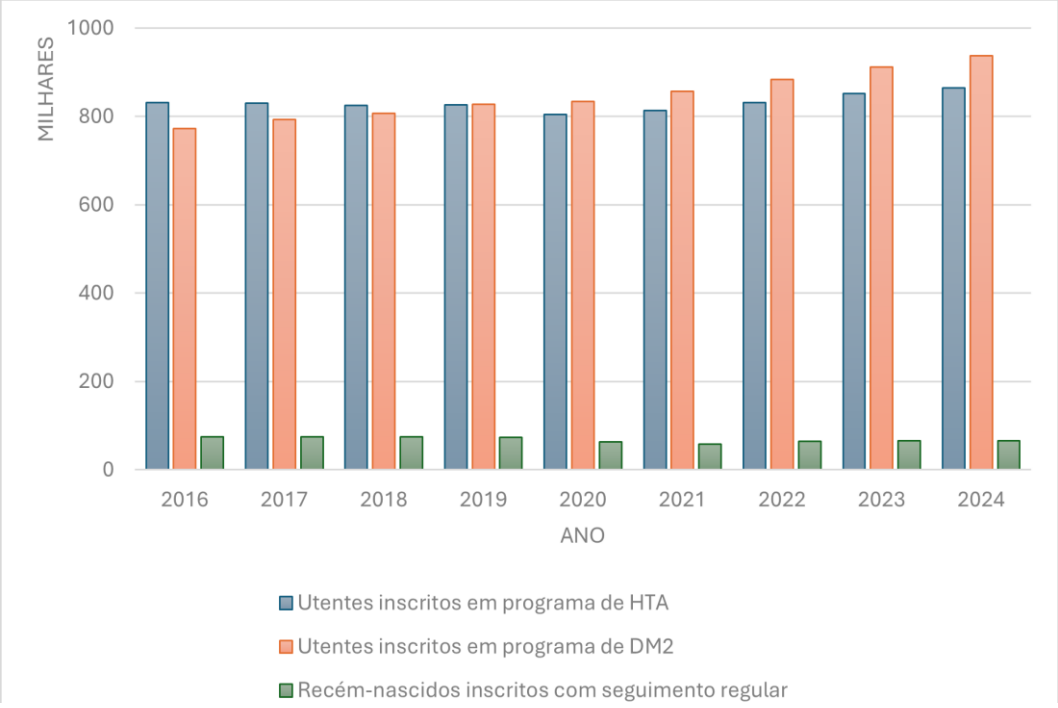


Gráfico 5. Utentes inscritos em programas específicos (HTA, DM2 e recém-nascidos com seguimento regular) (2016-2024)

Nos modelos ajustados que incorporaram estas variáveis de controlo, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o número de utentes isentos e as variáveis dependentes analisadas. Esses resultados sugerem que as correlações inicialmente identificadas nos modelos não ajustados são mediadas por esses fatores de controlo, indicando que o impacto direto da isenção das taxas moderadoras na variação da procura dos serviços de saúde primários é, ao menos estatisticamente, limitado frente às influências das condições clínicas, demográficas e do contexto mais amplo da utilização dos serviços hospitalares

Variável dependente	Coeficiente β	Intervalo de Confiança a 95%	Valor P
Número total de consultas hospitalares	3,513	-0,384;7,410	0,067
Consultas não programadas CSP	-0,611	-2,005;0,782	0,290
Consultas programadas CSP	-0,161	-1,380;1,058	0,733
Consultas CSP total	-0,772	-2,801;1,257	0,350

Tabela 1. Modelos de Regressão Ajustados: Associação entre Número de Utentes Isentos e Variáveis Dependentes. Variável independente: Utentes isentos. Modelos ajustados para: Utentes inscritos em programa de HTA, DM2 e recém-nascidos inscritos com seguimento regular.

Discussão

Síntese dos principais resultados

Os resultados indicam um aumento absoluto no número de consultas médicas nos CSP entre 2019 e 2021, sobretudo devido ao crescimento das consultas não presenciais, acompanhado por uma redução significativa das consultas presenciais. Apesar dessas mudanças na modalidade de atendimento, a taxa anual global de utilização de consultas médicas permaneceu estável, tanto para o conjunto total de utentes quanto para o subgrupo de indivíduos sem médico de família atribuído, sem diferenças estatisticamente significativas relevantes.

Em relação à natureza das consultas, verificou-se um aumento absoluto das consultas programadas e também das não programadas, embora esta última não tenha provocado alterações significativas no peso relativo dentro da atividade assistencial total. As consultas hospitalares, consideradas como variável de controlo, não apresentaram mudanças significativas entre os períodos pré e pós-isenção, indicando ausência de efeitos de substituição entre os níveis de cuidados.

Nas análises de associação entre o número de utentes isentos da taxa moderadora e os indicadores de utilização nos CSP, não se identificaram correlações estatisticamente significativas, mesmo após ajuste para a variação de utentes inscritos em programas que ´obrigam´ à marcação de várias consultas programadas anuais como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, recém-nascidos em acompanhamento e para o volume de consultas de âmbito hospitalar. As associações inicialmente significativas entre isenção e determinados indicadores (como consultas programadas, domiciliárias e hospitalares) perderam significância estatística após a correção da autocorrelação e o ajustamento por variáveis de controlo, sugerindo que os efeitos observados nas análises simples refletiam sobretudo dinâmicas externas ao regime de taxas moderadoras e não efeitos diretos da sua eliminação.

A eliminação da cobrança de taxas moderadoras não conduziu a um aumento estrutural da procura nos CSP, já que embora tenham sido detetadas variações estatísticas nalgumas variáveis, os efeitos têm magnitude reduzida e relevância prática limitada no âmbito da utilização global dos serviços. A introdução da correção da autocorrelação nos modelos estatísticos, através da aplicação de GLSAR(1) e erros

robustos de Newey–West (HAC), procurou mitigar potenciais vieses causados pela autocorrelação das séries temporais nos resíduos dos modelos, sendo que as análises corrigidas confirmam que as variações observadas em indicadores como número de consultas e utentes inscritos em programas clínicos não derivaram de problemas metodológicos, consolidando a validade dos resultados sobre a influência marginal da eliminação das taxas moderadoras.

Esses resultados indicam que, embora a isenção de cobrança de taxas moderadoras tenha importância política e simbólica para a universalidade e equidade no acesso aos cuidados, os padrões globais de utilização são influenciados predominantemente por fatores organizacionais e estruturais do sistema, mais do que pelo custo financeiro residual decorrente das taxas moderadoras.

Interpretação face à revisão da evidência

A interpretação dos resultados do estudo evidencia que a eliminação da cobrança de taxas moderadoras nos CSP do SNS teve um efeito restrito e marginal na alteração dos níveis de utilização dos serviços, uma constatação que se alinha com a evidência nacional e internacional que mostra a eficácia limitada dos copagamentos como mecanismo para moderação da procura, sobretudo quando os valores cobrados são baixos e coexistem regimes de isenção para grupos vulneráveis, que abrangem uma porção muito significativa da população.

Em Portugal, estudos como o relatório da Entidade Reguladora da Saúde de 2013 e a análise de Pedro Pita Barros em 2011 já indicavam que variações nas taxas moderadoras não tinham gerado efeitos expressivos ou lineares na procura, particularmente porque a maioria dos utentes já usufruía de isenção prévia. Nos estudos em questão, mais de 60% dos utentes encontravam-se isentos antes mesmo da aplicação da Lei n.º 84/2019, limitando significativamente a margem para um impacto objetivo da medida e explicando a estabilidade nos indicadores de utilização após a abolição da cobrança de taxas moderadoras, , evidenciando que o impacto estatístico da eliminação das taxas foi, no máximo, marginal, e que a procura é moldada de forma mais decisiva por fatores organizacionais e estruturais do sistema.

O presente estudo destaca ainda que o aumento expressivo de consultas não presenciais e a diminuição de consultas presenciais após 2020 deverão resultar

maioritariamente de dinâmicas de longo prazo induzidas pela pandemia de COVID-19, uma vez que sistemas como o NHS britânico e o sistema francês também experienciaram transições bruscas e de larga escala para a telemedicina em resposta a restrições sanitárias e uma reorganização da oferta, apesar de não terem vivido alterações análogas à portuguesa no regime de cobrança de taxas moderadoras. Além disso, a ausência de mudanças significativas nas consultas hospitalares indica que não correu uma substituição entre níveis de cuidados, um fenómeno que tende a ocorrer essencialmente as taxas moderadoras atingem valores suficientemente elevados para condicionar a procura de forma alargada.

Assim, os resultados reforçam que as taxas moderadoras em Portugal têm papel fundamentalmente simbólico e administrativo, com fraco impacto prático na moderação da procura e que a sua eliminação, apesar do forte significado político e da reafirmação dos princípios de equidade e universalidade, não alterou substancialmente os padrões globais de utilização dos CSP. Os fatores determinantes para o acesso continuam ligados à capacidade organizacional, cobertura e disponibilidade de médicos de família, eficiência da gestão e condicionantes estruturais que impactam a acessibilidade.

Os resultados devem ser interpretados observando fatores de contexto importantes. Em primeiro lugar, o impacto da pandemia que reestruturou significativamente os serviços, com uso permanente da teleconsulta e aumento das consultas não programadas, afetando os padrões após 2020. Em segunda ordem, o elevado grau de isenção anterior gerou um efeito teto, limitando alterações na utilização agregada após a eliminação das taxas. E, por último que, embora a cobertura por médico de família seja alta, o aumento do número de utentes sem médico atribuído com taxas de utilização inferiores revela barreiras organizacionais persistentes, que dificultam o acesso, mesmo na ausência de barreiras financeiras. Além disso, a rápida mudança demográfica em Portugal, com envelhecimento rápido, o aumento significativo de população migrante num curto espaço de tempo e o aumento da prevalência de doenças crónicas, intensifica a pressão sobre os CSP e serviços hospitalares, destacando o desafio futuro do SNS na necessidade de reforçar a sua capacidade de resposta, promover uma gestão integrada vertical eficiente entre os diversos níveis

assistenciais e inovar na organização dos cuidados, em detrimento do foco em mudanças de política de taxas moderadoras – em sentido crescente ou decrescente.

A presente dissertação sugere, portanto, que a abolição das taxas moderadoras nos CSP pode ser coerente com os princípios de equidade e universalidade do SNS mas que, isoladamente, não assegura aumento da procura, a redução das barreiras de acesso ou a melhoria líquida da resposta às necessidades da população servida pelo SNS. Neste seguimento, as políticas públicas em saúde devem priorizar a resolução expedita das diversas barreiras de índole organizacional, aumentar a capacidade de formação, atração e fixação de recursos humanos diferenciados (sobretudo médicos especialistas e enfermeiros) para garantir uma cobertura de equipa de saúde familiar o mais próximo possível da universalidade, reduzir tempos de espera e otimizar mecanismos de melhoria contínua de qualidade, garantindo que os CSP funcionam como uma porta efetiva e acessível aos diversos níveis de cuidados do SNS.

Fatores de contexto com interferência nos resultados

Entre 2016 e 2024, observou-se uma ligeira subida no número total de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, passando de cerca de 10 milhões para aproximadamente 10,5 milhões. Contudo, a composição dessa população mudou, com uma proporção ligeiramente decrescente de utentes com médico de família, enquanto o número e proporção dos sem médico de família aumentaram, especialmente após 2021, indicando possíveis dificuldades organizacionais no acesso continuado.

Mais de 60% dos utentes já eram isentos do pagamento de taxas moderadoras antes da reforma de 2019, limitando o impacto da eliminação total dessas taxas sobre a população global. Durante o período, o total de consultas médicas nos CSP cresceu, alcançando mais de 2,5 milhões em 2024, mas a evolução foi marcada por oscilações ligadas à pandemia de COVID-19. Em 2020, as consultas não presenciais aumentaram acentuadamente, compensando a queda nas consultas presenciais, que só parcialmente se recuperaram nos anos seguintes. A atividade de enfermagem seguiu padrões semelhantes, destacando o crescimento nas modalidades não presenciais após 2020.

As consultas programadas cresceram até 2020, mas depois caíram e tiveram uma ligeira recuperação em 2024. Em contraste, as consultas não programadas cresceram

continuamente, com pico em 2024. As consultas hospitalares também aumentaram, de 12 milhões em 2016 para mais de 14 milhões em 2024, reforçando que a procura por cuidados primários está inserida numa tendência geral de demanda crescente no sistema de saúde. A taxa de utilização de consultas médicas diferencia-se entre utentes com e sem médico de família. Estes últimos apresentam taxas consistentemente menores (entre 41% e 47%), enquanto o total dos utentes tem taxas próximas ou superiores a 67%. Isso sugere que barreiras estruturais, não financeiras, continuam a limitar o acesso, principalmente para os utentes sem médico atribuído.

Analisando os períodos pré e pós-isenção das taxas moderadoras, excluindo 2020 devido à pandemia, verificaram-se variações estatísticas significativas. O número de utentes inscritos cresceu tanto entre os com médico de família quanto entre os sem, porém, os utentes isentos por outros motivos não apresentaram variação significativa. A taxa geral de utilização das consultas médicas manteve-se estável, mas para os utentes sem médico de família foi observada uma diminuição significativa. O número total de consultas nos CSP não mudou significativamente, porém houve uma redução expressiva nas consultas presenciais e um aumento marcante nas não presenciais. As consultas de enfermagem e as hospitalares também aumentaram significativamente. Destacam-se ainda quedas em consultas programadas e aumento em consultas não programadas.

As correlações encontradas indicam que o número de utentes isentos não está significativamente associado à maioria das variáveis de utilização, exceto com consultas programadas, consultas ao domicílio e consultas hospitalares. Contudo, quando ajustados para fatores de controlo como o número de utentes inscritos em programas específicos de HTA, DM, RN e consultas hospitalares, essas associações perderam significância estatística, sugerindo que os efeitos aparentes são mediados por outras variáveis não incluídas na análise.

A interpretação geral aponta para um impacto marginal da eliminação das taxas moderadoras nos padrões de utilização dos CSP. Embora algumas mudanças tenham ocorrido nas modalidades de consulta e categorias assistenciais, não se verificou um aumento estrutural na procura decorrente da eliminação dessas taxas. Reformas estruturais, como a consolidação das Unidades Locais de Saúde e a expansão de plataformas digitais para teleconsulta, também alteraram os padrões de uso e a forma

como os contatos são registados e classificados. Também a existência de oscilações sazonais, campanhas de saúde e o comportamento diferido pós-pandemia, assim como diferentes dinâmicas de interação cooperativa e/ou competitiva entre os setores público, privado e social, influenciam os dados agregados, dificultando a atribuição exclusiva da eliminação das taxas moderadoras às mudanças observadas.

Limitações do Estudo

A análise dos resultados deste estudo deve ser realizada com cautela, considerando várias limitações metodológicas e das características dos dados utilizados.

O estudo baseou-se em dados administrativos agregados a nível nacional ou regional, o que impossibilita identificar variações intermunicipais ou entre diferentes unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Essa limitação compromete a capacidade de detectar padrões específicos ou heterogeneidades locais na utilização dos serviços. Além disso, não houve acesso a dados individuais, o que impede avaliar diferenças detalhadas segundo características socioeconómicas, clínicas ou demográficas dos utentes. Essa falta de granularidade reduz a profundidade analítica e limita a possibilidade de estabelecer relações causais robustas, dificultando a compreensão completa das dinâmicas subjacentes à procura de cuidados.

Outro fator importante é a unidade temporal da análise, que considerou apenas dados anuais. Embora adequada para identificar tendências de médio prazo, essa abordagem não permite captar efeitos de curto prazo, variações sazonais ou flutuações mensais, que poderiam revelar dinâmicas mais subtis relacionadas à eliminação das taxas moderadoras. Assim, possíveis alterações relevantes ocorridas em períodos inferiores a um ano podem não estar refletidas.

A maior limitação também está na sobreposição temporal entre a implementação da Lei n.º 84/2019 e a pandemia de COVID-19. A pandemia provocou uma disrupção sem precedentes na organização e funcionamento dos serviços e mudou os padrões de utilização. Apesar de o ano de 2020 ter sido excluído das análises inferenciais, os efeitos estruturais prolongaram-se nos anos subsequentes, dificultando a separação clara do impacto da isenção de cobrança das taxas moderadoras. Ainda que com ajustes estatísticos para variáveis de controlo relevantes, o potencial enviesamento devido a

esta concomitância não pôde ser completamente eliminado. É importante destacar que, antes da nova legislação, já mais de 60% da população usufruía de isenção por critérios prévios, limitando a margem para observar variações agregadas significativas após a eliminação das taxas. Essa alta cobertura prévia reduz a sensibilidade dos dados para captar mudanças significativas na procura decorrentes da nova lei.

Por último, o presente estudo não incorporou métricas de qualidade assistencial nem indicadores de saúde, limitando a compreensão do potencial efeito das alterações na procura no acesso, nos tempos de resposta dos serviços, em indicadores de satisfação dos utentes, e melhoria efetiva de saúde e prevenção de doença. Assim, e apesar de fornecer uma visão sólida sobre padrões quantitativos de utilização dos CSP, estas limitações indicam que a análise estará muito provavelmente incompleta quanto aos seus efeitos mais amplos. Estas restrições reforçam a necessidade de interpretações cuidadosas e de estudos futuros com abordagens mais detalhadas e abrangentes para esclarecer os impactos sociais, clínicos e organizacionais decorrentes da eliminação das taxas moderadoras nos CSP do SNS.

Implicações para políticas de gestão e economia da saúde em CSP

Os resultados apontam para a necessidade de as políticas públicas em CSP se concentrarem prioritariamente na redução das barreiras organizacionais, nomeadamente por meio da expansão da cobertura do médico de família, da melhoria da acessibilidade aos serviços e da diminuição dos tempos de espera para atendimento. A criação e consolidação das Unidades Locais de Saúde (ULS), que promovem a integração vertical dos cuidados primários, hospitalares e comunitários sob uma gestão unificada, representam um avanço significativo neste caminho, pois podem contribuir para uma maior eficiência e continuidade assistencial, ainda que as melhorias esperadas tenham, muitas vezes, ficado aquém das expectativas anunciadas.

A gratuitidade nos CSP do SNS pode exercer influência indireta sobre a dinâmica da procura nos setores complementar e privado. É plausível que a redução das barreiras financeiras no setor público force ajustes nos setores privado e social, levando a um reposicionamento da oferta através de serviços mais diferenciados, de tempos de resposta mais curtos ou abordagens focadas nas áreas em que o SNS apresenta fragilidades. No setor social, a eliminação dos custos de acesso aos primeiros níveis de

cuidados pode fortalecer a articulação com serviços comunitários e de proximidade, ampliando oportunidades para oferecer cuidados mais integrados e contínuos especialmente para populações vulneráveis, idosos e doentes crónicos.

No plano estrutural, a experiência portuguesa demonstra que a isenção da cobrança de taxas moderadoras reforça o carácter universal do SNS, aproximando-o dos princípios de equidade típicos do modelo Beveridgiano. No entanto, num cenário de reformas que aproximam o sistema a características dos modelos Bismarckianos, como a maior integração vertical, a complexificação das fontes de financiamento e a procura por eficiência, é fundamental que a eliminação das barreiras financeiras não seja neutralizada por constrangimentos organizacionais. A sustentabilidade futura do SNS dependerá da capacidade de conciliar estes elementos: preservar a acessibilidade gratuita nos cuidados primários enquanto se investe em reorganização, qualidade e coordenação eficiente entre níveis de cuidados.

Esta dissertação sugere que o maior desafio para as políticas de saúde não reside na política de cobrança de taxas moderadoras, mas na criação e consolidação de condições que garantam que os CSP respondam com eficácia, qualidade e equidade às necessidades da população. Isso implica fortalecer a capacidade instalada, aprimorar os mecanismos de gestão integrada e assegurar que o sistema evolua mantendo os pilares da universalidade e equidade, ao mesmo tempo em que responda à crescente pressão demográfica, epidemiológica e tecnológica do setor da saúde em Portugal.

Conclusão

O presente estudo avaliou o impacto da eliminação das taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), entre 2016 e 2024. A análise baseou-se em dados administrativos agregados de âmbito nacional e regional, procurando identificar variações na procura de consultas médicas e de enfermagem após a implementação da Lei n.º 84/2019. Como variável de controlo, foram igualmente analisadas as consultas hospitalares, de forma a perceber eventuais efeitos de substituição entre níveis assistenciais.

Os resultados obtidos demonstram que a abolição das taxas moderadoras teve um efeito residual sobre a procura global de cuidados primários. Embora se tenham verificado alterações estatisticamente significativas em modalidades específicas — como a redução das consultas presenciais e o aumento das não presenciais, ou ainda a diminuição das consultas programadas e a subida das não programadas — estas associações perderam significância estatística após ajustamento para autocorrelação e variáveis de controlo, sugerindo que os efeitos observados se devem sobretudo ao contexto pandémico e aos constrangimentos organizacionais do sistema, mais do que à mudança legislativa em si. A taxa anual de utilização de consultas médicas manteve-se estável, e mesmo entre os utentes sem médico de família, que revelaram um decréscimo de utilização, a associação direta com a isenção revelou-se pouco robusta após ajustamento por variáveis de controlo.

Estes resultados devem ser interpretados à luz de fatores estruturais: a elevada proporção de utentes já isentos antes de 2019 limitou o efeito mensurável da nova legislação, enquanto as transformações epidemiológicas (envelhecimento, aumento da carga de doenças crónicas) e a reorganização da prestação de cuidados (nomeadamente a expansão das modalidades não presenciais) tiveram um peso determinante nos padrões de utilização observados. Fica assim evidente que as barreiras organizacionais e estruturais condicionam mais fortemente o acesso do que a dimensão financeira residual representada pelas taxas moderadoras, o que é corroborado pela ausência de efeitos diretos estatisticamente robustos nos modelos ajustados.

Assim, conclui-se que a eliminação das taxas moderadoras, embora relevante no plano simbólico e alinhada com os princípios de universalidade e equidade do SNS, não produziu uma alteração estrutural da procura em CSP. O verdadeiro desafio para a

política de saúde reside em aumentar a cobertura por médico de família, reduzir tempos de espera, garantir continuidade de cuidados e adaptar a resposta do sistema às necessidades de uma população envelhecida e com maior prevalência de doenças crónicas.

Neste enquadramento, os resultados desta investigação levam a três recomendações práticas fundamentais:

1. Reforçar a capacidade organizacional dos CSP, ampliando a cobertura médica e de enfermagem, e apoiando as Unidades Locais de Saúde como eixo de integração entre níveis assistenciais;

2. Promover acessibilidade efetiva, reduzindo barreiras não financeiras através de maior disponibilidade de agendas, equilíbrio entre modalidades presenciais e remotas, e uso criterioso das tecnologias digitais para não agravar desigualdades;

3. Monitorizar de forma contínua os impactos da gratuitidade, complementando a avaliação quantitativa com indicadores de qualidade assistencial, satisfação dos utentes e equidade no acesso.

Referências

Ahmadi, A. (2023). Fees for primary care: passion and emotion are integral to the conversation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *380*, 596. https://doi.org/10.1136/bmj.p596

Ahonkhai, A. A., Regan, S., Idigbe, I., Adeniyi, O., Aliyu, M. H., Okonkwo, P., Adeola, J., Losina, E., Musa, Z., Ezechi, O., & Freedberg, K. A. (2020). The impact of user fees on uptake of HIV services and adherence to HIV treatment: Findings from a large HIV program in Nigeria. *PloS One*, *15*(10), e0238720. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238720

Arriaga, M., Yongjie, Y., Herick de Sa, T., Justo, A., Câmara, G., & Costa, A. (2025). Endorsement of the Lisbon Outcome Statement and Launch of a National Programme for Age-Friendly Cities and Communities in Portugal. *Inquiry : A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, *62*, 469580241298829. https://doi.org/10.1177/00469580241298829

Arsenijevic, J., Pavlova, M., & Groot, W. (2015). Out-of-pocket payments for health care in Serbia. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *119*(10), 1366–1374. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.07.005

Assembleia da República. (1986). Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março. In *Diário da República n.º 66/1986, Série I.*

Assembleia da República. (1992). Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril. In *Diário da República n.º 86/1992, Série I-A* (Vol. 86, pp. 1725–1726). Assembleia da República.

Assembleia da República. (1995). Decreto-lei 287/95, de 30 de Outubro. In *Diário da República n.º 251/1995, Série I-A* .

Assembleia da República. (2011). Decreto-Lei n.º 113/2011. In *Diário da República n.º 229/2011, Série I.* Assembleia da República.

Assembleia da República. (2012). DL n.º 128/2012, de 21 de Junho. In *Diário da República, 1.ª série — N.º 119.*

Assembleia da República. (2015a). Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril. In *Diário da República n.º 78/2015, Série I* (pp. 2034–2035). Assembleia da República.

Assembleia da República. (2015b). Portaria n.º 324-A/2015, de 1 de outubro. In *Diário da República n.º 192/2015, 2º Suplemento, Série I* (pp. 452–452).

Assembleia da República. (2017). Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro. In *Diário da República n.º 195/2017, Série I* (pp. 5624–5625).

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 84/2019, de 3 de setembro . In *Diário da República n.º 168/2019, Série I* (pp. 34–35). Assembleia da República.

Assembleia da República. (2022). Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio. In *Diário da República n.º 103/2022, Série I* (pp. 3–4). Assembleia da República.

Banco de Portugal. (2024). *Boletim Económico Outubro 2024*.

Barbosa, A. P. (2011). *Implicações éticas das taxas moderadoras face à escassez de recursos em saúde*. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:74459874

Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy*, *106*(1), 17–22. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.008

Bernal-Delgado, E., Garcia-Armesto, S., Oliva, J., Sanchez Martinez, F. I., Repullo, J. R., Pena-Longobardo, L. M., Ridao-Lopez, M., & Hernandez-Quevedo, C. (2018). Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *20*(2), 1–179.

Bjegovic-Mikanovic, V., Vasic, M., Vukovic, D., Jankovic, J., Jovic-Vranes, A., Santric-Milicevic, M., Terzic-Supic, Z., & Hernandez-Quevedo, C. (2019). Serbia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *21*(3), 1–211.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *22*(6), 1–272.

Boone, J., & Remmerswaal, M. (2024). A structural microsimulation model for demand-side cost-sharing in healthcare. *Journal of Health Economics*, *97*, 102900. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102900

Cortés-Adame, L. J., & Gómez-Dantés, O. (2025). The termination of Seguro Popular: impacts on the care of high-cost diseases in the uninsured population in Mexico. *The Lancet Regional Health – Americas*, *46*. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101078

Diário da República. (2020, March 31). *Lei 02/2020 de 31 de março*. 89–90. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2-2020-130893436

Directorate-General for Health and Food Safety. (2016). *Health-EU Newsletter - Chronic Diseases*.

Elias Mossialos, A. D. J. F. and J. K. (2002). *Funding health care: options for Europe*.

Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras*.

European Comission. (2023). *State of Health in the EU Portugal - Perfil de saúde do país 2023*.

Farbmacher, H., & Winter, J. (2013). PER-PERIOD CO-PAYMENTS AND THE DEMAND FOR HEALTH CARE: EVIDENCE FROM SURVEY AND CLAIMS DATA. *Health Economics*, *22*(9), 1111–1123. https://doi.org/10.1002/hec.2955

Fundação Calouste Gulbenkian, H. C. P. (2016). *Health in Portugal: a challenge for the future*.

Fusco, N., Sils, B., Graff, J. S., Kistler, K., & Ruiz, K. (2023). Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, *29*(1), 4–16. https://doi.org/10.18553/jmcp.2022.21270

Giulio de Belvis, A., Meregaglia, M., Morsella, A., Adduci, A., Perilli, A., Cascini, F., Solipaca, A., Fattore, G., Ricciardi, W., Maresso, A., & Scarpetti, G. (2022). Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *24*(4), 1–236.

Gobierno de España. (2012). Real Decreto-ley 16/2012. In *Bletín Oficial del Estado, núm. 98, de 24/04/2012*. Jefatura del Estado.

Gourzoulidis, G., Kourlaba, G., Stafylas, P., Giamouzis, G., Parissis, J., & Maniadakis, N. (2017). Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *121*(4), 363–377. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.008

Graham, I. (2004). Developing health and social care under the reforms of Tony Blair and Clement Attlee, Prime Ministers of Great Britain and Northern Ireland. *Journal of Allied Health*, *33*(1), 42–46.

Greenfield, G., Majeed, B., Hayhoe, B., Rawaf, S., & Majeed, A. (2019). Rethinking primary care user fees: is charging a fee for appointments a solution to NHS underfunding? *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *69*(683), 280–281. https://doi.org/10.3399/bjgp19X703793

Han, S., & Sohn, H. (2023). The short-term effects of fixed copayment policy on elderly health spending and service utilization: evidence from South Korea's age-based policy using exact date of birth. *International Journal of Health Economics and Management*, *23*(2), 255–279. https://doi.org/10.1007/s10754-023-09344-1

Health at a Glance: Europe 2024. (2024).

Holst, J., Giovanella, L., & Andrade, G. C. L. de. (2016). Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde Em Debate*, *40*(spe), 213–226. https://doi.org/10.1590/0103-11042016s18

Hone, T., Lee, J. T., Majeed, A., Conteh, L., & Millett, C. (2017). Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review. *Health Policy and Planning*, *32*(5), 723–731. https://doi.org/10.1093/heapol/czw178

Iragorri, N., de Oliveira, C., Fitzgerald, N., & Essue, B. (2021). The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care-A Systematic Literature Review. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, *28*(2), 1216–1248. https://doi.org/10.3390/curroncol28020117

Jan, S., Essue, B. M., & Leeder, S. R. (2012). Falling through the cracks: the hidden economic burden of chronic illness and disability on Australian households. *Medical Journal of Australia*, *196*(1), 29–31. https://doi.org/10.5694/mja11.11105

Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A. H., Hanspers, K., Anell, A., & Merkur, S. (2023). Sweden: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *25*(4), 1–236.

Jennings, N., Garcia, D. O., Eng, H., & Calhoun, E. (2021). Utilization and cost sharing for preventive cancer screenings. *Health Policy OPEN*, *2*, 100044. https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2021.100044

Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). *The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects*.

Johansson, N., Jakobsson, N., & Svensson, M. (2019). Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *20*(8), 1271–1280. https://doi.org/10.1007/s10198-019-01095-6

Jones, D., & Loader, N. (2016). Should patients pay to see the GP? *BMJ*, h6800. https://doi.org/10.1136/bmj.h6800

Kolasa, A., & Weychert, E. (2024). The causal effect of catastrophic health expenditure on poverty in Poland. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *25*(2), 193–206. https://doi.org/10.1007/s10198-023-01579-6

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *18*(2), 1–240.

Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009094

Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A. R., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, *23*(1), 1564. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8

Lopes, F. V., Riumallo Herl, C. J., Mackenbach, J. P., & Van Ourti, T. (2022). Patient cost-sharing, mental health care and inequalities: A population-based natural experiment at the transition to adulthood. *Social Science & Medicine (1982)*, *296*, 114741. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114741

Łyszczarz, B., & Abdi, Z. (2021). Factors Associated with Out-of-Pocket Health Expenditure in Polish Regions. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(12). https://doi.org/10.3390/healthcare9121750

Machado, S., Moura, A., Vargas Lopes, F., Marques, D., & Sa, L. (2024). A health system assessment approach to analysis of political parties' health proposals, Portugal. *Bulletin of the World Health Organization*, *102*(11), 820–827. https://doi.org/10.2471/BLT.24.291831

Majeed, A. (2023). Let's look dispassionately at the arguments for and against user fees for NHS primary care in England. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *380*, 303. https://doi.org/10.1136/bmj.p303

Mann, B. S., Barnieh, L., Tang, K., Campbell, D. J. T., Clement, F., Hemmelgarn, B., Tonelli, M., Lorenzetti, D., & Manns, B. J. (2014). Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review. *PloS One*, *9*(3), e89168. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089168

Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., & Leibowitz, A. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*, *77*(3), 251–277. http://www.jstor.org/stable/1804094

Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *22*(3), 1–194.

McGuire, M., & Iuga. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 35. https://doi.org/10.2147/RMHP.S19801

Milevska Kostova, N., Chichevalieva, S., Ponce, N. A., van Ginneken, E., & Winkelmann, J. (2017). The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *19*(3), 1–160.

Ministério da Saúde, I. P. (2003). Decreto-lei 173/2003, de 1 de Agosto. In *Diário da República n.º 176/2003, Série I-A*. Assembleia da República.

Montekio, V. B., Medina, G., & Aquino, R. (2011). [The health system of Brazil]. *Salud Publica de Mexico*, *53 Suppl 2*, s120-31.

Olm, M., Donnachie, E., Tauscher, M., Gerlach, R., Linde, K., Maier, W., Schwettmann, L., & Schneider, A. (2021). Ambulatory specialist costs and morbidity of coordinated and uncoordinated patients before and after abolition of copayment: A cohort analysis. *PloS One*, *16*(6), e0253919. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253919

Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A.-V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., & Chevreul, K. (2023). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *25*(3), 1–276.

Pedro Pita Barros. (2019). *Economia da Saúde* (Pedro Pita Barros, Ed.; 4th ed.). Almedina.

Prager, G. W., Braga, S., Bystricky, B., Qvortrup, C., Criscitiello, C., Esin, E., Sonke, G. S., Martínez, G., Frenel, J.-S., Karamouzis, M., Strijbos, M., Yazici, O., Bossi, P., Banerjee, S., Troiani, T., Eniu, A., Ciardiello, F., Tabernero, J., Zielinski, C. C., … Ilbawi, A. (2018). Global cancer control: responding to the growing burden, rising costs and inequalities in access. *ESMO Open*, *3*(2). https://doi.org/10.1136/esmoopen-2017-000285

Qin, V. M., Hone, T., Millett, C., Moreno-Serra, R., McPake, B., Atun, R., & Lee, J. T. (2019). The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Global Health*, *3*(Suppl 3), e001087. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001087

Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy*, *113*(1), 13–19. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005

Quintal, C., Tavares, H., & Lourenço, Ó. (2016). Impacto das taxas moderadoras sobre a utilização de cuidados de saúde pediátricos: estudo aplicado a crianças em idade escolar na cidade de Coimbra. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *34*(2), 154–162. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.01.001

Rathe, M., & Moliné, A. (2011). [The health system of Dominican Republic]. *Salud Publica de Mexico*, *53 Suppl 2*, s255-64.

Rebić, N., Cheng, L., Law, M. R., Cragg, J. J., Brotto, L. A., & De Vera, M. A. (2024). Predictors of cost-related medication nonadherence in Canada: a repeated cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *196*(40), E1331–E1340. https://doi.org/10.1503/cmaj.241024

République Française. (n.d.). Partie législative (Articles L111-1 à L961-5). In *Code de la sécurité sociale* .

Richard, P., Walker, R., & Alexandre, P. (2018). The burden of out of pocket costs and medical debt faced by households with chronic health conditions in the United States. *PLOS ONE*, *13*(6), e0199598. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199598

Rosen, B., Brammli-Greenberg, S., Gross, R., & Feldman, R. (2011). When co-payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in Israel's national health insurance system. *The International Journal of Health Planning and Management*, *26*(2). https://doi.org/10.1002/hpm.1039

Rosen, B., Waitzberg, R., & Merkur, S. (2015). Israel: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *17*(6), 1–212.

Sáenz, M. del R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). [The health system of Costa Rica]. *Salud Publica de Mexico*, *53 Suppl 2*, s156-67.

Salampessy, B. H., Portrait, F. R. M., Donker, M., Ismail, I., & van der Hijden, E. J. E. (2022). How important is income in explaining individuals having forgone healthcare due to cost-sharing payments? Results from a mixed methods sequential explanatory study. *BMC Health Services Research*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-022-07527-z

Socialstyrelsen. (2021). Statistics on Care and Services for the Elderly 2020. *Socialstyrelsen*.

Solanki, G., Schauffler, H. H., & Miller, L. S. (2000). The direct and indirect effects of cost-sharing on the use of preventive services. *Health Services Research*, *34*(6), 1331–1350.

Sowada, C., Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musial, K., Bochenek, T., Domagala, A., Dubas-Jakobczyk, K., Kocot, E., Mrozek-Gasiorowska, M., Sitko, S., Szetela, A. M., Szetela, P., Tambor, M., Wieckowska, B., Zabdyr-Jamroz, M., & van Ginneken, E. (2019). Poland: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *21*(1), 1–234.

Tiendrebeogo, C. O., Joseph, V., Bicaba, F., Bila, A., Bicaba, A., & Druetz, T. (2022). Does abolishing user fees for family planning increase contraception use? An impact evaluation of the national policy in Burkina Faso. *Journal of Global Health*, *12*, 04086. https://doi.org/10.7189/jogh.12.04086

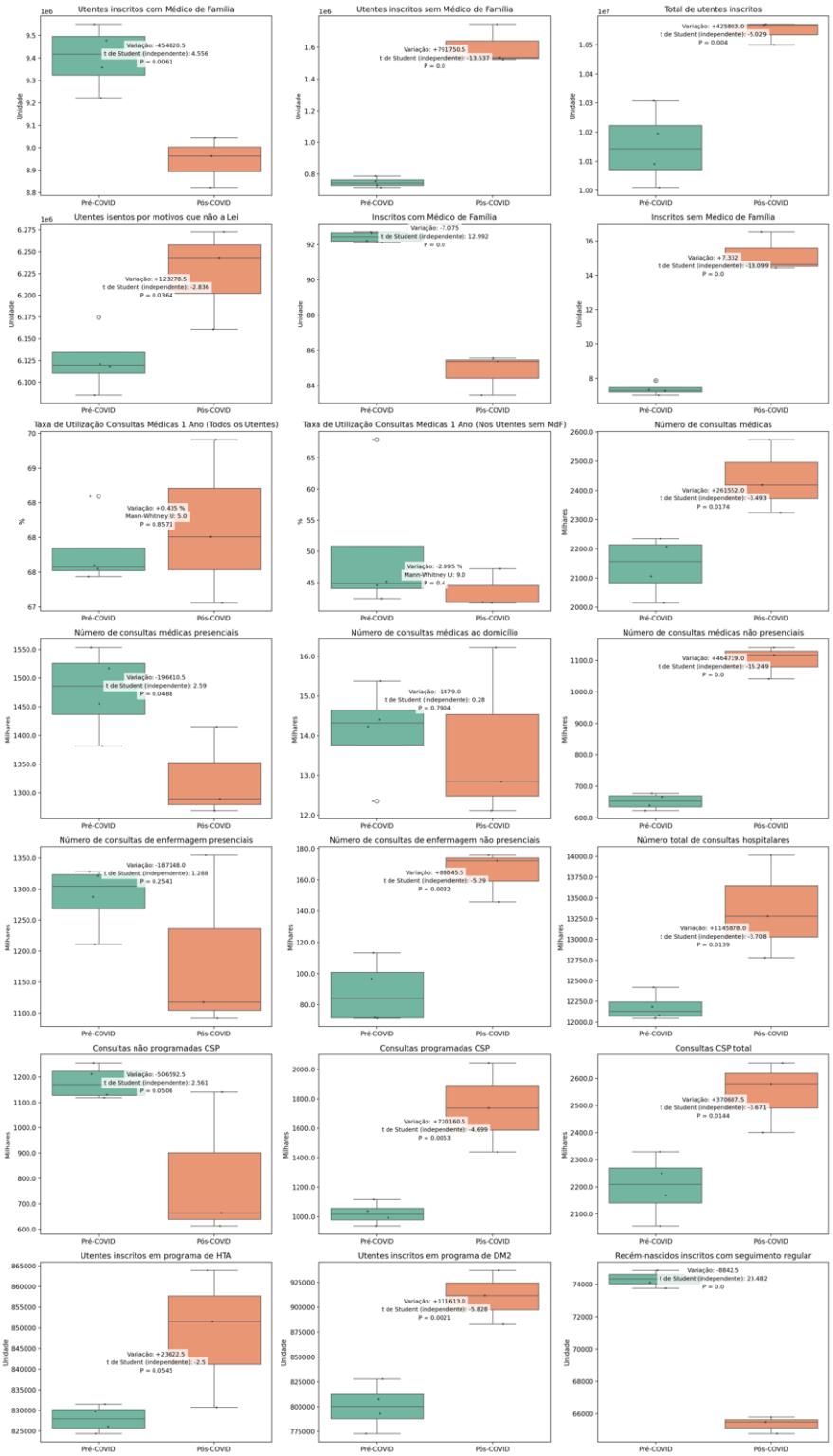
van Esch, T. E. M., Brabers, A. E. M., van Dijk, C. E., Gusdorf, L., Groenewegen, P. P., & de Jong, J. D. (2017). Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *121*(2), 180–188. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.001

Walsh, S., & Gillespie, P. (2023). Exploring the link between Multimorbidity and direct healthcare costs in Ireland: A cross-sectional study. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, *13*, 26335656231219420. https://doi.org/10.1177/26335656231219421

Xu, M., & Bittschi, B. (2022). Does the abolition of copayment increase ambulatory care utilization?: a quasi-experimental study in Germany. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *23*(8), 1319–1328. https://doi.org/10.1007/s10198-022-01430-4

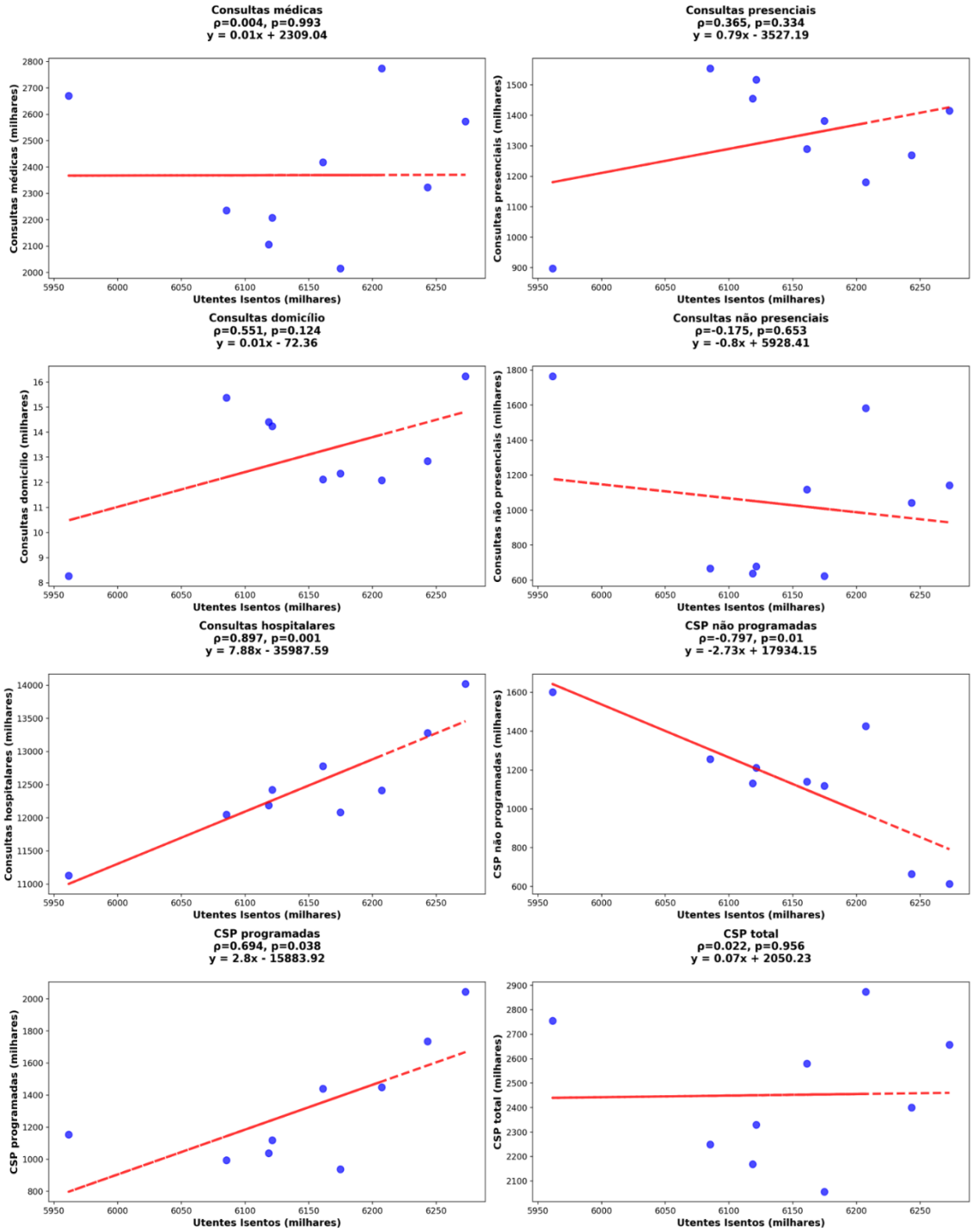
ANEXOS

Anexo 1



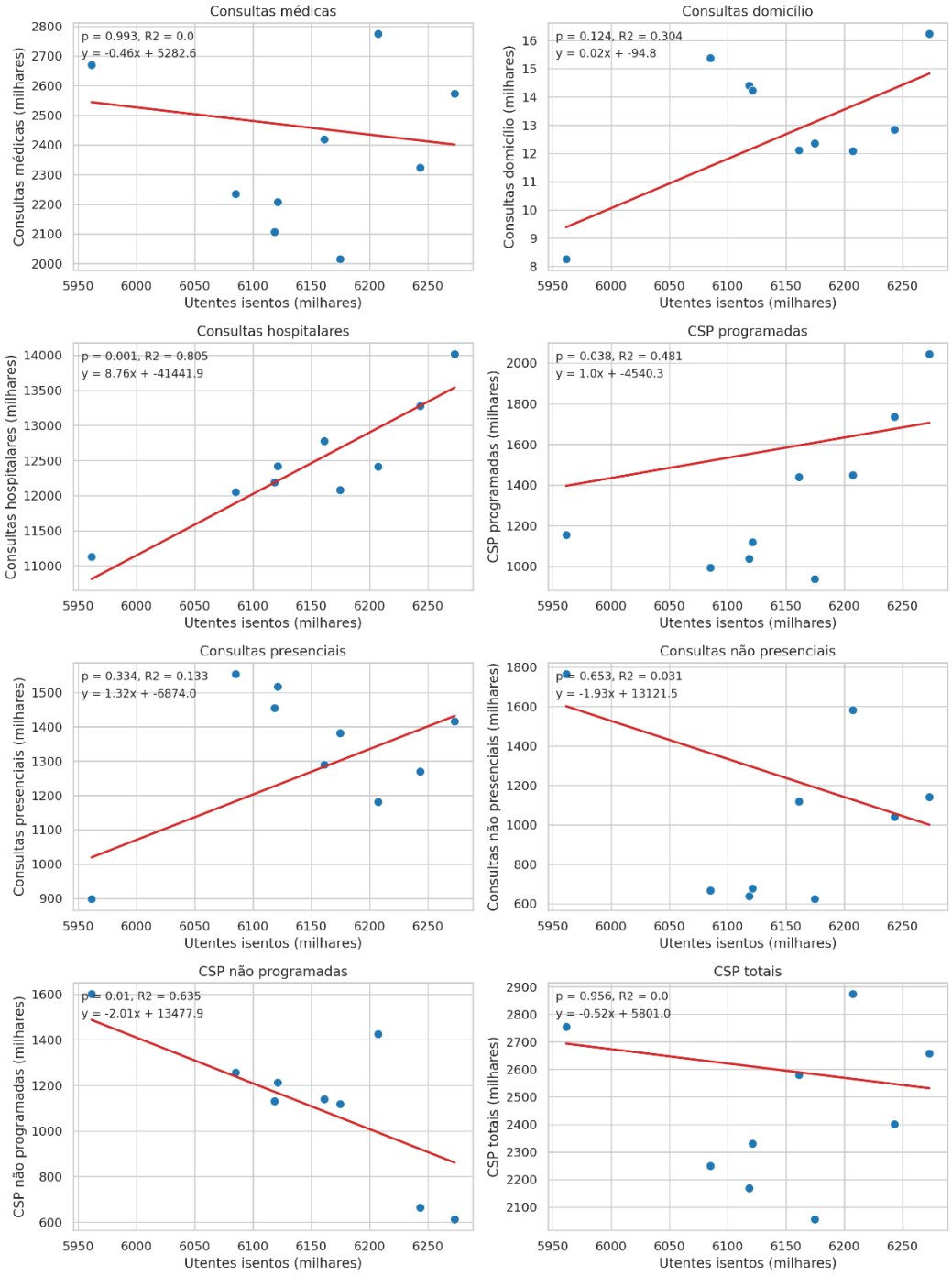
Anexo 1 . Agregados de box plot

Anexo 2



Anexo 2 . Agregados de gráficos de dispersão e regressão linear

Anexo 3



Anexo 3 . Agregados de gráficos de dispersão e regressão linear, após correção para autocorrelação