



# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## O Novo REGIME JURÍDICO DAS TAXAS MODERADORAS



**JUNHO DE 2013**

## Índice

Sumário executivo .....	1
1. Introdução.....	5
2. As taxas moderadoras do SNS .....	8
2.1. Enquadramento do regime das taxas moderadoras .....	9
2.2. Âmbito de aplicação das taxas moderadoras .....	18
2.3. Revisão das categorias de isenções e introdução da dispensa de cobrança de taxas moderadoras.....	19
2.4. Alteração do valor das taxas moderadoras.....	30
2.5. Conclusões sobre as alterações no regime jurídico das taxas moderadoras....	43
3. O processo de implementação do novo Regime Jurídico.....	45
3.1. Principais constrangimentos verificados .....	46
3.2. Análise dos procedimentos.....	56
3.3. Conclusões sobre o processo de implementação.....	71
4. Impacto das alterações no regime das taxas moderadoras .....	74
4.1. Impacto no perfil dos utentes isentos .....	74
4.2. Impacto no acesso aos serviços de saúde .....	79
4.2.1. Acesso a cuidados de saúde primários .....	81
4.2.2. Acesso a cuidados hospitalares .....	87
4.2.3. Conclusões sobre o impacto no acesso .....	93
4.3. Impacto financeiro .....	95
5. Conclusões .....	98
Anexo I – Taxas por utilização de serviços de saúde em países da Europa .....	103
Anexo II – Evolução histórico-legislativa da cobrança de taxas moderadoras.....	110
Anexo III – Categorias de isenções e situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras .....	120
Anexo IV – Pedidos de informação às ARS e à ACSS e súmula das respostas .....	125
Anexo V – Check-list utilizada nas fiscalizações .....	132
Anexo VI – Amostra de prestadores fiscalizados .....	135
Anexo VII – O impacto das taxas por utilização de serviços de saúde: teoria e evidência .....	136
Anexo VIII – Pedido de informação sobre a utilização de serviços do SNS e listagem de prestadores visados.....	144

## Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ARS – Administrações Regionais de Saúde

AT – Autoridade Tributária e Aduaneira

CIRS – Código do Imposto Sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

CRP – Constituição da República Portuguesa

DR – Diário da República

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OE – Orçamento do Estado

RNU – Registo Nacional de Utentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Sumário executivo

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, veio introduzir alterações no regime de acesso dos utentes às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designadamente em matéria de taxas moderadoras.

As principais mudanças face ao regime que vigorava anteriormente encontram-se no âmbito de aplicação, nas categorias de isenção e nos valores das taxas moderadoras, bem como na documentação e procedimentos administrativos relativos ao preenchimento dos requisitos das categorias de isenção.

Atendendo à incumbência de “elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde”, de “pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados”, bem como de “assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados” (cfr., respetivamente, as alíneas a) e e) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio e a alínea a) do artigo 35.º do mesmo diploma), a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) decidiu elaborar um estudo de análise do processo de implementação do novo regime de taxas moderadoras e do seu impacto no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, analisado também na perspetiva financeira.

Em todas as análises foi considerado o contexto económico-financeiro que motivou a adoção de medidas que pretendem promover a sustentabilidade financeira do SNS, tendo ainda por referência as conclusões da ERS no estudo “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado no seu sítio eletrónico em 13 de outubro de 2011.

Assim, no capítulo 2 do estudo é feito o enquadramento do regime das taxas moderadoras e são analisadas as principais alterações introduzidas pelo citado diploma, concretamente, em termos de âmbito de aplicação, da revisão das categorias de isenção e do aumento dos valores das taxas.

Desta análise decorre, desde logo, a constatação de que, no caso das doenças crónicas, houve uma alteração no sentido da sua exclusão do conjunto de situações que determinam isenção de taxa moderadora.

Foi, contudo, introduzida uma nova categoria de dispensa de cobrança de taxas moderadoras em prestações associadas à particular cronicidade da condição clínica, sendo certo que o elenco de doenças crónicas suscetíveis de promover a dispensa se

tenha reduzido face àquelas consideradas na anterior lista de isenções por doença crónica.

Quanto ao aumento dos valores das taxas, de 2011 para 2012 a maior parte dos serviços sujeitos a taxa moderadora sofreu aumentos de mais de 100%, com as variações relativas mais acentuadas nos cuidados de saúde primários. Em janeiro de 2013, foi aplicada a regra do ajustamento automático pela inflação, com a exceção de determinadas prestações nos cuidados de saúde primários e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Mas já em maio do mesmo ano, a atualização das tabelas de preços do SNS determinou várias alterações nos montantes das taxas dos serviços da tabela de MCDT

No capítulo 3 apresenta-se a análise realizada ao processo de implementação do novo regime jurídico, considerando a informação recolhida nas reclamações e pedidos de informação dos utentes rececionados pela ERS, a informação fornecida pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e a informação recolhida pela ERS em fiscalizações a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS.

Com efeito, a alteração substantiva das categorias de isenção e dos valores das taxas moderadoras acarretou uma revisão dos procedimentos destinados à operacionalização das novas regras, não só da perspetiva dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde responsáveis pela cobrança de taxas moderadoras aos utentes, no sentido da acomodação dos seus procedimentos administrativos e dos sistemas informáticos, mas igualmente da perspetiva dos utentes, em particular no que toca à necessidade de apresentação dos meios de comprovação para acederem à isenção de pagamento de taxas moderadoras.

Desta análise foi possível constatar que em 2012 se verificou um acréscimo do número de reclamações e pedidos de esclarecimento dos utentes. As questões mais suscitadas pelos utentes, pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e pelas ARS, relacionaram-se essencialmente com o pedido e processo de decisão relativamente à isenção por insuficiência económica e incapacidade igual ou superior a 60%, com a determinação das situações dispensadas de cobrança de taxas moderadoras e dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras.

Finalmente, o capítulo 4 é dedicado ao estudo dos impactos da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS.

Das análises realizadas concluiu-se que, de 2011 para 2012, se assistiu ao aumento relativo de utentes isentos por condição de insuficiência económica. Por outro lado, passou a estar prevista a isenção por incapacidade, independentemente da condição clínica estar ou não associada à cronicidade de determinada doença, desde que provoque o grau de incapacidade definido como relevante (igual ou superior a 60%). Não obstante, determinadas doenças crónicas foram incluídas na nova categoria de dispensa de taxas moderadoras, quanto a específicas prestações de saúde no âmbito da doença.

Através do estudo dos dados de utilização de cuidados de saúde, remetidos pelas ARS e Unidades Locais de Saúde, concluiu-se que de 2011 para 2012 se registou uma redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários, variação esta mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos de taxa moderadora, isto é, nos utentes que não enfrentam a barreira financeira das taxas. Este impacto poderá decorrer de um efeito de redução global do consumo de bens e serviços, face às actuais dificuldades económicas em Portugal, atendendo a que os utentes isentos por condição de insuficiência económica têm agora um maior peso relativo no total de utentes isentos.

Também ao nível dos cuidados de saúde primários, concluiu-se que em 2012 ocorreu um crescimento da utilização de consultas médicas sem a presença do utente, o que considerado conjuntamente com a redução das consultas presenciais, evidencia um efeito de substituição entre os dois tipos de consultas.

Já nos cuidados hospitalares não foi encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas de especialidade.

A utilização de urgências caiu, mas de forma uniforme em utentes isentos e não isentos, não podendo por isso tal resultado ser atribuído a um efeito de moderação promovido pelas taxas. Este efeito é, no entanto, plausível, como justificação para o observado aumento do peso relativo dos casos mais graves nas urgências hospitalares, dado que este aumento apenas se verificou para o grupo de utentes não isentos.

Finalmente, relacionando a utilização de urgências hospitalares com a de cuidados de saúde primários a nível regional, constatou-se que de 2011 para 2012 decresceu a importância relativa das urgências face às consultas programadas nos centros de saúde, evolução que poderá ser reflexo da alteração relativa da estrutura de preços subjacente à tabela de taxas moderadoras.

No que concerne ao impacto das taxas no financiamento global do SNS, concluiu-se que a receita com taxas moderadoras representou apenas 0,74 % do total da receita do SNS em 2010, 0,95 % em 2011 e 1,7 % em 2012, podendo assim afirmar-se que as taxas moderadoras têm um peso relativamente baixo no total da receita do SNS.

## 1. Introdução

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, foram introduzidas alterações no regime de acesso dos utentes às prestações do SNS em matéria de taxas moderadoras e de transporte não urgente de utentes, tendo por pressuposto os compromissos de execução obrigatória assumidos no Memorando de Entendimento assinado entre o Estado português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, de “Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas”<sup>1</sup>.

Quanto às taxas moderadoras, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro introduziu assim um novo regime para acesso às prestações do SNS pelos utentes. As principais mudanças face ao regime que vigorava anteriormente encontram-se no âmbito de aplicação (i.e., utentes sujeitos a pagamento e prestações de saúde abrangidas), nas categorias de isenção e nos valores das taxas moderadoras, bem como na documentação e procedimentos administrativos relativos ao preenchimento dos requisitos das categorias de isenção.

O regime de taxas moderadoras do SNS, e as alterações nele introduzidas, tocam diversas dimensões importantes do sistema de saúde e diversos atores desse sistema, visando objetivos e produzindo impactos por vezes potencialmente conflituantes.

Por um lado, no contexto do atual enquadramento constitucional e legal, as taxas moderadoras constituem um instrumento de moderação do consumo excessivo de cuidados de saúde, pelo que têm por objetivo primeiro promover uma utilização eficiente dos recursos disponíveis. E não obstante esta natureza, as taxas moderadoras arrecadadas não deixam de ser uma fonte de receita do SNS, tendo, por isso, também uma dimensão financeira associada que não deve ser ignorada.

Por outro lado, as taxas moderadoras, enquanto pagamento exigido aos utentes no momento de acesso aos cuidados de saúde na rede do SNS (incluindo-se, aqui, os prestadores não públicos com convenção ou acordo), são efetivamente uma exigência financeira colocada aos utentes, pelo que em determinadas condições poderão representar uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde.

Considerando, ademais, que a alteração introduzida pelo referido Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, assume cariz sistémico e está baseada na conjuntura

---

<sup>1</sup> Cfr. a tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, divulgada pelo Governo português no seu sítio eletrónico.

económico-financeira atual, que se caracteriza por um ambiente adverso de constante alteração, torna-se relevante a monitorização da implementação das medidas adotadas, designadamente com um acompanhamento do impacto e dos resultados obtidos com tais medidas.

Ora, a ERS tem precisamente como incumbências estatutárias, por um lado, “elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde [...] tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes”, “pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados [...] e velas pelo seu cumprimento” e, por outro lado, “assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados” – cfr., respetivamente, as alíneas a) e e) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio e a alínea a) do artigo 35.º do mesmo diploma.

Salienta-se ainda que o estudo elaborado em 2011 pela ERS, de “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, visara já contribuir para a reflexão e discussão da forma de cumprimento dos compromissos assumidos no Memorando de Entendimento, para a estimativa de quantificação dos seus potenciais impactos positivos, no sentido de estabelecer as bases para a sustentabilidade financeira do SNS.

Assim, atendendo a tais incumbências, e à importância do tema em apreço para o sistema de saúde e os seus utentes, a ERS decidiu realizar o presente estudo com o fito de analisar o processo de implementação do novo regime de taxas moderadoras e o seu impacto no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como em termos financeiros.

Não obstante o referido Decreto-Lei contemplar também matéria relativa a transporte não urgente de utentes, o presente estudo circunscreve-se à análise do regime das taxas moderadoras, uma vez que a ERS já se encontra a monitorizar a situação do acesso ao transporte quando essencial ao próprio acesso aos cuidados de saúde<sup>2</sup>, e na medida em que se trata de regimes distintos em termos substantivos e adjetivos.

Este estudo está estruturado da seguinte forma: no capítulo 2 é feito o enquadramento do regime das taxas moderadoras e são analisadas as principais alterações

---

<sup>2</sup> Este processo de monitorização tem origem no parecer da ERS sobre o projeto de “Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” e na deliberação emitida em processo de inquérito quanto à prescrição e assunção dos custos do transporte de utentes do SNS, cfr. documentos disponíveis no *website* da ERS.

introduzidas pelo citado diploma, concretamente, em termos de âmbito de aplicação, da revisão das categorias de isenção e do aumento dos valores das taxas; no capítulo 3 apresenta-se a análise realizada ao processo de implementação do novo regime jurídico, considerando informação recolhida nas reclamações e pedidos de informação dos utentes, informação fornecida pelas ARS e pela ACSS, e informação recolhida pela ERS em fiscalizações a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS; o capítulo 4 é dedicado ao estudo dos impactos da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, e no financiamento global do SNS; e finalmente, no capítulo 5 são apresentadas as conclusões.

## 2. As taxas moderadoras do SNS

O Memorando de Entendimento assinado entre o Estado português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, no âmbito do apoio financeiro externo à Portugal (Memorando de Entendimento), previu quanto às taxas moderadoras, na sua versão original de 17 de maio de 2011<sup>3</sup>, a necessidade de “Rever e aumentar no seu todo as taxas moderadoras do SNS através de uma revisão substancial das categorias de isenção existentes; [do] aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, garantindo simultaneamente que as taxas moderadoras em cuidados primários são inferiores às das consultas de especialidade e dos atendimentos urgentes; [e] legislar sobre a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à taxa de inflação.”

No sentido dar resposta ao Memorando de Entendimento, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, veio “regular as condições especiais de acesso às prestações do SNS<sup>4</sup>, determinando as taxas moderadoras aplicáveis no novo enquadramento supra referido”, ali se referindo igualmente que, para tanto, “[...se procedeu] à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras, com respeito pelo disposto na base XXXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS) e no n.º 2 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica comprovada.”.

Apresenta-se neste capítulo as principais alterações introduzidas pelo citado diploma, concretamente, em termos de âmbito de aplicação (utentes sujeitos a pagamento e prestações de saúde abrangidas), da revisão das categorias de isenção e do aumento dos valores das taxas moderadoras. Iniciando-se a análise pelo enquadramento constitucional e legal subjacente à cobrança de taxas moderadoras, uma vez que é do mesmo que resulta o quadro que necessariamente balizará a análise de quaisquer alterações introduzidas, tendo sempre em consideração, por outro lado, a sua compatibilidade com o(s) limite(s) jurídico-constitucionais da universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade do SNS.

---

<sup>3</sup> Primeira versão do Memorando e revisão de setembro de 2011, que previa a adoção destas medidas no terceiro e quarto trimestres de 2011.

<sup>4</sup> O diploma veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. Exclui-se do âmbito de análise do presente Estudo o transporte não urgente de utentes, pela razão já apresentada no capítulo 1.

## 2.1. Enquadramento do regime das taxas moderadoras

### ***Enquadramento constitucional e legislação de base***

O direito à proteção da saúde está consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Apresenta-se, assim, como um direito fundamental de natureza social, ou seja, um direito social a prestações do Estado do qual resulta para todos os cidadãos uma posição jurídica subjetiva ativa concretizada na possibilidade acederem ao SNS, o qual deverá dispor dos serviços de saúde necessários ao tratamento, reabilitação ou prevenção de doença de que cada cidadão padeça ou que possa vir a padecer.

A concretização do direito à proteção da saúde estava, porém, dependente de uma intervenção legislativa conformadora desse direito – a qual foi realizada, desde logo, com a aprovação da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro<sup>5</sup>). Por outro lado, a sua maior ou menor concretização, num determinado momento, depende também dos recursos materiais e financeiros disponíveis por parte do Estado<sup>6</sup>.

É neste sentido que a doutrina constitucional tem aludido diversas vezes ao facto de o direito à proteção da saúde, aliás como outros direitos sociais a prestações, ser um direito sob “reserva do possível”<sup>7</sup>, o que implica uma aplicação gradualística e progressiva da imposição constitucional contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da

---

<sup>5</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 214, de 15-09-1979.

<sup>6</sup> Na doutrina constitucional são comumente utilizadas as expressões “*reserva do possível*” e “*reserva de lei*”, que significam, respetivamente, que os direitos sociais, nos quais se integra o direito à proteção da saúde, estão dependentes da existência e disponibilidade de recursos materiais e financeiros e de uma intervenção legislativa concretizadora e conformadora desses direitos.

<sup>7</sup> Neste sentido, vd. na doutrina constitucional, entre outros, Vieira de Andrade, Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976, págs. 190 a 194 e JJ Gomes Canotilho Manual de Direito constitucional, vd. pág. 479. A “reserva do possível” traduz “(...) a ideia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existe dinheiro nos cofres públicos”, ou seja, os direitos sociais “(...) pressupõem grandes disponibilidades financeiras por parte do Estado” (cf. JJ Gomes Canotilho, op. cit., pág. 479). Assim, a realização dos direitos económicos, sociais e culturais, face à dependência do orçamento de Estado, ou seja, da “reserva económica do possível”, implica uma aplicação gradualística da Constituição.

CRP, de criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito<sup>8 9</sup>.

Por seu lado, a LBS, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

- “a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;

[...]”.

No que se refere à alínea c) da Base XXIV da LBS, será sempre admissível a cobrança de determinados valores que embora tenham uma componente exigível ao utente, possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras, e desde que não seja vedado o acesso

---

<sup>8</sup> Faz-se notar, contudo, que o direito à protecção da saúde “(...) não é, como acentuou este Tribunal nos seus Acórdãos n.ºs 39/84 e 330/89 (publicados no Diário da República, I Série, n.º 104, de 5 de maio de 1984, e II Série, n.º 141, de 22 de junho de 1989, respectivamente), um dos «direitos, liberdades e garantias», previstos no Título II da Parte I da Constituição, nem um direito de natureza análoga a estes, para efeitos de sujeição ao mesmo regime jurídico, nos termos do disposto no artigo 17.º da Lei Fundamental. É antes, um direito social típico e, enquanto tal, configura-se como um direito a acções ou prestações do Estado, de natureza jurídica (medidas legislativas), de carácter material (bens e serviços) e de índole financeira, necessárias à respectiva satisfação. Assim, ao contrário dos «direitos, liberdades e garantias», cujo âmbito e conteúdo são essencialmente determinados ao nível das opções constitucionais, e, por isso, são directamente aplicáveis, (cfr. o artigo 18.º, n.º 1, da Constituição), o direito à protecção da saúde, como direito social, está dependente de uma «interposição legislativa», isto é, de uma actividade mediadora e subsequente do legislador, com vista à criação dos pressupostos materiais indispensáveis ao seu exercício efectivo.” – Cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95, de 14 de dezembro, Proc. n.º 274/90, publicado no Diário da República, II Série, de 26 de março de 1996.

<sup>9</sup> Ainda que não seja feita menção expressa no artigo 64.º da CRP, constitui ainda característica do SNS a necessidade de ser garantida “a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (cfr. alínea d) da Base XXIV da LBS). Isto significa que sempre que acedam aos cuidados de saúde prestados pelos estabelecimentos integrados no SNS, os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante e os cidadãos em situação distinta devem receber tratamento distinto, de modo a que todos os cidadãos, sem exceção, possam usufruir, em iguais circunstâncias, e em função das necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.

aos cuidados de saúde por razões económicas<sup>10</sup>, nem sejam postas em causa as situações de isenção do pagamento de taxas moderadoras legalmente previstas (cfr. Base XXXIV da LBS).

De acordo com o disposto no n.º 1 da Base XXXIV da LBS, podem ser cobradas taxas moderadoras “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, as quais constituiriam “receita do Serviço Nacional de Saúde”. Contudo, a LBS estabelece, desde logo, uma ressalva na aplicação das taxas moderadoras, uma vez que as mesmas não poderão ser cobradas, quer àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, quer àqueles financeiramente mais desfavorecidos, os quais ficarão isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na lei (vd. n.º 2 da Base XXXIV da LBS).

Assim, de uma interpretação literal da Base XXXIV da LBS, poder-se-ia concluir que apenas seria admissível a cobrança de taxas moderadoras que cumprissem uma função de racionalização da utilização dos serviços de saúde.

Todavia, quanto ao princípio da gratuidade tendencial, note-se que, no decurso da apreciação da referida Base XXXIV, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido que foi atribuído à expressão “tendencialmente gratuito” introduzida no texto constitucional na revisão constitucional de 1989. A expressão “tendencialmente gratuito” não é entendida pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, como tendo invertido o princípio da gratuidade mas antes como estabelecendo a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu* através da aplicação de taxas moderadoras).

Efetivamente, o Tribunal Constitucional entendeu, no Acórdão citado, que

“[...] o Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º

---

<sup>10</sup> Pois constitui uma diretriz da política de saúde o objetivo fundamental de “obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (cfr. alínea b) do n.º 1 da Base II da LBS).

330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, especificamente sobre o conceito de gratuitidade tendencial, esclareceu que

“[...] «significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuitidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras ou outras», desde que estas não signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde.”.

Assim, ao estabelecer-se, na LBS, que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, o que estava ínsito na vontade do legislador era que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde depende unicamente da vontade do utente, essas taxas fossem capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde.

Com tal previsão legal pretende-se, assim, que por via da imposição do pagamento de determinado valor, seja exercida uma pressão sobre o utente, no momento da tomada de decisão de recorrer a determinado cuidado de saúde, e em especial em casos de pequena gravidade, apta a moderar ou racionalizar o consumo excessivo de cuidados de saúde.

Em desenvolvimento da Base XXXIV da LBS<sup>11</sup>, o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto (diploma que regulou a matéria de taxas moderadoras até às alterações legislativas em análise no presente estudo), fixava taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, como seja nas consultas nos centros de saúde, nas consultas externas nos hospitais e nos serviços de urgência dos hospitais, e não previu a cobrança de taxas moderadoras no acesso ao internamento ou em intervenções cirúrgicas.

Importa recordar as taxas moderadoras criadas no seguimento do Orçamento do Estado para 2007, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março, as quais incidiram sobre o acesso ao internamento e à realização de cirurgias de ambulatório. Poderá dizer-se, em essência, que estas taxas moderadoras incidiram sobre a utilização de serviços pelos utentes, embora sem que seja o utente (utilizador), em exclusivo, a determinar o consumo destes cuidados de saúde. Ainda que mantivessem como função primordial a necessidade de racionalização na utilização de serviços de saúde, não dependiam, todavia e como visto, exclusivamente da vontade do utente, mas igualmente de uma decisão médica, pelo que a pressão que era exercida no utente encontrava-se, pelo menos parcialmente, comprometida.

Neste mesmo sentido, note-se, ainda, que o legislador, quando determinou a eliminação de tais taxas, referiu que a opção de reavaliação se devia, também, à análise do efeito concreto que a aplicação destas taxas moderadoras tem no conjunto do sistema de saúde (cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 322/2009, de 14 de dezembro), isto é, que o impacto das mesmas na moderação do consumo dos atos sobre que incidiam não se encontraria (pelo menos totalmente) evidenciado.

Com efeito, e tal como será melhor salientado na análise constante do anexo I, a redução do consumo desnecessário ocorrerá se a decisão de consumir estiver na esfera do utente a quem serão cobradas essas mesmas taxas. Ora, no caso do consumo de cuidados de saúde, são frequentes as situações em que a decisão de consumo é partilhada entre utente e profissional de saúde, senão estando quase completamente nas mãos do segundo. A prescrição médica tem, pois, um papel fundamental na tomada de decisão de consumo; devido à substancial assimetria de informação entre o profissional de saúde e o utente, este toma a indicação daquele como decisiva na identificação da necessidade de consumo.

Neste contexto, outras situações poderão ser referidas porquanto não dependerão exclusivamente da vontade do utente, mas igualmente de uma decisão médica,

---

<sup>11</sup> Que estabelece, recorde-se, que podem ser cobradas taxas moderadoras “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”.

fazendo com que a pressão exercida no utente se encontre, pelo menos parcialmente, comprometida.

Refira-se, neste sentido, que o acesso dos utentes às consultas de especialidade hospitalar obedece a um esquema de referência pelo médico de família (ou pelo médico assistente), pelo que o utente não acede diretamente à consulta hospitalar.

Deverá igualmente salientar-se que o acesso a determinados MCDT invasivos pode não depender da vontade única do utente, o mesmo podendo questionar-se relativamente aos MCDT solicitados pelo médico em contexto de urgência hospitalar.

Assim, onde será mais evidente a relação entre o consumo e a sua moderação por via de taxa moderadora será nos atendimentos em urgência e nos cuidados primários (consultas médicas e de enfermagem).

Para além de uma componente de moderação do consumo dos cuidados de saúde, as taxas moderadoras constituem, igualmente, receita do SNS, uma vez que nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, respondem pelos encargos com os cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS os seus beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais, sendo que nos termos do preceituado no n.º 2 desse artigo 23.º do Estatuto do SNS, “[...] são isentos de pagamento de encargos os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos, constantes de relação a estabelecer em decreto-lei.”

No entanto, não se pode olvidar que as taxas moderadoras representam apenas uma pequena fração das receitas totais do SNS, não visando funcionar como fonte de financiamento, tendo antes a função de moderação do consumo de cuidados de saúde. Efetivamente, o peso das taxas moderadoras no financiamento do SNS tem sido bastante reduzido, não chegando a receita em taxas moderadoras aos 2% do total da receita do SNS, como se poderá constatar na análise da secção 4.3. Acresce ainda que a aplicação dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras acarretará custos administrativos que limitam ainda mais o papel destas taxas como fonte de financiamento.

A propósito dos limites jurídico-constitucionais aplicáveis à cobrança de taxas moderadoras, recorda-se, no quadro 1, a reflexão da ERS apresentada no seu relatório sobre a sustentabilidade financeira do SNS<sup>12</sup>.

<b>Quadro 1 – Conclusões do estudo de “Análise da Sustentabilidade Financeira do</b>
--

<sup>12</sup> Disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

## **Serviço Nacional de Saúde” da ERS sobre dos limites jurídico constitucionais das taxas**

### ***Possibilidade de diferenciação de taxas moderadoras, em função dos rendimentos dos cidadãos***

*Uma tal diferenciação de taxas moderadoras apresenta-se como admissível, face ao texto constitucional, na medida em que, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, se estabelece que o SNS deve ser “tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos tendencialmente gratuito”, e nos termos da alínea a) do n.º 3 do mesmo preceito se prevê a necessidade de ser garantido “o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”<sup>13</sup>.*

*Isto significa que o critério constitucional adequado, na apreciação das distinções estabelecidas em matéria de gratuitidade tendencial do SNS, é a capacidade económica e social do cidadão.*

*Se as taxas moderadoras forem vistas, enquanto função disciplinadora do consumo excessivo de cuidados de saúde, a diferenciação de taxas moderadoras parece ser o meio mais apto a produzir os efeitos pretendidos.*

*Entendeu-se, assim, que a cobrança de uma taxa fixa a todos cidadãos, sem atender aos rendimentos auferidos nem à sua condição social, poderá não estar a cumprir satisfatoriamente a sua função de moderação de consumos excessivos de cuidados saúde. Uma taxa moderadora com um determinado montante fixo poderá ter um efeito dissuasor no consumo do cuidado de saúde sobre o qual incide, relativamente aos cidadãos economicamente mais carenciados, mas certamente que não exercerá o mesmo grau de pressão na decisão sobre o consumo desse mesmo cuidado, relativamente aos cidadãos com maiores rendimentos<sup>14</sup>. Salientou-se, então, que completamente diferente será a situação, em que os cidadãos mais carenciados, ainda que não sujeitos a isenção do pagamento de taxa moderadora, pagam uma taxa de valor inferior e os cidadãos com maiores recursos pagam uma taxa necessariamente mais elevada, de forma a que a mesma seja capaz de produzir algum tipo de pressão no momento da tomada de decisão sobre o consumo de determinados cuidados de saúde, em especial aqueles de menor gravidade.*

<sup>13</sup> A expressão “tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”, nos termos do referido no AC. do TC n.º 330/89, significa “[...] que a graduação da gratuitidade tem que tomar em consideração a situação económica e social dos cidadãos, devendo a gratuitidade integral ser garantida aos grupos sociais mais carenciados”. Também a LBS, mais concretamente na base XXIV al. c), caracteriza o SNS como sendo “tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

<sup>14</sup> Conforme é referido por Jorge Reis Novais, no Anexo 4 ao relatório “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pedro Pita Barros e João Pereira), “uma obrigatoriedade de pagamento uniforme de taxas moderadoras, indiferente ao nível de rendimento do utente, não cumpre adequadamente esses fins. Uma taxa moderadora de um montante fixo pode dissuadir um utente de menores rendimentos, mas já não cumprirá qualquer efeito dissuasor e, logo, racionalizador, relativamente a um utente de rendimentos substancialmente mais elevados”.

(...)

***Admissibilidade de cobrança de taxas moderadoras em relação a cuidados de saúde cuja decisão de consumo não pertença ao cidadão***

*Faz-se aqui referência às taxas moderadoras criadas, no seguimento do Orçamento do Estado para 2007, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março, as quais incidiram sobre o acesso ao internamento e à realização de cirurgias de ambulatório. Estas taxas moderadoras incidiram sobre a utilização de serviços pelos utentes, sem que seja o utente (utilizador), em exclusivo, a determinar o consumo de cuidados de saúde. Ainda que mantivessem como função primordial a necessidade de racionalização na utilização de serviços de saúde não dependiam, todavia e como visto, exclusivamente da vontade do utente, mas igualmente de uma decisão médica, pelo que a pressão que era exercida no utente encontrava-se, pelo menos parcialmente, mitigada.*

***As taxas moderadoras no contexto internacional***

Num plano de análise de âmbito internacional, as taxas moderadoras do SNS português têm paralelo com esquemas existentes em vários países da Europa, de pagamento exigido aos utentes no momento do consumo de cuidados de saúde.

Com efeito, pagamentos exigidos aos utentes dos serviços de saúde a título de taxas por utilização são uma opção existente tanto em sistemas de saúde centrados num serviço nacional de saúde como em sistemas assentes em seguro social. No anexo I deste estudo apresenta-se um levantamento sobre esquemas de taxas por utilização em países da Europa, evidenciando-se as prestações para os tipos de cuidados e produtos de saúde mais comuns, bem como as eventuais regras de isenção destes pagamentos.

Do levantamento efetuado foi possível concluir que existe uma significativa heterogeneidade ao nível da extensão e das práticas concretas de cobrança de taxas por utilização nos serviços de financiamento público. Sendo certo que todos os países analisados aplicam tais taxas, resulta evidente que não há uma prática uniforme ao nível da sua definição. A incidência de taxas por utilização é diferenciada consoante o tipo de cuidados de saúde, e em praticamente todos os países existem regras de isenção de determinados grupos populacionais, seja elas específicas dos diferentes tipos de cuidados de saúde, sejam transversais a toda a prestação de serviços de saúde.

Por outro lado, constatou-se que vários países instituíram ou aumentaram as taxas por utilização em resposta à atual crise financeira e económica que atinge a Europa, em

alguns casos para serviços de saúde essenciais. Em contraste, verificou-se que outros países aumentaram os benefícios para os grupos populacionais mais desfavorecidos na área dos medicamentos, ou aboliram mesmo as taxas para alguns serviços.

### ***Alterações legislativas recentes***

Em termos de enquadramento legal, o anexo II apresenta a evolução histórico-legislativa da cobrança de taxas moderadoras, no qual é feita uma referência mais detalhada aos principais diplomas legais que regulamentaram a cobrança de taxas moderadoras até 31 de dezembro de 2011.

Em 1 de janeiro de 2012 entraram em vigor o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, entretanto alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho<sup>15</sup>, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro e a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, os quais visaram incorporar as medidas acordadas no Memorando de Entendimento, de revisão do regime das taxas moderadoras do SNS, enquanto parte integrante de um conjunto de “[...] medidas para reformar o sistema de saúde com vista a garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer no que respeita ao seu regime geral de acesso ou regime especial de benefícios, quer no que respeita aos seus recursos financeiros.”<sup>16</sup>.

Segundo se retira do seu preâmbulo, o Decreto-Lei n.º 113/2011 visou:

- regular as condições especiais de acesso às prestações do SNS, determinando as taxas moderadoras aplicáveis, “[...] mantendo o princípio da limitação do valor a um terço dos preços do SNS, instituindo a revisão anual dos valores a par da actualização anual automática do valor das taxas à taxa de inflação e diferenciando positivamente o acesso aos cuidados primários, os quais se pretende incentivar”;
- proceder à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras;
- consagrar “[...] a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde”;

---

<sup>15</sup> Cujas alterações entraram em vigor em 22 de junho de 2012 e serão melhor analisadas no local próprio.

<sup>16</sup> Cfr. Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro.

- garantir “[...] a efectividade da cobrança das taxas moderadoras, preconizando a adopção de procedimentos céleres e expeditos que assegurem a operacionalização dos meios de pagamento correspondentes”.

Em concreto, este diploma veio então regular “[...] o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica”<sup>17</sup>.

A Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro (Portaria n.º 306-A/2011), aprovou, em concretização do Decreto-lei n.º 113/2011<sup>18</sup>, os valores das taxas moderadoras aplicáveis às diversas prestações de cuidados de saúde no SNS<sup>19</sup>, bem como as regras de apuramento e cobrança das mesmas taxas moderadoras.

A Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro (portaria n.º 311-D/2011), estabeleceu, também em obediência ao Decreto-Lei n.º 113/2011, os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde do SNS, tendo estabelecido, em especial, as regras de determinação dos rendimentos, a composição do agregado familiar, a capitação e os meios de comprovação do cumprimento dos requisitos das isenções<sup>20</sup>.

## 2.2. Âmbito de aplicação das taxas moderadoras

Atualmente, as taxas moderadoras devem ser pagas pelos utentes quando acedem:

- a) às consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou

---

<sup>17</sup> Artigo 1.º.

<sup>18</sup> Em obediência ao n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que previra que os valores das taxas moderadoras são aprovados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

<sup>19</sup> O artigo 1.º da Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro estabelece o que significam, para efeitos da sua aplicação, ato complementar de diagnóstico, ato complementar de terapêutica, atendimento em urgência, consulta de especialidade, consulta de medicina geral e familiar, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta de outros profissionais de saúde, consulta no domicílio, consulta de planeamento familiar, consulta sem a presença do utente, hospital de dia, rastreio organizado de base populacional, serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), serviço de urgência básica e sessão de hospital de dia.

<sup>20</sup> Artigo 1.º.

não públicos, designadamente em entidades convencionadas<sup>21</sup>, incluindo não só os privados com fins lucrativos, mas também as Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS);

b) à realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou não públicos, designadamente em entidades convencionadas (incluindo não só os privados com fins lucrativos, mas também as Misericórdias e outras IPSS), com exceção dos efetuados em regime de internamento;

c) aos serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar; e

d) no hospital de dia.

Em termos comparativos, entre o regime previsto no Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, e o regime atualmente em vigor, mantiveram-se as prestações de saúde, com o aditamento da previsão de pagamento de taxas moderadoras nas sessões de hospital de dia.

### **2.3. Revisão das categorias de isenções e introdução da dispensa de cobrança de taxas moderadoras**

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 1 de agosto, reviu as categorias de isenção do pagamento de taxas moderadoras e consagrou a dispensa de cobrança de taxas moderadoras, aspetos que serão aqui melhor desenvolvidos.

Apresenta-se no anexo III a evolução das categorias de isenções das taxas moderadoras, por comparação com os diplomas legais que estiveram em vigor até 31 de dezembro de 2011, que previam 46 categorias distintas de isenção, das quais cerca de 25 eram referentes a situações de doenças crónicas. No mesmo anexo III são incluídas as situações clínicas que dispensam a cobrança de taxas moderadoras, sendo possível verificar que para determinadas situações que a partir de 1 de janeiro de 2012 incorporaram o conceito de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, estava anteriormente prevista a isenção do seu pagamento<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Trata-se aqui da rede de prestadores privados com convenção com o SNS para prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

<sup>22</sup> Refira-se, ainda, a título também comparativo e relativamente à ADSE enquanto subsistema público mais representativo, que resulta das regras gerais da Tabela de participações de cuidados de saúde do regime convencionado da ADSE que beneficiam de isenção do pagamento do “encargo de beneficiário”, em determinados atos, os beneficiários da ADSE que sejam insuficientes renais crónicos, portadores de hemofilia ou de paramiloidose.

## **Revisão das categorias de isenções**

Recorde-se que são aplicáveis taxas moderadoras ao acesso a consultas, a exames complementares de diagnóstico e terapêutica, a serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar e no âmbito do hospital de dia, sendo este último uma novidade face ao regime anterior.

Estão isentos do pagamento de taxas moderadoras<sup>23</sup>, as **grávidas e parturientes** e as **crianças até aos 12 anos de idade, inclusive** (categorias de isenção já existentes e que se mantiveram inalteradas), os **utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%** (anteriormente estavam isentos os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%), os **utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar** (categoria genérica, por contraposição à anterior previsão de isenção atribuída a pensionistas, beneficiários do rendimento social de inserção e atualmente assente em critérios próprios de verificação de tal condição, fixados na Portaria n.º 311-D/2011), os **dadores benévolos de sangue nas prestações em cuidados de saúde primários** (deixou de estar prevista a “isenção transversal” no acesso a qualquer prestação de cuidado de saúde<sup>24</sup>), os **dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários** (antes previa-se a isenção para dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas), os **bombeiros**, que viram a sua isenção limitada às **prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares**, os **doentes transplantados** e os **militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente** (categorias de isenção que se mantiveram sem alterações).

---

Concretamente, estão isentos do pagamento do encargo do beneficiário os doentes com insuficiência renal crónica – para análises (patologia clínica/anatomia patológica), radiologia/TAC e serviços cardiovasculares; os doentes portadores de hemofilia – nas áreas de análise (patologia clínica/ anatomia patológica) e radiologia/TAC; e os doentes portadores de paramiloidose – nas áreas de consultas, MFR, análises (patologia clínica/anatomia patológica), radiologia/TAC, serviços cardiovasculares e serviços especiais de neurologia.

<sup>23</sup> Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, devendo atender-se à alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012.

<sup>24</sup> Como melhor se verá *infra*, previu-se igualmente que “É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas e actos complementares necessários para as dádivas de sangue.”.

Não obstante o Decreto-Lei n.º 113/2011 ter previsto um elenco fechado de isenções<sup>25</sup>, o mesmo foi entretanto alterado, tendo passado a abranger os **reclusos**, que foram considerados dispensados do pagamento de taxas moderadoras no acesso às prestações de cuidados de saúde<sup>26</sup> com a Circular Normativa da ACSS n.º 7/2012/CD, de 19 de janeiro, e os **desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 IAS que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos legalmente previstos, e o respetivo cônjuge e dependentes**, categoria subsequentemente introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, na alteração ao artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

No já referido relatório da ERS sobre a sustentabilidade financeira do SNS foram analisadas as possibilidades de revisão das categorias de isenção, cujas principais conclusões aqui se transcrevem, conforme quadro síntese que *infra* se apresenta.

**Quadro 2 – Conclusões do estudo de “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde” da ERS sobre a revisão das categorias de isenção**

*É possível reduzir as atuais categorias de isenção das Taxas Moderadoras, e que categorias podem ser eliminadas ou ver a sua isenção reduzida ou limitada? Com que limite(s)?*

*À luz do quadro jurídico-constitucional existente, é possível uma revisão das categorias de isenção de taxas moderadoras, desde que da mesma não resulte um impedimento de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.*

*Muitas das categorias de isenções atualmente existentes não se referem nem à insuficiência de meios financeiros dos utentes para o acesso aos cuidados de saúde, nem à cronicidade dos seus estados de saúde, pelo que não possuem qualquer fundamento constitucional que as suporte.*

*Por outro lado, a apreciação da oportunidade ou necessidade de inclusão de determinadas doenças crónicas no âmbito da lista de categorias de isenção é matéria de política de saúde, tendo a imposição constitucional a amplitude suficiente para acomodar uma maior ou menor extensão de tal elenco. A realidade existente nos subsistemas públicos de saúde – em que é ainda assim o Estado a entidade financiadora principal dos cuidados de saúde dos beneficiários –, é substancialmente distinta, tomando-se a ADSE como subsistema público mais representativo em que apenas se encontram previstas três situações de doenças*

<sup>25</sup> E, como melhor se verá *infra*, também de situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras.

<sup>26</sup> Devendo, para o efeito, ser apresentada declaração emitida pelo estabelecimento prisional respetivo, para confirmação da situação de recluso.

*crónicas que justificam a isenção do pagamento do “encargo de beneficiário”.*

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

### **Dispensa de cobrança de taxas moderadoras**

A dispensa de cobrança de taxas moderadoras aplica-se quando os utentes acedem a “prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde”<sup>27</sup>.

Concretamente, estão dispensadas de cobrança as **consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas, cuidados de saúde respiratórios no domicílio**, atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de **rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal**, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direcção-Geral da Saúde; **consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS; programas de tomas de observação direta; vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal**<sup>28</sup>.

Encontra-se igualmente prevista a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no atendimento em serviço de urgência, no seguimento de **referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência** ou de **admissão a internamento através da urgência**<sup>29</sup>.

Prevê-se ainda a dispensa do pagamento nas **consultas e atos complementares necessários para as dídivas de células, sangue, tecidos e órgãos**<sup>30</sup>. Igualmente,

<sup>27</sup> Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>28</sup> Respetivamente, alíneas a), c), f), g), j) e k) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>29</sup> Alínea l) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>30</sup> Alínea e) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011. Também no caso dos potenciais dadores de órgãos de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas, os mesmos consideravam-se isentos para as prestações de saúde relacionadas com a avaliação da possibilidade de dádiva.

para os utentes alcoólicos crónicos e toxicodependentes, prevê-se a dispensa quando se encontrem no âmbito de **programas de tratamento**<sup>31</sup>.

Acresce que, quanto a determinadas condições de saúde que foram revogadas enquanto isenção *tout court*, passou a aplicar-se-lhes a dispensa de cobrança de taxas moderadoras, no âmbito de prestações de cuidados de saúde relacionadas com a doença, e não como anteriormente sucedia, em que a isenção abrangia todos e quaisquer cuidados de saúde irrelevantemente da sua conexão, direta ou indireta, com a doença/situação clínica que motivara a sua previsão.

Assim, a título de categorias de isenção revogadas, mas para cujas condições de saúde foi prevista a dispensa, refira-se as **vítimas de violência doméstica, nos atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos em caso de violência doméstica**<sup>32</sup>.

Esta constatação assume particular relevância em matéria das denominadas doenças crónicas. No anterior quadro normativo, de um total de 25 isenções motivadas por doença crónica, 12<sup>33</sup> encontravam-se previstas no Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto (previsão originária do Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de abril, por aquele revogado), e as remanescentes 13<sup>34</sup> encontravam-se previstas na Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto. Todas estas isenções foram expressamente revogadas enquanto tal pelo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que revogou quer o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, quer a Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto. Na nova arquitetura agora em vigor, determinadas doenças crónicas, deixaram de ser consideradas condição atributiva de isenção transversal, passando a prever-se a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de determinadas prestações de cuidados de saúde.

Assim, no caso dos **utentes insuficientes renais crónicos**, está prevista a dispensa de cobrança de taxa moderadora nos **cuidados de saúde na área da diálise**<sup>35</sup>.

Encontra-se igualmente prevista a dispensa de cobrança de taxas moderadoras nas **consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares**

<sup>31</sup> Alínea i) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>32</sup> Alínea h) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>33</sup> A saber, insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsónicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com doença de Hansen, com espondilite anquilosante, esclerose múltipla e doentes mentais crónicos.

<sup>34</sup> A saber, doença genética com manifestações clínicas graves, insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia, doença pulmonar crónica obstrutiva, hepatite crónica ativa, cirrose hepática com sintomatologia grave, artrite invalidante, lúpus, dermatomiosite, paraplegia, miastenia grave, doença desmielinizante, doença do neurónio motor.

<sup>35</sup> Alínea d) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

**prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental, deficiências de fatores de coagulação, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/sida e diabetes**, categoria na qual passaram a estar contempladas algumas das condições de saúde crónicas que beneficiavam de isenção à luz do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto<sup>36</sup>, embora de forma não totalmente coincidente.

Após a previsão das situações de dispensa no Decreto-Lei n.º 113/2011, a ACSS emitiu, na Circular Normativa n.º 37/2011/UOFC, de 28 de dezembro, orientações às instituições do SNS no sentido de melhor concretizar estas situações de dispensa de cobrança.

Todavia, esta Circular não esgotou a necessidade de melhor explicitar e/ou complementar o entendimento relativo a esta categoria de dispensa, pelo que foram posteriormente emitidos pela ACSS esclarecimentos adicionais às ARS, hospitais e unidades locais de saúde (ULS).

Refira-se que, em qualquer destas situações, e no que em particular se refere às doenças crónicas, o utente poderá beneficiar da isenção do pagamento de taxas moderadoras no acesso a todos e quaisquer cuidados de saúde irrelevantemente da sua conexão, direta ou indireta, com a doença em questão, por via do reconhecimento de um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, ou eventualmente, de condição de insuficiência económica.

Tal como já salientado pela ERS no Relatório sobre a Sustentabilidade Financeira do SNS, não estaria excluída a possibilidade de serem introduzidas alterações nas categorias sujeitas a isenção de taxas moderadoras, e procurando-se determinar aquelas que pudessem ser eliminadas ou restringidas, por ser possível, à luz do quadro jurídico-constitucional existente, uma revisão das categorias de isenção de taxas moderadoras, desde que da mesma não resultasse um impedimento de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Essencial é que, à semelhança do que já antes ocorria, a cobrança de taxas moderadoras aos utentes do SNS:

---

<sup>36</sup> Para os utentes diabéticos, hemofílicos, parkinsonianos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidóticos, com espondilite anquilosante, esclerose múltipla e doentes mentais crónicos, que tinham isenção prevista ao abrigo do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto.

A dispensa de cobrança não abrange os utentes tuberculosos nem os utentes com doença de hansen, tendo passado a estar integrado, por outro lado, no âmbito desta dispensa, o tratamento da dor crónica.

- a) seja apta a contribuir para uma moderação da utilização desses cuidados de saúde;
- b) não corresponda a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e
- c) não seja apta a criar impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos económica e socialmente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde.

Efetivamente, o critério constitucional adequado, na apreciação das distinções estabelecidas em matéria de gratuitidade tendencial do SNS, é a capacidade económica e social do cidadão. Se as taxas moderadoras forem vistas, enquanto função disciplinadora do consumo excessivo de cuidados de saúde, a previsão de isenções em função dessa condição económica e social dos indivíduos, parece ser o meio mais apto a produzir os efeitos pretendidos.

Do exposto resulta que o critério que tem sido considerado como limite constitucional prende-se com a necessidade de serem previstas as isenções legalmente estabelecidas e que tenham em conta aqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, bem como aqueles financeiramente mais desfavorecidos.

Considerada em concreto a previsão da dispensa de cobrança de taxas moderadoras, o Relatório da ERS de 2011 chamara já a atenção para a existente iniquidade entre utentes doentes crónicos, que ora seriam ou não seriam isentos de taxas moderadoras, consoante a sua doença tivesse sido contemplada para isenção. E sempre se dirá que se houvesse uma questão de foro constitucional quanto à revisão das categorias de isenção, de igual forma se haveria de colocar em discussão a compatibilidade jusconstitucional da cobrança de taxas moderadoras a todos os utentes doentes crónicos, que por tanto efetivamente se vêem forçados a recorrer reiteradamente, e sem conexão à sua vontade, a cuidados de saúde motivados por tal patologia crónica.

É certo que a apreciação da oportunidade ou necessidade de inclusão de determinadas doenças crónicas no âmbito da lista de categorias de isenção ou de dispensa é matéria de política de saúde, tendo a imposição constitucional a amplitude suficiente para acomodar uma maior ou menor extensão de tal elenco. Efetivamente, a característica constitucional aqui em consideração é aquela da “tendencial gratuitidade” do SNS, que obviamente foi sendo desenvolvida, no que respeita a alguns dos doentes crónicos, numa perspetiva de isenção de taxas moderadoras enquanto solução para o expectável recurso regular a cuidados de saúde.

Porém, tanto não consubstanciará solução única enquanto necessidade de enquadramento da perspetiva social, para além da económica, do indivíduo.

Desde logo, a característica do SNS será ainda cumprida se as isenções relacionadas com a incapacidade financeira do indivíduo – independentemente do seu estado de saúde – forem materialmente consideradas, porquanto é por tal via que essencialmente se garante a referida “tendencial gratuitidade” do acesso. Essa apreciação material implica, contudo, que quando se considere a insuficiência económica, a mesma não se limite a uma apreciação formal no que respeita aos portadores de doenças crónicas. Estes, apesar de poderem encontrar-se não abrangidos por um critério formal determinador de insuficiência económica, podem ver-se em situação real de insuficiência económica após o recurso obrigatório (e consequentes despesas), em função das suas doenças crónicas, aos cuidados de saúde de que recorrentemente necessitam.

### ***Reconhecimento das isenções***

O reconhecimento das isenções pressupõe a sua comprovação pelos utentes. Quer o Decreto-Lei n.º 113/2011, quer a Portaria n.º 311-D/2011 regulam o reconhecimento e comprovativo da isenção por condição de insuficiência económica, aqui incluída a isenção por desemprego involuntário introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012. Relativamente às demais isenções, foi a ACSS quem estabeleceu os meios de comprovação a apresentar pelos utentes para o respetivo reconhecimento, e fê-lo mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas dirigidas às ARS, aos hospitais e ULS<sup>37</sup>.

Assim, para saber, em relação às várias situações de isenção, quais os procedimentos administrativos a obedecer, os comprovativos a apresentar e os prazos a respeitar, o utente deverá conhecer o conteúdo não só dos referidos diplomas legais mas igualmente das Circulares Normativas e Informativas emitidas pela ACSS. Por outro lado, a consulta da eventual isenção deverá ocorrer mediante o acesso eletrónico do utente ao Registo Nacional de Utentes (RNU).

Destacam-se em seguida os procedimentos referentes às isenções por insuficiência económica e por incapacidade igual ou superior a 60%. Não só correspondem àqueles que deverão ser observados por um maior número de utentes, dado que, como visto, serão as categorias que poderão englobar as situações mais diversificadas, bem

---

<sup>37</sup> As quais se encontram divulgadas no sítio eletrónico da ACSS, em [www.acss.pt](http://www.acss.pt).

como, e por comparação com os demais procedimentos instituídos, assumem maior complexidade em termos da tramitação a ser seguida pelos utentes.

### ***Isenção por insuficiência económica***

Para efeito da atribuição da isenção por insuficiência económica, o Decreto-Lei n.º 113/2011 prevê que se consideram em situação de insuficiência económica os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar, seja igual ou inferior uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais<sup>38</sup>.

A Portaria n.º 311-D/2011 fixou não só as regras quanto à determinação dos rendimentos, à composição do agregado familiar e à capitação dos rendimentos do agregado familiar, bem como os meios de comprovação do cumprimento dos requisitos da isenção por insuficiência económica<sup>39</sup>. O Decreto-Lei n.º 128/2012 veio por sua vez consagrar a isenção para os desempregados, nos moldes *supra* explicitados, e igualmente os meios de comprovação da mesma<sup>40</sup>.

Quanto aos procedimentos administrativos a serem seguidos pelos utentes, o reconhecimento da insuficiência económica depende da apresentação, pelo utente ou seu representante legal, para si e para o seu agregado familiar de requerimento de modelo próprio aprovado na mesma Portaria n.º 311-D/2011, e que atualmente se encontra disponibilizado em formato eletrónico no Portal da Saúde<sup>41</sup>.

A partir daqui inicia-se o processo de verificação da situação de insuficiência económica, a qual é realizada pelos serviços do Ministério da Saúde junto da

---

<sup>38</sup> Segundo o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, consideram-se em situação de insuficiência económica os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar, seja igual ou inferior a 628,83 € (uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais para 2013). Este indexante foi fixado nos 419,22 € pela alínea a) do artigo 114.º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, que aprova o Orçamento do Estado para 2013.

<sup>39</sup> N.º 3.º do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011 e Portaria n.º 311-D/2011.

<sup>40</sup> Atribuindo, para tanto, nova redação ao artigo 4.º e ao n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>41</sup> N.º 1 do artigo 6.º da Portaria n.º 311-D/2011. Para permitir a acomodação das regras, de acordo com a norma transitória contida no artigo 8.º da Portaria n.º 311-D/2011, vigoraria um período transitório até 15 de abril de 2012. O legislador considerou que se presumiam isentos do pagamento de taxas moderadoras os utentes registados como isentos no RNU a 31 de dezembro de 2011 e que apresentassem requerimento de 29 de fevereiro a 31 de março de 2012 para reconhecimento de situação de insuficiência económica. Este período acabou por vigorar até 31 de maio de 2012, por via da emissão, pela ACSS, de Circulares incidentes sobre o período transitório para a implementação do novo regime das taxas moderadoras, dirigidas às ARS, aos Hospitais e às Unidades Locais de Saúde, fixando-se, em suma, que até ao dia 31 de maio de 2012, presumiam-se em situação de insuficiência económica os utentes que exibiram prova de entrega do requerimento para reconhecimento de insuficiência económica.

Autoridade Tributária e Aduaneira (AT) por via eletrónica e automatizada, e nos termos previstos no artigo 7.º da Portaria n.º 311-D/2011<sup>42</sup>. O reconhecimento da insuficiência económica caduca a 30 de setembro de cada ano, tendo-se consagrado um mecanismo de reavaliação automática que deverá ocorrer anualmente, àquela data. Nesta medida, os rendimentos objeto de apuramento para efeitos de verificação da condição de insuficiência económica são aferidos a 30 de setembro de cada ano, de acordo com a informação constante das bases de dados da mesma AT e a reportada pelos serviços da segurança social referente ao ano civil anterior. Assim, a AT procede à avaliação do preenchimento dos requisitos para atribuição da isenção e é também a entidade competente para apreciação das reclamações apresentadas pelos utentes quanto ao apuramento da condição de insuficiência económica.

Estabeleceu-se, pois, um processo eletrónico e informatizado, desde a submissão do requerimento pelo utente, passando pela articulação entre o Ministério da Saúde e a AT para verificação da condição de insuficiência económica e igualmente para efeito de apresentação de reclamações pelos utentes. Adicionalmente, os utentes podem consultar informação relativa ao seu pedido no RNU e através do Portal das Finanças, relativamente aos rendimentos considerados no apuramento da condição de insuficiência económica e respetivo cálculo do rendimento médio mensal.

### ***Incapacidade igual ou superior a 60%***

A partir de 1 de janeiro de 2012, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%. A ACSS determinou, mediante a emissão de Circulares para o efeito, qual a documentação comprovativa que deverá ser apresentada pelos utentes, sendo o Decreto-Lei n.º 113/2011 e as demais portarias publicadas nesta matéria, omissos quanto aos procedimentos no âmbito da incapacidade. Note-se, contudo, que a tramitação administrativa relativa ao reconhecimento desta categoria de isenção não foi de todo uniforme logo aquando da sua previsão inicial.

A isenção do pagamento de taxas moderadoras por incapacidade igual ou superior a 60% depende, conforme estipulado pela Circular Normativa da ACSS, n.º

---

<sup>42</sup> Segundo a ACSS, foi estabelecido o prazo máximo de 10 dias úteis a contar da sua entrega, para avaliação, pela AT, dos requerimentos para reconhecimento da insuficiência económica submetidos via eletrónica a partir de 1 de junho de 2012. Foi igualmente estabelecido que “os utentes serão notificados da decisão proferida pela AT para o endereço de correio eletrónico, caso o mesmo tenha sido disponibilizado, e por escrito para a morada respetiva. Adicionalmente, os utentes poderão consultar o estado do processo via *online*”.

36/2011/UOFC, de 28 de dezembro, dedicada aos meios de comprovação para isenção do pagamento de taxas moderadoras, da apresentação, pelo utente, de atestado médico de incapacidade multiuso emitido ao abrigo do Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro de acordo com o modelo de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, de 4 de dezembro<sup>43</sup>”.

O utente deve exibir tal atestado na unidade de cuidados primários em que está inscrito, onde a isenção por incapacidade será registada, mantendo-se válida até à data da reavaliação da incapacidade inscrita no atestado<sup>44</sup>.

Resulta, assim, que foi adotado para efeito do reconhecimento desta isenção um procedimento já existente, previsto no Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro, relativo ao regime de avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei. Consequentemente, a tramitação de acordo com este procedimento, assente em Atestado Médico de Incapacidade Multiuso emitido na sequência de junta médica, acarretou que se lhe tornasse aplicável o Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de janeiro, que aprovou os valores devidos pelo pagamento de atos das autoridades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública.

Todavia, o procedimento foi especialmente adaptado no âmbito das taxas moderadoras<sup>45</sup>. Com a emissão da Circular Normativa da ACSS, n.º 05/2012/CD, de 12 de janeiro, foi determinado, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, um procedimento temporário e excecional, segundo o qual poderiam os utentes beneficiar da isenção mediante a apresentação de atestado médico com data de reavaliação não ultrapassada, ainda que de modelo anterior ao aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, sendo a isenção conferida até 31 de dezembro de 2013, devendo até essa data, os atestados ser substituídos pelo modelo em vigor, aprovado por este último despacho. Ficou deste modo temporariamente eliminada, até 31 dezembro de 2013, a necessidade de atualizar os modelos de atestado anteriores, sendo certo que no caso das incapacidades permanentes, foi veiculado pela ACSS, no seu documento de perguntas frequentes<sup>46</sup>, entendimento diverso do anteriormente emitido, de que “A substituição dos atestados [...] de modelo anterior ao atualmente em vigor deverá ocorrer, apenas, nos casos em que o prazo de validade caduque até essa data.”.

<sup>43</sup> Publicado no Diário da República, II Série, de 4 de dezembro de 2009.

<sup>44</sup> A mesma Circular Normativa da ACSS n.º 36/2011/UOFC, de 28 de dezembro estabelece que o atestado deverá ser válido: a data de reavaliação não deve estar ultrapassada e modelo de atestado em vigor.

<sup>45</sup> Questão que será melhor analisada no capítulo relativo ao processo de implementação do novo regime jurídico.

<sup>46</sup> Disponível no sítio eletrónico respetivo.

Outra alteração relevante prendeu-se com o pagamento dos atos de renovação do atestado. O ato de renovação do atestado esteve ainda sujeito, durante algum tempo, ao pagamento de um montante de 50,00 €. O Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio, que entrou em vigor no dia 18 de maio<sup>47</sup>, veio isentar de pagamento de taxa o pedido de renovação de atestado médico de incapacidade multiuso, nas situações de incapacidade permanente, não reversível mediante intervenção médica ou cirúrgica. Veio igualmente, reduzir de 50,00 € para 5,00 € o pagamento da taxa correspondente ao pedido de renovação de atestado médico de incapacidade multiuso, nas situações de incapacidade que não seja permanente nem irreversível.

Por fim, outra questão especialmente prevista no âmbito das taxas moderadoras relaciona-se com o prazo de realização da junta médica. Concretamente, o Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro, estabelece que uma vez entregue o requerimento, o utente é notificado da data da junta médica, a qual deve realizar-se no prazo de 60 dias a contar da entrega do mesmo. Quando tal prazo de 60 dias seja ultrapassado, de acordo com o previsto na mesma Circular Normativa n.º 05/2012/CD, de 12 de janeiro, nos casos em que se confirme a incapacidade igual ou superior a 60%, o utente pode pedir junto das ARS o reembolso das taxas moderadoras por si pagas entre a data prevista para a junta médica nos termos legais e a data da sua efetiva realização.

## 2.4. Alteração do valor das taxas moderadoras

Em cumprimento do preceituado no Decreto-Lei n.º 113/2011, os valores das taxas moderadoras foram aprovados pela Portaria n.º 306-A/2011, que aprovou igualmente as respetivas regras de apuramento e cobrança<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Em 8 de maio de 2012, pela Resolução da Assembleia da República n.º 65/2012, publicada no Diário da República n.º 89, I Série, de 8 de maio de 2012, foi recomendado ao Governo que “isente de pagamento de qualquer taxa a renovação de atestado médico de incapacidade multiuso, nas situações de incapacidade permanente, não reversível mediante intervenção médica ou cirúrgica.” E “reduza para € 5 o valor da taxa na renovação de atestado médico de incapacidade multiuso em processo de revisão ou reavaliação do grau de incapacidade.”. O Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio refere no seu preâmbulo que “a determinação das condições de acesso a certos benefícios legais, nomeadamente de cariz meramente social e relativos a cuidados de saúde, aqui incluindo a isenção do pagamento de taxas moderadoras em virtude de incapacidade superior a 60% [...] depende da obtenção de um atestado de incapacidade multiuso em junta médica. [...] considerando a atual conjuntura socio-económica, torna-se oportuno rever as condições em que têm vindo a ser requeridos os referidos atestados e, bem assim, ponderar as situações de renovação periódica e a especificidade das situações irreversíveis.”.

<sup>48</sup> Artigo 1.º da Portaria n.º 306-A/2011.

### **Regras de apuramento das taxas moderadoras**

Os diplomas legais *supra* mencionados reúnem as regras aplicáveis desde logo em matéria de apuramento dos valores das taxas moderadoras, que assim se esquematizam:

- manutenção da já anteriormente consagrada regra de que “as taxas moderadoras [...] não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do SNS”<sup>49</sup>;
- introdução da “revisão anual dos valores a par da atualização anual automática do valor das taxas à taxa de inflação”<sup>50</sup>, pelo que os valores das taxas moderadoras serão revistos anualmente, “sem prejuízo da devida atualização automática à taxa da inflação divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P., relativa ao ano civil anterior”<sup>51</sup>;
- e “diferenciando positivamente o acesso aos cuidados primários, os quais se pretende incentivar”<sup>52</sup>;
- cada atendimento na urgência<sup>53</sup>, acrescido dos MCDT realizados no decurso do mesmo não pode exceder o valor em taxas moderadoras de 50,00 €<sup>54</sup>;

---

<sup>49</sup> Preâmbulo e n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011. Os preços aqui considerados são os constantes do Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, e dizem respeito ao valor das prestações de saúde que devam ser cobradas aos terceiros legalmente responsáveis pelos respectivos encargos. Até 2012, inclusive, este regulamento constava da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pelas Portarias n.º 839-A/2009, de 31 de julho e n.º 19/2012, de 20 de janeiro. Estes diplomas foram revogados pela Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril (com exceção para o cálculo de índice de *case mix* e de doentes equivalentes no âmbito dos contratos de gestão em regime de Parceria Público Privada), e que aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo Regulamento, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2013.

<sup>50</sup> Foi assumido no Memorando de Entendimento o compromisso de legislar a indexação e revisão automática de tal valor à taxa de inflação, opção assumida em sede do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>51</sup> Preâmbulo e n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>52</sup> Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2011. Recorde-se que o Memorando de Entendimento previra o “aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, garantindo simultaneamente que as taxas moderadoras em cuidados primários são inferiores às das consultas de especialidade e dos atendimentos urgentes”.

<sup>53</sup> De acordo com a alínea c) do artigo 2.º da Portaria n.º 306-A/2011, entende-se por atendimento em urgência o ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

<sup>54</sup> N.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

- cada sessão de hospital de dia<sup>55</sup>, cujo valor corresponde à soma das taxas moderadoras dos MCDT realizados no decurso da mesma não pode exceder o valor em taxas moderadoras de 25,00 €<sup>56</sup>;
- quando os atos complementares de diagnóstico e terapêutica sejam integrantes de um atendimento de urgência ou de uma sessão de hospital de dia, o apuramento do valor devido no final está sujeito a acerto de liquidação, globalmente considerando o montante total devido e os limites do atendimento em urgência e em sessão de hospital de dia<sup>57</sup>;
- o montante da taxa moderadora a cobrar pelos prestadores de cuidados de saúde convencionados pelo SNS nunca pode ser superior ao preço estabelecido na respetiva convenção<sup>58</sup>;
- para efeitos de cobrança do respetivo valor, o montante de cada taxa moderadora é arredondado para a metade de dezena de cêntimo imediatamente superior, sempre que aplicável;
- a ACSS divulga na sua página eletrónica as tabelas atualizadas das taxas moderadoras e a correspondente taxa de atualização anual aplicável<sup>59</sup>.

Ora, para efeito da sua aplicação em 2013, o valor das taxas moderadoras foi atualizado na sequência da emissão, pela ACSS, da Circular Normativa n.º 05/2013/DPS, de 17 de janeiro.

A Circular considerou a previsão do Orçamento do Estado para 2013<sup>60</sup>, de que não se aplicaria, no ano de 2013, a atualização para determinadas prestações relativas aos cuidados primários<sup>61</sup>, designadamente, as consultas de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade; as consultas de enfermagem ou de outros profissionais de saúde; e as consultas no domicílio e sem a presença do utente,

---

<sup>55</sup> De acordo com as alíneas l) e q) do artigo 2.º da Portaria n.º 306-A/2011, entende-se por *hospital de dia* o serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas, e por *sessão de hospital de dia* as intervenções, geralmente terapêuticas, em doentes, assistidos em hospital de dia.

<sup>56</sup> N.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>57</sup> N.º 6 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>58</sup> No âmbito das convenções, é estabelecido um preço para cada serviço contemplado, e a respetiva parte a ser suportada diretamente pelo utente a título de taxa moderadora. Esta taxa é cobrada pelo prestador convencionado ao utente no momento do serviço, sendo o valor restante posteriormente pago pelo SNS ao convencionado.

<sup>59</sup> N.ºs 4, 5 e 7 do artigo 3.º do decreto-Lei n.º 113/2011.

<sup>60</sup> Aprovado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro. Cfr. artigo 153.º.

<sup>61</sup> De acordo com o artigo 153.º da Lei n.º 66-B/2012, que aprovou o Orçamento do Estado para 2013, em cumprimento do Memorando de Entendimento e no sentido de incentivar os utentes a utilizarem mais a primeira porta de entrada no SNS, o centro de saúde e o atendimento telefónico do SNS.

que mantiveram, assim, os valores previstos na Portaria n.º 306-A/2011. No mais, determinou a atualização dos valores das taxas moderadoras, de acordo com a taxa de inflação de 2012 (2,8%), divulgada pelo INE, e determinou adicionalmente o seu arredondamento para a metade de dezena de cêntimo imediatamente superior, sempre que aplicável<sup>62</sup>.

Acrescente-se, ainda, que no âmbito e a propósito da atualização dos valores aplicáveis em 2013, por via da mesma Circular Normativa da ACSS foi determinado que “[a]s taxas moderadoras a cobrar pela realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica correspondem aos valores previstos no Anexo à Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro.”. Tal significa que os valores não sofreram alterações, não obstante a regra da atualização automática fixada nesta matéria.

### ***Regras de apuramento das taxas moderadoras nos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica***

No que respeita aos MCDT, foram introduzidas regras de apuramento dos valores das taxas moderadoras devidas pela sua realização, conforme a tabela *infra*, elaborada de acordo com o Anexo à Portaria n.º 306-A/2011.

---

<sup>62</sup> Cfr. n.º 5 do artigo 3.º da Portaria n.º 306-A/2011 e a Circular Normativa da ACSS, n.º 05/2013/DPS, de 17 de janeiro.

**Tabela 1 – Valor das taxas moderadoras devido pela realização de MCDT<sup>63</sup>**

Preço do SNS de cada MCDT		Taxa Moderadora
Limite Inferior	Limite Superior	
1,10 €	1,49 €	0,35 €
1,50 €	1,99 €	0,50 €
2,00 €	2,49 €	0,65 €
2,50 €	2,99 €	0,80 €
3,00 €	3,49 €	0,90 €
3,50 €	3,99 €	1,00 €
4,00 €	4,49 €	1,10 €
4,50 €	4,99 €	1,20 €
5,00 €	5,99 €	1,30 €
6,00 €	6,99 €	1,40 €
7,00 €	7,99 €	1,50 €
8,00 €	8,99 €	1,60 €
9,00 €	9,99 €	1,80 €
10,00 €	12,49 €	2,00 €
12,50 €	14,99 €	2,50 €
15,00 €	17,49 €	3,00 €
17,50 €	19,99 €	3,50 €
20,00 €	22,49 €	4,00 €
22,50 €	24,99 €	4,50 €
25,00 €	29,99 €	5,00 €
30,00 €	34,99 €	6,00 €
35,00 €	39,99 €	7,00 €
40,00 €	44,99 €	8,00 €
45,00 €	49,99 €	9,00 €
50,00 €	54,99 €	10,00 €
55,00 €	59,99 €	11,00 €
60,00 €	64,99 €	12,00 €
65,00 €	69,99 €	13,00 €
70,00 €	74,99 €	14,00 €
75,00 €	99,99 €	15,00 €
100,00 €	124,99 €	17,50 €
125,00 €	149,99 €	20,00 €
150,00 €	174,99 €	22,50 €
175,00 €	199,99 €	25,00 €
200,00 €	224,99 €	27,50 €
225,00 €	249,99 €	30,00 €
250,00 €	349,99 €	32,50 €
350,00 €	499,99 €	40,00 €
500,00 €	> 500,00 €	50,00 €

**Exemplo:** Um MCDT (nomeadamente, um exame radiológico, uma análise clínica ou um tratamento de Medicina Física e Reabilitação) ao qual foi atribuído, de acordo com a Portaria n.º 163/2013, o preço (SNS) de 6,20 €, importará o pagamento de uma taxa moderadora de 1,40 €, por corresponder a valor compreendido entre o intervalo de 6,00 € a 6,99 €. Para todos os MCDT cujo preço se inclua em tal intervalo, será aplicável a taxa moderadora de 1,40 €.

<sup>63</sup> Esta tabela pode ser consultada no *website* da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt)

A Portaria n.º 306-A/2011 fixa as taxas moderadoras dos MCDT e respetivas regras de apuramento. Note-se que o corpo do diploma é omissivo quanto à metodologia aplicável, pelo que as regras de apuramento resultam de tabela constante do Anexo à Portaria, e concretamente da interpretação que da mesma poderá ser feita, designadamente, que:

- o valor de cada taxa moderadora devido pela realização de MCDT varia consoante os preços do SNS de cada MCDT<sup>64</sup>, resultando da aplicação dos intervalos definidos na tabela do Anexo à Portaria n.º 306-A/2011 (que se reproduz *supra*);
- a aplicação da tabela aos MCDT não pode implicar uma variação superior a 100% em relação aos valores anteriormente em vigor<sup>65</sup>;
- a mesma tabela apresenta um valor máximo de 50,00 € por MCDT<sup>66</sup>.

### ***Aumento do valor das taxas moderadoras***

Na seguinte tabela é apresentada a evolução do valor das taxas moderadoras aplicáveis no recurso às instituições do SNS de 2011 a 2013, evidenciando-se a variação percentual em cada um dos tipos de serviços sujeitos a taxa. É importante realçar que as notas de apoio à leitura desta tabela contêm informação sobre os pressupostos assumidos para a comparação dos valores de 2011 com os de 2012 e 2013, necessários por força da alteração da nomenclatura dos serviços das tabelas de taxas.

---

<sup>64</sup> A Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo Regulamento, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2013.

<sup>65</sup> Para o ano de 2011, os valores das taxas moderadoras encontravam-se previstos na Portaria n.º 1320/2010, de 28 de dezembro.

<sup>66</sup> Anexo à Portaria n.º 306-A/2011.

**Tabela 2 – Evolução do valor das taxas moderadoras por serviços nas instituições do SNS**

Serviços <sup>2</sup>	Ano <sup>1</sup>				
	2011 (1.Jan.2011)	Var. 11-12	2012 (1.Jan.2012)	Var. 12-13	2013 (21.Jan e 1.Mai.2013)
<b>Consultas</b>					
Consulta de MGF ou outra consulta médica não de especialidade	2,25 € <sup>3</sup>	122%	5,00 €	0%	5,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em CSP	-	-	4,00 €	0%	4,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em Hospital	-	-	5,00 €	2,8%	5,15 €
Consulta de especialidade	4,60 € / 3,10 € <sup>4</sup>	63%	7,50 €	2,8%	7,75 €
Consulta no domicílio	4,80 € <sup>5</sup>	108%	10,00 €	2,8%	10,30 € <sup>7</sup>
Consulta médica sem a presença do utente	-	-	3,00 €	2,8%	3,10 € <sup>8</sup>
<b>Atendimento em Urgência</b>					
Serviço de Urgência Polivalente	9,60 €	108%	20,00 €	2,8%	20,60 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	8,60 €	103%	17,50 €	2,8%	18,00 €
Serviço de Urgência Básica	8,60 €	74%	15,00 €	2,8%	15,45 €
Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP)	3,80 €	163%	10,00 €	2,8%	10,30 €
<b>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</b>					
Média de todos os serviços <sup>6</sup>	3,98 €	72%	6,85 €	60%	10,97 €

Notas:

1) Entre parênteses refere-se a data concreta de entrada em vigor dos valores das taxas moderadoras.

2) Na primeira coluna desta tabela foi utilizada a designação em vigor para os serviços sujeitos a taxa moderadora. Importa notar que esta designação surgiu com a Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro, sendo substancialmente distinta da designação que vigorava anteriormente. Por esse motivo, a comparação dos valores das taxas em 2011, 2012 e 2013 não se pode fazer sem ter em conta as explicações das notas seguintes.

3) Na tabela de taxas de 2011 distinguiram-se as consultas pelo local de realização e não pela especialidade médica ou profissional de saúde. O valor considerado como comparável à “consulta de MGF ou outra consulta médica não de especialidade” correspondia em 2011 a “consulta no Centro de Saúde”.

4) Os valores aqui referidos correspondiam, na tabela de 2011, a “consultas nos hospitais centrais” (4,60 €) e a “consultas nos hospitais distritais” (3,10 €), que se considerou comparáveis às “consultas de especialidade” na nova nomenclatura. Para efeito do cálculo da correspondente variação anual, tomou-se como valor de partida os 4,6 € dos hospitais centrais.

5) Considerou-se aqui o valor da taxa em 2011 sob a designação “serviço domiciliário” como comparável à “consulta no domicílio”.

6) Dado o elevado número de serviços e de áreas contempladas nas tabelas de MCDT, optou-se por comparar o valor médio das taxas moderadoras de toda a listagem de cada ano.

7) Segundo nota constante da Circular Normativa n.º 5 de 17/01/2013, da ACSS, este valor apenas se aplica no caso de consultas asseguradas por estabelecimentos hospitalares, mantendo-se a taxa nos 10 € de 2012 para o caso dos cuidados de saúde primários.

8) Segundo nota constante da Circular Normativa n.º 5 de 17/01/2013, da ACSS, este valor apenas se aplica no caso de consultas asseguradas por estabelecimentos hospitalares, mantendo-se a taxa nos 3 € de 2012 para o caso dos cuidados de saúde primários.

Fontes: ACSS, Diário da República

Uma primeira constatação que ressalta da observação da tabela anterior é a de uma variação marcadamente distinta das taxas moderadoras dos diferentes serviços de 2011 para 2012, com as variações mais significativas a ocorrer nos serviços prestados nos cuidados de saúde primários (consultas de MGF e atendimentos em SAP, com

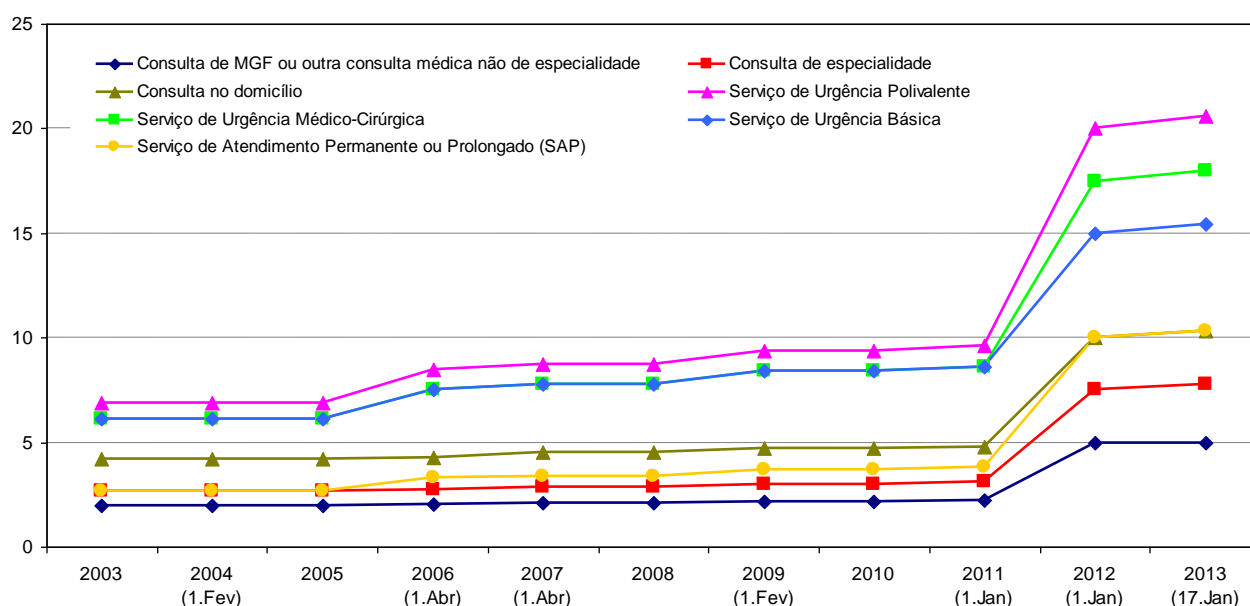
umentos de 122% e 163%, respectivamente). Já de 2012 para 2013 as consultas não urgentes em cuidados de saúde primários viram as suas taxas inalteradas.

Merece também realce o facto de as taxas de alguns dos serviços ter tido, de 2011 para 2012, um incremento superior a 100%. Para 2013, os serviços cuja taxa aumentou, viram esse aumento resultar da aplicação de um coeficiente igual à taxa de inflação registada em Portugal no ano de 2012 (ou seja, 2,8%), sendo, todavia, assinalável a excepção do valor médio das taxas dos MCDT, o qual sofreu incrementos na ordem dos 72% em 2012 e 60% em 2013. Note-se que esta taxa de crescimento do valor médio das taxas moderadoras de MCDT não revela, naturalmente, evoluções bastante distintas em diferentes serviços da tabela. A título ilustrativo, constata-se que 416 serviços da tabela de MCDT viram a sua taxa moderadora inalterada de 2012 para 2013, mas também que, em 744 serviços, a taxa aumentou 100% e que, em 915 serviços, a taxa diminuiu.

Ora, recorde-se que pela Circular Normativa da ACSS, n.º 05/2013/DPS, de 17 de janeiro, foi decidido excepcionar os MCDT da aplicação da regra da atualização automática anual pela inflação. Todavia, com a publicação da Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, que actualizou as tabelas de preços do SNS, resultou a revisão dos valores das taxas moderadoras de determinados MCDT, por estas se encontrarem ancoradas àqueles preços nos termos da Portaria n.º 306-A/2011 (concretamente, por referência à tabela publicada em Anexo a essa Portaria).

No gráfico seguinte ilustra-se a evolução do valor das taxas moderadoras desde 2003, para um conjunto de serviços do SNS. Este período de análise mais alongado do que o subjacente à tabela anterior permite observar a evolução dos valores das taxas produzidos a partir de 1 de janeiro de 2012.

**Gráfico 1 – Evolução do valor das taxas moderadoras desde 2003**



**Notas:**

1) Antes de 2011 as consultas hospitalares de especialidade encontravam-se nas tabelas com taxa distinta para hospitais centrais e hospitais distritais. Existindo de 2011 em diante apenas uma taxa para estas consultas, considerou-se na construção do gráfico, no período pré-2011 a taxa de consultas em hospitais distritais.

2) A classificação das urgências hospitalares em polivalente, médico-cirúrgica e básica só surgiu na Portaria das taxas em 2009. Até aí, apenas se distinguia nas tabelas as taxas de urgência em hospital central e urgência em hospital distrital. Assim, de 2003 a 2008 equiparou-se, no gráfico, a taxa de urgência polivalente à de hospital central, e as de urgência médico-cirúrgica e básica à de hospital distrital.

**Peso das taxas moderadoras no valor dos preços dos serviços**

No novo enquadramento normativo, foi mantido o princípio da limitação do valor das taxas a um terço dos preços do SNS em vigor<sup>67</sup>. Efetivamente, verifica-se que os valores das taxas moderadoras fixados em 2012 e também já em 2013 respeitam este limite superior, muito embora o peso das taxas moderadoras no valor dos preços dos serviços apresente significativa variabilidade entre áreas. No caso dos MCDT, tal pode ser aferido comparando os valores das taxas de 2013 (publicados no sítio eletrónico da ACSS), com os preços do SNS em vigor (constantemente do Anexo III da Portaria n.º 163/2013). A tabela seguinte apresenta os resultados desta comparação por áreas de MCDT, evidenciando-se o peso dos valores das taxas moderadoras no preço total do SNS (designado na tabela por “% pagamento pelo utente”).

<sup>67</sup> A Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo Regulamento, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2013.

**Tabela 3 – Estrutura das taxas moderadoras de MCDT nos serviços integrados no SNS**

Área	Número de exames	Taxa moderadora média	% pagamento pelo utente média	% pagamento pelo utente máxima
Anatomia Patológica	56	10,82 €	15%	25%
Anestesiologia	9	15,33 €	17%	19%
Cardiologia	54	20,68 €	11%	22%
Cirurgia Maxilo-facial	12	12,92 €	19%	20%
Crioconservação e cultura de tecidos	17	40,35 €	8%	19%
Dermatologia	65	8,70 €	18%	22%
Estomatologia	73	6,88 €	19%	27%
Estudos do sono	3	18,33 €	13%	19%
Gastroenterologia	110	14,42 €	14%	27%
Genética	915	17,40 €	13%	30%
Ginecologia	50	6,22 €	18%	21%
Imunoalergologia	39	7,42 €	14%	20%
Imunohemoterapia	49	11,72 €	17%	31%
Medicina da Dor	102	23,86 €	13%	20%
Medicina da Reprodução	21	21,05 €	14%	20%
Medicina Física e de Reabilitação	151	3,84 €	19%	29%
Medicina Nuclear	80	22,16 €	10%	20%
Nefrologia	15	4,70 €	4%	19%
Neurodesenvolvimento	80	7,46 €	19%	20%
Neurofisiologia e Neurologia	87	14,98 €	16%	20%
Obstetrícia	8	14,69 €	17%	19%
Oftalmologia	99	8,18 €	18%	20%
Oncologia Médica	4	7,75 €	19%	20%
Ortopedia	52	8,22 €	18%	20%
Otorrinolaringologia	90	4,38 €	18%	20%
Patologia Clínica Bioquímica	420	2,31 €	19%	33%
Patologia Clínica Hematologia e Hemostase	133	3,54 €	16%	32%
Patologia Clínica Imunologia	200	3,87 €	16%	31%
Patologia Clínica Microbiologia	204	3,20 €	17%	33%
Pneumologia	90	8,39 €	18%	21%
Radiologia	396	13,46 €	18%	33%
Radioterapia	6	0,00 €	0%	0%
Reumatologia	17	6,52 €	18%	19%
Sangue e outros serviços do IPST	20	0,00 €	0%	0%
Saúde Mental	26	4,96 €	19%	28%
Serviços e Técnicas Gerais	41	3,86 €	21%	32%
Transplantação de tecidos e órgãos	26	20,46 €	15%	20%
Urologia	52	12,20 €	17%	20%
<b>Total geral</b>	<b>3.872</b>	<i>Média: 10,85 € DesvPad: 10,80 € Max: 50,00 € Min: 0,00 €</i>	<b>16%</b>	<b>33%</b>

Constata-se, deste exercício, que a percentagem média de pagamento pelo utente, por grupo de MCDT, oscila entre os 0% das áreas de Radioterapia e Sangue e outros Serviços do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST) e os 21% dos Serviços Técnicos Gerais<sup>68</sup>. A percentagem máxima de pagamento pelo utente (correspondente ao serviço, ou serviços, com o quociente entre taxa moderadora e preço do SNS mais elevado em cada área de MCDT) varia entre os 0% de Radioterapia e Sangue e outros Serviços do IPST e os 33% das áreas da Patologia Clínica – Bioquímica e Microbiologia.

Um exercício semelhante foi feito com as tabelas de taxas moderadoras aplicáveis aos MCDT prestados no sector privado convencionado com o SNS. Neste caso, foram comparados os valores das taxas moderadoras com os preços das tabelas das convenções em vigor desde 1 de maio de 2013, informação publicada no sítio eletrónico da ACSS.

**Tabela 4 – Estrutura das taxas moderadoras nos prestadores convencionados com o SNS**

Área	N.º Exames	Taxa moderadora média	% pagamento utente média	% pagamento utente máxima	% exames com paga/to utente >1/3	% exames com paga/to utente = 100%
Análises Clínicas	263	1,74 €	24%	83%	9%	0%
Anatomia Patológica	13	6,19 €	31%	100%	46%	15%
Cardiologia	5	5,68 €	40%	100%	40%	20%
Consultas	108	7,75 €	100%	100%	100%	100%
Electroencefalografia	4	10,75 €	30%	51%	50%	0%
Endoscopia gastroenterológica	19	13,95 €	52%	100%	74%	11%
Exames comuns	33	5,54 €	43%	100%	42%	3%
Imunoalergologia	17	4,36 €	83%	100%	94%	35%
Medicina Física Reabilitação	62	1,88 €	79%	100%	95%	24%
Medicina Nuclear	15	14,57 €	17%	20%	0%	0%
Neurofisiologia	10	13,40 €	32%	82%	20%	0%
Otorrinolaringologia	35	4,33 €	56%	100%	77%	20%
Pneumologia	34	9,27 €	60%	100%	65%	21%
Psicologia	4	1,00 €	25%	100%	25%	25%
Radiologia	164	3,88 €	23%	100%	2%	1%
Urologia	5	13,20 €	22%	26%	0%	0%
<i>Total geral</i>	791	<i>Média: 4,56 € D.Pad: 4,89 € Max: 27,50 € Min: 0,00 €</i>	44%	100%	38%	19%

Tendo sido construídos indicadores adicionais de análise da percentagem de pagamento pelo utente descritos acima, destaca-se, desde logo, o caso da tabela de

<sup>68</sup> Incluem-se nesta área serviços diversos, tais como pensos, biopsias ou oxigenoterapia.

consultas de especialidades médico-cirúrgicas, onde para todos os 108 serviços distintos a taxa moderadora é igual ao preço pago pelo SNS aos prestadores convencionados. Significa isto que se trata de aplicar uma taxa de pagamento pelo utente de 100%. Note-se que, embora o limite superior de um terço tenha apenas por referência os preços do SNS e não os das convenções, deverá apelar-se ao princípio basilar da participação do utente no pagamento do preço se quedar por valores reduzidos relativamente ao preço total dos serviços, e apenas numa lógica de moderação do consumo. Veja-se ainda que na maioria das áreas desta tabela existe pelo menos um serviço para o qual a taxa moderadora é igual ao preço total (*vide* coluna “% pagamento pelo utente máxima”), e ainda que se se tomasse aqui, hipoteticamente, o limite superior de um terço como referência também para as tabelas das convenções, apenas nas áreas de Urologia e Medicina Nuclear se observaria um cumprimento absoluto de tal regra.

### ***Limites impostos ao aumento das taxas moderadoras pelo quadro jurídico constitucional existente***

No que respeita aos limites jurídico-constitucionais que devem ser considerados na adoção de uma medida que imponha o aumento do valor das taxas moderadoras, os mesmos são o respeito pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial do acesso ao SNS, já *supra* analisados.

Com efeito, e desde logo, tendo simplesmente uma função de moderação, em prol da utilização eficiente dos serviços de saúde, as taxas moderadoras encontram o seu limite no direito de acesso *tendencialmente gratuito*.

Recorde-se que, de acordo com o entendimento do Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, pode-se então concluir que a cobrança de taxas moderadoras será admissível quando:

- a. tenham como finalidade uma racionalização da utilização do SNS;
- b. não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e
- c. não sejam aptas a criar impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos económica e socialmente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde.

Quanto ao segundo requisito, o mesmo não pode deixar de ser enquadrável na situação atual, e numa perspetiva de que o que deve ser respeitados sejam os níveis de isenção que a cada momento estejam legalmente previstos, e desde que se

respeite, como se verá *infra*, os limites da capacidade de pagamento e da necessidade continuada de cuidados de saúde, evitando a exclusão do acesso a cuidados de saúde apenas a grupos da população especialmente vulneráveis.

Ora, à semelhança do que estipulara na vigência do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, o legislador definiu o limite máximo que considera encontrar-se abrangido pela imposição constitucional de tendencial gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde do SNS, concretamente, os valores das taxas moderadoras não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do SNS, e o montante da taxa moderadora a cobrar pelos prestadores convencionados com o SNS nunca pode ser superior ao preço estabelecido na respetiva convenção.

Importa recordar aqui, contudo, a análise da ERS a este propósito, conforme síntese do quadro *infra*.

**Quadro 3 – Considerações do estudo de “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde” da ERS sobre o aumento das taxas moderadoras**

*Ora, apesar de se encontrar aí um limite legalmente estabelecido ao valor máximo que uma taxa moderadora poderá hipoteticamente atingir, deve porém aqui sublinhar-se que tanto poderá apresentar dificuldades para constituir uma regra geral de aferição do impacto do valor da taxa moderadora no efeito de impedimento ou dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Na verdade, não somente a tabela de preços do SNS, pela sua própria génese e metodologia de elaboração, poderá apresentar dificuldades enquanto representação de um valor equitativo do cuidado de saúde, como aí se encontram actos (por exemplo, alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) altamente diferenciados) cujo valor se apresentará suficientemente elevado para que uma sua terça parte seja impeditiva, para a generalidade dos utentes, de acesso ao cuidado em questão.*

*(...)*

*Ora, se tanto não apresentará dificuldades de maior em termos de análise jurídica, é não menos verdade que quando os rendimentos dos utentes, designadamente a título de salários ou pensões, se mantêm inalterados nominalmente por ato legislativo, uma tal revisão em face da inflação provocará em tais utentes um aumento (duplamente) agravado do valor das taxas moderadoras, seja pelo aumento nominal das mesmas, seja pelo seu superior peso em face da perda de poder de compra pelos mesmos sentida. Consequentemente, a revisão a efetuar no valor das taxas moderadoras deverá ter em consideração o próprio aumento automático e anual que as mesmas passarão a conhecer, enquadrado na política de contenção salarial e remuneratória que atualmente se encontra estabelecida.*

Refira-se, em síntese, que com a revisão do regime das taxas moderadoras, foram mantidos/estabelecidos limites em termos de valores que as mesmas poderão atingir:

- Limite de um terço dos valores constantes da tabela de preços do SNS;
- A taxa moderadora a cobrar pelos prestadores convencionados com o SNS nunca pode ser superior ao preço estabelecido na respetiva convenção;
- cada atendimento na urgência, acrescido dos MCDT realizados no decurso do mesmo, não pode exceder o valor em taxas moderadoras de 50,00 €;
- cada sessão de hospital de dia, cujo valor corresponde à soma das taxas moderadoras dos MCDT realizados no decurso da mesma, não pode exceder o valor em taxas moderadoras de 25,00 €;

Por outro lado,

- a aplicação da tabela aos MCDT não pode implicar uma variação superior a 100% em relação aos valores anteriormente em vigor;
- a mesma tabela apresenta um valor máximo de 50,00 € por MCDT.

## **2.5. Conclusões sobre as alterações no regime jurídico das taxas moderadoras**

Da análise das alterações do regime jurídico das taxas moderadoras do SNS, vertida nas anteriores secções deste capítulo, é possível extrair algumas conclusões.

Desde logo, merece relevo a constatação de que determinadas condições de saúde foram revogadas enquanto isenção de taxa moderadora, concretamente no caso das doenças crónicas. Estes utentes poderão não pagar taxa quando enquadrados na categoria de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, ainda que só parcialmente e em menor escala de abrangência do que anteriormente. Os utentes portadores de determinadas doenças crónicas poderão, todavia, beneficiar de isenção do pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde se lhes for reconhecida incapacidade igual ou superior a 60%.

Quanto ao aumento dos valores das taxas, é importante reter que a fixação de limites aos montantes totais por episódio restringe-se aos episódios de urgência, sessões de hospital de dia e individualmente para cada MCDT.

De 2011 para 2012 a maior parte dos serviços sujeitos a taxa moderadora sofreu aumentos superiores a 100%, com as variações relativas mais acentuadas nos cuidados de saúde primários. Em janeiro de 2013, foi aplicada a regra do ajustamento

automático pela inflação, com as exceções de determinadas prestações nos cuidados de saúde primários e dos MCDT, onde as taxas não aumentaram. Já em maio do mesmo ano, a atualização das tabelas de preços do SNS determinou várias alterações nos montantes das taxas de vários serviços da tabela de MCDT.

Este aumento nas taxas dos MCDT deve merecer especial atenção porquanto não poderá deixar de considerar-se a existência, atualmente, de taxas moderadoras sobre alguns MCDT invasivos que podem não depender da vontade única do utente – admissibilidade de cobrança de taxas moderadoras em relação a cuidados cuja decisão de consumo não pertença ao cidadão, ou seja, não é o utente em exclusivo a determinar o consumo de cuidados de saúde –, uma vez que se trata, para determinados MCDT, de atos relativamente aos quais não é isenta de dúvidas a manutenção de uma relação entre o seu consumo e a sua maior moderação por via de taxa.

### 3. O processo de implementação do novo Regime Jurídico

O presente capítulo incidirá sobre a implementação do novo quadro legal por parte das entidades com atribuições relevantes nesta matéria, na perspetiva das preocupações regulatórias da ERS de proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes e de velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

A revisão substantiva das categorias de isenção e dos valores das taxas moderadoras acarretou uma revisão dos procedimentos destinados à operacionalização das novas regras, não só da perspetiva dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde responsáveis pela cobrança de taxas moderadoras aos utentes, no sentido da acomodação dos seus procedimentos administrativos e dos sistemas informáticos, mas igualmente da perspetiva dos utentes, em particular no que toca à necessidade de apresentação dos meios de comprovação para acederem à isenção de pagamento de taxas moderadoras.

Em matéria de implementação, o Decreto-Lei n.º 113/2011 prevê, no seu preâmbulo, a necessidade de “garantir a efectividade da cobrança das taxas moderadoras, preconizando a adopção de procedimentos céleres e expeditos que assegurem a operacionalização dos meios de pagamento correspondentes”, prevendo-se neste diploma e posteriormente na Portaria n.º 306-A/2011, regras aplicáveis à cobrança e pagamento de taxas moderadoras. Por sua vez, a Portaria n.º 311-D/2011, dedicada aos critérios de verificação da condição de insuficiência económica, regula em termos de meios de comprovação, de verificação da situação de insuficiência económica e de possibilidade de reclamação pelos utentes.

A ACSS foi a entidade responsável por assegurar a transição e a implementação do novo regime das taxas moderadoras. Emitiu, para o efeito e no exercício da sua atividade, várias orientações às ARS, aos hospitais e às ULS, sob a forma de Circulares Normativas e Circulares Informativas, nas quais poderão então encontrar-se as orientações destinadas à concretização não só das regras *supra* referidas mas também da comprovação para as restantes isenções, bem como da dispensa de cobrança de taxas moderadoras.

Neste enquadramento, para a análise da implementação do novo regime jurídico, foram considerados as reclamações e pedidos de informação dos utentes, rececionados pela ERS, informação fornecida pelas ARS e pela ACSS, bem como

informação recolhida no decurso de 25 fiscalizações a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS.

### 3.1. Principais constrangimentos verificados

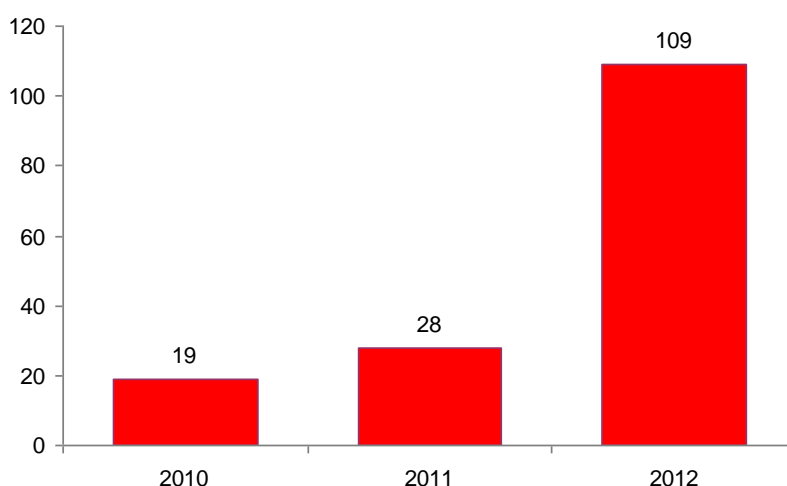
#### *Reclamações e pedidos de informação pelos utentes*

No exercício da sua atividade de regulação e de supervisão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, foram trazidas ao conhecimento da ERS diversas exposições de utentes, relacionadas com a temática das taxas moderadoras<sup>69</sup>.

Analisada, no gráfico 2, a evolução do número de exposições rececionadas nos anos de 2010, 2011 e 2012, constatou-se um crescimento de 47,37% entre 2010 e 2011, e de 289,29% entre 2011 e 2012. Estas taxas de crescimento contrastam bastante com a evolução verificada, no mesmo período, no total das reclamações recebidas e tratadas pela ERS, o qual cresceu 5% em 2011 e caiu 8% em 2012.

Assim, a análise que se realizará, de seguida, ao conteúdo das exposições para o ano de 2012, deverá sempre ter em conta o peso relativo do número de exposições rececionadas nesse ano, quando comparado com aquelas rececionadas nos dois anos anteriores.

**Gráfico 2 – Evolução do número de exposições rececionadas pela ERS entre 2010 e 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

<sup>69</sup> Note-se, porém que aqui não se encontram incluídas reclamações que sejam efetuadas junto dos prestadores do SNS. Por outro lado, os contactos telefónicos estabelecidos com a ERS sobre esta matéria aumentaram significativamente a partir da implementação da nova legislação.

Sem prejuízo da(s) concreta(s) intervenção(ões) em cada caso, a elevada importância da temática das taxas moderadoras, aliada à tendência de um aumento das exposições verificado já em 2011, bem como ao tipo de questões ali suscitadas<sup>70</sup>, levaram a ERS a produzir, em junho de 2011, uma informação pública aos utentes sobre o quadro legal das taxas moderadoras que esteve em vigor até 31 de dezembro de 2011. Após a aprovação do atual regime jurídico, procedeu-se à revisão da informação aos utentes do SNS, com base no acervo normativo aplicável a partir de 1 de janeiro de 2012<sup>71</sup>.

Considerando o acentuado aumento das exposições rececionadas pela ERS, e estando as mesmas em grande medida relacionadas com a implementação das alterações normativas que entraram em vigor em 1 de janeiro de 2012, entendeu-se ser essencial a sua consideração, pelo que a análise que se segue apresenta a evolução temporal das exposições de utentes rececionadas pela ERS a partir de 1 de janeiro de 2012, distinguindo-se entre pedidos de informação dos utentes, que motivaram esclarecimentos retirados da informação da ERS *supra* e complementados com informação adicional quando necessário e aplicável, e entre reclamações, que implicaram intervenções regulatórias individuais e concretas<sup>72</sup>.

Do que decorre da análise do gráfico 3 nos dois primeiros meses de implementação do novo regime legal, as exposições rececionadas pela ERS configuravam pedidos de informação por parte dos utentes, que motivaram respostas a título de esclarecimento, genérica e abstratamente formuladas com base na informação da ERS. Porém, a partir de março de 2012 assistiu-se a uma modificação do teor das exposições, com o número de reclamações a ultrapassar o de pedidos de informação, atingindo o pico máximo em maio, situação apenas revertida em dezembro. Releva ainda a constatação de que os momentos em que o número de reclamações foi mais elevado coincidiram com o final do período transitório para implementação das novas regras (a 31 de maio) e a reavaliação automática da mesma isenção (a 30 de setembro).

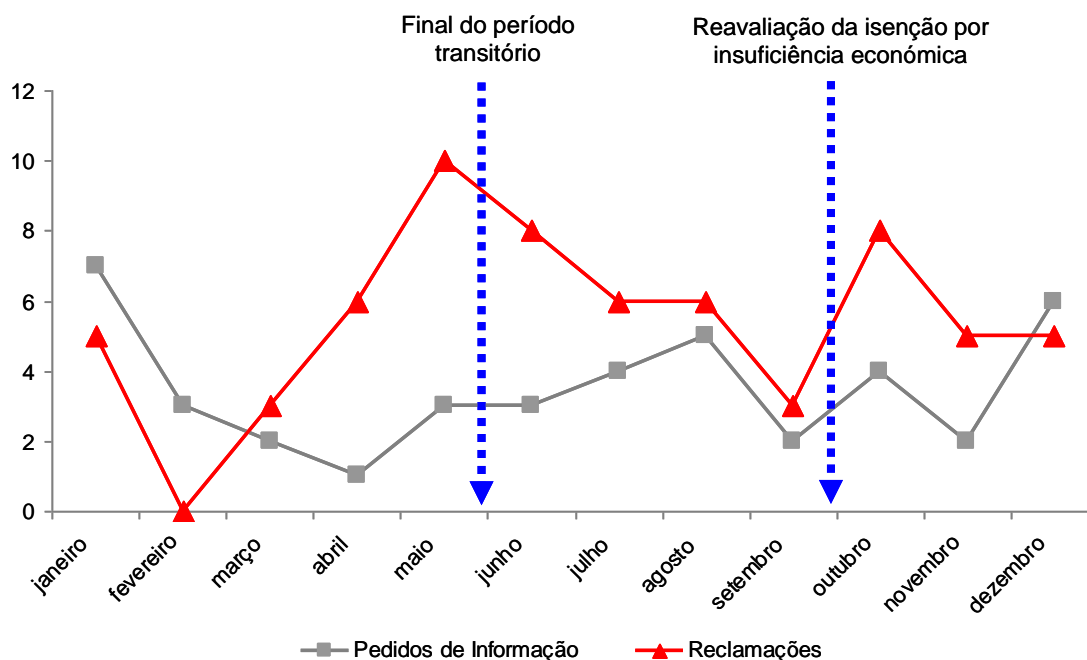
---

<sup>70</sup> Categorias de isenção e comprovação respetiva, valores e momentos em que as taxas deveriam ser exigidas aos utentes, situações referentes a terceiro legal ou contratualmente responsável (acidente de viação ou acidente de trabalho, por exemplo), situações em que o utente podia beneficiar de redução no valor das taxas moderadoras, às consequências do não pagamento e à prescrição dos créditos relativos a taxas moderadoras.

<sup>71</sup> Atualmente disponível no sítio eletrónico da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt). A informação vem sendo alterada e atualizada consoante as situações das quais a ERS vai tomando conhecimento.

<sup>72</sup> O tipo de intervenção da ERS será descrito para cada uma das categorias, a fim de melhor identificar as especificidades por tipo de constrangimento reportado.

**Gráfico 3 – Evolução mensal do número de exposições rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

Com o objetivo de parametrizar as exposições rececionadas por tema, e identificar quais as questões mais suscitadas, desagregaram-se as exposições pelos temas de isenção por insuficiência económica, incapacidade igual ou superior a 60%, dispensa de cobrança de determinados atos associados à situação clínica dos utentes e procedimentos de cobrança de taxas moderadoras adotados pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Com efeito, considerada a informação constante do gráfico 4, o conteúdo das exposições (aqui não discriminando pedidos de informação e reclamações) foca-se especialmente no tema da isenção por insuficiência económica, com particular ênfase no mês de outubro<sup>73</sup>.

Por outro lado, as exposições relativas a procedimentos de cobrança de taxas moderadoras pelos prestadores públicos de cuidados de saúde assumem especial destaque nos meses de maio, junho e dezembro, assumindo o seu máximo relativo face às restantes temáticas em dezembro.

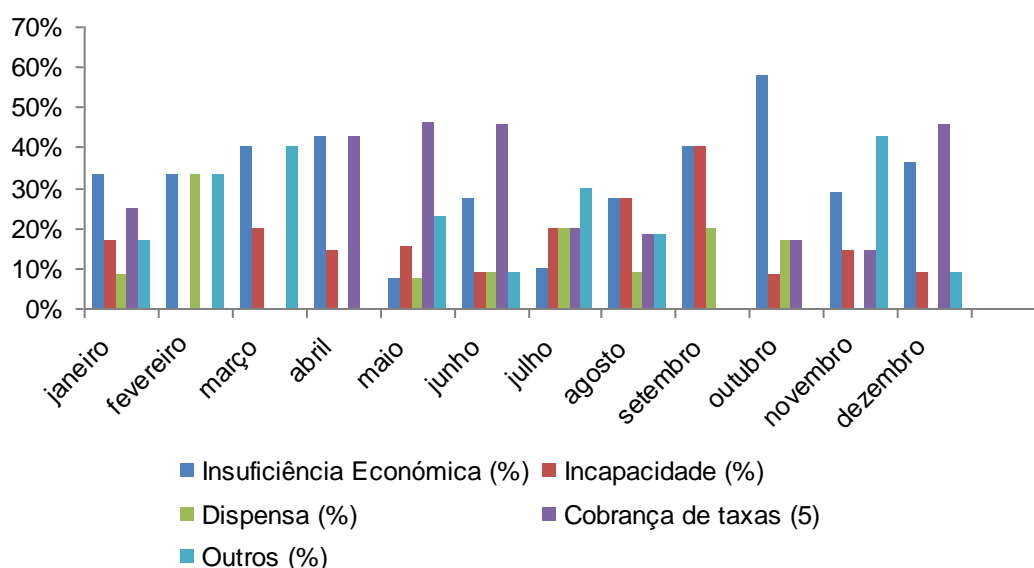
As exposições relacionadas com situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras levantaram menos questões, ainda que em termos relativos. De referir

<sup>73</sup> De acordo com o n.º 4 do artigo 2.º da Portaria n.º 311-D/2011, os rendimentos objeto de apuramento para efeitos de verificação da condição de insuficiência económica são aferidos a 30 de setembro de cada ano.

porém, que as questões relacionadas com constrangimentos na aplicação da dispensa de cobrança de taxas para determinadas prestações de saúde foram incluídas no tema de cobrança de taxas moderadoras. Tal inclusão deve-se ao facto de estarem associados, como melhor se verá *infra*, a problemas de implementação, nomeadamente de alteração dos procedimentos internos de cobrança a nível informático, quanto à parametrização de atos dispensados e efetivo registo da dispensa.

Na categoria “Outros” incluem-se pedidos de informação genéricos sobre o regime das taxas, nomeadamente quanto à emissão de atestados/certificados de assistência a menores serem ou não passíveis de cobrança de taxa, e quanto à cobrança de taxas moderadoras quando já ultrapassado o prazo de prescrição. Quanto a esta última questão, ainda que não se encontre diretamente associada a alterações ao regime jurídico das taxas moderadoras, não deverá no entanto deixar de ser referida como evidência da aplicação de novos procedimentos por parte dos hospitais com objetivo de recuperar valores em dívida<sup>74</sup>.

**Gráfico 4 – Evolução mensal de exposições (%), por tema, rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

<sup>74</sup> Note-se que, já ao longo de 2011, no âmbito das exposições subscritas pelos utentes e rececionadas pela ERS, tomou-se conhecimento de situações em que os utentes reclamavam do facto de estabelecimentos hospitalares do SNS estarem, em 2011, a solicitar o pagamento de taxas moderadoras referentes a cuidados prestados há já bastante tempo, havendo inclusive situações em que os mesmos remontavam ao ano de 2002 (e seguintes). A reiteração de tais comportamentos levou a ERS a assumir a necessidade de produzir a referida informação pública aos utentes sobre o quadro legal das taxas moderadoras, e designadamente quanto ao prazo de prescrição aplicável, enquanto instrumento de defesa dos direitos e interesses dos utentes.

Cada um destes temas será considerado individualmente em seguida, com a identificação e análise dos principais motivos que originaram os pedidos de informação/reclamações, bem como com a recolha dos (eventuais) contributos da informação recolhida junto das ARS e da ACSS a este propósito, tudo com vista à identificação de principais problemas e à contribuição para a adoção de soluções para os mesmos.

### ***Pedidos de informação às Administrações Regionais de Saúde e à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.***

Consideradas as questões suscitadas junto da ERS na ótica dos utentes, revelou-se necessário aferir da perspetiva da implementação numa ótica institucional, tendo-se para o efeito solicitado informação às cinco ARS, em 30 de outubro de 2012, conforme anexo IV, sendo que esta se apresenta de forma agregada, na medida em que as regras de implementação são extensíveis às cinco ARS<sup>75</sup>.

Cada uma das ARS enumerou na sua resposta os constrangimentos de implementação, ocorridos sob a sua área de jurisdição e entendidos como mais relevantes e reportados, quer pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (aqui incluídos os convencionados) quer pelos utentes.

Do conjunto das respostas das ARS<sup>76</sup>, reportadas a novembro e dezembro de 2012<sup>77</sup>, foram elencadas as seguintes questões:

- Reconhecimento e comprovação da isenção por insuficiência económica em geral e em particular nos casos dos reclusos, de desemprego involuntário e de crianças e jovens institucionalizados com idade superior a doze anos;
- Reconhecimento e comprovação por incapacidade igual ou superior a 60%;
- Informação aos utentes sobre a revisão das isenções, bem como quanto aos critérios para benefício das mesmas;

---

<sup>75</sup> Cfr. o mesmo anexo, para uma consulta das súmulas da resposta de cada uma das ARS.

<sup>76</sup> Por outro lado, justifica-se apresentar a informação de forma agregada, porquanto a não indicação de questões por parte de cada uma das ARS não implica que não ocorressem, mas tão só que não foram reportadas em sede de resposta ao pedido da ERS.

<sup>77</sup> Concretamente, foram rececionadas as respostas nas seguintes datas: a da ARS Algarve, em 15 de novembro de 2012, as da ARS Centro e ARS do Alentejo, em 19 de novembro de 2012, a da ARSLVT, em 10 de dezembro de 2012 e, finalmente, a da ARS Norte em 17 de dezembro de 2012.

- Dúvidas quanto à implementação da dispensa de cobrança de taxas moderadoras, nomeadamente quanto à deficiência de fatores de coagulação, diabetes e doenças oncológicas;
- Constrangimentos ao nível dos sistemas de informação utilizados nos prestadores, no que se refere à sua parametrização e interoperabilidade;
- Constrangimentos ao nível da consulta e atualização dos dados inseridos no RNU;
- Alteração significativa dos valores das taxas moderadoras a cobrar em atos de MFR e de enfermagem;
- Dificuldades para cobrança coerciva de taxas moderadoras, “[a]tendendo a que o processo de comunicação com a Autoridade Tributária e Aduaneira ainda não se encontra desmaterializado, bem como os procedimentos que darão lugar ao mesmo ainda não estão definidos pela ACSS [...]”;
- Constrangimentos na obtenção de esclarecimentos/respostas por parte da ACSS em tempo útil;
- Existência de orientações relativas às isenções/dispensa, sucessivamente alteradas pela ACSS (nas circulares e/ou nas FAQ), em reação às dúvidas colocadas.

No que respeita aos procedimentos seguidos no sentido da resolução de tais questões/constrangimentos e aos esclarecimentos/orientações emitidos aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, para além de terem salientado a intervenção da ACSS, designadamente, através de Circulares Normativas/Informativas e de documentos diversos de índole informativa, de sessões de esclarecimento e da criação de endereço eletrónico para esclarecimento de dúvidas às ARS, as ARS elencaram os seguintes procedimentos, por si adotados:

- Pedidos de esclarecimento junto da ACSS;
- Divulgação de suporte legal e normativo;
- Emissão de orientações e esclarecimentos aos prestadores;
- Prestação de esclarecimentos aos utentes;
- Formação dos profissionais de saúde;
- Reuniões com prestadores do SNS;
- Informação e esclarecimentos no sítio eletrónico;

- Criação de um email exclusivo para questões de taxas moderadoras.

Ainda na ótica da implementação do novo regime jurídico, atentas as temáticas das exposições rececionadas pela ERS e *supra* mencionadas, considerou-se relevante solicitar à ACSS, enquanto entidade responsável por tal implementação, os esclarecimentos adequados, com indicação dos motivos e das medidas/orientações destinadas à correção respetiva, conforme descrição no anexo IV.

Na sua resposta, a ACSS veio destacar a responsabilidade da AT em matéria de avaliação de rendimentos para atribuição de insuficiência económica.

Por outro lado, é assumida a responsabilização dos utentes no processo de pedido de isenção por insuficiência económica, nomeadamente na necessidade de terem a sua situação em termos de rendimento atualizada junto da AT. E, no mesmo sentido, é referido que assiste sempre aos utentes a possibilidade de consultar os rendimentos considerados no apuramento da condição de insuficiência económica junto do Portal das Finanças, bem como da possibilidade dos utentes confirmarem a sua situação de isenção no RNU.

Ademais foi destacada a emissão de medidas/orientações no sítio eletrónico da ACSS, bem como o envio de ofícios circulares para as ARS e instituições hospitalares tendentes à clarificação de algumas matérias.

### ***Fiscalizações a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde***

As alterações legislativas introduzidas assentaram na perspetiva de uma implementação baseada em procedimentos informatizados e fundados numa lógica de interoperabilidade entre sistemas informáticos (por exemplo, dos cuidados primários e hospitalares e destes com o RNU). Nesse sentido, determinadas exposições de utentes rececionadas pela ERS, bem como as respostas das ARS, de novembro e dezembro de 2012, identificaram, conforme visto, constrangimentos a este nível.

Considerou-se, por isso, relevante a aferição *in loco* dos procedimentos seguidos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS para adaptação e posterior cumprimento das novas regras, nomeadamente a nível informático, para o que foi elaborada uma *check-list* com base na legislação aplicável e nas dificuldades reportadas à ERS, que se reproduz no anexo V.

Para tanto, foram realizadas, durante os meses de dezembro de 2012 e janeiro de 2013, 25 fiscalizações a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de

saúde do setor público – cuidados primários e hospitalares – e do setor convencionado com o SNS (nove prestadores dos cuidados primários, oito dos cuidados secundários e oito convencionados).

A amostra de prestadores selecionada pretendeu abarcar contextos geográficos diversos (urbanos e rurais) e estabelecimentos pertencentes a distintas áreas de jurisdição das cinco ARS, conforme tabela do anexo VI.

Tendo por base a *check-list* apresentada no anexo V, foi possível identificar os seguintes procedimentos, transversalmente adotados pelos prestadores:

- Quanto à informação prestada aos utentes, afixação da informação tal como produzida pela ACSS (com menor predominância nos cuidados primários<sup>78</sup>), na prestação de informação casuística aos utentes, pelos funcionários, presencialmente, por telefone e por correio eletrónico;
- Quanto à informação prestada aos utentes, para além daquela mencionada *supra*, foi referida, pelos prestadores de cuidados primários, a prestação de apoio no preenchimento do requerimento de insuficiência económica e de reclamações<sup>79</sup>;
- Quanto aos esclarecimentos e/ou orientações das entidades responsáveis, foi relatada a promoção pela ACSS e pelas ARS, nos meses iniciais de implementação do novo regime, de sessões de esclarecimento, em regra com membros de direção dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
- Quanto à divulgação interna aos colaboradores, foi em geral referida a difusão ao nível de cada prestador, de acordo com o esquema respetivo de disseminação de informação;
- Relativamente à solicitação de informação, a maioria dos estabelecimentos fiscalizados destacou a tentativa de obtenção de esclarecimentos a nível interno, e em caso de impossibilidade, a sua solicitação perante a ARS respetiva e/ou a ACSS, através de interlocutores designados para o efeito.

Por outro lado, foi possível confirmar a existência dos seguintes constrangimentos:

- Na fase inicial de implementação, dificuldades de adaptação dos procedimentos internos – informáticos e administrativos;

---

<sup>78</sup> Em nove prestadores de cuidados primários fiscalizados, três não tinham afixada informação. Todos os prestadores de cuidados hospitalares tinham afixado a referida informação.

<sup>79</sup> Sendo certo que determinados prestadores de cuidados hospitalares referiram prestar igualmente este apoio aos utentes, ainda que com menor regularidade.

- Dificuldades na obtenção de orientações, esclarecimentos e suporte técnico junto da ACSS, sentidos com maior intensidade na fase inicial de implementação, mas ainda verificados à data das fiscalizações da ERS;
- Ainda que a inserção/atualização de determinadas isenções deva ocorrer ao nível dos cuidados primários, o facto de os sistemas por vezes se encontrarem inoperáveis, impossibilita tais alterações;
- RNU não atualizado, sendo os prestadores confrontados com documentos exibidos pelos utentes, comprovativos de isenção, sem correspondência no RNU;
- Sendo detetada uma incongruência, as unidades hospitalares estavam impossibilitadas de registar quaisquer alterações, encaminhando os utentes para os cuidados primários;
- No caso particular da isenção por insuficiência económica, todo o processo está centralizado em entidade terceira, existindo só a possibilidade de consulta por parte dos prestadores primários e hospitalares, o que agudiza a necessidade de o RNU se encontrar sempre atualizado;
- Necessidade de encaminhamento dos utentes para os serviços de finanças, para efeito de esclarecimento da situação fiscal (concretamente, quais os membros do agregado familiar) com vista à isenção por insuficiência económica;
- Não interoperabilidade entre os sistemas dos cuidados primários e hospitalares;
- Não interoperabilidade entre os sistemas utilizados por cada prestador (por exemplo, SINUS e RNU nos cuidados primários, RNU e SONHO nos cuidados hospitalares), embora a tendência geral seja a de diminuição destas situações, apontando-se também a problemática da dispersão dos vários sistemas, a funcionar em simultâneo;
- Falta de uniformização nos prestadores de quais os atos dispensados de cobrança (o mesmo ato encontrar-se dispensado nuns prestadores e não noutros), decorrente da inexistência de orientações genérica e preliminarmente determinadas;
- Procedimentos internos díspares quanto ao registo no sistema para efeito de dispensa de cobrança de taxas moderadoras;

- Sucessivas alterações de entendimento quanto aos atos dispensados de cobrança, em resultado da análise de casos concretos reportados pelos utentes;
- Dificuldades de interpretação quanto à dispensa para doentes oncológicos;
- Morosidade na decisão definitiva nos pedidos de isenção por insuficiência económica e por incapacidade igual ou superior a 60%, passível de dificultar a cobrança de taxas moderadoras no período de análise desses pedidos.

É certo que as questões assim apresentadas pelos utentes e pelas ARS, no que se refere aos constrangimentos informáticos ao nível do registo das isenções, aplicavam-se maioritariamente nos estabelecimentos prestadores do setor público. Com efeito, os prestadores convencionados não detêm acesso ao RNU ou a qualquer outro sistema informático para verificar isenção, tendo os mesmos sido unânimes em confirmar, no decurso das fiscalizações, que o procedimento/meio de comprovação da isenção passa pela exibição, pelo utente, da credencial emitida pela entidade requisitante.

Como principal efeito junto dos prestadores convencionados da revisão do regime das taxas, foi destacado que diferentemente do que antes sucedia, os utentes passaram a questionar pelos valores das taxas moderadoras antes da realização dos exames.

Todavia, não deixaram estes prestadores de relatar constrangimentos na articulação com as demais unidades de cuidados de saúde (requisitantes), ainda que não necessariamente decorrentes da implementação do novo quadro legal. Concretamente, foram relatados erros/imprecisões constantes das credenciais entregues aos utentes, nomeadamente credenciais com a menção "não isento" para utentes efetivamente isentos, erros no preenchimento de códigos, agrafos, falta de carimbos ou rasuras. Estas anomalias implicaram a devolução – e consequente não pagamento – por parte do Centro de Conferência de Faturas.

Algumas entidades referiram que diligenciavam no sentido de uma articulação para resolução destas questões, enquanto noutros casos a resolução coube aos utentes, encaminhados para as unidades de saúde, com vista à emissão de novas credenciais. Segundo foi ainda referido, é em regra facultada a possibilidade de os utentes realizarem os exames, muito embora algumas entidades tenham indicado que solicitam, para tanto, o pagamento de uma caução.

## 3.2. Análise dos procedimentos

A revisão às categorias de isenção e a introdução da dispensa de cobrança foram acompanhadas por uma alteração da tramitação administrativa a ser observada com vista ao reconhecimento/comprovação da isenção e atribuição de dispensa para determinadas prestações de saúde. Esta alteração foi mais visível e acarretou maior complexidade ao nível do pedido e processo de decisão relativamente à isenção por insuficiência económica e incapacidade igual ou superior a 60%, da determinação das situações dispensadas de cobrança de taxas moderadoras e dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras.

No mesmo sentido, estas alterações, conforme visto *supra*, foram aquelas que igualmente suscitaram mais questões, na ótica dos utentes, dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e das entidades responsáveis, pelo que se justifica a análise dos procedimentos relacionados com a implementação nestas áreas.

### ***Isonção por insuficiência económica***

A par com a previsão da isenção por insuficiência económica, o Decreto-Lei n.º 113/2011 regulou o que se entende por insuficiência económica para efeito da atribuição da isenção<sup>80</sup> e a Portaria n.º 311-D/2011 estabeleceu, por sua vez, as regras determinantes da verificação da insuficiência económica (rendimentos elegíveis, composição do agregado familiar e regras de capitação dos rendimentos do agregado familiar)<sup>81</sup>.

Esta Portaria estabeleceu igualmente o procedimento administrativo a ser observado pelos utentes para a atribuição da isenção<sup>82</sup> e fixou ainda uma norma transitória para permitir a acomodação das novas regras<sup>83</sup>. Recorde-se que o âmbito e alcance deste procedimento e período transitório foram sendo alterados pela ACSS, mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas.

---

<sup>80</sup> De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º deste diploma, consideram-se em situação de insuficiência económica os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais (IAS). Em 2012, consideraram-se em situação de insuficiência económica os utentes que integrassem agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar, fosse igual ou inferior € 628, 83 (uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais para 2012).

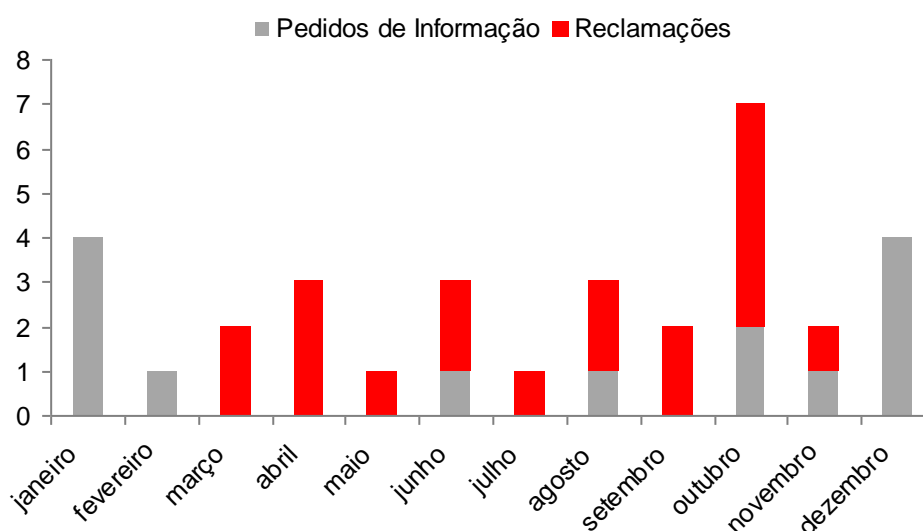
<sup>81</sup> N.º 3 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011 e Portaria n.º 311-D/2011.

<sup>82</sup> Artigo 6.º da Portaria n.º 311-D/2011.

<sup>83</sup> Artigo 8.º da Portaria n.º 311-D/2011.

No que concretamente se refere às exposições rececionadas pela ERS adstritas ao tema de isenção por insuficiência económica foi possível constatar, conforme resumido no gráfico 5, que após os dois primeiros meses do ano de 2012, em que apenas houve lugar a pedidos de informação, o número de reclamações excedeu o de pedidos de informação, tendo atingido o seu máximo no mês de outubro<sup>84</sup>, e assumido posteriormente uma tendência decrescente nos dois últimos meses do ano.

**Gráfico 5 – Exposições relativas a isenção por insuficiência económica, rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

O conteúdo dos pedidos de informação rececionados neste âmbito determinou a prestação, pela ERS, de esclarecimentos relativos à isenção, aos rendimentos que passaram a ser considerados para efeitos de verificação da condição de insuficiência económica, bem como quanto ao cálculo dos rendimentos para apuramento da condição de insuficiência económica<sup>85</sup>.

Foram ainda apresentados pelos utentes junto da ERS, pedidos de informação e reclamações relativas a dificuldades na obtenção de informação junto das unidades de saúde sobre o novo regime, bem como sobre as razões para a perda de isenção, que para alguns utentes foi contemporânea ao fim do período transitório, sem que, contudo, os mesmos tivessem sido notificados em tempo da manutenção ou

<sup>84</sup> Tendo em conta que a atribuição da isenção caduca a 30 de setembro de cada ano, após o que se prevê uma reavaliação automática da situação para deferimento ou indeferimento de uma novo período anual de isenção, tal poderá então justificar o número significativo de exposições no mês de outubro, momento em que os utentes viram alterada a sua condição para efeito de pagamento de taxas moderadoras.

<sup>85</sup> Regras estas que se encontram fixadas nos artigos 2.º a 5.º da Portaria n.º 311-D/2011.

caducidade da isenção anteriormente detida, nem tampouco informados de que deveriam apresentar requerimento para serem reconhecida a sua situação de insuficiência económica<sup>86</sup>.

Por outro lado, os pedidos de informação no mês de novembro e dezembro versaram igualmente sobre as situações de desemprego, aqui inseridas na categoria de isenção por insuficiência económica. A ERS rececionou ainda reclamações de utentes relacionadas com outras temáticas, designadamente, perda de benefícios sociais e baixas médicas, eventualmente suscetíveis de configurar situações de insuficiência económica não extraídas pela consideração de rendimentos do ano civil anterior mas suscetíveis de alterar os rendimento presentes e para as quais não foi introduzida ressalva similar àquela prevista para situações de desemprego involuntário.

Por outro lado, rececionou igualmente exposições nas quais os utentes suscitavam a questão de apenas a partir da data da Declaração do Centro de Emprego ser considerada a isenção, independentemente do momento em que o utente ficou efetivamente desempregado.

Alguns pedidos de informação e especialmente muitas das reclamações rececionadas incidiram sobre constrangimentos verificados ao nível dos procedimentos administrativos a serem seguidos pelos utentes no que respeita:

- à apresentação do requerimento e à obtenção de apoio junto das unidades de saúde do SNS para o efeito;
- à morosidade sentida nos processos de decisão de atribuição ou recusa da isenção e de apreciação das reclamações apresentadas pelos utentes;

---

<sup>86</sup> A isenção por insuficiência económica esteve sujeita a um período transitório, que segundo a Portaria n.º 311-D/2011 vigoraria até 15 de abril de 2012. Com efeito, para todos os utentes com dados pessoais atualizados e que se encontrassem registados como isentos no RNU a 31 de dezembro de 2011, a lei previu a sua notificação até ao dia 29 de fevereiro de 2012, por via postal, pelos serviços do Ministério da Saúde da manutenção ou perda da sua situação de isenção.

Por outro lado, até 15 de abril de 2012, presumiam-se isentos do pagamento de taxas moderadoras os utentes registados como isentos no RNU a 31 de dezembro de 2011 e que apresentassem requerimento de 29 de fevereiro a 31 de março de 2012 para reconhecimento de situação de insuficiência económica.

O período transitório assim previsto na Portaria n.º 311-D/2011 foi, todavia, sucessivamente alargado por via da emissão, pela ACSS, de Circulares incidentes sobre o período transitório e dirigidas às ARS, aos Hospitais e às ULS, designadamente, as Circulares Normativas da ACSS, n.º 38/2011/UOFC, de 30 de dezembro, n.º 01/2012/UOFC, de 3 de janeiro, n.º 04/2012/CD, de 12 de janeiro, n.º 11/2012/CD, de 30 de janeiro, n.º 17/2012/CD, de 27 de fevereiro, n.º 21/2012/CD, de 29 de março, n.º 25/2012/CD, de 30 de abril, todas disponíveis em [www.acss.min-saude.pt/](http://www.acss.min-saude.pt/), e Ofício Circular, com esclarecimentos no âmbito do regime das taxas moderadoras, dirigido às ARS e aos Hospitais, e dado a conhecer à ERS com a resposta da ACSS no âmbito do presente Estudo.

- à perda da isenção sem prévia notificação aos utentes das razões justificativas da mesma;
- à assunção do pagamento de taxas moderadoras durante o período de análise por parte de utentes aos quais foi posteriormente atribuída isenção.

Foram ainda relatadas à ERS pelos utentes, situações de desatualização e/ou discrepância no registo da isenção por insuficiência económica<sup>87</sup>, bem como de pagamento de taxas moderadoras por utentes beneficiários de isenção, devido à impossibilidade das unidades de saúde, de confirmação no sistema da qualidade de isento ou por não se encontrar ainda concluído o processo de decisão de atribuição de isenção.

As dificuldades dos utentes tal como *supra* descritas foram confirmadas pelas ARS desde logo por se ter suscitado um considerável número de solicitações nesta matéria, tendo sido salientado, no que importa relevar neste ponto e conforme se retira da súmula das respostas no anexo IV, as dificuldades sentidas pelas ARS e pelas unidades de saúde da respetiva área de jurisdição, no apoio aos utentes, porquanto é-lhes alheio todo o processo de atribuição de insuficiência económica e devem assim intermediar e articular com entidades terceiras (ACSS e/ou os serviços distritais ou locais das finanças) para a obtenção de informação e/ou resolução de problemas.

Por outro lado, nas respostas das ARS foram igualmente destacados os procedimentos de reclamação disponibilizados aos utentes<sup>88</sup>, que se encontram limitados à discordância quanto ao apuramento do valor do rendimento médio mensal e que não permitem responder à multiplicidade de situações suscitadas pelos utentes e profissionais de saúde, o que redundava na necessidade de as ARS questionarem diretamente os serviços da ACSS.

Tais constrangimentos foram identificados pelos estabelecimentos fiscalizados como mais recorrentes nos meses iniciais de implementação, associados ao maior esforço de adaptação às alterações introduzidas, que levaram inclusivamente a sucessivas prorrogações do período transitório (que vigorou até 31 de maio de 2012).

---

<sup>87</sup> Por exemplo, foram reportadas à ERS situações de discrepância quanto ao registo da isenção para utentes pertencentes ao mesmo agregado familiar, ou seja, diversas situações em que para o mesmo agregado familiar, um dos cônjuges seria considerado isento e o outro, não.

<sup>88</sup> De acordo com orientações da ACSS, findo o período transitório, as reclamações quanto ao apuramento do rendimento médio mensal são submetidas exclusivamente via internet, através do Portal da Saúde, bem como as USF ou UCSP da área de residência do utente, bem como o Gabinete do Cidadão dos ACES devem apoiar os utentes no preenchimento das reclamações a submeter via internet.

Resulta, por outro lado, dos esclarecimentos prestados pela ACSS sobre os constrangimentos identificados pela ERS nesta matéria, concretamente, a morosidade na obtenção de respostas pelos utentes, que no seu entendimento, a AT é a entidade competente para verificação da situação de insuficiência económica e apreciação das reclamações relativas ao apuramento do valor do rendimento médio mensal. Após a análise e comunicação da AT ao Ministério da Saúde, os sistemas de informação de saúde são atualizados e os utentes notificados por correio eletrónico ou, no desconhecimento deste, por escrito para a morada respetiva, podendo os utentes consultar, a todo o tempo, o estado do processo *online*, no RNU<sup>89</sup>. Por outro lado, quanto à reavaliação que ocorre automática e anualmente a 30 de setembro de cada ano<sup>90</sup>, a ACSS notifica os utentes por escrito sempre que ocorra uma alteração na situação de isenção.

Ainda neste âmbito, em resposta ao solicitado pela ERS sobre “N.º de utentes com pedidos de isenção pendentes por insuficiência económica”, a ACSS prestou a informação constante da tabela que se apresenta em seguida, com o número de requerimentos pendentes de decisão em 31 de dezembro de 2012 a atingir os 11.181, ainda que em número inferior ao do mês anterior.

**Tabela 5 – Pedidos de reconhecimento de isenção por insuficiência económica pendentes**

Data	N.º de requerimentos
30.11.2012	18.173
31.12.2012	11.181

Fonte: Resposta da ACSS à ERS, rececionada em 25 de fevereiro de 2013.

Por fim, quando questionada sobre situações em que foram cobradas taxas moderadoras a utentes isentos por não atualização do registo informático, a ACSS informou que (eventuais) erros na cobrança, “determinam o reembolso de taxas moderadoras junto das unidades que procederam à respetiva cobrança indevida”. Adicionalmente, quando se trate da regularização da situação tributária dos utentes e

<sup>89</sup> Ainda de acordo com a informação da ACSS, através do acesso ao Portal das Finanças, os utentes que solicitaram isenção do pagamento de taxas moderadoras podem consultar os rendimentos considerados no apuramento da condição de insuficiência económica e respetivo cálculo do rendimento médio mensal, encontrando-se cumprido o dever de fundamentação. Mais referiu a ACSS que a AT informa se existem situações irregulares que impossibilitem a avaliação dos rendimentos.

<sup>90</sup> Quanto às razões pelas quais terá a ERS verificado um aumento de exposições de utentes em setembro e outubro de 2012 nesta matéria, a ACSS informou que estas serão originadas por descontentamento em virtude da perda de isenção, impossibilidade de avaliação por parte da AT, por falta de entrega das declarações de rendimentos, desconhecimento da data a que reporta a avaliação e do mecanismo de reavaliação automática.

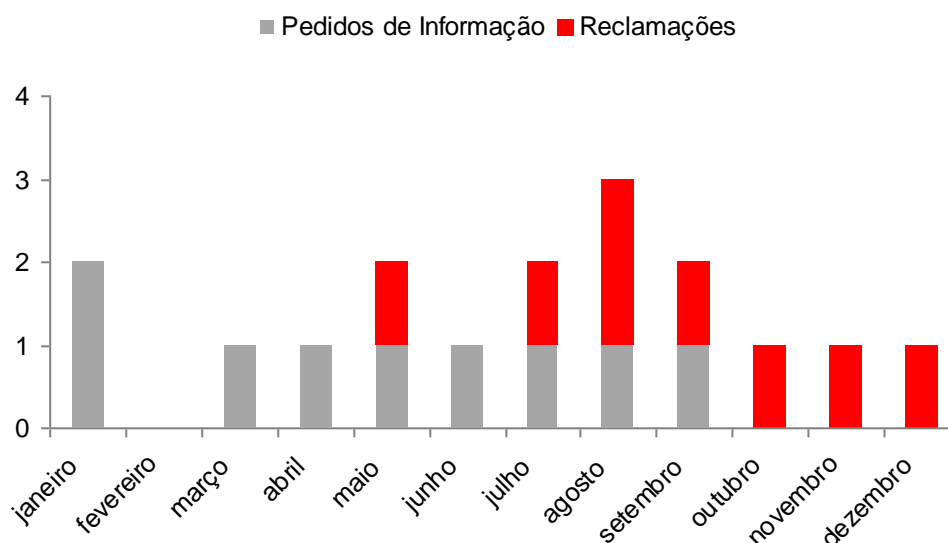
no caso de pedidos pendentes de decisão, após o reconhecimento da isenção, esta retroage à data do primeiro pedido do utente, “sendo este informado de que poderá solicitar o reembolso das taxas moderadoras eventualmente pagas, junto das unidades de saúde que procederam à cobrança”.

### ***Incapacidade igual ou superior a 60%***

A partir de 1 de janeiro de 2012, consideram-se isentos do pagamento de taxas moderadoras os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%. No capítulo 2 foi já enunciado que na ausência de determinação pelo Decreto-Lei n.º 113/2011 ou pelas Portarias que o regulamentaram, coube à ACSS determinar quais os meios aptos a comprovar a isenção. Resultou igualmente da descrição das normas sucessivamente aplicáveis, que a tramitação administrativa relativa ao reconhecimento desta isenção não foi toda uniforme logo aquando da sua previsão, tendo sofrido alterações com impactos relevantes na esfera dos utentes, como melhor se verá *infra*.

Consideradas as exposições atinentes à categoria de isenção por incapacidade igual ou superior a 60%, resumidas no gráfico 6, foi possível verificar que até maio de 2012, apenas se rececionaram pedidos de informação, quanto aos meios de comprovação a apresentar para acesso à isenção, concretamente quanto à necessidade de pedido de renovação de atestado médico, para efeito de atualização para o modelo atualmente em vigor.

**Gráfico 6 – Exposições relativas a isenção por incapacidade igual ou superior a 60 %, rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

A partir de maio de 2012, passaram a constar do teor das exposições, principalmente, dúvidas quanto à necessidade de renovação de atestado médico para utentes com situações de incapacidade permanente, quanto à necessidade de pagamento de taxa de saúde pública no valor de 50,00 €, para emissão do referido Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, bem como reclamações quanto à morosidade na resposta ao pedido de junta médica para avaliação da incapacidade, com alegado incumprimento da obrigação desta se realizar no prazo de 60 dias a contar da entrega do requerimento pelo utente<sup>91</sup>.

Recorde-se que o ato de renovação do atestado esteve, durante algum tempo, sujeito ao pagamento de um montante de 50,00 €. Ora, é certo que a Circular Normativa da ACSS, n.º 05/2012, de 12 de janeiro, eliminou temporariamente – até Dezembro de 2013 – a necessidade de atualizar os modelos de atestado anteriores ao que vigora para a situação de incapacidades válidas (em particular a incapacidade permanente), vindo dirimir algumas das questões nesta matéria<sup>92</sup>, até à alteração normativa finalmente introduzida em 18 de maio de 2012, com o já mencionado Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio<sup>93</sup>.

Donde resulta, então, por hipótese, considerada a aplicação destas regras assim sucessivamente emitidas, que, entre 1 e 12 de janeiro de 2012 (data da emissão da Circular Normativa da ACSS, n.º 05/2012, de 12 de janeiro), os utentes, detentores de incapacidade temporária ou permanente, que procederam à renovação do seu atestado, suportaram, para tanto, o pagamento de 50,00 €. Entre 1 de janeiro e 17 de maio de 2012 (data da publicação do Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio), os utentes, detentores de incapacidade não permanente nem reversível, suportaram o pagamento de 50,00 € para renovação dos seus atestados. Assim, a partir de 18 de maio de 2012, a renovação dos atestados multiuso está isenta do pagamento de taxas para as incapacidades permanentes, não reversíveis mediante intervenção médica ou

---

<sup>91</sup> Recorde-se que o Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro, que estabelece o regime de avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei, que rege a emissão do atestado para efeito do acesso à isenção por incapacidade igual ou superior a 60%, estabelece que uma vez entregue o requerimento, o utente é notificado da data da junta médica, a qual deve realizar-se no prazo de 60 dias a contar da entrega do requerimento.

<sup>92</sup> Ainda assim, foi relatada à ERS uma situação de utente com incapacidade permanente que havia atualizado o seu atestado de incapacidade, tendo para o efeito pago o valor de € 50,00.

<sup>93</sup> O Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio, que entrou em vigor no dia 18 de maio de 2012, veio isentar de pagamento de taxa de saúde pública o pedido de renovação de atestado médico de incapacidade multiuso, nas situações de incapacidade permanente, não reversível mediante intervenção médica ou cirúrgica. Veio igualmente, reduzir de € 50 para € 5, o pagamento da taxa correspondente ao pedido de renovação de atestado médico de incapacidade multiuso, nas situações de incapacidade que não seja permanente nem irreversível.

cirúrgica, e sujeita ao pagamento de uma taxa de 5,00 €, para as incapacidades não permanentes nem irreversíveis.

Ainda que não diretamente relacionado com a categoria em si, foram verificadas situações de desatualização do registo destas isenções no sistema. Concretamente, foram identificadas situações de utentes que por se dirigirem a unidades hospitalares, nas quais apenas é possível consultar a isenção (no RNU) e não atualizar o registo, e não estando ademais o sistema sempre atualizado, necessitavam de dirigir-se aos cuidados primários para efetuar esse registo e posteriormente dirigirem-se novamente à unidade hospitalar a fim de retificar a situação.

Quanto a esta temática da isenção por incapacidade, a ARS Alentejo veio remeter à ERS respostas a pedidos de esclarecimento de utentes, no que se refere aos procedimentos a adotar pelos utentes para obtenção de isenção por incapacidade igual ou superior a 60%, em concreto relativamente a atestados médicos de incapacidade multiusos, incluindo atestados de incapacidade permanente, e a realização de juntas médicas.

No âmbito das ações de fiscalização realizadas, foi verificado ao nível dos cuidados primários – que procedem ao registo desta isenção no sistema mediante a exibição do comprovativo pelos utentes – existem problemas relativos ao funcionamento dos sistemas informáticos, que dificultavam o registo da isenção e a atualização constante do sistema. Tais problemas prejudicaram, adicionalmente, a consulta da informação sobre cada utente, nomeadamente por parte dos cuidados hospitalares.

Na resposta remetida pela ACSS, relativamente ao número de utentes com pedidos de isenção pendentes, por incapacidade igual ou superior a 60%, foi prestada a informação constante da tabela infra.

**Tabela 6 – Informação quanto a requerimentos e realização de juntas médicas**

Juntas Médicas realizadas de 01/01/2011 a 30/11/2011	Juntas Médicas realizadas de 01/01/2012 a 30/11/2012	Requerimentos que aguardam realização de Juntas Médicas a 30/11/2012
24.596	53.209	31.357

Fonte: Resposta da ACSS à ERS, rececionada em 25 de fevereiro de 2013.

Foi ademais referido pela ACSS, e quanto à mesma questão, que ocorreu um acréscimo no número de juntas médicas efetuadas no ano de 2012, sendo que “no decurso de 5 meses houve uma evolução positiva no número de realização de juntas médicas, tendo sido realizadas de Julho a Novembro cerca de mais 15% do número de Juntas médicas que em 30 de Junho se encontravam por efetivar.”. Foi por último

destacado que “58% do número de juntas médicas realizadas encontram-se a aguardar a realização de avaliação médica”.

Conforme previsto na Circular Normativa da ACSS n.º 05/2012/CD, de 12 de janeiro, quando tal prazo de 60 dias seja ultrapassado, e para os casos em que se confirme a incapacidade igual ou superior a 60%, o utente pode pedir junto das ARS o reembolso das taxas moderadoras por si pagas entre a data prevista para a junta médica nos termos legais e a data da sua efetiva realização.

Ora, não obstante a existência desta possibilidade, e considerando terem sido trazidas ao conhecimento da ERS exposições relacionadas com a morosidade no acesso às juntas médicas, resultou contudo que os utentes manifestavam em geral desconhecimento da possibilidade de reembolso, pelo que os utentes não estão alertados para o facto de poderem solicitar o reembolso de taxas moderadoras por si eventualmente pagas, nestas situações.

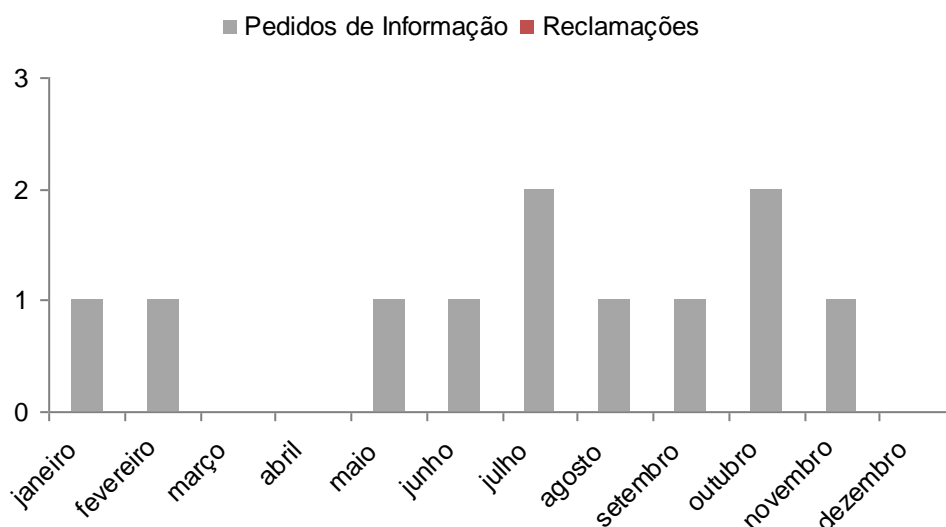
### ***Dispensa de cobrança de taxas moderadoras***

O novo regime aplicável às taxas moderadoras, como *supra* melhor descrito, veio instituir a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde, inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou relacionadas com programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde. Na previsão da dispensa, passaram a estar contemplados, ainda que de forma mais limitada, utentes que anteriormente beneficiavam de isenção, e que viram alterada a sua condição para efeitos de pagamento de taxas moderadoras: quando antes eram considerados isentos no acesso a toda e qualquer prestação de saúde, passou a prever-se a dispensa de cobrança de taxas moderadoras unicamente quanto a determinadas prestações de saúde relacionadas com determinada doença. Esta alteração motivou o envio de exposições à ERS, por parte de utentes, com carácter de pedidos de informação, no sentido da distinção entre isenção e dispensa de cobrança de taxas moderadoras<sup>94</sup>, conforme gráfico 7 *infra*.

---

<sup>94</sup> É nesta categoria de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, que estarão atualmente enquadradas, ainda que só parcialmente e em menor escala de abrangência, as denominadas doenças crónicas. Assim, e como já referido também, os utentes portadores de determinadas doenças crónicas apenas poderão beneficiar de isenção do pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde, se lhes for reconhecida a incapacidade igual ou superior a 60% ou mediante o reconhecimento de situação de insuficiência económica.

**Gráfico 7 – Exposições relativas a dispensa de pagamento de taxas moderadoras, rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

Recorde-se que, após a previsão das situações de dispensa no Decreto-Lei n.º 113/2011, foram dadas orientações às instituições do SNS, por via da Circular Normativa da ACSS n.º 37/2011/UOFC, de 28 de dezembro, no sentido de que “a listagem de consultas e sessões de hospitais de dia dispensadas do pagamento de taxas moderadoras deve ser aprovada pelo órgão diretivo máximo da instituição e publicadas no seu sítio internet”. Ora, se cada Hospital deverá publicar a sua própria lista de atos sujeitos a dispensa e identificar as consultas concretas que se aplicam no seu caso, tal poderá introduzir alguma discricionariedade e tratamento desigual de utentes.

No entanto, a ERS rececionou exposições de utentes que revelaram a inexistência de procedimentos transversais e uniformizados ao nível dos prestadores quanto a quais as situações clínicas a serem enquadradas nas situações de dispensa.

Consequentemente, a ERS, por contactos com prestadores relativamente aos quais foram levantadas questões quanto à solicitação de pagamento por atos alegadamente dispensados, confirmou que nem todas as situações de dispensa se encontrariam sinalizadas, nem se atribuía a dispensa em todos os prestadores de forma idêntica para os mesmos atos. Ou seja, ainda não tinham sido criados mecanismos capazes de identificar todas as prestações que não seriam alvo de cobrança por força da situação clínica do utente assim o justificar. Assim, o resultado de tais contactos, ainda que reportados a casos concretos de utentes, não só se traduziu na retificação de situações concretas, como implicou a agilização de procedimentos no sentido de uma

definição, a nível interno, das prestações dispensadas de pagamento efetivamente existentes, e conseqüentemente a efetiva implementação da categoria de dispensa de pagamento.

Do que resultou da análise das respostas das ARS quanto a esta temática, foram igualmente reportadas questões quanto à falta de uniformização na implementação da dispensa (nomeadamente pela ARS Norte, ARS Alentejo e ARS Algarve), em particular quanto ao processamento da dispensa no caso dos doentes oncológicos<sup>95</sup> e doentes com deficiência de fatores de coagulação<sup>96</sup>.

No decurso das ações de fiscalização empreendidas pela ERS, foi também possível constatar a dificuldade de aplicação da dispensa, uma vez que a lista de prestações alvo de dispensa de cobrança não se encontrava prévia e uniformemente definida para todos os prestadores, estando, por isso, dependente de procedimentos internos para definição e aplicação da dispensa, dando azo à possibilidade de uma mesma situação ser tratada de forma distinta entre prestadores.

Por outro lado, foi igualmente destacada a situação dos doentes oncológicos como aquela que levantava maiores questões/dificuldades.

Refira-se, a título exemplificativo e porque esta questão foi suscitada no âmbito das respostas das ARS e das fiscalizações realizadas, que os doentes do foro oncológico se encontravam, até 31 de dezembro de 2011, totalmente isentos do pagamento de taxas moderadoras. O Decreto-Lei n.º 113/2011 previu no seu artigo 8.º que é dispensada a cobrança de taxas moderadoras ao doente do foro oncológico em determinados atos (consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas) e unicamente no âmbito de quimioterapia de doenças oncológicas e de radioterapia<sup>97</sup>.

Foi previsto adicionalmente, já não através de diploma legal, mas sim através da Circular Normativa da ACSS n.º 12/2012/CD, de 30 de janeiro, que o utente com diagnóstico de doença oncológica e presumível grau de incapacidade igual ou superior a 60% que apresente comprovativo da entrega de requerimento de atestado médico de incapacidade multiuso e declaração médica própria emitida pelo médico assistente que confirma o diagnóstico da doença oncológica, é temporariamente dispensado do

---

<sup>95</sup> Cfr. anexo IV, com súmula das respostas das ARS.

<sup>96</sup> Questão especialmente salientada pela ARS Algarve.

<sup>97</sup> Pode, contudo, um doente do foro oncológico ser considerado totalmente isento do pagamento se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, para o que pode apresentar atestado médico de incapacidade multiuso.

pagamento das taxas moderadoras quanto às prestações de saúde realizadas nos 60 dias posteriores à data do diagnóstico de doença oncológica.

Nos termos da mesma Circular Normativa, o utente pode ainda, se se vier a confirmar o grau de incapacidade igual ou superior a 60%, obter o reembolso das taxas moderadoras que pagou nos 60 dias anteriores à confirmação do diagnóstico de doença oncológica. No sentido de complementar o inicialmente previsto no Decreto-Lei n.º 113/2011, veio a Circular Informativa da ACSS n.º 17/2012/CD, de 24 de julho, informar as instituições do SNS de que importa garantir que as consultas de seguimento e monitorização de doentes que tenham sido sujeitos a quimioterapia (EG. Quimioterapia oral, quimioterapia intravenosa) e radioterapia de doenças oncológicas, bem como atos complementares prescritos no decurso destes, estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras.

Ora, na linha da atuação seguida a respeito da isenção por incapacidade igual ou superior a 60%, sujeita a intervenções sucessivas no sentido de esclarecer o seu entendimento, também em matéria de dispensa de cobrança, a ACSS foi emitindo Circulares Normativas e Informativas<sup>98</sup>, esclarecimentos adicionais às ARS, hospitais e ULS e aos utentes no domínio das FAQ disponíveis no seu sítio eletrónico, pelas quais pretendeu melhor explicitar e/ou complementar o entendimento relativo a esta categoria de dispensa.

Tal foi destacado na resposta da ACSS à ERS, que remeteu exemplos adicionais desta atuação, quanto ao tratamento de doentes com fibrose quística<sup>99</sup>, do foro oncológico<sup>100</sup>, de apoio intensivo à cessação tabágica<sup>101</sup>, vacinação da gripe sazonal<sup>102</sup>.

Da constatação das alterações que foram sendo introduzidas em matéria de dispensa e da necessidade de acautelar situações até aí não previstas, tal não deixa de suscitar reservas relativamente à opção do legislador no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, que previu um elenco fechado e aparentemente estanque de prestações de cuidados

---

<sup>98</sup> Divulgadas no sítio eletrónico da ACSS e relativas, nomeadamente a atos no âmbito da saúde mental (Circular Informativa n.º 06/2012/CD, de 30 de janeiro) e do planeamento familiar (Circular Informativa n.º 07/2012/CD, de 30 de janeiro).

<sup>99</sup> Ofício Circular da ACSS, com recomendação no âmbito do tratamento de doentes com fibrose quística.

<sup>100</sup> Por via da já referida Circular Informativa n.º 17/2012/CD, de 24 de julho.

<sup>101</sup> Ofício Circular da ACSS, de 21 de junho de 2012, dirigido às ARS e aos Hospitais, relativo aos programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes, pela qual foi determinado que as consultas (incluindo as consultas sem presença do utente) de apoio intensivo à cessação tabágica estão dispensadas de cobrança de taxas moderadoras.

<sup>102</sup> Ofício Circular da ACSS, de 28 de setembro de 2012, que remete para a Orientação da Direção Geral da Saúde n.º 013/2012, de 21.09.2012, atualizada em 24.09.2012, que define os grupos abrangidos pela vacinação contra a gripe sazonal para a época 2012/2013.

de saúde, sem prever mecanismos de exceção ou de revisão dos doentes cuja situação clínica deva ser incluída nesta categoria. A título de exemplo, veja-se situação dos doentes com fibrose quística, relativamente aos quais foi reconhecida pela ACSS a necessidade de “avaliações clínicas frequentes, o que implica a realização de consultas, bem como uma forte componente de atos complementares de diagnóstico e terapêutica”, e por isso foi recomendado pela mesma entidade, “tanto quanto possível, que as intervenções realizadas a estes doentes sejam organizadas em sessão de hospital de dia, onde o montante total devido pela aplicação de taxas moderadoras, ao abrigo do enquadramento legal em vigor, se encontra limitado ao valor de € 25”<sup>103</sup>.

Recorde-se, ainda, que foi já introduzida observação similar no caso do reconhecimento de isenção por insuficiência económica no caso de situação de desemprego involuntário.

### ***Cobrança de taxas moderadoras***

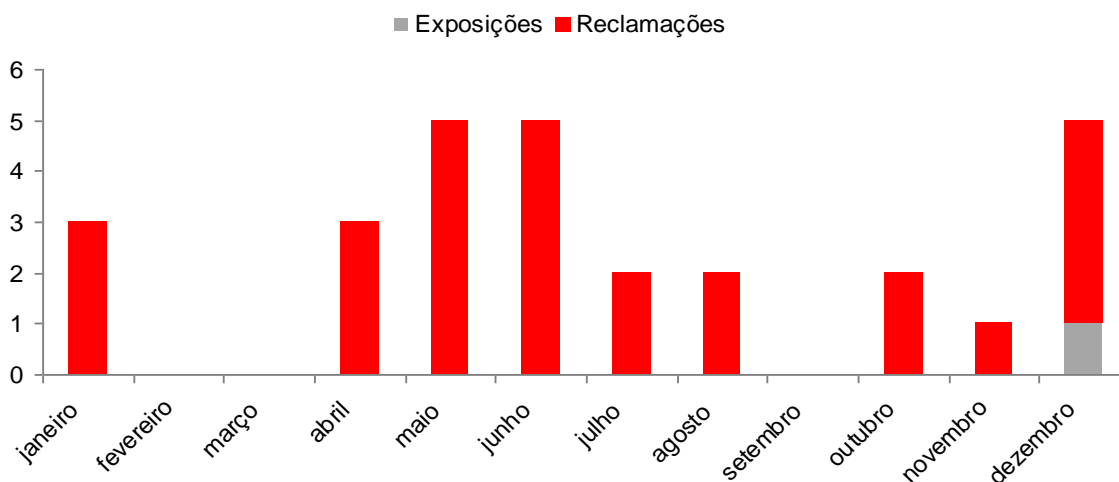
Tendo em conta o número de reclamações rececionadas pela ERS atinentes a questões de procedimentos de cobrança de taxas moderadoras, nomeadamente quanto a erros na cobrança de taxas moderadoras, e que implicaram a intervenção da ERS junto dos prestadores, quanto a casos concretos de utentes, entendeu-se oportuno considerar essas reclamações como tema autónomo.

Conforme consta do gráfico 8, que resume a evolução das exposições relativas aos procedimentos de cobrança das taxas moderadoras, constatou-se uma tendência crescente entre março e junho, decrescente de junho e julho, e novamente de outubro a novembro, atingindo um novo máximo em dezembro de 2012.

---

<sup>103</sup> Ofício Circular da ACSS, com recomendação no âmbito do tratamento de doentes com fibrose quística, constante da resposta da ACSS à ERS, rececionada em 25 de fevereiro de 2013.

**Gráfico 8 – Exposições relativas a cobrança de taxas moderadoras, rececionadas pela ERS em 2012**



Fonte: Elaboração própria com base nas exposições rececionadas pela ERS

Assim, importa primeiramente referir que as principais questões colocadas se deveram a erros na cobrança de taxas moderadoras a utentes isentos e em atos dispensados de cobrança, em virtude nomeadamente de dificuldade no registo informático da isenção e da definição de quais os atos dispensados.

No que se refere à isenção de taxas moderadoras, foi possível identificar constrangimentos associados quer à não acessibilidade à plataforma atualizada do RNU por parte dos prestadores de cuidados de saúde, quer ao facto de tal registo de isenção se encontrar dependente da informação introduzida pela unidade de cuidados primários da área de residência dos utentes, ou daquela introduzida diretamente pela ACSS. Quanto a esta última, foram reportadas situações em que a não atualização do registo informático quanto à situação de isenção conduziu à cobrança de taxas moderadoras a utentes isentos, não obstante a apresentação, junto dos prestadores em causa, de documentos comprovativos dessa mesma isenção.

No sentido da resolução das situações reportadas, a ERS aferiu do comportamento dos prestadores. Na sequência da identificação dessas incorreções, *supra* melhordescritas, e que se prenderam essencialmente com constrangimentos informáticos e dificuldades de coordenação entre unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares, os próprios prestadores promoveram a resolução junto dos utentes, procedendo a reembolsos e anulação de notas de débito, quando aplicável, após terem reconhecido a existência desses mesmos constrangimentos.

Por outro lado, da informação obtida junto das ARS, terão surgido dificuldades/dúvidas na cobrança de taxas moderadoras, em alguns casos motivadoras de reembolsos, devido a problemas na parametrização dos sistemas informáticos, de não atualização do RNU e de dúvidas quanto às regras de implementação.

No âmbito das fiscalizações realizadas pela ERS, os prestadores deram conta de constrangimentos associados à impossibilidade de comprovação de situações de isenção diretamente no sistema informático (RNU), aos quais reagiram de formas diversas, nomeadamente:

- em caso de dificuldades de comunicação entre os sistemas informáticos ou sempre que há informação divergente, o utente não paga taxa moderadora até verificação da situação, sendo a situação classificada como "anomalias não imputáveis aos utentes" ou sendo atribuída uma "isenção temporária" aos utentes;
- nos cuidados hospitalares, quando o RNU não está atualizado, é realizada a prestação do cuidado de saúde, ficando a sua cobrança pendente e solicitando-se aos utentes que regularizem a situação, em regra junto dos cuidados primários;
- não é igualmente solicitada a cobrança nas situações em que se mantêm pendentes de decisão os requerimentos de insuficiência económica. Depois, perante a não regularização é enviada nota de débito aos utentes.

Ademais, foi constatada alguma indefinição e heterogeneidade nos procedimentos a adotar para a cobrança dos valores em dívida pelos utentes, bem como níveis diversos de adaptabilidade e aplicação dos procedimentos legalmente definidos<sup>104</sup>, a respeito da notificação e interpelação dos utentes para pagamento, da disponibilização de meios de pagamento eletrónicos em todas as unidades compreendidas em cada prestador. Por outro lado, foram reportadas dificuldades decorrentes de não se encontrarem implementados os mecanismos para a cobrança coerciva das taxas moderadoras, ao que acrescia a ausência de informação, por parte das entidades competentes, quanto ao momento de início do seu funcionamento. Foram referidas ainda incoerências na extração dos valores em dívida do sistema, contabilizando situações já regularizadas.

Recorde-se, com relevo para estas considerações, que foi referido pela ACSS que situações de erro na cobrança de taxas moderadoras determinam o seu reembolso.

<sup>104</sup> Constantes do Decreto-Lei n.º 113/2011, na redação que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012 e da Portaria n.º 306-A/2011.

### 3.3. Conclusões sobre o processo de implementação

A título de conclusão, da análise ao processo de implementação do novo regime jurídico das taxas moderadoras do SNS foi possível constatar, relativamente ao período considerado, dificuldades na obtenção/transmissão de informação aos utentes, por forma a muni-los do conhecimento suficiente sobre se a sua situação é enquadrável em isenção/dispensa e em caso afirmativo, quais os meios de comprovação que deverão acionar e prazos a respeitar.

Por outro lado, foi evidenciada alguma morosidade na resposta aos pedidos de isenção por insuficiência económica e por incapacidade igual ou superior a 60%. Com efeito, estes procedimentos adquirem maior complexidade em virtude de preverem uma avaliação externa (respetivamente, por parte da AT e das juntas médicas).

Estão previstos prazos para resposta (10 dias úteis para situações de insuficiência económica e 60 dias para realização da junta médica), sendo que a situação agrava-se quanto maior o incumprimento destes prazos, porquanto o utente, caso a avaliação seja desfavorável, é responsável pelo pagamento das taxas moderadoras relativas a (eventuais) cuidados de saúde que lhe tenham sido prestados no período de análise.

Na implementação da dispensa, não foram imediata e previamente listadas todas as prestações alvo de dispensa, o que resultou na inexistência de procedimentos transversais e uniformizados ao nível dos prestadores quanto a quais as situações clínicas a serem enquadradas nas situações de dispensa.

A introdução desta categoria processou-se de forma gradual, ou seja, a definição ocorreu mediante intervenção individual de cada prestador, o que levou a que nem todas as situações de dispensa se encontrassem sinalizadas, nem que se atribísse a dispensa em todos os prestadores de forma idêntica para os mesmos atos.

Na sequência da análise de casos concretos de utentes, posteriormente incluídos na categoria de dispensa, tal implicou o reembolso de taxas moderadoras e a inclusão, para aplicação futura, do(s) ato(s) em causa na lista de dispensa de cobrança. Todavia, suscitam-se dúvidas quanto a se todos os atos realizados e pagos mas que posteriormente foram considerados na lista da dispensa em resposta a uma situação concreta, foram analisados para efeito de retificação tida por devida.

A implementação implicou alterações substantivas no leque das isenções previstas (desemprego involuntário), bem como nas regras para comprovação das isenções (no caso da incapacidade igual ou superior a 60%) e igualmente ao nível da definição de

quais as situações clínicas passíveis de justificar a dispensa de cobrança (doentes com fibrose quística);

Assim, não estão esgotadas na lei as situações merecedoras de beneficiarem de isenção ou de dispensa de cobrança. Contudo, o legislador não previu mecanismos de exceção ou de revisão periódica de situações elegíveis à categoria de isentas ou dispensadas de cobrança.

Com efeito, no decurso do processo de implementação foram sendo introduzidas alterações substantivas no leque das isenções previstas, bem como nas regras para comprovação das mesmas, e igualmente ao nível da definição de quais os atos passíveis de justificar a dispensa de cobrança. Determinadas alterações foram sendo introduzidas, mormente mediante a intervenção da ACSS, em momentos e com recurso a instrumentos distintos, materializando-se em Circulares Normativas e Circulares Informativas, ainda que não totalmente, já que algumas situações foram primeiramente introduzidas a título informativo no documento de perguntas frequentes da ACSS, e só posteriormente tomaram a forma de Circular (veja-se as orientações relativas à validade dos atestados médicos como comprovativo da incapacidade igual ou superior a 60% e aos doentes oncológicos), enquanto outras situações constam unicamente desse documento (do que são exemplo as orientações relativas às incapacidades permanentes e à tuberculose).

Ainda, utentes que se encontravam em igualdade de circunstâncias no preenchimento dos requisitos substantivos para benefício de isenções, foram sujeitos a procedimentos administrativos díspares e igualmente suportaram custos acrescidos (necessidade da renovação do atestado médico para comprovação da situação de incapacidade igual ou superior a 60%).

Foi também constatada a existência de constrangimentos informáticos ao nível do registo e consulta de isenções e de atos dispensados de cobrança, conducentes a imprecisões e dificuldades na cobrança de taxas moderadoras aos utentes.

Por outro lado, de acordo com a informação da ACSS, foi determinado o reembolso dos montantes pagos quando detetados erros na sua cobrança. No caso de pedidos pendentes de decisão, após o reconhecimento da isenção, esta retroage à data do primeiro pedido do utente, devendo o utente ser informado de que poderá solicitar o reembolso das taxas moderadoras eventualmente pagas, junto das unidades de saúde que procederam à cobrança. Ainda, quando se confirme a incapacidade igual ou superior a 60%, o utente pode pedir junto das ARS o reembolso das taxas

moderadoras por si pagas entre a data prevista para a junta médica nos termos legais e a data da sua efetiva realização.

Ora, não obstante a existência destas possibilidades, e considerando terem sido trazidas ao conhecimento da ERS exposições relacionadas com a morosidade no acesso às juntas médicas, resultou contudo que os utentes manifestavam em geral desconhecimento da possibilidade de reembolso.

Foi constatada alguma indefinição e heterogeneidade nos procedimentos a adotar para a cobrança dos valores em dívida pelos utentes, bem como níveis diversos de adaptabilidade e aplicação dos procedimentos legalmente definidos, a respeito da notificação e interpelação dos utentes para pagamento, da disponibilização de meios de pagamento eletrónicos em todas as unidades compreendidas em cada prestador.

Foram igualmente reportadas dificuldades decorrentes de não se encontrarem implementados os mecanismos para a cobrança coerciva das taxas moderadoras, ao que acrescia a ausência de informação, por parte das entidades competentes, quanto ao momento de início do seu funcionamento.

## 4. Impacto das alterações no regime das taxas moderadoras

Um qualquer sistema de aplicação de taxas por utilização de serviços de saúde posiciona-se entre a procura desses serviços e a concretização da sua utilização, sendo por isso um factor criador de incentivos e restrições ao consumo.

Os impactos positivos potenciais e os riscos de impactos negativos da imposição de taxas por utilização como forma de partilha de custos verificam-se ainda a diversos outros níveis; e o mesmo se aplica a alterações a um sistema já vigente de taxas por utilização.

No anexo VII do presente estudo exploram-se os principais dilemas relacionados com o impacto das taxas por utilização de serviços de saúde, tendo em conta a produção teórica e a evidência que vem resultando da investigação desenvolvida sobre esta matéria. Mais concretamente, partindo dos argumentos dos defensores e dos detractores das taxas por utilização como forma de *cost-sharing* na saúde, sintetizam-se as conclusões centrais dessa investigação sobre os efeitos dos esquemas de taxas por utilização em termos de indução de eficiência alocativa, recuperação de custos (financiamento), qualidade dos cuidados de saúde, acesso e equidade, e resultados em saúde.

Neste estudo, considerando os objetivos regulatórios da ERS enunciados no capítulo 1, e tendo em conta os dados que foi possível recolher, a análise foca-se nos impactos da alteração do regime de taxas moderadoras do SNS no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS.

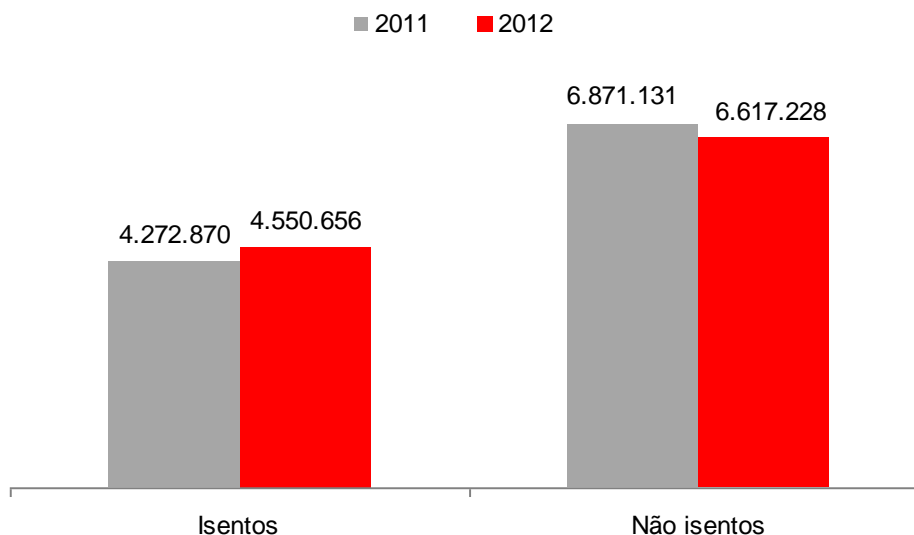
### 4.1. Impacto no perfil dos utentes isentos

Para determinação da evolução do perfil dos utentes isentos e não isentos, decorrente da revisão das categorias de isenção, considerou-se necessário solicitar à ACSS informação quanto ao número de utentes por categoria de isenção, em 2011 e 2012.

Nessa sequência, procedeu-se primeiramente à análise do número total de utentes isentos e não isentos para cada um dos anos considerados. Da informação ilustrada no gráfico 9 é possível verificar um aumento do número de isentos e uma redução do número de não isentos.

Ora, ainda que se tenha assistido a uma redução do número de categorias de isenção e da introdução da dispensa de cobrança de taxas moderadoras em certos atos associados à condição clínica dos utentes, em detrimento da isenção, tal não se traduziu numa redução de número de utentes isentos.

**Gráfico 9 – Evolução do número de utentes do SNS entre 31.12.2011 e 30.11.2012**



Fonte: Elaboração própria com base em informação da ACSS

Desagregando agora a informação por ARS, por forma a aferir de eventuais desigualdades regionais, constatou-se a existência de padrão idêntico de evolução positiva do número de isentos, e negativa do número de não isentos, entre 2011 e 2012, com exceção observada para ARS Lisboa e Vale do Tejo, que assumiu comportamento inverso, com diminuição do número de utentes isentos e aumento do número de utentes não isentos, como resulta da tabela 7.

**Tabela 7 – Número de utentes isentos e não isentos em 31.12.2011 e 30.11.2012, por ARS**

	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	Isentos	Não isentos	Isentos	Não isentos	Isentos	Não isentos	Isentos	Não isentos	Isentos	Não isentos
<b>2011</b>	1.714.366	2.356.690	729.789	1.196.705	1.435.824	2.660.418	229.814	314.021	163.077	343.297
<b>2012</b>	1.954.337	2.105.133	787.194	1.127.793	1.405.033	2.738.684	231.124	308.189	172.968	337.429
<b>Variação</b>	14%	-11%	8%	-6%	-2%	3%	1%	-2%	6%	-2%

Fonte: Elaboração própria com base em informação da ACSS

Não obstante a constatação do aumento do número de utentes isentos entre 2011 e 2012, importa analisar esta mesma evolução tendo por base a alteração das categorias de isenção decorrente do novo regime das taxas moderadoras, tendo como objetivo a determinação da categoria de isenção mais representativa e da eventual alteração de paradigma na definição da isenção.

Recorde-se que no estudo da ERS “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, foi destacado que muitas das categorias de isenções previstas em 2011 não se referiam nem à insuficiência de meios financeiros dos utentes para o acesso aos cuidados de saúde, nem à cronicidade dos seus estados de saúde.

Assim, e fazendo a ligação com o referido estudo da ERS, a presente análise terá por base a consideração de isenção por motivos associados à condição clínica dos utentes e à sua condição económica, para assim possibilitar a comparação entre as diferentes categorias existentes nos dois anos em análise.

Como melhor resumido na tabela 8 *infra*, em 31 de dezembro de 2011 os utentes isentos por motivo da sua condição económica (excluídos os desempregados) encontravam-se distribuídos por 13 categorias, num total de 1.500.461 utentes. Por sua vez, os utentes isentos pelo mesmo motivo, em 30 de novembro de 2012, agora agregados numa categoria única de “isentos em situação de insuficiência económica” (excluindo os desempregados), totalizavam 2.914.917 utentes, representando uma variação absoluta positiva na ordem dos 1.414.456 utentes.

**Tabela 8 – Número de utentes isentos por categoria de isenção em 31.12.2011 e 30.11.2012**

Categorias de isenção	N.º Isentos 2011	% Total	Categorias de isenção	N.º Isentos 2012	% Total	Varição
Os beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes	8.949	0,209%				
Os beneficiários de subsídio mensal vitalício	5.562	0,130%				
Os pensionistas que recebam pensão não superior ao SMN	1.075.754	25,176%				
Os pensionistas cujo rendimento do agregado familiar dividido por 2 é inferior ao SMN	45.662	1,069%				
Dependentes de beneficiários dos códigos 0500 e 0501	38.610	0,904%				
Beneficiários de prestação de carácter eventual por situação de carência paga por serviços oficiais	31.454	0,736%				
Dependentes de beneficiários do código 0701	9.201	0,215%				
Beneficiários do rendimento social de inserção	18.940	0,443%				
Elementos que integram o agregado familiar dos beneficiários do cód. 0703	1.084	0,025%				
Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal	5.826	0,136%				
Trabalhadores por conta de outrem que recebam vencimento mensal não superior ao SMN	117.150	2,742%				
Trabalhadores por conta de outrem cujo rendimento do agregado familiar dividido por 2 seja <ao SMN	73.334	1,716%				
Dependentes de beneficiários dos códigos 0900 e 0901	68.935	1,613%				
<b>Sub total - Condição económica (sem desemprego)</b>	<b>1.500.461</b>	<b>35,116%</b>	<b>Utentes em situação de insuficiência económica</b>	<b>2.914.917</b>	<b>64,055%</b>	<b>1.414.456</b>
Desempregados inscritos nos Centros de Emprego	169.326	3,963%	Desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego	23.292	0,512%	-146.034
Dependentes de beneficiários do código 0601	23.167	0,542%	Cônjuge e dependentes dos beneficiários do cód. 0603	4.624	0,102%	-18.543
<b>Sub total - Desempregados e dependentes</b>	<b>192.493</b>	<b>4,505%</b>	<b>Sub total - Desempregados e dependentes</b>	<b>27.916</b>	<b>0,613%</b>	<b>-164.577</b>
Pensionistas de doença profissional com grau de incapacidade permanente e global não inferior a 50%	4.501	0,105%	Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%	101.082	2,221%	
Doentes transplantados de órgãos	74	0,002%	Doentes transplantados de órgãos	3.185	0,070%	
Declaração médica temporária	198.499	4,646%	Grávidas e parturientes	43.914	0,965%	
Declaração médica	828.551	19,391%				
<b>Sub total - Condição clínica</b>	<b>1.031.625</b>	<b>24,144%</b>	<b>Sub total - Condição clínica</b>	<b>148.181</b>	<b>3,256%</b>	<b>-883.444</b>
Dadores benévolos de sangue	156.487	3,662%	Dadores benévolos de sangue	83.435	1,833%	
Dadores vivos de órgãos	118	0,003%	Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	835	0,018%	
Dadores vivos de células	1.174	0,027%				
Potenciais dadores de órgãos ou de células	83	0,002%				
Bombeiros	29.291	0,686%	Bombeiros	22.428	0,493%	
Militares e ex-militares das FA incapacitados	741	0,017%	Militares e ex-militares das FA incapacitados	2.725	0,060%	
Crianças até 12 anos de idade inclusive	1.360.397	31,838%	Crianças até 12 anos de idade inclusive	1.350.219	29,671%	
<b>Sub total - Outras categorias</b>	<b>1.548.291</b>	<b>36,235%</b>	<b>Sub total - Outras categorias</b>	<b>1.459.642</b>	<b>32,075%</b>	<b>-88.649</b>
<b>Total</b>	<b>4.272.870</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>4.550.656</b>	<b>100%</b>	<b>277.786</b>

Fonte: Elaboração própria com base em informação da ACSS

Também no que se refere ao peso relativo assumido pelas isenções por motivos relacionados com a condição económica (com exceção da consideração de isenção por desemprego) no total de isenções, verifica-se uma alteração de 35,12%, em 2011, para 64,06%, em 2012, uma variação positiva de aproximadamente 28,94 pontos percentuais (p.p.).

Considerando o comportamento da categoria de isentos “Desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego”, entre 2011 e 2012, observou-se uma redução de 146.034 utentes. Tal facto poderá encontrar-se associado à não inclusão desta

categoria abrangendo situações transitórias ou de duração inferior a um ano, logo aquando da alteração legislativa, situação posteriormente alterada pela Decreto-Lei n.º 128/2012<sup>105</sup>.

Por outro lado, no que respeita a isenção associada à condição clínica dos utentes, também resumida na tabela 8, foram consideradas neste grupo, para 2011, as categorias “Pensionistas de doença profissional com grau de incapacidade permanente e global não inferior a 50%”, “Doentes transplantados de órgãos”; “Declaração médica temporária” e “Declaração médica”<sup>106</sup> e para 2012 as categorias “Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%”, “Doentes transplantados de órgãos” e “Grávidas e parturientes”.

Pela descrição das categorias é desde logo possível verificar que atualmente as situações de isenção por condição clínica correspondem às categorias “incapacidade igual ou superior a 60%”, “doentes transplantados de órgãos” e “grávidas e parturientes”, enquanto anteriormente incluía também a isenção dependente da emissão de Declaração Médica (onde si incluíam, em regra, as doenças crónicas), o que é confirmado pela redução significativa do número de utentes isentos por condição clínica, de 1.031.625 em 2011 para 148.181 em 2012, passando de um peso relativo de 24,14% para 3,26%. Esta redução deveu-se fundamentalmente a uma alteração de paradigma no âmbito das doenças crónicas que, como salientado *supra*, atualmente não constituem categoria de isenção no acesso transversal a qualquer tipo de cuidados de saúde, mas para as quais se encontra prevista a dispensa de cobrança em prestações associadas à condição crónica<sup>107</sup>.

Não obstante, algumas das situações aí incluídas, nomeadamente quanto a algumas doenças crónicas, viram prevista a dispensa de cobrança de taxas moderadoras para atos associados com a doença, ainda que nem todas as doenças crónicas tenham tido correspondência em atos dispensados de cobrança.

Em suma, o utente isento mais representativo em 2012 beneficia de isenção por insuficiência económica, sendo que o número de isentos por condição clínica viu o seu peso relativo diminuir, face ao total de isentos, essencialmente devido à revogação de determinadas condições de saúde enquanto isenção *tout court*, tendo passado a

---

<sup>105</sup> Cfr. a alínea j) do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012.

<sup>106</sup> Denominação utilizada pela ACSS na resposta ao pedido de elementos da ERS.

<sup>107</sup> Com efeito, de acordo com a informação da ACSS reportada a 2 de maio de 2013, e disponibilizada no seu sítio eletrónico, o número doentes crónicos é de 890.120. Em 2011, o número de isentos com condição de saúde dependente de “Declaração Médica” ascendia a 828.551.

aplicar-se-lhes a dispensa de cobrança de taxas moderadoras para prestações de cuidados de saúde a elas associadas suscetível de atenuar esta redução relativa.

Refira-se porém que o aumento da importância relativa dos utentes com isenção por insuficiência económica deverá sempre ser considerado à luz do contexto económico-social, que por si determinará o aumento do número deste grupo de isentos.

Nesse sentido, deverão ser tidas em conta outras condicionantes do acesso, como sejam as despesas associadas à deslocação, considerando até os requisitos que têm de ser observados para o acesso ao transporte no âmbito do SNS, na medida em que o acesso dependerá não só do não pagamento de taxas moderadoras, mas igualmente de despesas que se lhe encontram associadas.

Assim, as análises que se apresentam em seguida deverão ser consideradas tendo em conta a alteração quanto à categoria de utentes mais representativa, com as implicações associadas ao padrão de utilização de cuidados de saúde por utentes em situação de insuficiência económica.

## 4.2. Impacto no acesso aos serviços de saúde

Um modelo teórico de análise da problemática do acesso aos cuidados de saúde, já utilizado pela ERS em diversos estudos, assenta na abordagem multidimensional proposta por Penchansky e Thomas (1981)<sup>108</sup>. Trata-se de um modelo de acesso que assenta no conceito do ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades. Nesta ótica, o grau de acesso aos cuidados de saúde é medido pela avaliação das barreiras à transformação de acesso potencial em acesso realizado. No modelo, estas barreiras podem ser agrupadas em 5 dimensões (terminologia original entre parênteses): proximidade (*accessibility*), capacidade (*availability*), aceitabilidade (*acceptability*), adequabilidade (*accommodation*) e esforço financeiro (*affordability*).

Esta última dimensão, esforço financeiro, diz respeito ao encargo monetário exigido aos utentes para a aquisição de serviços de saúde (que além do preço, *strictu sensu*, inclui também todas as outras componentes envolvidas, como, por exemplo, os custos de transporte ou os custos de oportunidade incorridos pelos indivíduos pelo tempo despendido no acesso aos cuidados de saúde), e a capacidade financeira desses mesmos utentes para fazer face ao esforço financeiro que lhes é exigido (incluindo-se

<sup>108</sup> Penchansky, R., e Thomas, J.W., (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, Vol. 19, No. 2, pp. 127-140.

nesta componente o rendimento e a existência de formas de suporte dos encargos com a prestação de cuidados de saúde – seguros, subsistemas, etc.).

As taxas moderadoras, enquanto pagamento exigido aos utentes no momento de acesso aos cuidados de saúde na rede do SNS, constituem assim uma barreira ao acesso enquadrável nesta dimensão da *affordability*. Numa perspetiva simplista, pode afirmar-se que qualquer aumento dos valores das taxas significa o crescimento de uma barreira financeira ao acesso. É, no entanto, importante que a qualificação de tal alteração tenha em conta a sua importância efetiva nas decisões e na capacidade de utilização dos serviços pelos utentes.

Existem diferentes opções metodológicas para se estudar de que forma podem tais pagamentos constituir um real entrave ao consumo de serviços de saúde. Uma mais direta passaria por uma comparação entre os valores exigidos, a capacidade para pagar (*ability to pay*) e a disponibilidade para pagar revelada (*willingness to pay*) pelos utentes. Um tal estudo implicaria uma abordagem direta aos utentes, com entrevistas e questionários especificamente desenhados para o efeito, bem como o levantamento de informação detalhada sobre os orçamentos familiares de um número alargado de indivíduos. Uma outra forma de estudar esta questão, mais agregada e indireta, mas mais facilmente operacionalizável, passa por se estudar o eventual impacto da barreira teórica ao acesso na efetiva utilização de cuidados de saúde. O argumento inerente a tal análise consiste em considerar que, em face de um aumento da exigência financeira aos utentes para a utilização de serviços, a observação de uma redução no volume dessa utilização revela – tudo o resto constante – a concretização de uma barreira ao acesso.

Neste contexto, com o intuito de se analisar o impacto das alterações ao regime jurídico das taxas moderadoras no nível de acesso aos serviços de saúde na rede de prestadores do SNS, optou-se por estudar indicadores de utilização de serviços com base em dados de atividade de uma amostra de prestadores, cobrindo os cuidados primários e os cuidados hospitalares, bem como as diferentes realidades regionais do país.

O âmbito, a relevância e o detalhe destes exercícios são naturalmente condicionados pelos dados recolhidos pela ERS. Cumpre, a este propósito, assinalar que a opção metodológica da ERS foi, num momento inicial, a solicitação de um conjunto vasto, detalhado e exaustivo de dados sobre a atividade de todos os prestadores de cuidados de saúde do SNS nos anos de 2011 e 2012, de forma centralizada à ACSS. Contudo, mostrou-se necessário efectuar um pedido de informação de âmbito similar,

directamente aos prestadores de interesse. Nesse sentido, foi construída uma amostra de prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados hospitalares do SNS, com base num processo de selecção aleatória mas condicionada à garantia de representatividade de várias regiões administrativas de saúde do continente e de regiões litorais e interiores.

### **4.2.1. Acesso a cuidados de saúde primários**

Para análise da área dos cuidados de saúde primários, os indicadores de utilização estudados resultam de dados de atividade de prestadores de cuidados de saúde primários do SNS, nos anos de 2011 e 2012, por meses. Nos termos referidos na secção anterior, foi construída uma amostra de 79 prestadores de cuidados de saúde primários das oito ULS e de 11 ACES. No anexo VIII apresenta-se a listagem dos prestadores selecionados bem como um extrato do pedido de informação enviado pela ERS com a parte descritiva dos dados solicitados. Importa notar que desse extrato do pedido de informação constam os dados que a ERS entendeu serem necessários para empreender todas as análises projetadas inicialmente, mas que parte de tais análises acabou por não poder ser realizada devido a desconformidades nos dados remetidos face ao que foi pedido pela ERS e, sobretudo, falta de uniformidade entre dados provenientes de diferentes fontes. Devido a estas inconsistências nos dados, alguns prestadores da seleção inicial foram mesmo excluídos de um ou mais dos exercícios seguidamente descritos.

O objetivo do procedimento estatístico levado a efeito é o de medir o impacto médio do novo regime de taxas moderadoras na utilização de consultas de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde do SNS, com presença do utente, sem presença do utente e no domicílio do doente. Concretamente, os indicadores de utilização estudados foram:

- o número médio mensal de consultas com presença do utente;
- o número médio mensal de consultas sem presença do utente; e
- o número médio mensal de consultas no domicílio.

Para melhor se perceber os impactos na utilização resultantes essencialmente da alteração do regime de taxas moderadoras, foram estudadas de forma separada, e comparada, a evolução da utilização dos utentes que pagam taxa moderadora e a evolução da utilização dos utentes que não pagam taxa moderadora (isentos de taxa e/ou utilizadores de serviços dispensados de taxa moderadora, sendo este segundo

grupo simplificadamente designado, doravante, por “utentes isentos”, salvo indicação contrária). Assim, foram estudados três estratos da amostra original: utilização por todos os utentes (estrato coincidente com toda a amostra), utilização por utentes não isentos e utilização por utentes isentos/dispensados.

No procedimento estatístico, a captação do impacto na variável dependente da alteração do regime de taxas moderadoras é feita através da comparação entre o perfil mensal de utilização durante todo o ano de 2011 e durante o ano de 2012. Uma vez que o novo regime das taxas moderadoras entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012, entendeu-se ser adequado um estudo por observação do tipo *before-and-after*, no qual se compara o período de tempo anterior a uma alteração de política com o período posterior, na tentativa de encontrar diferenças sistemáticas e com amplitude significativa que se possam atribuir a essa alteração de política.

Para controlo de outros fatores além da passagem de 2011 para 2012, foram consideradas variáveis destinadas a captar a sazonalidade (variável mês), a capacidade financeira dos utentes de cada prestador (variável índice relativo do poder de compra da região onde o prestador se insere), e as necessidades de cuidados de saúde dos utentes de cada prestador [índice de dependência total (idosos e crianças) da região onde o prestador se insere].

A amostra recolhida pela ERS tem a estrutura de dados em painel, sendo o indivíduo o prestador de cuidados primários e a unidade de tempo o mês. Essa estrutura de dados condicionou a escolha do modelo econométrico. Foi estimada, para cada um dos indicadores estudados e para cada um dos estratos amostrais, uma equação com a forma

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta.A_{it} + \phi.M_t + \theta.X_{it} + \varepsilon_{it}.$$

Nestas 9 equações, cada prestador é indexado por  $i$  e cada mês é indexado por  $t$ .  $Y$  é o indicador de utilização e  $A$  é uma variável binária que assume o valor 1 quando o ano é 2012, sendo esta a variável de política relevante, uma vez que o novo regime de taxas moderadoras do SNS entrou em vigor em janeiro de 2012. Assim, os meses anteriores a janeiro de 2012 constituem o período anterior à mudança de regime, e os meses seguintes, o período no qual se farão sentir os eventuais impactos do novo regime, por comparação à evolução anterior ao momento de mudança.  $M$  é um vector de 11 variáveis binárias para controlo dos meses do ano (para captar os efeitos de sazonalidade) e  $X$  é o vector das restantes variáveis de controlo (no caso em apreço, índice do poder de compra e índice de dependência).  $\varepsilon_{it}$  é o termo de perturbação

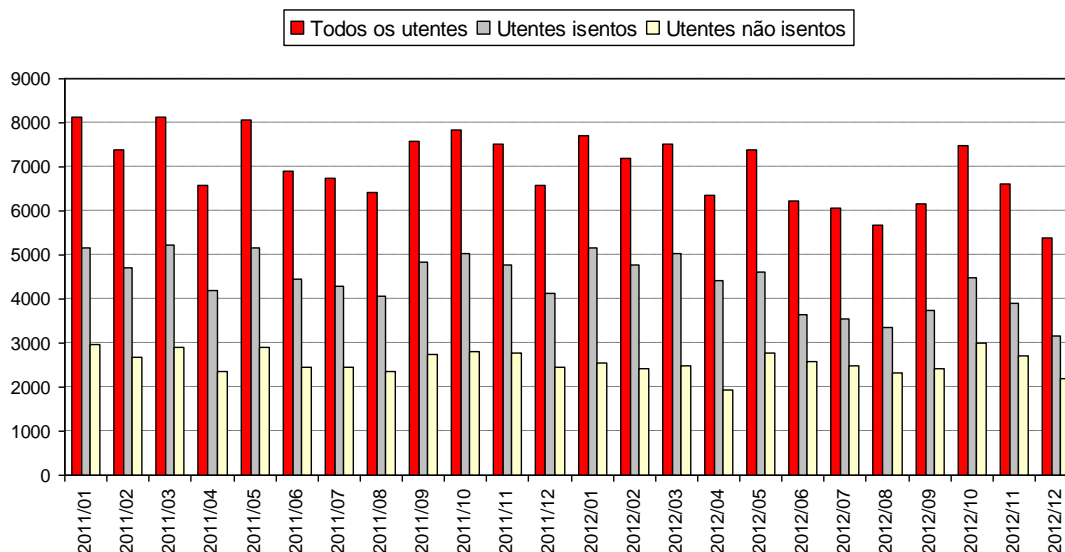
idiossincrática do modelo econométrico, que se assume como idêntica e independentemente distribuído, e não correlacionado com  $\alpha_i$ ,  $A$ ,  $M$  e  $X$ .

Tratando-se de dados em painel, o modelo econométrico inclui ainda uma componente não observada e invariante no tempo  $\alpha_i$ , que captura o efeito específico de cada indivíduo (neste caso, cada prestador de cuidados primários). Se se assumir que a componente individual não observada é não correlacionada com todas as variáveis explicativas, isto significa que teremos um modelo de efeitos aleatórios. Alternativamente, se se deixar que  $\alpha_i$  possa estar correlacionado com qualquer uma das variáveis explicativas, então teremos um modelo de efeitos fixos. Não se tendo, à partida, uma hipótese sobre qual destes pressupostos reflete melhor a estrutura dos nossos dados, optou-se por testar estimações das equações por *pooled* OLS (i.e., considerando a hipótese basilar de não existir qualquer efeito não observado específico do indivíduo), e com estimadores de efeitos fixos e efeitos aleatórios.

A robustez das três formas de estimação foi comparada com testes adequados para o efeito, designadamente, o teste do Multiplicador de Lagrange de Breusch-Pagan, que testa a estimação por *pooled* OLS contra a de efeitos aleatórios, e o teste de Hausman, que testa a adequação do estimador de efeitos aleatórios contra a do estimador de efeitos fixos. Para todas as equações estimadas estes testes apontaram no mesmo sentido, que é o de a abordagem dos efeitos fixos ser a mais adequada. Nesse sentido, os resultados abaixo apresentados são os resultantes da estimação das equações por efeitos fixos.

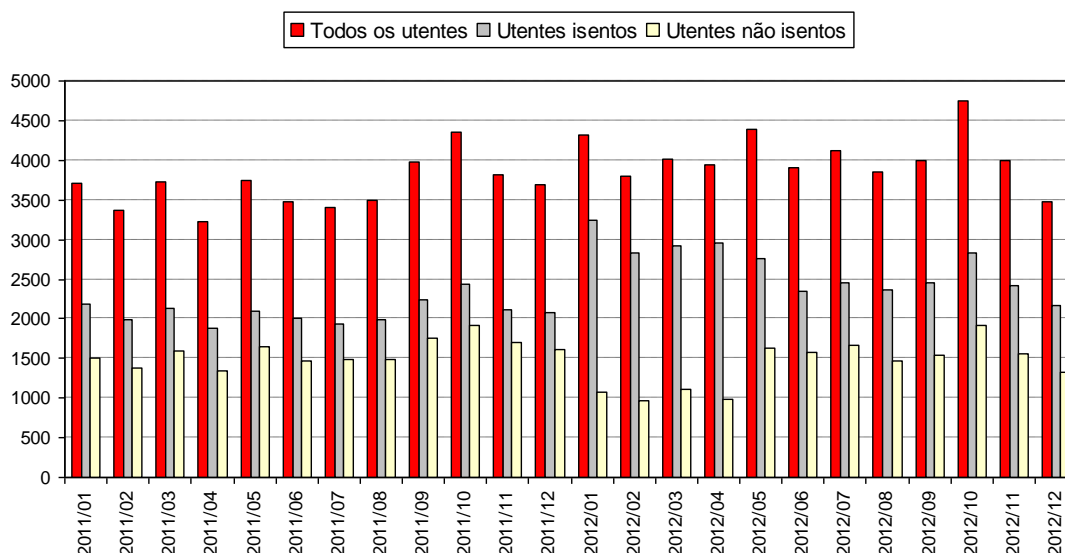
Mas antes, foram traçados alguns gráficos que ilustram a evolução mensal dos indicadores de utilização, nos três estratos da amostra, sem qualquer tipo de controlo ou ajustamento estatístico.

**Gráfico 10 – Número médio mensal de consultas com presença do utente**



O gráfico 10 revela a existência de sazonalidade na utilização de consultas de cuidados de saúde primários (menor utilização nos meses de Verão e na proximidade do final do ano); é perceptível uma ligeira tendência de decréscimo da utilização ao longo de todo o período analisado; percebe-se que a utilização por utentes isentos é sempre superior à utilização por utentes não isentos, mas não é, à vista desarmada, possível perceber uma evolução ao longo do tempo muito diferenciada entre isentos e não isentos.

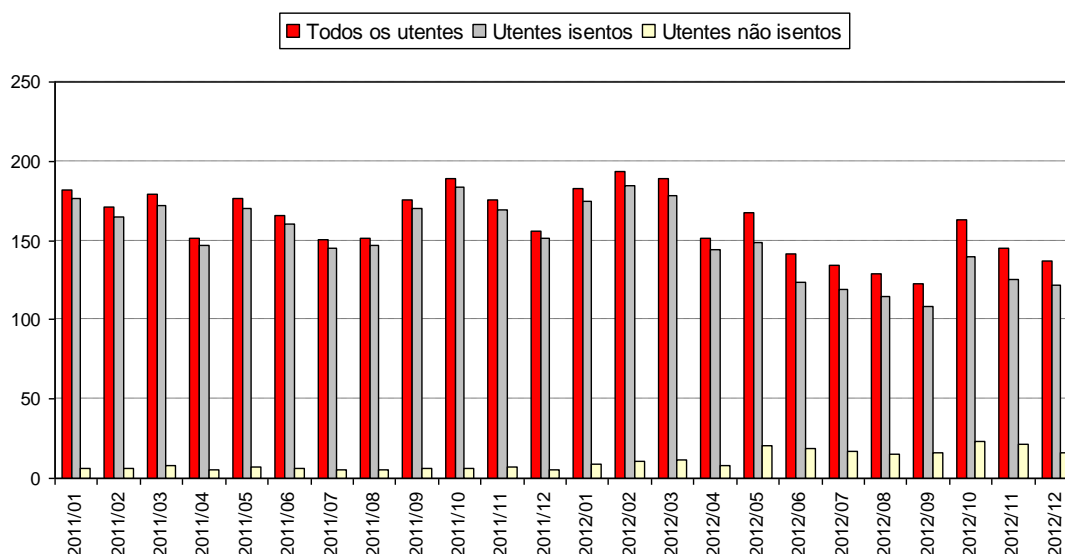
**Gráfico 11 – Número médio mensal de consultas sem presença do utente**



Já no gráfico 11, relativo às consultas sem presença do utente, observa-se uma leve tendência crescente no período de 24 meses. Embora em todos os meses a utilização de consultas sem presença do utente seja superior no grupo de utentes isentos, a

verdade é que esse diferencial parece alargar-se bastante logo no início do ano de 2012, e voltar a atenuar-se em Junho de 2012.

**Gráfico 12 – Número médio mensal de consultas no domicílio**



Finalmente, o gráfico 12 revela que, na sua esmagadora maioria, as consultas ao domicílio visam utentes isentos de taxa moderadora. Não obstante, é perceptível uma tendência de decréscimo global da utilização destes serviços, mas com um comportamento diferenciado entre utentes isentos e não isentos: os primeiros reduzem a utilização destes serviços e os segundos aumentam (sendo certo que este aumento se nota sobretudo a partir de janeiro de 2012, inclusive).

Nas seguintes tabelas apresentam-se os resultados das estimações das equações enunciadas em cima.

**Tabela 9 – Número médio mensal de consultas com presença do utente**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	Var. percent.
Todos os utentes	N=1872	7321.7	-674.25	0.00***	-9.2%
De utentes isentos	N=1872	4665.9	-505.33	0.00***	-10.8%
De utentes não isentos	N=1872	2655.8	-168.92	0.00***	-6.4%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

A tabela 9 revela que na amostra de prestadores, o número mensal de consultas diminuiu, de 2011 para 2012, em média, 9,2%. Esta diminuição foi mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos (10,8%) do que nas de utentes não isentos (apenas 6,4%). Todos estes resultados apresentam relevância estatística a um nível de significância de 1%.

Cumpra ainda assinalar que as variáveis de controlo revelaram-se, em todas as análises de regressão, estatisticamente significativas e com o sinal esperado, i.e., quer o índice do poder de compra quer o índice de dependência surgem positivamente associados à utilização de consultas de cuidados de saúde primários. Por outro lado, o conjunto de variáveis que controla o mês das observações parece captar, de facto, alguns efeitos de sazonalidade na utilização destes serviços.

É importante notar que nestes impactos não se distingue o efeito preço (aumento das taxas) do efeito de alteração do número de utentes isentos, pelo que serão impactos globais atribuíveis, *ceteris paribus*, à alteração do regime de taxas como um todo.

**Tabela 10 – Número médio mensal de consultas sem presença do utente**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	Var. percent.
Todos os utentes	N=432	3665.5	381.06	0.00***	10.4%
De utentes isentos	N=432	2088.8	556.53	0.00***	26.6%
De utentes não isentos	N=432	1576.7	-175.47	0.25	-11.1%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

Por seu turno, a evolução da utilização de consultas sem a presença do utente fez-se em sentido contrário, ao crescer, em termos de média mensal da amostra, 10,4% de 2011 para 2012, conforme se descreve na tabela 10. Todavia, uma importante constatação é a de que tal crescimento apenas se verificou nas consultas de utentes isentos de taxa moderadora (26,6% de aumento nesta subpopulação), ao passo que no caso dos utentes não isentos verificou-se até um decréscimo, embora este resultado não tenha significância estatística.

**Tabela 11 – Número médio mensal de consultas no domicílio**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/da		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=1608	168.6	-13.80	0.00***	-8.2%
De utentes isentos	N=1608	163.3	-22.92	0.00***	-14.0%
De utentes não isentos	N=1428	6.3	10.28	0.00***	162.9%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

Finalmente, o número médio mensal de consultas no domicílio caiu, para toda a amostra, 8,2% (*vide* tabela 11). Como se disse, a maioria destas consultas ao domicílio visam utentes isentos de taxa moderadora, ascendendo a redução nestes utentes a 14%. No caso dos utentes não isentos verificou-se um crescimento

percentualmente muito acentuado, mas de expressão absoluta diminuta devido à reduzida utilização deste serviço, a partida, por este grupo de utentes.

## **4.2.2. Acesso a cuidados hospitalares**

O acesso aos cuidados hospitalares foi estudado igualmente a partir de dados de atividade de prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, nos anos de 2011 e 2012, por meses. A amostra construída é composta por 15 prestadores hospitalares, das oito ULS e de sete centros hospitalares.

A listagem dos prestadores seleccionados e os dados solicitados constam do anexo VIII, sendo aqui igualmente aplicável o comentário sobre as inconsistências nos dados recebidos que consta da secção anterior.

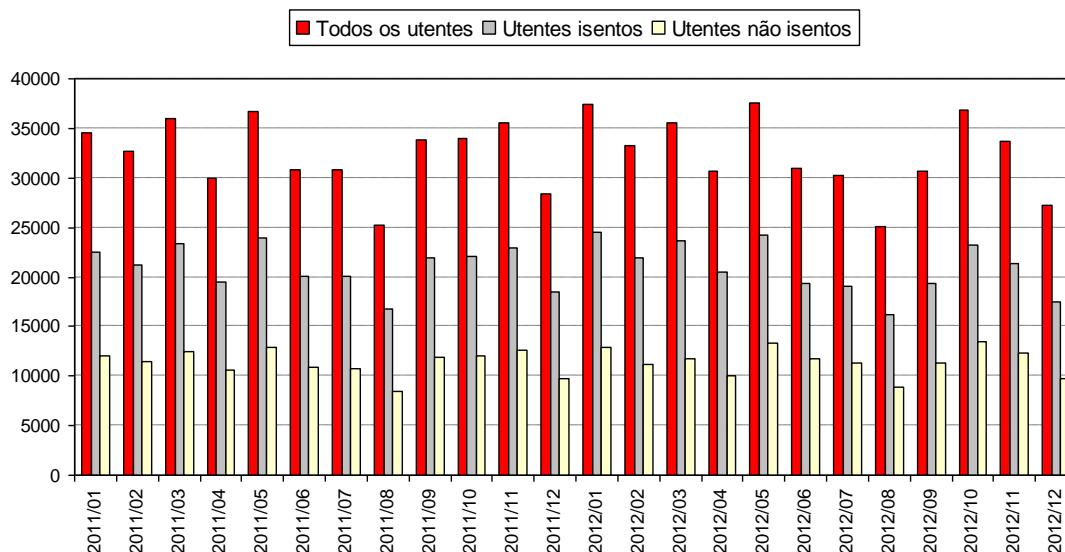
Neste caso, os indicadores considerados foram:

- o número médio mensal de consultas médicas hospitalares;
- o número médio mensal de urgências hospitalares;
- a proporção média de urgências de cor vermelha no total; e
- o número médio mensal de sessões de hospital de dia.

Também de forma similar aos cuidados primários, foram analisadas separadamente subamostras relativas a serviços a todos os utentes, apenas a utentes isentos e apenas a utentes não isentos, e foram consideradas as mesmas variáveis de controlo das condições da procura potencial e dos efeitos de sazonalidade ao longo do ano.

Foi ainda replicada toda a metodologia de análise econométrica de dados em painel, tendo-se optado igualmente pela adopção das estimativas por efeitos fixos, por se revelarem nos testes efectuados como as mais robustas.

**Gráfico 13 – Número médio mensal de consultas médicas hospitalares**



O gráfico 13 ilustra, para as três subamostras, o número médio mensal de consultas médicas hospitalares. À parte da normal sazonalidade, é impercetível qualquer tendência de crescimento ou decréscimo ao longo de todo o período analisado.

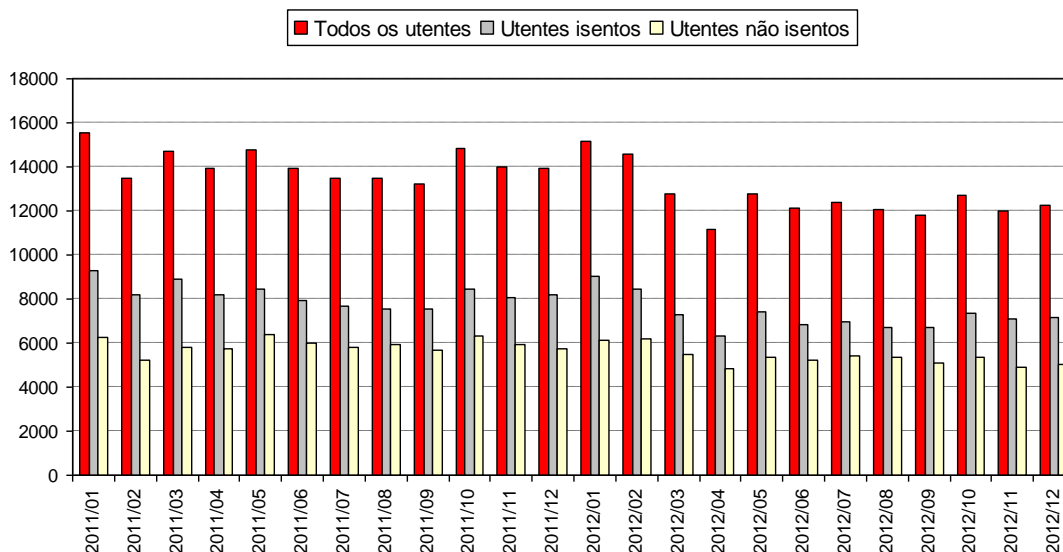
Foi ainda realizada uma análise ao número médio de consultas médicas hospitalares com distinção, em 2011, entre consultas por utentes isentos e não isentos, e em 2012, entre consultas por utentes isentos, não isentos e dispensados, considerada uma sub-amostra de 10 prestadores que procederam ao envio desta informação.

**Tabela 12 – Peso relativo das consultas médicas hospitalares por utentes isentos, não isentos e consultas dispensadas de cobrança**

Consultas	2011	2012
Por utentes isentos	63.7%	50.2%
Por utentes não isentos	36.3%	34.8%
Dispensadas	-	15.0%

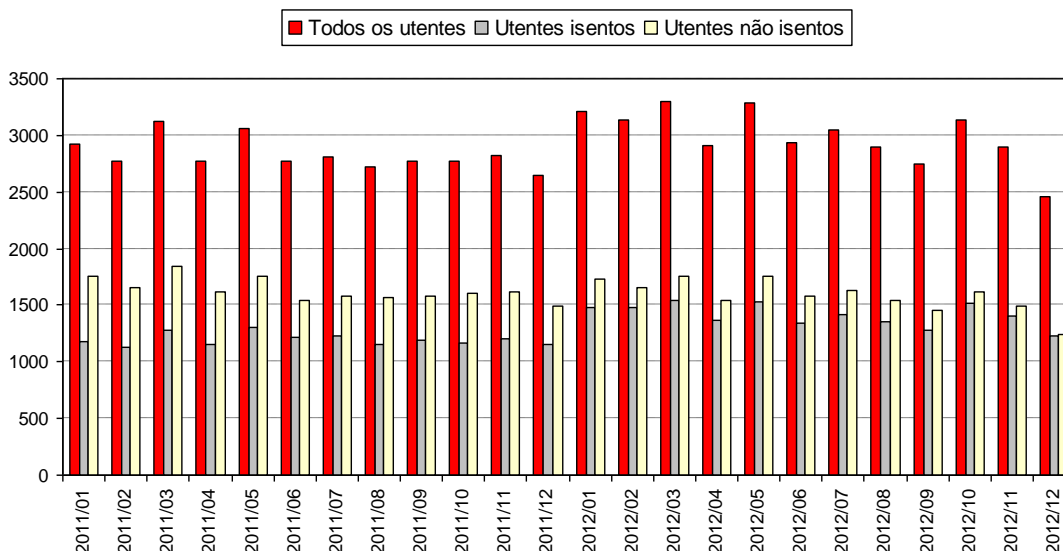
Assim, e considerando o peso relativo de consultas médicas hospitalares por utentes nas diferentes situações, verificou-se que em 2011 os utentes isentos representaram, em termos médios, 64% do total de consultas, sendo os restantes 36% consultas de utentes não isentos. De 2011 para 2012 assistiu-se a uma variação média negativa do peso relativo de consultas de utentes isentos na ordem do 13,5 p.p., e a uma variação negativa de consultas de utentes não isentos de 1,5 p.p.; as consultas médicas hospitalares dispensadas de cobrança, categoria que em 2011 não existia, representaram em 2012 cerca de 15% do total de consultas médicas hospitalares.

**Gráfico 14 – Número médio mensal de urgências hospitalares**



No gráfico 14 é notória a tendência de decréscimo no número médio mensal de episódios de urgência nos 15 prestadores analisados, embora não seja claro haver um perfil evolutivo diferente entre utentes isentos e não isentos.

**Gráfico 15 – Número médio mensal de sessões de hospital de dia**



Finalmente, no gráfico 15 observa-se uma ligeira tendência de crescimento na média mensal de sessões de hospital de dia, considerando conjuntamente as de utentes isentos e não isentos. Colocando o foco apenas nos utentes isentos, é perceptível algum crescimento de 2011 para 2012, notório logo em janeiro de 2012.

**Tabela 13 – Número médio mensal de consultas médicas hospitalares**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=336	32388.4	46.49	0.90	0.1%
De utentes isentos	N=336	21061.2	-154.43	0.62	-0.7%
De utentes não isentos	N=336	11327.2	200.93	0.42	1.8%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

A tabela 13 apresenta os resultados das estimações das equações com o indicador número médio mensal de consultas médicas hospitalares. O que se pode concluir é que na amostra de prestadores, o número mensal de consultas externas hospitalares quase não se alterou de 2011 para 2012, registando-se uma redução de cerca de 0,1%, efeito que estatisticamente não se pode afirmar como diferente de nulo. Quando se analisa separadamente as consultas a utentes isentos e não isentos, verifica-se igualmente um efeito nulo da variável que capta a passagem de 2011 para 2012.

**Tabela 14 – Número médio mensal de urgências hospitalares**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=168	14107.107	-1457.893	0.00***	-10.3%
De utentes isentos	N=168	8206.083	-920.167	0.00***	-11.2%
De utentes não isentos	N=168	5901.024	-537.726	0.00***	-9.1%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

Já no caso das urgências, os dados revelam uma queda de cerca de 10% na utilização média mensal de 2012 face ao que tinha acontecido no ano anterior (*vide* tabela 14). Esta evolução verificou-se quer nos episódios de urgência de utentes isentos como nos de utentes não isentos de taxa moderadora, embora com uma amplitude ligeiramente superior nos primeiros (11,2% contra 9,1%). Todos estes resultados são estatisticamente relevantes a um nível de significância de 1%.

**Tabela 15 – Proporção média de urgências de cor vermelha no total**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/da		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=168	0.00392	0.00035	0.04**	9.1%
De utentes isentos	N=168	0.00681	-0.00095	0.02**	-13.9%
De utentes não isentos	N=168	0.00290	0.00021	0.03**	7.3%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

O indicador proporção média de urgências de cor vermelha<sup>109</sup> no total de episódios de urgência visa analisar a evolução de 2011 para 2012 do peso das situações de maior gravidade clínica na atividade hospitalar de urgências (tabela 15). Por princípio, a utilização dos serviços de urgência será tanto mais eficiente quanto este peso aumente.

E o que se verifica é, de facto, um aumento de tal proporção de 9,1%, resultado com significância estatística a 5%. Neste indicador, a utilização por utentes isentos e não isentos teve uma direção oposta, com os isentos a revelarem uma evolução no sentido da diminuição da proporção de casos mais graves (queda de 14%). Tal ganho de eficiência parece ter acontecido apenas relativamente à parte da procura sujeita ao incentivo de preço.

**Tabela 16 – Número médio mensal de sessões de hospital de dia**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=216	2831.759	163.66	0.00***	5.8%
De utentes isentos	N=216	1198.389	213.92	0.00***	17.9%
De utentes não isentos	N=216	1633.370	-50.26	0.14	-3.1%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

Por fim, o número médio mensal de sessões de hospital de dias sofreu um incremento de 2011 para 2012 de perto de 6%, variação esta que decorre de um aumento da utilização deste tipo de serviços por parte de utentes isentos de taxa moderadora (neste subgrupo de utentes, o crescimento foi de 18%).

Já o grupo de utentes não isentos revelou uma redução na utilização de sessões de hospital de dia, embora tal variação não tenha relevância estatística, por isso não se podendo concluir pela existência de qualquer impacto neste subgrupo de utentes.

Um último exercício realizado passa por relacionar o recurso a urgências hospitalares com a utilização de consultas de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde do SNS, com presença do utente. O racional desta análise prende-se com o facto de o aumento do valor das taxas ter sido maior (em termos relativos) nas urgências do hospital do que nas consultas de cuidados primários, como forma de criar um incentivo para os utentes irem menos às urgências e substituírem essa procura por consultas programadas nos Centros de Saúde.

<sup>109</sup> Trata-se, aqui, da classificação dos episódios de urgência por cor da Triagem de Manchester.

Pretendeu-se, assim, perceber se o incentivo à substituição de urgências por consultas programadas nos Centros de Saúde por via das variações relativas na estrutura das taxas moderadoras foi eficaz. Para tal, foi realizado um exercício metodologicamente semelhante aos anteriormente apresentados: foram usados dados de utilização de consultas e urgências para construir um painel com vários indivíduos e todos os meses de 2011 e 2012, mas neste caso o indivíduo do painel é a localização geográfica e não o prestador, i.e. analisa-se a utilização de consultas e de urgências em diferentes regiões, o que significa que se relaciona os dados dos hospitais e dos Centros de Saúde da mesma região. Foram usadas as mesmas variáveis explicativas (variável binária para reflectir o ano, variáveis binárias para controlar a sazonalidade mensal, e os controlos do índice de poder de compra e do índice de dependência total). Também se recorreu novamente à estimação de um modelo econométrico incluindo componente não observada e invariante no tempo, por efeitos fixos.

Neste exercício, a variável explicada consiste no rácio médio mensal do número de urgências hospitalares para o número de consultas de MGF nos Centros de Saúde. Construída desta forma, esta variável permite analisar a evolução do peso relativo destes dois tipos de serviço, ignorando as questões de alteração global da utilização de serviços.

**Tabela 17 – Rácio médio mensal do número de urgências hospitalares para o número de consultas de MGF nos Centros de Saúde**

Subpopulação	Amostra	Ano 2011	dY/dA		
			coef.	p> t	var. percent.
Todos os utentes	N=121	0.37	-0.05	0.00***	-13.40%
De utentes isentos	N=121	2.53	-1.73	0.00***	-68.30%
De utentes não isentos	N=121	0.38	-0.02	0.36	-4.00%

\*\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%

\*\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%

\* Efeito estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%

Os resultados vertidos na tabela 17 revelam que o estudado rácio caiu cerca de 13% de 2011 para 2012 (variação estatisticamente relevante), o que significa que decresceu a importância relativa das urgências hospitalares face às consultas programadas nos Centros de Saúde. No entanto, é assinalável que esta variação teve amplitude relevante apenas na utilização de serviços por utentes isentos de taxa moderadora.

### 4.2.3. Conclusões sobre o impacto no acesso

A extração de conclusões sobre o impacto de uma qualquer medida de política de saúde sobre o acesso aos cuidados de saúde não se pode fazer sem cautela, na medida em que a interpretação dos resultados das análises é sempre condicionada ao modelo teórico considerado, à metodologia de estudo quantitativo concretamente seguida e à fiabilidade e detalhe da informação considerada nesse estudo.

As principais limitações dos exercícios expostos nas duas secções acima são i) não permitirem uma separação entre o efeito preço (aumento dos valores taxas) e o efeito selecção (alteração das categorias de isenção), ii) não se basearem num modelo completo de procura de cuidados de saúde que leve em conta todos os fatores que possam ter influenciado a evolução de 2011 para 2012 da utilização de serviços de saúde pelos utentes, para além da alteração do regime das taxas moderadoras.

Não obstante, estas limitações não parecem retirar relevância às conclusões extraídas dos exercícios, na medida em que, embora não sendo taxativas quanto aos impactos da medida de política de saúde em apreço, elas fornecem alguns indícios importantes sobre a evolução do nível de utilização dos serviços da rede do SNS, e como essa evolução pode revelar maior ou menor dificuldade no acesso aos serviços.

Concretizando, é possível discutir as implicações dos resultados da análise empreendida quanto ao impacto do regime de taxas moderadoras no volume de serviços consumidos pelos utentes e também na importância relativa de cada um dos tipos de serviços considerados ou, por outras palavras, é possível analisar os resultados na óptica da moderação absoluta do consumo e na óptica da moderação relativa entre tipos de serviços.

Assim, os exercícios descritos na secção 6.2.1 revelam, desde logo, que de 2011 para 2012 se registou uma redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários, variação esta mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos de taxa moderadora.

Ora, sendo estes os utentes que não enfrentam a barreira financeira das taxas, não se pode afirmar que tal redução na utilização se terá devido ao aumento das taxas moderadoras. Alternativamente, é possível encontrar um argumento verosímil para explicar esta constatação, ligado a uma outra característica da alteração do regime de taxas moderadoras, que é a alteração das categorias de isenção. Como se demonstrou na secção 6.1, de 2011 para 2012 o foco do esquema de isenções passou a incidir menos na condição clínica e mais na condição económica dos indivíduos. Por

esse motivo, o utente isento médio em 2012 terá maiores dificuldades económicas do que tinha o utente isento médio em 2011. Sendo verdade, o grupo de utentes isentos em 2012 será mais suscetível de fazer refletir no seu consumo de cuidados de saúde um efeito de redução global do seu consumo de bens e serviços, decorrente das crescentes dificuldades económicas que os indivíduos e famílias portuguesas enfrentam na atual conjuntura. Acresce que no consumo dos cuidados de saúde o encargo financeiro direto para os indivíduos não se esgota na taxa moderadora, havendo que levar em conta custos de deslocação, custos de absentismo ao trabalho e custos posteriores de adesão a eventuais planos de tratamento resultantes da consulta médica, estes passíveis de ser suportados também pelos utentes isentos de taxa moderadora.

Também da análise da atividade dos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS se concluiu que de 2011 para 2012 ocorreu um crescimento da utilização de consultas médicas sem a presença do utente. Esta variação, quando considerada conjuntamente com a redução das consultas presenciais, evidencia um efeito de moderação relativa, provavelmente resultante da estrutura de preços imposta pela tabela das taxas moderadoras, na qual uma consulta presencial é taxada a 5 € e uma consulta não presencial implica o pagamento de 3 €. Esta constatação corrobora ainda algumas observações empíricas dos responsáveis e colaboradores de diversos prestadores da rede de cuidados de saúde primários do SNS visitados pela ERS.

Ainda sobre os cuidados de saúde primários, observou-se uma redução na utilização média mensal de consultas ao domicílio, embora neste caso se trate de um serviço onde é reduzida a capacidade de escolha pelo utente relativamente à forma de recurso aos serviços de saúde.

Voltando agora o foco para os cuidados hospitalares, é assinalável não ter sido encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas hospitalares de especialidade.

Por seu turno, a utilização de urgências caiu (aliás, em consonância com dados oficiais do Ministério da Saúde)<sup>110</sup>, de forma uniforme em utentes isentos e não isentos. Ora, se, por um lado, poder-se-ia associar a diminuição da utilização de urgências por utentes não isentos ao aumento do valor das taxas moderadoras, afirmando-se assim a concretização de um efetivo efeito de moderação do consumo, a verdade é que a redução observada igualmente na utilização por utentes isentos não permite concluir que seja o efeito de moderação a determinar a queda nas urgências.

<sup>110</sup> Vide o documento “Monitorização mensal da atividade assistencial do SNS | 2012”, publicado no sítio eletrónico da ACSS.

Poderá, alternativamente, recuperar-se aqui o argumento apresentado quanto à redução das consultas médicas de cuidados primários relacionados com a alteração das categorias de isenção e da consequente alteração do perfil dos utentes isentos e não isentos.

Ainda ao nível dos cuidados hospitalares em urgência, um resultado importante tem a ver com o nível médio de gravidade dos episódios de urgência. Uma das justificações apresentadas para o aumento das taxas deste tipo de serviços é a necessidade de reduzir o recurso a urgências em situações de menor gravidade que poderiam mais eficientemente ser solucionadas em atendimentos planeados nos centros de saúde. Se tal ganho de eficiência alocativa for conseguido, deverá observar-se um aumento da incidência de casos mais graves nas urgências, o mesmo querendo dizer uma diminuição do peso relativo dos casos menos graves. Ora, globalmente tal efeito parece ter sido atingido, mas neste particular com uma diferença relevante entre utentes isentos e não isentos, na medida em que o aumento do peso relativo dos casos mais graves apenas se verificou para o segundo grupo de utentes. Esta constatação sustenta o argumento da moderação do consumo no recurso às urgências por parte dos utentes menos graves, conseguida através da alteração do regime de taxas moderadoras.

É também assinalável um aumento do recurso às sessões de hospital de dia por parte de utentes isentos, mas não pelos não isentos, o que também não contraria o argumento da moderação pelo preço.

Finalmente, relacionando a utilização de urgências hospitalares com a de cuidados de saúde primários a nível regional, constatou-se que de 2011 para 2012 decresceu a importância relativa das urgências face às consultas programadas nos centros de saúde, evolução que poderá ser reflexo da alteração relativa da estrutura de preços subjacente à tabela de taxas moderadoras.

### **4.3. Impacto financeiro**

A aferição do impacto financeiro associado à alteração do valor das taxas e a revisão das categorias de isenção introduzidas pela nova legislação, tem por base os valores cobrados relativos a taxas moderadoras nos anos de 2010, 2011, 2012, e passa pela análise do impacto da alteração dos valores cobrados no total da receita do SNS, bem como a comparação dos valores cobrados com aqueles definidos no Memorando de Entendimento como metas a atingir.

Assim, usando informação constante das sínteses de execução orçamental produzidas pela Direcção-Geral do Orçamento, conclui-se que a receita com taxas moderadoras representou apenas 0,74% do total da receita do SNS em 2010, 0,95% em 2011 e 1,7% em 2012. Assim, não obstante esta tendência crescente, pode afirmar-se que as taxas moderadoras têm um peso diminuto no total da receita do SNS.

Ora, importa notar que a reduzida importância relativa das taxas moderadoras no financiamento global do SNS se encontra em linha com o verificado para outros países com sistemas de saúde com financiamento maioritariamente público e que recorrem a esquemas de partilha de custos similares. Com efeito, como melhor se explora no anexo VII, a evidência existente aponta para que o impacto das taxas por utilização no financiamento global dos sistemas de saúde raramente exceda os 5%.

**Tabela 18 – Receita de taxas**

Ano	Receita cobrada SNS	Taxas cobradas	Peso da receita de taxas na receita total do SNS
2010	9.167.900.000 <sup>1</sup>	67.681.559	0,74%
2011	8.581.200.000 <sup>2</sup>	81.586.949	0,95%
2012	10.142.000.000 <sup>3</sup>	171.443.375	1,69%

Notas:

1) Direcção Geral do Orçamento, Síntese da Execução Orçamental janeiro 2012.

2) Direcção Geral do Orçamento, Síntese da Execução Orçamental janeiro 2012.

3) Direcção Geral do Orçamento, Síntese da Execução Orçamental janeiro 2013.

Fonte: Elaboração própria com base na Síntese da Execução Orçamental de janeiro 2012 e janeiro de 2013.

Refira-se que os valores apresentados restringem-se a taxas moderadoras cobradas, não se incluindo os valores de taxas moderadoras em dívida para cada um dos anos. Não obstante, é expectável que, com a implementação da cobrança coerciva pela AT, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 128/2012, que procedeu à integração no Decreto-Lei n.º 113/2011, do regime das contraordenações já previsto no artigo 193.º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, a capacidade de cobrança de taxas moderadoras em dívida pelos prestadores do SNS aumente, e assim consequentemente, numa primeira fase, cresça o peso da receita de taxas moderadoras no total da receita do SNS.

Já no que se refere à comparação dos valores cobrados com as metas fixadas pelo Memorando de Entendimento, é de ressaltar, primeiramente, que tanto a sua versão original, de 17 de maio de 2011, como a decorrente da primeira revisão, de 1 de setembro de 2011, não previam a quantificação de valores alvo a atingir com cobrança de taxas moderadoras.

Apenas na segunda revisão do Memorando de Entendimento, de 9 de dezembro de 2011, se procedeu à quantificação dos objetivos a atingir com a cobrança de taxas moderadoras, estabelecendo-se que em 2012 a receita global de taxas deveria crescer em 150.000.000 € face à receita de 2011, e que em 2013 deveria crescer 50.000.000 € face a 2012.<sup>111</sup>

Ora, a informação constante da tabela 19 permite comparar o objetivo estabelecido no Memorando de Entendimento para o valor de taxas moderadoras a atingir em 2012 com aquele efetivamente atingido, concluindo-se que, apesar do aumento verificado, o valor cobrado ficou aquém das metas previstas naquele Memorando .

**Tabela 19 – Valores de taxas moderadoras, 2010 a 2012**

Ano	Metas MoU	Taxas moderadoras cobradas
2010	-	67.681.559 €
2011	-	81.586.949 €
2012	231.586.949 €	171.443.375 € *

Fonte: Elaboração própria com base em informação da ACSS e constante do Memorando de Entendimento  
(\* estimativa do valor cobrando em 2012)

<sup>111</sup> Note-se, a respeito da definição quantitativa de valores a atingir na cobrança de taxas moderadoras, que as taxas moderadoras se assumem como meio de moderação de consumo de cuidados de saúde e não como meio de financiamento do SNS.

## 5. Conclusões

No presente estudo analisou-se o processo de implementação do novo regime de taxas moderadoras e o seu impacto no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como em termos financeiros, tendo sido possível extrair as seguintes conclusões principais:

1. As alterações fundamentais introduzidas pelo novo regime das taxas moderadoras assentaram na revisão das categorias de isenção, na introdução da dispensa de cobrança de taxas moderadoras associadas a prestações no âmbito de determinadas condições clínicas e na alteração do valor das taxas moderadoras e regras de apuramento.
2. No caso das doenças crónicas houve uma alteração no sentido da sua exclusão do conjunto de situações que determinam isenção de taxa moderadora. Foi, contudo, introduzida uma nova categoria de dispensa de cobrança de taxas moderadoras em prestações associadas à particular cronicidade da condição clínica, sendo certo que o elenco de doenças crónicas suscetíveis de promover a dispensa se tenha reduzido face àquelas consideradas na anterior lista de isenções por doença crónica.
3. No que concerne aos valores das taxas, de 2011 para 2012 alguns dos serviços sujeitos a taxa moderadora sofreu aumentos superiores a 100%, com as variações relativas mais acentuadas nos cuidados de saúde primários. Em janeiro de 2013, foi aplicada a regra do ajustamento automático pela inflação, com as exceções dos cuidados de saúde primários e dos MCDT. Já em maio do mesmo ano, a actualização das tabelas de preços do SNS determinou várias alterações nos montantes das taxas de vários serviços da tabela de MCDT.
4. A respeito das taxas moderadoras nos MCDT, não poderá deixar de se considerar que o seu aumento terá maior impacto nos cuidados de saúde em que a escolha da sua realização não esteja totalmente na esfera de decisão do utente. Tanto mais que a fixação de limites aos montantes totais por episódio restringe-se aos episódios de urgência, sessões de hospital de dia e a cada MCDT.
5. Quanto ao processo de implementação do novo regime jurídico das taxas moderadoras do SNS foi possível constatar, relativamente ao período considerado, dificuldades na obtenção/transmissão de informação aos utentes, por forma a muni-los do conhecimento suficiente sobre se a sua situação é enquadrável em

isenção/dispensa e em caso afirmativo, quais os meios de comprovação que deverá acionar e prazos a respeitar.

6. Por outro lado, foi evidenciada alguma morosidade na resposta aos pedidos de isenção por insuficiência económica e por incapacidade igual ou superior a 60%, ainda que estivessem previstos prazos para resposta (10 dias úteis para situações de insuficiência económica e 60 dias para realização da junta médica), sendo que a situação agrava-se quanto maior o incumprimento destes prazos, porquanto o utente, caso a avaliação seja desfavorável, é responsável pelo pagamento das taxas moderadoras relativas a (eventuais) cuidados de saúde que lhe tenham sido prestados no período de análise.
7. Foi também constatada a existência de constrangimentos informáticos ao nível do registo e consulta de isenções e de atos dispensados de cobrança, conducentes a imprecisões e dificuldades na cobrança de taxas moderadoras aos utentes.
8. Na implementação da dispensa de cobrança de taxas moderadoras, foram sentidas dificuldades pelos prestadores na identificação de quais as situações clínicas a serem enquadradas como dispensa, o que resultou na inexistência de procedimentos transversais e uniformizados principalmente ao nível dos prestadores de cuidados hospitalares, e implicou que nem todos os atos com dispensa se encontrassem identificados, nem se atribuisse a dispensa em todos os prestadores de forma idêntica para os mesmos atos.
9. Na sequência da análise de casos concretos de utentes, que levou à introdução de determinado ato como dispensado, tal implicou o reembolso de taxas moderadoras e a inclusão do(s) ato(s) em causa na lista de dispensa de cobrança, mas para aplicação futura. Suscitam-se assim dúvidas quanto a se todos os demais atos realizados e pagos mas que posteriormente foram considerados na lista da dispensa, foram analisados para efeito de retificação.
10. Foi constatada igualmente alguma indefinição e heterogeneidade nos procedimentos a adotar para a cobrança dos valores em dívida pelos utentes, bem como níveis diversos de adaptabilidade e aplicação dos procedimentos legalmente definidos, a respeito da notificação e interpelação dos utentes para pagamento, da disponibilização de meios de pagamento eletrónicos em todas as unidades compreendidas em cada prestador.
11. Por outro lado, concluiu-se pela existência da possibilidade de reembolso das taxas moderadoras pagas quando detetados erros na sua cobrança, pedidos pendentes de decisão e após confirmação da incapacidade igual ou superior a

60%, quando ultrapassado o prazo legal para realização da junta médica. Contudo, concluiu-se igualmente por uma insuficiente divulgação juntos dos utentes, que manifestavam, em geral, desconhecimento desta possibilidade de reembolso.

12. Quanto à cobrança coerciva das taxas moderadoras, não obstante se encontrasse prevista no corpo normativo que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012, constataram-se dificuldades na implementação dos mecanismos para proceder a tal cobrança coerciva.
13. No decurso do processo de implementação foram sendo introduzidas alterações substantivas no leque das isenções previstas, bem como nas regras para comprovação das mesmas, e igualmente ao nível da definição de quais os atos passíveis de justificar a dispensa de cobrança.
14. Assim, não estão esgotadas na lei as situações merecedoras de beneficiarem de isenção ou de dispensa de cobrança. Contudo, o legislador não previu mecanismos de exceção ou de revisão periódica de situações elegíveis à categoria de isentas ou dispensadas de cobrança.
15. Determinadas alterações foram sendo introduzidas, mormente mediante a intervenção da ACSS, em momentos e com recurso a instrumentos distintos, materializando-se em Circulares Normativas e Circulares Informativas, ainda que não totalmente, já que algumas situações foram primeiramente introduzidas a título informativo no documento de perguntas frequentes da ACSS, e só posteriormente tomaram a forma de Circular, enquanto outras situações constam unicamente desse documento.
16. Estas alterações sequenciadas não deixaram de impactar por um lado no conhecimento acerca das regras e orientações a cada momento aplicáveis, e por outro lado, dado a existência de informação divulgada unicamente por canais informais (correio eletrónico) em resposta a dúvidas concretas de prestadores e ARS, e não necessariamente corporizada em documento de eficácia externa (as referidas Circulares), prejudicaram uma atuação uniforme de prestadores e das próprias ARS.
17. Ainda, utentes que se encontravam em igualdade de circunstâncias no preenchimento dos requisitos substantivos para benefício de isenções, foram sujeitos a procedimentos administrativos díspares e igualmente suportaram custos acrescidos (necessidade da renovação do atestado médico para comprovação da situação de incapacidade igual ou superior a 60%).

18. Analisado o impacto da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS, concluiu-se, desde logo, que de 2011 para 2012 se assistiu ao aumento relativo de utentes isentos por condição de insuficiência económica. Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, ainda que o seu peso relativo tenha sido reduzido, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas.
19. Através do estudo dos dados de utilização de cuidados de saúde, concluiu-se que de 2011 para 2012 se registou uma redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários, variação esta mais acentuada no conjunto de consultas de utentes isentos de taxa moderadora, i.e., nos utentes que não enfrentam a barreira financeira das taxas. Este impacto poderá decorrer de um efeito de redução global do consumo de bens e serviços, face às actuais dificuldades económicas em Portugal, e atendendo a que os utentes isentos por condição de insuficiência económica têm agora um maior peso relativo no total de utentes isentos. Também ao nível dos cuidados de saúde primários, concluiu-se que em 2012 ocorreu um crescimento da utilização de consultas médicas sem a presença do utente, o que considerado conjuntamente com a redução das consultas presenciais, evidencia um efeito substituição de consultas presenciais por consultas sem presença.
20. Nos cuidados hospitalares, é assinalável não ter sido encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas de especialidade.
21. A utilização de urgências caiu, mas de forma uniforme em utentes isentos e não isentos, o que não pode ser atribuído a um efeito de moderação promovido pelas taxas. Este efeito é plausível, sim, como justificação para o observado aumento do peso relativo dos casos mais graves nas urgências hospitalares, dado que este aumento apenas se verificou para o grupo de utentes não isentos.
22. Finalmente, relacionando a utilização de urgências hospitalares com a de cuidados de saúde primários a nível regional, constatou-se que de 2011 para 2012 decresceu a importância relativa das urgências face às consultas programadas nos Centros de Saúde, evolução que poderá ser reflexo da alteração relativa da estrutura de preços subjacente à tabela de taxas moderadoras.
23. No que concerne ao impacto das taxas no financiamento global do SNS, concluiu-se que a receita com taxas moderadoras representou apenas 0,74 % do total da

receita do SNS em 2010, 0,95 % em 2011 e 1,7 % em 2012, podendo assim afirmar-se que as taxas moderadoras têm um peso diminuto no total da receita do SNS.

## Anexo I – Taxas por utilização de serviços de saúde em países da Europa

De uma forma simplificada, as taxas moderadoras existentes no SNS português constituem um pagamento exigido aos utentes dos serviços de saúde no momento do seu consumo, no contexto do recurso a serviços financiados publicamente.

Na literatura de expressão inglesa, este tipo de pagamentos surge frequentemente designado por “user fee” ou “user charge”, ambos podendo traduzir-se diretamente como taxa por utilização ou custo de utilização. Em conformidade, com o propósito de uniformização terminológica do presente texto, doravante designar-se-á taxa por utilização qualquer pagamento exigido aos utentes dos serviços de saúde decorrente do seu consumo (e não necessariamente no momento do seu consumo), em contexto de serviços financiados (ainda que parcialmente) por qualquer esquema de seguro, seja ele público, social ou privado<sup>112</sup>.

### ***Tipos de taxas por utilização***

A partilha de custos é uma característica presente numa grande parte dos sistemas de saúde contemporâneos, mesmo nos que assentam num serviço de saúde público em princípio gratuito e universal<sup>113</sup>. Designa-se por partilha de custos qualquer esquema de contribuição dos utentes para o pagamento dos serviços de saúde que consomem. Note-se que esta contribuição não tem, necessariamente, que se fazer no momento do consumo; a característica definidora da partilha de custos é tratar-se de uma prestação decorrente do consumo efetivo de serviços. Exemplificando, considera-se partilha de custos tanto as contribuições na forma de taxa por utilização cobrada no momento do consumo, como a parte não reembolsada ao utente em subsistemas em que este paga o preço total dos serviços e solicita posteriormente o reembolso da despesa. Esta característica distingue a partilha de custos essencialmente da outra componente do financiamento dos sistemas de saúde que não está ligada ao consumo de serviços, como é o caso dos impostos ou das contribuições de base salarial por empregados e empregadores.

---

<sup>112</sup> Assim, usando exemplos do sistema de saúde português, designar-se-á taxa por utilização as taxas moderadoras do SNS, os encargos do beneficiário cobrados aos utentes da ADSE e outros subsistemas, ou os co-pagamentos acordados com os seguros privados de saúde.

<sup>113</sup> Na literatura internacional de expressão inglesa estes mecanismos recebem a designação de *cost-sharing*.

Como nota Robinson (2002)<sup>114</sup>, os pagamentos exigidos aos utentes a título de partilha de custos (doravante, taxas por utilização) podem assumir diversas formas, alinhando-se num contínuo que vai desde o ponto de inexistência de partilha (sistema dito gratuito) até ao ponto em que o utente paga por inteiro o preço dos serviços (designado por pagamento *out-of-pocket*). Rubin e Mendelson (1995)<sup>115</sup> enquadram as diversas formas de partilha de custos em dois blocos: partilha de custos directa e partilha de custos indirecta. A partilha de custos directa inclui formas de pagamento como o co-pagamento (valor fixo por cada serviço ou unidade de produto), o co-seguro (percentagem fixa sobre o custo total dos serviços), a franquía (pagamento do valor até a um limite a partir do qual se inicia a cobertura do seguro) e o *balance billing* (pagamento exigido pelo prestador adicional à cobertura do seguro). Por seu turno, a partilha de custos indirecta abarca todas as políticas que levam os utentes a suportar com despesa *out-of-pocket* o custo dos serviços que consomem, e que não passam pela cobrança directa de valores monetários (p.e., exclusões de cobertura, listas restritas de medicamentos comparticipados, etc.).

O levantamento apresentado neste capítulo apenas considera as práticas de partilha de custos directa.

### **Levantamento sobre taxas por utilização em países da Europa<sup>116</sup>**

O levantamento internacional de práticas de cobrança de taxas por utilização em cuidados de saúde apresenta, desde logo, a dificuldade de encontrar informação estandardizada e comparável. Mesmo em regiões do globo em que os países têm maior afinidade ao nível do sistema político e organização económica, os sistemas de saúde têm, em regra, características únicas ao nível quer do financiamento, quer da organização da prestação. No caso dos países europeus, embora seja possível identificar cada sistema de saúde com as linhas genéticas mais bismarckianas ou beveridgianas, a verdade é que será mais correto classificar tais sistemas de saúde como mistos, na medida em que são constituídos por arranjos múltiplos de cobertura

---

<sup>114</sup> Robinson, R. (2002), "User charges for health care", em Mossailos, E., Dixon, A., Figueras, J. e Kutzin, J. (editores), *Funding health care: options for Europe*, Oxford: Oxford University Press.

<sup>115</sup> Rubin, R., Mendelson, D. (1995), "A framework for cost sharing policy analysis", em Mattison, N. (editor), *Sharing the Costs of Health: a Multi-country Perspective*, Basileia: Pharmaceutical Partners for Better Health.

<sup>116</sup> As fontes de informação para este levantamento de informação foram: os livros da série "Health Systems in Transition", do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (em <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>), o artigo de Robinson (2002) já citado, e diversos *websites* de instituições públicas ligadas aos sistemas de saúde analisados.

das necessidades de cuidados de saúde das populações. Veja-se o caso de Portugal, por exemplo, que tendo o seu sistema baseado num Serviço Nacional de Saúde típico (i.e., com financiamento por impostos e modelo integrado de prestação de serviços), inclui também um conjunto de subsistemas de saúde do tipo seguro-social de saúde, algo que é característico de sistemas de raiz bismarckiana.

Esta diversidade reflete-se na existência de arranjos de cobertura e partilha de custos na saúde também eles diversos. E naturalmente, em todos os países existe também uma componente de financiamento e prestação completamente privados. Assim, encontrar uma base comum de comparação dos tipos de taxas por utilização cobrados aos utentes implica assumir, previamente ao levantamento de informação, alguns pressupostos. Desde logo, restringir-se-á na análise a taxas por utilização de serviços financiados publicamente, i.e., cobrados enquanto arranjos de partilha de custos entre utentes e entidades públicas como serviços nacionais de saúde ou sistemas de seguro social. Adicionalmente, focar-se-ão cinco tipos de cuidados ou produtos de saúde: cuidados primários, consultas de especialidade, internamentos, medicamentos e cuidados dentários.

Assim, da tabela abaixo apresentada, consta a descrição das principais prestações exigidas aos utentes de serviços com financiamento público, em países de europeus, para os tipos de cuidados e produtos de saúde referidos.

## Taxas por utilização no âmbito de serviços com financiamento público, em países europeus, por tipos de cuidados

País	Tipo de sistema	Cuidados primários	Consultas de especialidade	Internamentos	Medicamentos	Cuidados dentários	Isonções transversais
França (2010)	Seguro Social	30% do preço	30% do preço (25% em hospital)	20% do preço + 18€ fixos por despesas de alojamento; 0% após o 31.º consecutivo de internamento; isenção para cirurgias mais complexas que a apendicectomia e para partos.	0%, 35%, 65% ou 85% dependendo da categoria de medicamento	30% do preço para prevenção e tratamento; 80% para dentaduras e aparelhos	Indivíduos que sofrem de doenças de longa duração, ou sofreram acidentes de trabalho; alguns tipos de tratamentos; pensionistas; grávidas >5º mês; crianças deficientes
Inglaterra (2011)	Serviço Nacional de Saúde	Não há	Não há	Não há	£7,65 por prescrição única, £29.10 por prescrição de 3 meses e £104 por prescrição de 12 meses;  Isenção para <16 anos (<18 se estudante) ou >59	Pagamentos fixos em três tipos de planos de tratamento (£17,5, £48 ou £209)	Grávidas e mães até 1 ano de idade do filho (cartão MatEx); doentes crónicos (cartão MedEx)
Alemanha (2010)	Seguro Social	10 € por consulta	10 € por consulta	10€ por dia; isenção completa ou parcial para <18 anos, desempregados, dependentes de apoio social e estudantes com baixos rendimentos.	4,1€, 4,6€ e 5,1€, dependendo do tamanho da embalagem, e 100% do valor que excede o preço de referência. (*)	Cuidados básicos e preventivos gratuitos; 35 a 50% para procedimentos cirúrgicos; isenção para <18 anos (*)	
Suécia (2012)	Serviço Nacional de Saúde	SEK100 a SEK200; valor determinado pelas autoridades regionais (concelhos municipais)	SEK230 a SEK320; valor determinado pelas autoridades regionais (concelhos municipais)	Valor determinado pelas autoridades regionais (concelhos municipais); em média, SEK80 por dia	Pagamento total até SEK1100 e daí em diante pagamentos decrescentes por escalão de despesa	Pagamento total até SEK3000 e daí em diante subsídio parcial	<20 anos
Grécia (2010)	Misto: serviço nacional de saúde coexiste com fundos de segurança social.	Não há	3€, apenas em consultas hospitalares; isenção para trabalhadores agrícolas e população inactiva.	Não há	Regra geral é 25% do preço; taxa reduzida para 10% em medicação para algumas doenças (ex., tuberculose, asma), e para pensionistas de baixos rendimentos; 0%	Entre 0 a 40%, dependendo do fundo de segurança social.	

					em medicamentos para algumas doenças (ex., cancro, diabetes)		
Holanda (2010)	Seguro Social	Gratuitos para utentes cobertos pelo Seguro de Saúde Obrigatório	Franquia de 150 €	Franquia de 150 €	Valor fixo para alguns medicamentos (*)	Cuidados preventivos gratuitos para <17 anos; restantes cuidados e utentes pagam por inteiro. (*)	
Espanha (2010)	Serviço Nacional de Saúde	Não há	Não há	Não há	40% do preço; taxa reduzida para 10% do preço em medicamentos para doenças crónicas; isenção para indivíduos >64 anos, deficientes ou que sofreram acidentes de trabalho	Check-ups gratuitos para <18 anos; extracções dentárias gratuitas no sector público; tudo o resto cobrado por inteiro.	

(\*) Informação referente ao ano de 2002

Fonte: Livros da série “Health Systems in Transition”, do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Robinson (2002) e sítios eletrónicos de instituições públicas ligadas aos sistemas de saúde analisados

A primeira, e principal, conclusão que se pode extrair da informação reunida é a de existência de uma significativa heterogeneidade ao nível da extensão e das práticas concretas de cobrança de taxas por utilização nos serviços de financiamento público. Todos os países analisados aplicam tais taxas, em alguns casos em todos os tipos de cuidados (França), e em outros casos, num universo de serviços muito limitado (Inglaterra). Todavia, resulta evidente que não há uma prática uniforme de definição de tais taxas. Em alguns casos (p.e., Suécia), a partilha de custos é feita com a cobrança de um valor fixo por cada serviço ou unidade (prestação designada por co-pagamento), e em outros casos (p.e., França) é cobrada uma percentagem fixa sobre o custo dos serviços (prestação designada por co-seguro). Neste último caso, o valor a pagar pelo utente é em alguns países limitado superiormente (veja-se os internamentos na França), e em outras situações, o sentido de limitação é invertido, com o utente a pagar a totalidade dos custos que excedem um determinado teto, num pagamento com características de *balance billing* (caso dos medicamentos na Alemanha).

A incidência de taxas por utilização é diferenciada consoante o tipo de cuidados de saúde, e em praticamente todos os países existem regras de isenção de determinados grupos populacionais, seja elas específicas dos diferentes tipos de cuidados de saúde,

sejam transversais a toda a prestação de serviços de saúde. Os critérios de isenção estão relacionados com a idade (isentando-se jovens e idosos), com a condição económica (desempregados, inativos e pensionistas), tipo de doença ou incapacidade (doentes crónicos, doentes com doença oncológica) ou mesmo com a causa da necessidade de cuidados (acidentes de trabalho).

### ***Alterações recentes nas taxas por utilização devido à crise***

A crise financeira global tem acarretado repercussões em diversas dimensões económicas, políticas e sociais das nações mais afetadas. Os sistemas de saúde, enquanto realidades que cobrem essas três dimensões, são em regra uma área de impacto significativo das dificuldades financeiras de qualquer nação. Em linhas gerais, durante períodos de menor performance financeira ou económica observa-se a adoção de políticas destinadas a reduzir o desperdício e aumentar a eficiência dos serviços de saúde, mas também a reduções da despesa pública no sector da saúde, à imposição de limites à cobertura financeira em saúde oferecida aos cidadãos e à procura de novas fontes de recursos para financiar o sistema.

Num estudo recentemente elaborado em conjunto pelo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, o gabinete europeu da Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia, é apresentado um levantamento das respostas de política de saúde à crise financeira em países da Europa.<sup>117</sup> O estudo, que cobriu 45 países, enquadra as políticas de saúde em três categorias:

- a) Políticas que visam alterar o nível das contribuições para cuidados financiados publicamente;
- b) Políticas que visam afectar o volume e a qualidade dos cuidados de saúde financiados publicamente;
- c) Políticas que visam afectar os custos dos cuidados de saúde financiados publicamente.

Dentro da categoria a) de políticas, foram especificamente focadas as alterações ao nível do orçamento público para o sector da saúde, da política fiscal, das receitas dos seguros sociais de saúde e das taxas por utilização.

---

<sup>117</sup> Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M. (2012), "Health policy responses to the financial crisis in Europe", Policy summary 5, World Health Organization 2012 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Relativamente a este último tema, constatou-se, do estudo realizado, que vários países (Arménia, República Checa, Dinamarca, Estónia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Letónia, Holanda, Portugal, Roménia, Federação Russa, Eslovénia, Suíça e Turquia) instituíram ou aumentaram as taxas por utilização em resposta à crise, em alguns casos para serviços de saúde essenciais. Os sectores da saúde afectados não são os mesmos em todos os países, mas é notória uma maior incidência nos cuidados hospitalares e nos medicamentos.

Em contraste, outros países aumentaram os benefícios para os grupos populacionais mais desfavorecidos na área dos medicamentos (Áustria, França, Irlanda, Itália, República de Moldávia), reduziram as taxas por utilização (Croácia, para os cuidados primários) ou aboliram mesmo as taxas para alguns serviços (Itália e Hungria). Não obstante, a tendência mais marcada é, de facto, no sentido da introdução ou aumento das taxas por utilização.

## Anexo II – Evolução histórico-legislativa da cobrança de taxas moderadoras

A CRP, no seu texto originário, dispunha no seu artigo 64.º que o direito à proteção da saúde seria realizado “[...] pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”.

Nessa sequência, a Assembleia da República aprovou a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (que tinha natureza de lei de bases), denominada “Lei do Serviço Nacional de Saúde”, que estabelecia no seu artigo 7.º, que o acesso ao SNS seria gratuito, não obstante a possível cobrança de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização dos serviços públicos de saúde.

Sobre a legitimidade do poder legislativo para estabelecer taxas moderadoras, quando a Constituição afirmava claramente que o SNS era gratuito, pronunciou-se, desde logo, a extinta Comissão Constitucional, que, no seu Parecer n.º 35/82, reconheceu que a imposição constitucional de criação de um serviço nacional de saúde gratuito tinha um carácter “eminente programático”, podendo nessa medida, como resultava do artigo 7.º da “Lei do Serviço Nacional de Saúde”, ser ressalvadas as taxas moderadoras que tinham por objetivo “racionalizar a utilização das prestações” (artigo 7.º), bem como as medidas, ou melhor, as taxas moderadoras destinadas “a fazer participar os utentes no custo das prestações ou cuidados de saúde, de modo a evitar ou minorar os abusos (v.g. de consumos) excessivos e desnecessários”<sup>118</sup>. As taxas moderadoras foram então introduzidas, pela primeira vez, no SNS, através dos Despachos Ministeriais n.º 57/80 e 58/80, de 29 de dezembro. Estes diplomas fixaram taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde ambulatoriais, prestados no âmbito dos Ex-Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, designadamente nas consultas, nos serviços de visita domiciliária e nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Posteriormente, o Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais de 18 de janeiro de 1982 (publicado no DR, II Série, n.º 34, de 10/02/82), criou taxas moderadoras para o internamento hospitalar, consulta, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e urgência, aplicáveis apenas a utentes que não fossem beneficiários de um outro subsistema de saúde<sup>119</sup>.

<sup>118</sup> Cfr. Parecer da Comissão Constitucional n.º 35/82.

<sup>119</sup> Nesta altura, aos beneficiários de subsistemas de saúde era aplicável a tabela de preços dos hospitais oficiais, a faturar diretamente à entidade responsável pelo pagamento (vd. Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais de 18 de janeiro de 1982, publicado no DR, II

O referido Despacho estabelecia uma diferenciação no valor das taxas moderadoras a pagar pelos utentes, de acordo com o respetivo rendimento, nas situações de internamento. Já relativamente a consultas externas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e urgência, tais taxas moderadoras, e com exceção das situações de isenção de pagamento, não eram graduáveis em função do rendimento dos utentes.

Posteriormente, o Provedor de Justiça requereu ao Tribunal Constitucional, a apreciação da constitucionalidade do Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais de 18 de janeiro de 1982, com fundamento em violação, entre outros, do princípio da gratuidade no acesso à saúde.

O Tribunal Constitucional, no Acórdão n.º 92/85, de 18/06, não chegou a apreciar a questão da invocada inconstitucionalidade material do referido Despacho, por violação do princípio da gratuidade, por haver concluído pela existência de inconstitucionalidades orgânicas<sup>120</sup>.

No seguimento do previsto no artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, o Governo aprovou o Decreto-lei n.º 57/86, de 20 de março<sup>121</sup>, que regulamentou as condições de exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde.

Nesse diploma eram fixadas taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, com exceção dos internamentos hospitalares, na radioterapia e exames histológicos, nos cuidados prestados nos serviços de urgência ou nos serviços de atendimento permanente (SAP) dos Centros de Saúde e nos cuidados de saúde prestados a dadores de sangue benévolos e habituais.

As taxas moderadoras aí previstas tinham como principal objetivo racionalizar a procura de cuidados de saúde, procurando evitar a sua utilização para além do razoável.

Previa ainda o estabelecimento de isenções genéricas de pagamento dessas taxas relativamente a determinadas categorias de utentes, as quais foram estabelecidas, tal como o valor das taxas, através da Portaria n.º 344-A/86, de 5 de julho<sup>122</sup>.

---

Série, n.º 34, de 10/02/82 e Despacho do Ministro da Saúde de 27 de fevereiro de 1984, publicado no DR, II Série, n.º 60, de 12/03/84).

<sup>120</sup> A criação de taxas moderadoras no seguimento da aprovação da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro) – a qual previa expressamente a admissibilidade da cobrança de taxas moderadoras, aos utentes do SNS, no acesso aos cuidados de saúde – devia ter sido efetuada mediante Decreto-Lei de desenvolvimento e não por Despacho Ministerial, nos termos do artigo 201.º n.º 1 al. c) (anterior artigo 198.º) da CRP, razão pela qual o Despacho em causa foi declarado inconstitucional pelo Tribunal Constitucional.

<sup>121</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 66, de 20-03-1986.

Em face da aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, o Provedor de Justiça requereu ao Tribunal Constitucional a apreciação e declaração da inconstitucionalidade material desse diploma, por violação do princípio da gratuidade do SNS previsto no n.º 2 do artigo 64º da CRP. O Tribunal Constitucional, no Acórdão n.º 330/89, de 11 de abril, começou por analisar o conceito de gratuidade do SNS e verificar se o mesmo seria ou não compatível com a fixação de taxas moderadoras, tendo aderido a uma “aceção normativa” do conceito de gratuidade, afastando ou rejeitando o seu conceito objetivo ou etimológico, segundo o qual um serviço gratuito será aquele que para ser obtido, não tem que se pagar qualquer preço<sup>123</sup>. Segundo essa aceção normativa, o conceito de gratuidade seria compatível com a fixação de uma prestação financeira a pagar pelos utentes destinada à moderação do consumo de cuidados de saúde.

Assim sendo, se os valores cobrados correspondessem à transferência para o utente de parte ou da totalidade do “preço” do custo da prestação de cuidados de saúde, e por muito baixo que fosse o seu valor, a prestação nunca seria gratuita e portanto seria inconstitucional. Se, pelo contrário, a intenção fosse a de dissuadir os utentes à utilização abusiva dos serviços de saúde, mediante a cobrança de uma quantia razoável, a prestação continuava a ser gratuita e, portanto, constitucionalmente admissível.

O que resultava desta interpretação, do n.º 2 do artigo 64º da CRP, feita pelo Tribunal Constitucional, era a de que o legislador ordinário dispunha de alguma liberdade constitutiva na concretização do direito à proteção da saúde, nomeadamente em relação à imposição constitucional de criação de um SNS gratuito, podendo deste modo estabelecer taxas moderadoras no acesso ao SNS, desde que as mesmas, por um lado não correspondessem ao pagamento, ainda que parcial, dos serviços prestados aos cidadãos e, por outro lado, cumprissem o seu objetivo de racionalizar ou moderar o uso dos serviços públicos de saúde, mas sem que isso pudesse significar o impedimento ou restrição do direito de acesso àquelas pessoas que, em virtude das suas condições económicas, não pudessem suportar essas taxas.

---

<sup>122</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 152, de 05-07-1986.

<sup>123</sup> A favor do conceito objetivo de gratuidade e, como tal discordando da constitucionalidade das taxas moderadoras face ao texto constitucional, anterior à Revisão Constitucional de 1989, vd. votos de vencido no Acórdão n.º 330/89, de 11 de abril, dos Conselheiros Mário de Brito, Martins da Fonseca e Vital Moreira e, ainda, Jorge Reis Novais, “Os Limites constitucionais à alteração do modelo de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde”, em Anexo ao relatório “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pedro Pita Barros e João Pereira).

Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, no Acórdão referido, considerou que face ao sentido mais amplo do conceito de gratuidade, que teria sido adotado pelo legislador constituinte no n.º 2 do artigo 64.º da CRP, seria possível compatibilizar a exigência de taxas moderadoras aos utentes do SNS, tal como estava previsto, quer no artigo 4.º do Decreto-lei n.º 57/86, de 20 de março, quer no artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, tendo por isso considerado constitucionais as referidas normas.

Posteriormente, a Lei Constitucional n.º 1/89 alterou a redação do artigo 64.º n.º 2 da CRP, passando a prever na sua alínea a), que a realização do direito à proteção da saúde é feita “através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta a condição económica e social dos cidadãos, tendencialmente gratuito”<sup>124</sup>.

Tal como tinha acontecido ao abrigo da versão constitucional anterior, o legislador ordinário, em cumprimento da imposição constitucional agora contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64º da CRP, aprovou uma Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), na qual incluiu, na alínea c) da Base XXIV, entre as características essenciais do SNS, o “ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

Em face da clarificação resultante da alteração ao preceito constitucional, que deixou de impor a gratuidade do SNS, em detrimento de uma gratuidade tendencial, o legislador estabeleceu no n.º 1 da Base XXXIV da LBS a possibilidade de, “com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, poderem ser cobradas taxas moderadoras, as quais constituiriam “receita do Serviço Nacional de Saúde”.

Contudo, a LBS estabelece, desde logo, uma ressalva na aplicação das taxas moderadoras, uma vez que as mesmas não poderão ser cobradas, quer àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, quer àqueles financeiramente mais desfavorecidos, os quais ficarão isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na Lei (vd. n.º 2 da Base XXXIV da LBS).

No decurso da apreciação do diploma e, neste caso, da Base XXXIV relativa às taxas moderadoras, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido em que foi empregue a expressão “tendencialmente gratuito” pelo legislador da revisão constitucional.

---

<sup>124</sup> Como se refere no Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, a introdução da expressão “tendencialmente gratuito” teve “o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da gratuidade tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuidade do Serviço Nacional de Saúde”.

A expressão “tendencialmente gratuito” não é entendida pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, como tendo invertido o princípio da gratuidade, mas antes como estabelecendo a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu* através da aplicação de taxas moderadoras).

Efetivamente, o Tribunal Constitucional entendeu, no Acórdão citado, que

“[...] o Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, especificamente sobre o conceito de gratuidade tendencial, esclareceu que

“[a ...] expressão gratuidade tendencial, contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição, J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira salientam que ela «significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras

ou outras», desde que estas não signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde.<sup>125</sup>

De acordo com o referido naquele Acórdão, pode-se então concluir que a cobrança de taxas moderadoras será admissível e, portanto não poderá ser considerada inconstitucional, desde que essas mesmas taxas:

- tenham como finalidade uma racionalização da utilização do SNS;
- não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e
- não sejam aptas a criar impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos económica e socialmente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde.

Em desenvolvimento das bases gerais do regime jurídico da saúde, foi aprovado, pelo Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o Estatuto do SNS, o qual nos termos do seu artigo 23.º, prevê que, para além do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde, os utentes beneficiários do SNS, na parte que lhes couber, tendo em atenção as suas condições económicas e sociais, devendo entender-se que o legislador estaria aí a fazer referência às taxas moderadoras, uma vez que estando os decretos-lei de desenvolvimento subordinados a uma Lei de Bases, nos termos do n.º 2 do artigo 112.º, 2.ª parte da CRP, e apenas prevendo a

---

<sup>125</sup> Sobre o conceito de gratuidade tendencial, vd. na doutrina constitucional, Gomes Canotilho e Vital Moreira, Fundamentos da Constituição, págs. 342 e 343, segundo os quais “gratuidade tendencial significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (...) são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços”. Por seu lado, Jorge Miranda, Constituição Portuguesa Anotada, pág. 657, vai mais longe, ao considerar “(...) que a letra e a teleologia objectiva do preceito não obstam a que se reconheça que o legislador, com a sua liberdade de conformação, imponha o pagamento dos serviços prestados aos utentes que tenham - num juízo relativo que atenda ao custo dos referidos preceitos – suficientes meios económicos”. Este autor considera, que a possibilidade de ser exigida aos utentes do SNS, uma contraprestação destinada a transferir diretamente para eles o custo da prestação, que não era admissível à luz de um texto constitucional como o anterior à revisão de 1989 – em face da imposição constitucional de um SNS gratuito – passa a ser possível face ao novo texto constitucional. No seu entendimento, o que a Constituição atual proíbe ao legislador é “a fixação de taxas ou de preços que constituam impedimento ou restrição do acesso ao serviço nacional de saúde por parte de certos particulares ou grupos de particulares por razões económicas e sociais” (pág. 657). Posição idêntica é defendida por Sérvulo Correia, As Relações Jurídicas de Prestação de Cuidados pelas Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, pág. 43, segundo o qual a expressão “tendencialmente gratuito” significa, que “(...) embora os cuidados do SNS devam ser gratuitos tanto quanto o permita a situação financeira do Estado, não terão de sê-lo absolutamente. E a imputação do dever de efectuar pagamentos em correlação com cuidados prestados e a modulação dos respectivos montantes não deverão ser alheias às condições económicas dos utentes”.

LBS a cobrança de taxas moderadoras, os referidos encargos não poderiam ser outros que não as referidas taxas moderadoras.

Posteriormente, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril<sup>126</sup>, que estabelecia o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, em regime de ambulatório, bem como o respetivo regime de isenções<sup>127</sup>. As taxas moderadoras, previstas no Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril, foram fixadas mediante a Portaria n.º 338/92, de 11 de abril<sup>128</sup>.

Este Decreto-Lei foi posteriormente revogado pelo Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto<sup>129</sup>, que introduziu algumas alterações, dispondo no seu artigo 1.º que as taxas moderadoras deveriam ser pagas por todos os cidadãos, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde, que não sejam isentados nos termos do artigo 2.º do mesmo Decreto-Lei, relativamente: à realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, salvo os exames feitos em regime de internamento (alínea a)); ao acesso aos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde (alínea b)); e, às consultas nos hospitais, centros de saúde e noutros serviços públicos e privados convencionados (alínea c)).

Quanto às isenções do pagamento de taxas moderadoras, as mesmas encontravam-se elencadas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto<sup>130 131</sup>.

O montante ou valor das taxas moderadoras a cobrar, foi fixado, inicialmente, na Portaria do Ministério da Saúde n.º 985/2003, de 13 de setembro<sup>132</sup>, posteriormente atualizada e revista pela Portaria n.º 103/2004, de 23 de janeiro<sup>133</sup>, pela Portaria n.º 219/2006, de 7 de março<sup>134</sup>, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março<sup>135</sup>, pela

<sup>126</sup> Publicado no DR, I Série-A, n.º 86, de 11-04-1992.

<sup>127</sup> Este regime foi alterado pelo Decreto-lei n.º 287/95, de 30 de outubro (Publicado no DR, I Série-A, n.º 251, de 30-10-1995), que acrescentou ao artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril, a alínea p) relativa aos doentes portadores de doenças crónicas aprovadas por portaria do Ministro da Saúde. Essas doenças vieram a ser identificadas pela Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto (Publicado no DR, I Série-A, n.º 183, de 08-08-1996).

<sup>128</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 86, de 11-04-1992.

<sup>129</sup> Publicado no DR, I Série-A, n.º 176, de 01-08-2003.

<sup>130</sup> O Decreto-lei n.º 201/2007, de 24 de maio, introduziu uma nova situação de isenção do pagamento de taxas moderadoras (vítimas de violência doméstica). O Decreto-Lei 38/2010, de 20 de abril isentou do pagamento de taxas moderadoras os transplantados dadores vivos de órgãos e de células, os potenciais dadores e os militares e ex-militares das Forças Armadas com incapacidade permanente.

<sup>131</sup> Cfr Anexo II, com a identificação das 46 categorias de isenções existentes à data.

<sup>132</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 212, de 13-09-2003.

<sup>133</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 19, de 23-01-2004.

<sup>134</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 47, de 07-03-2006.

<sup>135</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 64, de 30-03-2007.

Portaria n.º 34/2009, de 15 de janeiro<sup>136</sup>, e mais recentemente pela Portaria n.º 1320/2010, de 28 de dezembro<sup>137</sup>. Ainda nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 173/2003, de 1 de agosto, republicado pelo Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de maio, “as taxas moderadoras constantes da portaria prevista no número anterior não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde”.

A Portaria n.º 216/2006, de 7 de março, para além de ter atualizado as tabelas das taxas moderadoras, veio estipular o momento em que as taxas moderadoras deveriam ser cobradas aos utentes<sup>138</sup>. Essa Portaria estipulou ainda, quanto ao regime de isenções, que no caso de isenções que dependessem da existência de um diagnóstico de determinada doença ou situação de saúde (doentes portadores de doenças crónicas e grávidas e parturientes), estas apenas se consideravam existentes após o referido diagnóstico e apenas para os atos subsequentes.

Posteriormente, o Orçamento do Estado para 2007, aprovado pela Lei n.º 53-A/2006, de 29 de dezembro, alargou o âmbito de aplicação das taxas moderadoras aos internamentos e às cirurgias em ambulatório. A criação dessas taxas moderadoras veio a ser concretizada pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de março, a qual procedeu igualmente, e conforme anteriormente referido, à atualização do valor das taxas moderadoras. Sucede que, as taxas moderadoras incidentes sobre internamentos e cirurgias de ambulatório foram eliminadas, passados dois anos após a respetiva introdução, pelo Decreto-Lei n.º 322/2009, de 14 de dezembro.

Por seu lado, o Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de maio, que procedeu à republicação do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, veio estipular que “[...] os utentes com idade igual ou superior a 65 anos beneficiam de uma redução de 50 % do pagamento das taxas moderadoras”, sendo que a prova deve ser feita “[...] através da apresentação de documento de identificação civil”.

O Orçamento do Estado para 2011, aprovado pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, veio estipular que “[...] o não pagamento de taxa moderadora legalmente

<sup>136</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 10, de 15-01-2009.

<sup>137</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 250, de 28-12-2010.

<sup>138</sup> Nos termos da Portaria n.º 216/2006, de 7 de março, as taxas moderadoras deverão ser cobradas: a) no momento da admissão, no caso de cuidados prestados em serviço de urgência; b) no momento imediatamente anterior à prestação do cuidado, no caso de consultas, seja em hospitais ou Centros de Saúde, e de meios complementares de diagnóstico, estabelecendo contudo quanto a este último caso uma exceção, qual seja nos casos em que o exame ou análise seja efetuado no decurso de um ato para o qual já correspondeu o pagamento de uma taxa moderadora, em que as taxas relativas a esses exames ou análises subsequente são pagas após a sua realização.

devida decorridos 10 dias da data da notificação implica o seu pagamento num valor cinco vezes superior ao inicialmente estipulado, nunca inferior a € 100.”.

O Decreto-Lei 113/2011, de 29 de novembro<sup>139</sup> veio rever o quadro legal aplicável, “determinando as taxas moderadoras aplicáveis [...]”, tendo procedido à alteração (no sentido do aumento) dos valores das taxas moderadoras e instituído regras de revisão, e procedido ainda à reapreciação das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras.

Neste contexto, a Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro<sup>140</sup> aprovou os valores das taxas moderadoras e igualmente as regras de apuramento e cobrança aplicáveis.

Por outro lado, a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro<sup>141</sup>, veio estabelecer os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde do SNS.

Já o Orçamento do Estado para 2012, aprovado pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro<sup>142</sup>, veio estipular que o não pagamento de taxa moderadora legalmente devida decorridos dez dias da data da notificação para o efeito constitui uma contraordenação e implicava o pagamento de um valor mínimo correspondente a cinco vezes a taxa moderadora em causa e nunca inferior a 50€, e de um valor máximo correspondente ao quádruplo daquele valor mínimo.

O referido princípio legal apenas pôde ser aplicado a cuidados de saúde prestados a partir do dia 1 de janeiro de 2012.

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro foi entretanto objeto de alterações e republicação, por via do Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho<sup>143</sup>, que veio prever a isenção do pagamento de taxas moderadoras para “os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou superior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica [...]”, e integrou ainda no corpo do Decreto-Lei n.º 113/2011, com algumas alterações, o regime das contraordenações já previsto na Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, passando a prever-se o pagamento de coima com o valor

<sup>139</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 229, de 29-11-2011.

<sup>140</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 242, de 20-12-2011.

<sup>141</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 247, de 27-12-2011.

<sup>142</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 250, de 30-12-2011.

<sup>143</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 119, de 21-06-2102.

mínimo correspondente a cinco vezes a taxa moderadora em causa e nunca inferior a 30€..

Por sua vez, o Orçamento do Estado para 2013, aprovado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro<sup>144</sup>, para além de introduzir alterações ao Decreto-Lei n.º 113/2011<sup>145</sup>, previu, no artigo 153.º da referida lei, que “[...] [n]o ano de 2013, não há lugar à aplicação da atualização prevista no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro [...], das taxas moderadoras referentes a:

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

---

<sup>144</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 252, de 31-12-2012.

<sup>145</sup> Concretamente, ao artigo 8.º-A, relativo à contraordenação pela utilização dos serviços de saúde sem pagamento de taxa moderadora, especificando que “Para efeitos de aplicação da coima [...] é considerado o valor do somatório das taxas moderadoras devidas na utilização diária dos serviços de saúde em cada uma das entidades referidas no artigo 2.º”.

## Anexo III – Categorias de isenções e situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras

Doentes isentos de taxas moderadoras no anterior regime (Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, republicado pelo Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 38/2010, de 20 de Abril e revogado pelo Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro)	Doentes isentos de taxas moderadoras ou situações de dispensa no novo regime (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro)
Grávidas e parturientes (alinea a) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos as grávidas e parturientes (alinea a) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive (alinea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentas as crianças até aos 12 anos de idade, inclusive (alinea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes (alinea c) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respectivo agregado familiar, nos termos do artigo 6.º (alinea d) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Beneficiários de subsídio mensal vitalício (alinea d) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Pensionistas que recebam rendimentos não superiores ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes (alinea e) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Desempregados, inscritos nos centros de emprego, que recebam rendimentos não superiores ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes (alinea f) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, bem como o respetivo cônjuge e dependentes (alinea j) do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012)
Beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores (alinea g) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal (alinea h) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes (alinea i) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50% (alinea j) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% (alinea c) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Vítimas de violência doméstica (alinea l) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de atendimentos urgentes e actos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica (alinea h) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Beneficiários do rendimento social de inserção (alinea m) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respectivo agregado familiar, nos termos do artigo 6.º (alinea d) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)

<p>Insuficientes renais crónicos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de cuidados de saúde na área da diálise (alinea d) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia, saúde mental, deficiências de factores de coagulação, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/sida e diabetes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p>
<p>Diabéticos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de diabetes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
<p>Hemofílicos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de deficiências de factores de coagulação (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
<p>Parkinsonianos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
<p>Tuberculosos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p style="text-align: center;">X</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
<p>Doentes com sida e seropositivos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/sida (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
<p>Doentes do foro oncológico (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)</p>	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito quimioterapia de doenças oncológicas, radioterapia (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>

Doentes paramiloidósicos (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
Doentes com doença de Hansen (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<p style="text-align: center;">X</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
Doentes com espondilite anquilosante (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
Doentes com esclerose múltipla (alinea n) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<p>É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)</p> <p>Estão isentos se de tal doença resultar um grau de incapacidade igual ou superior a 60%</p>
Dadores benévolos de sangue (alinea o) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários (alinea e) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas e actos complementares necessários para as dádivas de sangue (alinea e) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Doentes mentais crónicos (alinea p) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de saúde mental (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Alcoólicos crónicos e toxicodependentes, quando inseridos em programas de recuperação, no âmbito do recurso a serviços oficiais (alinea q) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes (alinea i) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Doentes portadores de doenças crónicas, identificadas em portaria do Ministro da Saúde que, por critério médico, obriguem a consultas, exames e tratamentos frequentes e sejam potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% (alinea c) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas, sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de tratamento da dor crónica (alinea b) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Doentes portadores de doença genética com manifestações clínicas graves (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% (alinea c) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Doentes com insuficiência cardíaca congestiva (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>

Doentes com cardiomiopatia (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com hepatite crónica activa (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com cirrose hepática com sintomatologia grave (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com artrite invalidante (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com lúpus (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com dermatomiose (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com paraplegia (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com miastenia grave (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com doença desmielinizante (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Doentes com a doença do neurónio motor (alinea r) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	<i>Idem</i>
Bombeiros (alinea s) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua actividade, em cuidados de saúde hospitalares (alinea g) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Doentes transplantados de órgãos (alinea t) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os doentes transplantados (alinea h) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas (alinea u) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários (alinea f) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Potenciais dadores de órgãos de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas, relativamente à prestação de serviços de saúde relacionados com a avaliação da possibilidade da dádiva (alinea v) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas e actos complementares necessários para as dádivas de células, tecidos e órgãos (alinea e) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente (alinea x) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	Estão isentos os Militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente (alinea i) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
Outros casos determinados em legislação especial (alinea z) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003)	X
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas de planeamento familiar e actos complementares prescritos no decurso destas (alinea a) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de cuidados de saúde respiratórios no domicílio (alinea c) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)



ERS

	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de actos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neonatal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direcção -Geral da Saúde (alinea f) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS (alinea g) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de programas de tomas de observação directa (alinea j) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal (alinea l) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)
	É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de atendimento em serviço de urgência, no seguimento de: i) Referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência; ou ii) Admissão a internamento através da urgência. (alinea m) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011)

## Anexo IV – Pedidos de informação às ARS e à ACSS e súmula das respostas

Por ofício de 30 de outubro de 2012 foi solicitado às cinco ARS que procedessem ao envio de informações e documentos relativos a:

- questões/constrangimentos na implementação do novo regime das taxas moderadoras, ocorridos sob a jurisdição respetiva e reportados, designadamente, pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS (aqui incluídos os convencionados) e/ou pelos utentes;
- procedimentos seguidos no sentido da resolução de tais questões/constrangimentos;
- esclarecimentos/orientações emitidos aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, por forma a que estes estejam aptos à prestação da necessária informação aos utentes;
- documentos emitidos ou utilizados, relativos à implementação das alterações ao regime jurídico das taxas moderadoras.

A ARS Algarve, na sua resposta de 15 de novembro de 2012, veio identificar como principais questões/constrangimentos na implementação a questão de comunicação ao utente de atribuição/cessação de isenção por insuficiência económica, situação da inscrição e atribuição de isenção a crianças institucionalizadas, as questões da “[...] inscrição e atribuição de isenção aos reclusos; atribuição de dispensa de taxa moderadora no âmbito de deficiências de fatores de coagulação”.

Sendo certo que, segundo a ARS Algarve, “O maior constrangimento na implementação no novo regime jurídico das taxas moderadoras tem sido a resposta tardia por parte da ACSS aos vários pedidos de esclarecimento enviados por esta ARS o que compromete substancialmente a capacidade para prestar esclarecimentos informados e atempados aos nossos utentes e profissionais de saúde.”.

Já ao nível dos procedimentos seguidos no sentido da resolução de tais questões/constrangimentos veio referir a divulgação da legislação em vigor bem como das orientações emitidas nesta área, a solicitação de esclarecimentos quer ao Gabinete Jurídico dessa ARS quer à “[...] Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) para esclarecimento de procedimentos específicos resultantes das normas emitidas sobre esta matéria”, o papel desempenhado pelo Gabinete do Cidadão, Relações Públicas e Comunicação “[...] na receção e encaminhamento das

dúvidas e pedidos de esclarecimento suscitados por prestadores de cuidados e utentes.”.

Por outro lado, foi igualmente referida a emissão de orientações e esclarecimentos pelo Conselho Diretivo da ARS Algarve sobre a legislação em vigor e as orientações aplicáveis quando suscitadas dúvidas ao nível da sua implementação pelos prestadores de cuidados de saúde.

Nesse âmbito foram enviados, em anexo, Informação Interna do Gabinete Jurídico, mensagens de correio eletrónico com a solicitação de esclarecimentos à ACSS quanto às questões acima mencionadas, remetendo, em alguns casos, para situações concretas de utentes, cópia de Circulares Internas para esclarecimento de dúvidas.

A ARS Alentejo, por resposta rececionada a 19 de novembro de 2012, veio destacar que, “[o]s constrangimentos sentidos inicialmente por profissionais e utentes prendiam-se essencialmente com a ausência da parametrização dos sistemas de informação, face às novas regras, e com a não atribuição da isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica, situação que atualmente permanece.”.

Tendo junto documentação quanto a constrangimentos ao nível da isenção por insuficiência económica e incapacidade, bem como à dispensa de cobrança de taxas moderadoras, concretamente no âmbito da dispensa no âmbito de fatores de coagulação e de doentes oncológicos.

Já ao nível dos procedimentos seguidos no sentido da resolução de tais questões/constrangimentos veio referir a divulgação pelos estabelecimentos prestadores, da documentação que constitui o suporte legal, normativo e informativo do atual modelo de taxas moderadoras, tendo junto em anexo documentos nesse sentido, a prestação de esclarecimentos a utentes, profissionais e saúde, por atendimento presencial, telefónico e por correio eletrónico, a solicitação de informação à ACSS no sentido de assegurar aos profissionais a informação necessária. Juntou ainda quadro com o número de reclamações entre janeiro e setembro de 2012, nas entidades prestadoras do SNS, totalizando 42 reclamações.

Ademais foram referidas iniciativas como ação de teleformação sobre o tema taxas moderadoras dirigida aos profissionais de saúde das Entidades do SNS da região Alentejo, “[...] com o objetivo de sensibilizar os mesmos, para o novo enquadramento legal e normativo e procedimentos a adotar”, bem como a atualização do sítio eletrónico.

A ARS Centro, na sua resposta de 19 de novembro de 2012, referiu que as questões colocadas prenderam-se “[...] com o *terminus* das isenções, bem como com os novos

procedimentos que os utentes teriam de efetuar para continuarem isentos, nomeadamente por insuficiência económica”.

Foi ademais referido que não obstante a ACSS ter disponibilizado no seu sítio eletrónico circulares Informativas/Normativas, promovido sessões de esclarecimento com os responsáveis das unidades de saúde, criado um email para as ARS colocarem questões, bem como publicado as FAQ, “estas medidas mostraram-se insuficientes, dado que não esclareciam todas as dúvidas que iam surgindo.”.

Tendo sido ademais ressalvado que foram “[...] transmitidas informações, quer através das sessões de esclarecimento e das próprias circulares, relativamente a situações que, posteriormente, foram alteradas por novas circulares ou pelas faqs, o que não permitia dar uma informação coerente às unidades de saúde.” A título de exemplo referiram os “[...] doentes oncológicos que não estariam inicialmente isentos de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários para com a publicação da Circular n.º 17/2012/CD passarem a estar isentos (pelo período ali estipulado), ou, ainda os doentes com esclerose múltipla que também não estariam isentos e que, agora, mais uma vez, através das faqs constata-se que já beneficiam dessa isenção”.

Concretamente quanto à não atribuição de isenção por insuficiência económica, foi referido que, para além de “[...] não estar contemplada uma segunda reclamação, o que fez com que a ARSC colocasse diretamente a questão aos serviços da ACSS”, o problema agrava-se na medida em que “Os serviços distritais ou locais das finanças não sabem responder às questões dos utentes e não sabem como proceder.”.

Foram ainda identificados os casos concretos de “[...] crianças e jovens institucionalizados com idade superior a 12 anos, que não estão automaticamente isentos das taxas moderadoras. Assim, têm as instituições onde estão “internados” de preencher o requerimento por insuficiência económica, o que por vezes se torna um problema, quando ainda fazem parte do agregado familiar para efeitos de IRS. O mesmo poderá ser referido quando a criança é retirada aos pais e entregue aos avós, como medida tutelar mas sem sentença do tribunal.”

Por outro lado, foi referida a existência de reclamações quanto ao pagamento de taxas moderadoras nos atos de medicina física e de reabilitação “[...] dado que não existe um teto máximo”, sendo entendimento da ARS Centro que, não obstante não terem tido reclamações sobre essa matéria, quanto aos atos de enfermagem “[...] as quantias a pagar são elevadas.”.

Foi ainda identificada uma situação que já se verificava anteriormente, “[...] de utentes ex-migrantes que possuindo pensões desses países continuam a beneficiar de

isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica, dado não existir por parte da AT cruzamento de informação.”.

Já no que se refere a constrangimentos de registo no RNU foi admitido que “[...] as isenções registadas nos Centro de Saúde através de comprovativos vários de isenção, não são, por vezes, atualizados no RNU em tempo útil, dando origem a que, quando os utentes se dirigem aos hospitais, estes exijam o pagamento das taxas, mesmo que, em alguns casos, sejam portadores do documento do centro de saúde a comprovar a isenção.”.

Ao nível dos procedimentos seguidos no sentido da resolução das questões identificadas, para além da divulgação das respostas e circulares da ACSS, através da intranet, ofícios-circulares, ou por e-mail, a ARS Centro referiu ter procedido à criação de um “[...] e-mail que foi divulgado junto dos Diretores Executivos (e por estes junto das suas unidades de saúde), pelo que as questões que têm resposta na lei ou nas circulares, são dadas no próprio dia ou no prazo máximo de 12 horas.”. As questões mais complexas são encaminhadas para a ACSS, sendo que “[...] se esta entidade inicialmente dava a resposta no prazo de 48 horas, atualmente [...] o prazo é mais dilatado.”.

Tendo a ARS Centro referido que “[...] foi com as dúvidas colocadas e reclamações efetuadas que a ACSS veio alargando o campo das isenções.”

A ARSLVT, na sua resposta de 10 de dezembro de 2012, mencionou que a “[...] única questão/constrangimento que se encontra pendente reportado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, prende-se com a cobrança das taxas moderadoras em dívida [...] [a]tendendo a que o processo de comunicação com a Autoridade Tributária e Aduaneira ainda não se encontra desmaterializado, bem como os procedimentos que darão lugar ao mesmo ainda não estão definidos pela ACSS [...]”, referindo que “[...] aguarda [...] a emissão de novas orientações”.

No que se refere aos procedimentos seguidos no sentido da resolução de questões/constrangimentos a ARSLVT esclareceu que “[u]ma vez que a ACSS pretende uma uniformização a nível nacional, esta ARS não emitiu quaisquer orientações, limitando-se apenas a divulgar as circulares (informativas e normativas), ofícios circulares e FAQ emitidos pela ACSS.”.

Por sua vez, a ARS Norte, por ofícios de 17 de dezembro de 2012 e de 24 de janeiro de 2013, referiu que “[...F]indo o período transitório, a maioria das questões provinham de problemas colocados pelos utentes, via serviços locais, relacionados com a perda de isenção. No que se refere ao caso concreto da isenção por insuficiência

económica, “todo o processo de atribuição de insuficiência económica (principal motivo de isenção) é alheio à ARSN, sendo contudo os serviços locais que dirimem com os utentes as situações apresentadas por estes, instruindo ou endereçando às entidades competentes nesta matéria.”.

A ARS Norte remeteu igualmente amostra de mensagens de correio eletrónico representativa dos problemas mais frequentes, onde são identificadas questões quanto a situações de desemprego involuntário, a crianças e jovens institucionalizados, com idade superior a 12 anos, dispensa de cobrança de taxas moderadoras, nomeadamente no que se refere à cobrança de taxas moderadoras a doentes diabéticos nos cuidados de saúde primários.

Por outro lado foram identificadas dificuldades na “[...] gestão da cobrança das taxas moderadoras dos novos atos abrangidos por este novo regime [...] por os mesmo não estarem ainda devidamente parametrizados no SINUS.”.

Em resposta a esta dificuldade “[...] manifestada por muitas unidades de saúde implementámos regionalmente um pequeno aplicativo (SEFUS) que permitia registar e emitir a correspondente fatura de todos os atos praticados nas unidades de CSP. Este aplicativo temporário deu lugar ao novo aplicativo (MARTA) desenvolvido pela SPMS”.

Quanto a outros procedimentos seguidos no sentido da resolução de questões/constrangimentos, a ARS Norte referiu a realização de reuniões alargadas a todos os ACES e Hospitais, no primeiro trimestre de 2012, em que a ACSS teve oportunidade de esclarecer dúvidas decorrentes do processo de implementação do novo regime, a criação de canais de comunicação específicos para que os serviços colocassem as dúvidas, a resposta a mensagens de correio eletrónico e o pedido de esclarecimentos à ACSS, bem como a emissão de orientações a fim de harmonizar as parametrizações nos sistemas de informação “[...] para que a aplicação das taxas moderadoras nas situações de “atendimento em urgência” fossem consentâneas com o legalmente disposto.”.

Foram igualmente solicitados à ACSS, por ofício de 30 de outubro de 2012, os esclarecimentos adequados, com indicação dos motivos e das medidas/orientações destinadas à correção respetiva, consideradas as exposições de utentes de que a ERS foi tomando conhecimento quanto a:

- situações em que foram cobradas taxas moderadoras a utentes isentos ou dispensados do seu pagamento por erro/não atualização do registo informático;
- situações de demora na obtenção de resposta a reclamações apresentadas;

- situações de demora na obtenção de deferimento ou indeferimento de pedidos de isenção por insuficiência económica;
- situações em que os utentes viram a sua condição alterada, sem terem sido informados das razões justificativas de tal alteração;
- situações em que os utentes, no período de análise, suportaram o valor das taxas moderadoras, tendo sido posteriormente considerados isentos;
- constrangimentos ocorridos no âmbito das situações *supra* em setembro e outubro de 2012, e que geraram um aumento significativo das reclamações/exposições dirigidas à ERS pelos utentes;
- elevado número de situações de pedidos de isenção por incapacidade igual ou superior a 60% relativamente às quais o prazo legal para realização de junta médica foi ultrapassado;
- falta de uniformização entre os prestadores na aplicação do novo regime, em especial do disposto no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro;
- a identificação, documentalmente suportada, das situações que implicaram medidas/orientações de natureza corretiva seja na sequência das situações *supra* indicadas ou outras.

Em 25 de fevereiro de 2013, a ACSS remeteu a sua resposta tendo referido quanto a eventuais erros de cobrança, que estes “[...] determinam o reembolso de taxas moderadoras junto das unidades que procederam à respetiva cobrança indevida”, sendo que “[...] os sistemas de informação se encontram em permanente atualização.”.

Já no que se refere à resposta a pedidos de isenção por insuficiência económica e a reclamações quanto ao apuramento da condição de insuficiência económica, a ACSS identifica a AT como entidade responsável, “[...] nos termos legalmente definidos para o efeito.”, sendo que “[...] os sistemas de informação da saúde são imediatamente atualizados no seguimento das comunicações enviadas pela AT.”. Ademais acrescentou que no caso de ocorrer uma alteração na situação de isenção, após a reavaliação anual estabelecida para o efeito, a “[...] ACSS, IP informa os utentes por escrito”, sendo que os utentes poderão ademais “[...] a todo o tempo consultar a sua isenção no RNU”, bem como através do acesso ao Portal das Finanças “[...] consultar os rendimentos considerados no apuramento da condição de insuficiência económica e respetivo cálculo do rendimento médio mensal [...]”. Por seu turno, a AT informa da ocorrência de irregularidades passíveis de impossibilitar a correta avaliação dos rendimentos.

Quando questionada quanto a situações em que os utentes, no período de análise, suportaram o valor das taxas moderadoras, tendo sido posteriormente considerados isentos, a ACSS referiu que estas situações se reportam “[...] à falta de entrega de declarações de rendimentos dos utentes que impossibilitam a correta avaliação”, sendo que após a regularização da situação tributária e uma vez reconhecida a isenção, “[...] esta retroage à data do primeiro pedido de apreciação realizado pelo utente, sendo este devidamente informado de que pode solicitar o reembolso das taxas moderadoras eventualmente pagas.”.

Quanto à justificação dos constrangimentos ocorridos em setembro e outubro de 2012, motivadores de um aumento das reclamações/exposições rececionadas pela ERS, foram mencionados pela ACSS o descontentamento em virtude da perda de isenção após reavaliação automática da isenção por insuficiência económica (realizada a 30 de setembro), a impossibilidade de avaliação por parte da AT, por falta de entrega das declarações de rendimentos e o desconhecimento da data a que reporta a avaliação e do mecanismo de reavaliação automática.

Relativamente a eventuais medidas/orientações empreendidas pela ACSS, foi referida a informação contante do seu sítio eletrónico, bem como o envio pontual de “[...] diversos ofícios circulares para as ARS e Instituições Hospitalares tendentes à clarificação de algumas matérias no âmbito do regime de taxas moderadoras em vigor [...]”.



## Anexo V – Check-list utilizada nas fiscalizações



**ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**  
**CHECK-LIST**  
**TAXAS MODERADORAS**

<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Local:</b>
--------------	--------------	---------------

### IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

#### Identificação do Estabelecimento Prestador de Cuidados de Saúde

Nome \_\_\_\_\_

NIPC \_\_\_\_\_ Registo \_\_\_\_\_

#### Identificação do responsável pelo atendimento

Nome \_\_\_\_\_

BI \_\_\_\_\_ Data de emissão \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO AOS UTENTES SOBRE TAXAS MODERADORAS

Afixação de informação sobre taxas moderadoras

Sim  Não

Procedimentos de informação aos utentes

Sim  Não

Quais \_\_\_\_\_

## IMPLEMENTAÇÃO DO NOVO REGIME DAS TAXAS MODERADORAS

Procedimentos para verificação da isenção/situação de dispensa (ex: em sistema próprio; RNU; documentos apresentados pelo utente)

Descrição \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procedimentos quanto ao registo da isenção/situação de dispensa no sistema do prestador

Descrição \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Constrangimentos no âmbito do sistema informático (ex: registo da isenção/dispensa de pagamento)

Sim  Não

Descrição \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Constrangimentos no âmbito da interoperabilidade dos sistemas informáticos

Sim  Não

Quais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Esclarecimentos/Orientações das Entidades Responsáveis

Sim  Não

Quais as Entidades \_\_\_\_\_

Divulgação interna aos colaboradores

Sim  Não

Como e a quem \_\_\_\_\_

Pedido de esclarecimentos/orientações

Sim  Não

A que entidade(s) \_\_\_\_\_

Sobre que assunto(s) \_\_\_\_\_

## Anexo VI – Amostra de prestadores fiscalizados

Estabelecimento	ARS	Natureza
Unidade da Póvoa de Varzim (CH Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E.P.E.)	ARS Norte	Público
Hospor - Hospitais Portugueses, S A - Póvoa de Varzim	ARS Norte	Convencionado
Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo (ULS do Alto Minho, E.P.E.)	ARS Norte	Público
USF Nuno Grande (ACES Douro I – Marão e Douro Norte)	ARS Norte	Público
Manuel Massa, SA	ARS Norte	Convencionado
Centro de Saúde Mirandela I (ULS do Nordeste, E.P.E.)	ARS Norte	Público
Centro de Saúde de Anadia (ACES do Baixo Vouga)	ARS Centro	Público
Mario Alvim de Castro, Lda.	ARS Centro	Convencionado
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	ARS Centro	Público
USF Ribeirinha (ULS da Guarda, E.P.E.)	ARS Centro	Público
CEDIR - Centro de Diagnóstico Raios X, Lda	ARS Centro	Convencionado
Hospital Amato Lusitano (ULS de Castelo Branco, E.P.E.)	ARS Centro	Público
Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar (CH do Médio Tejo, E.P.E.)	ARS LVT	Público
Consultórios Médicos de Caldas da Rainha, Lda	ARS LVT	Convencionado
Centro de Saúde de Caldas da Rainha (ACES Oeste Norte)	ARS LVT	Público
Hospital Beatriz Ângelo	ARS LVT	Público (PPP)
Juvenal Sobral, Lda	ARS LVT	Convencionado
USF S. João do Pragal (ACES Almada-Seixal)	ARS LVT	Público
USF Eborae (ACES do Alentejo Central)	ARS Alentejo	Público
Centro de Radiodiagnóstico de Évora, Lda.	ARS Alentejo	Convencionado
Hospital José Joaquim Fernandes (ULS do Baixo Alentejo, E.P.E.)	ARS Alentejo	Público
Hospital de Faro, E.P.E.	ARS Algarve	Público
USF Al-Gharb (ACES Central)	ARS Algarve	Público
Centro de Saúde de Portimão (ACES Barlavento)	ARS Algarve	Público
Algarfísio - Clínica de Fisioterapia do Algarve, Lda.	ARS Algarve	Convencionado

## Anexo VII – O impacto das taxas por utilização de serviços de saúde: teoria e evidência

Seguindo a síntese de Lagaarde e Palmer (2006)<sup>146</sup>, os defensores da introdução de taxas por utilização ao consumo de serviços de saúde apresentam, essencialmente, três argumentos a suportar esta opção: 1) desmotivar o consumo desnecessário de serviços (i.e., reduzir o fenómeno de risco moral do lado do consumo), consequentemente aumentando a eficiência no consumo; 2) contribuir para o financiamento do sistema e, dessa forma, aumentar a qualidade dos serviços; e 3) aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde por parte de famílias e indivíduos com diferente capacidade financeira.

Por outro lado, no contexto de sistemas de saúde assentes essencialmente em financiamento público, a aplicação de taxas por utilização (i.e., qualquer pagamento exigido aos utentes dos serviços de saúde decorrente do seu consumo, e frequentemente, no momento do seu consumo) levanta preocupações legítimas com potenciais efeitos indesejados dessa forma de *cost-sharing*, tais como a redução do grau de acesso aos cuidados de saúde, o aumento das desigualdades no acesso por parte famílias e indivíduos com diferente capacidade financeira ou a deterioração dos resultados em saúde das populações.

Tendo em conta a produção teórica e a evidência que vem resultando da investigação desenvolvida sobre esta matéria, no presente anexo sintetiza-se o essencial do conhecimento sobre os efeitos dos esquemas de taxas por utilização na saúde em termos de indução de eficiência alocativa, recuperação de custos (financiamento), qualidade dos cuidados de saúde, acesso e equidade, e resultados em saúde.

### **Eficiência alocativa**

O conceito basilar subjacente ao atributo da eficiência alocativa associado às taxas por utilização é o de “consumo desnecessário” de serviços de saúde. Como define Robinson (2002)<sup>147</sup>, o consumo de serviços de saúde é desnecessário quando os

---

<sup>146</sup> Lagaarde, M., Palmer, N. (2006), “Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people”, a policy brief prepared for the *International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries* (IDEAHealth), Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.

<sup>147</sup> Robinson, R. (2002), “User charges for health care”, em Mossailos, E., Dixon, A., Figueras, J. e Kutzin, J. (editores), *Funding health care: options for Europe*, Oxford: Oxford University Press.

benefícios dele decorrentes (individuais e sociais) são menores do que os custos. Assim, se as taxas por utilização conseguirem evitar tal consumo desnecessário, a resultante redução da procura é desejável do ponto de vista do planeador social.

A este propósito, um estudo do Banco Mundial de 1987<sup>148</sup> referia que as taxas por utilização podem aumentar a eficiência dos sistemas de saúde, apontando como efeitos positivos a dissuasão dos utentes de consumo desnecessário de serviços de saúde, a dissuasão dos profissionais de saúde de práticas de prescrição excessiva, e a possibilidade de desenho de um sistema de taxas por utilização que incentive o consumo de diferentes níveis de serviços de saúde de forma mais adequada.

Este objectivo de dissuasão do consumo desnecessário de serviços de saúde, e consequentemente, de utilização mais racional dos recursos, é o princípio subjacente às taxas por utilização cobradas no SNS português, que por isso recebem a designação de taxas moderadoras.

Há, todavia, dois requisitos fundamentais para se poder operar um tal efeito de redução do consumo desnecessário: elasticidade-preço da procura de cuidados de saúde não nula e poder de decisão de consumo nas mãos do mesmo agente que pagará pelos serviços.

O primeiro destes requisitos significa que a cobrança de taxas por utilização (ou de qualquer forma de preço) dos serviços de saúde só será eficaz na redução do consumo se os consumidores forem, de facto, sensíveis ao preço. Existe um corpo denso de literatura de investigação sobre este tópico, sendo particularmente assinaláveis os trabalhos que analisam a evidência empírica resultante da RAND Health Insurance Experiment (1974)<sup>149</sup>. Tal literatura parece, de facto, apontar no sentido de que, globalmente, a participação nos custos de tratamento leva a uma redução no consumo por parte dos utentes. No entanto, a sensibilidade dos utentes ao preço dos serviços parece diferir de uns tipos de serviços de saúde para outros, e ainda, parece alterar-se ao longo do tempo.

O segundo requisito significa que a aplicação de taxas por utilização só será eficaz a deter consumo desnecessário se a decisão de consumir estiver na esfera do utente a quem serão cobradas essas mesmas taxas. Ora, no caso do consumo de cuidados de

---

<sup>148</sup> Akin, J., Birdsall, N., De Ferranti, D. (1987), "Financing health services in developing countries: an agenda for reform", *A World Bank Policy Study*, Washington DC.

<sup>149</sup> A RAND Health Insurance Experiment foi um estudo experimental sobre custos e utilização de cuidados de saúde, realizado pela RAND Corporation nos Estados Unidos da América. Neste estudo foram atribuídos aleatoriamente às pessoas participantes, diferentes tipos de planos de saúde, com distintos graus de cobertura dos custos com cuidados, tendo o seu comportamento de utilização de cuidados de saúde sido seguido de 1974 a 1982.

saúde, são frequentes as situações em que a decisão de consumo é partilhada entre utente e profissional de saúde, senão estando quase completamente nas mãos do segundo. A prescrição médica tem, pois, um papel fundamental na tomada de decisão de consumo; devido à substancial assimetria de informação entre o profissional de saúde e o utente, este toma a indicação daquele como decisiva na identificação da necessidade de consumo.

Por este motivo, e tendo também em conta as restrições ao acesso (ao sistema e dentro do sistema) impostas pelo circuito administrativo dos utentes no SNS, a moderação do consumo dos utentes do SNS será mais evidente nos serviços de urgência e dos serviços no âmbito dos cuidados primários (consultas médicas e de enfermagem).

Sobre esta matéria, Dupas (2012)<sup>150</sup> nota que as taxas por utilização podem operar um efeito de aumento da eficiência alocativa por três vias:

- *Screening* do mecanismo de preços: quando um serviço tem um preço para o seu utilizador, só será procurado por quem de facto valoriza esse serviço; o mecanismo de preços tem três problemas na saúde: não leva em conta as relevantes externalidades positivas do consumo individual de cuidados de saúde (p.e., na vacinação); os mercados de crédito não são perfeitos, de tal forma que os indivíduos mais pobres podem não consumir cuidados de saúde para os quais um preço é cobrado, simplesmente porque não têm disponibilidade financeira para os pagar e não conseguem crédito; os indivíduos têm informação imperfeita relativamente ao real valor do consumo de cuidados de saúde (problema aludido *supra*);
- Efeitos psicológicos dos preços: a cobrança de um preço pelos serviços de saúde tende a resultar numa melhor utilização destes serviços pelos utentes e a aumentar o grau de cumprimento dos planos de tratamento; este é o argumento de *sunk costs fallacy*, segundo o qual quanto mais alguém paga por um serviço, maior a probabilidade de o aproveitar plenamente, para evitar o sentimento de desperdício do dinheiro pago;
- Risco moral *ex-ante*: quanto mais se tiver que pagar pelos serviços de saúde, maior é o incentivo para as pessoas se manterem saudáveis, evitando ou reduzindo comportamentos de risco e até investindo em cuidados preventivos;

---

<sup>150</sup> Dupas, P. (2012), “Global Health Systems: Pricing and User Fees”, unpublished (prepared for the *Elsevier Encyclopedia of Health Economics*).

naturalmente, este mecanismo opera apenas se um aumento das taxas por utilização não incidir também sobre cuidados preventivos.

A evidência empírica sobre o impacto das taxas por utilização no consumo de cuidados de saúde, apresentada na literatura especializada sobre esta matéria, parece consensualmente apontar no sentido de tais pagamentos levarem a uma redução no consumo de cuidados de saúde. A título exemplificativo, Nolan (1993)<sup>151</sup> concluiu que na Irlanda os esquemas de *cost-sharing* levaram a uma redução na utilização de consultas de clínica geral e a uma redução de 30% nos internamentos hospitalares. Rubin e Mendelson (1995)<sup>152</sup> apresentam uma revisão de 19 estudos sobre o impacto de *cost-sharing* na procura de cuidados de saúde, concluindo-se na maioria deles por um efeito de redução da utilização dos serviços.

No entanto, na maioria destes trabalhos apenas é analisado o efeito de redução global da procura, não sendo feita uma avaliação que permita aferir se o impacto das taxas se faz apenas no designado consumo desnecessário ou se também determina redução de consumo de cuidados de saúde necessários (aqueles em que os benefícios excedem os custos). Esse tipo de análise é necessária para se poder extrair conclusões quanto à capacidade das taxas por utilização promoverem, de facto, ganhos de eficiência alocativa. Com efeito, alguns dos trabalhos que analisaram a já aludida RAND Health Insurance Experiment evidenciam que a presença de *cost-sharing* determinou a redução da utilização tanto de serviços efetivos como de não efetivos (ou inapropriados). Também Rubin e Mendelson (1995), na sua revisão de trabalhos de investigação, encontram evidência de que os esquemas de *cost-sharing* levam à redução da procura de todo o tipo de cuidados de saúde. Por exemplo, no caso dos medicamentos, a aplicação de co-pagamentos parece levar à contração do consumo de medicamentos não essenciais, mas também de medicamentos essenciais.

### **Recuperação de custos**

Os sistemas de taxas por utilização de serviços de saúde são usados em alguns países assumidamente como um método de recuperação de custos do sistema de saúde. É uma forma de financiamento de um sistema de saúde público diferente da

---

<sup>151</sup> Nolan, B. (1993), "Economic incentives, health status and health services utilisation", *Journal of Health Economics*, 12(2): 151–169.

<sup>152</sup> Rubin, R., Mendelson, D. (1995), "A framework for cost sharing policy analysis", em Mattison, N. (editor), *Sharing the Costs of Health: a Multi-country Perspective*, Basileia: Pharmaceutical Partners for Better Health.

cobrança de impostos, embora em muitos casos não seja implementada alternativamente mas antes complementarmente ao financiamento por impostos.

Este objetivo está na base da decisão de implementação de esquemas de taxas por utilização em diversos países do continente africano, onde é crítico o problema da falta de recursos para financiar as atividades em saúde (sobre isto ver, por exemplo, Yisa, Fatiregun e Awolade, 2004)<sup>153</sup>. Nesse contexto, a justificação da imposição de taxa por utilização parte da preposição de que é melhor as pessoas mais pobres pagarem alguma coisa e ajudarem a financiar um sistema de saúde público que lhes presta os cuidados de que necessitam do que a alternativa de recorrerem ao mercado privado onde os custos são invariavelmente superiores.

Não obstante, é sabido que na generalidade dos casos, a cobrança de taxas por utilização em sistemas de saúde com financiamento maioritariamente público representa um contributo para o financiamento global do sistema modesto, senão mesmo negligenciável. A pouca evidência que existe sobre isto remete para um impacto das taxas por utilização no financiamento global dos sistemas de saúde raramente excedendo os 5%, de acordo com Scheiber e Maeda (1997)<sup>154</sup>. Situação semelhante sucede em Portugal, com a receita a título de taxas moderadoras a representar, em 2012, apenas cerca de 1,7% do total da receita do SNS<sup>155</sup>.

Por outro lado, os custos administrativos de implementar a cobrança de taxas por utilização (sistemas de faturação, sistemas de pagamento e emissão de recibos, sistemas de cobrança no caso de não pagamento no ato, litigância para cobranças não conseguidas, etc.) podem ainda diminuir muito o saldo desta opção na óptica do financiamento do sistema. Tais custos administrativos serão, aliás, proporcionais à complexidade do sistema de taxas por utilização, a qual cresce significativamente, por exemplo, no caso de se implementar um esquema de isenções de taxas para utentes em situações particulares. Evidência sobre esquemas de *cost-sharing* na União Europeia sugere que a sua implementação e administração é complexa e dispendiosa (Mossialos e Le Grand, 1999)<sup>156</sup>.

---

<sup>153</sup> Yisa, I.O., Fatiregun, A.A., Awolade, V. (2004), “User Charges in Health Care: A Review of the Concept, Goals and Implications to National Health Systems”, *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 1(2): 49–54.

<sup>154</sup> Schieber G., Maeda A. (1997), “A curmudgeon’s guide to financing health care in developing countries”, em Schieber, G. (editor), *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank Conference*, Washington, DC: World Bank Discussion Paper no.365.

<sup>155</sup> Direção-Geral do Orçamento, Síntese da Execução Orçamental – Janeiro 2012.

<sup>156</sup> Mossialos, E., Le Grand, J. (editors) (1999), “Health care and cost containment in the European Union”, Ashgate, Aldershot, UK.

## **Qualidade**

Uma das justificações também apresentadas para a introdução de taxas por utilização ao consumo de serviços de saúde é a da potencial melhoria da qualidade dos serviços, decorrente, por um lado, da utilização dos recursos financeiros gerados com as taxas para introduzir melhorias nos serviços e, por outro lado, da menor sobrecarga dos serviços conseguida com a redução da utilização dos serviços pelas populações.

Estes argumentos só se concretizarão, todavia, se, por um lado, as taxas cobradas forem utilizadas, de facto, em prol da melhoria dos serviços de saúde e, por outro lado, a redução da utilização não afetar negativamente a relação entre volume e qualidade na prestação de cuidados de saúde (por via dos inerentes processos de *learning-by-doing*).

A melhoria dos serviços pode ocorrer com a afetação dos recursos gerados tanto à renovação ou manutenção das instalações e equipamentos, como à criação de incentivos aos profissionais de saúde e à sua formação contínua.

## **Acesso e equidade na utilização de serviços**

Foi já referido, no início deste anexo, que diversa evidência empírica aponta no sentido de a implementação de esquemas de *cost-sharing* (como as taxas por utilização) levar a uma redução global da utilização de cuidados de saúde, e também de que essa redução ocorre tanto ao nível dos serviços não essenciais como nos essenciais.

Outros estudos que exploram o impacto do *cost-sharing* em grupos populacionais específicos parecem indicar que os efeitos de redução da utilização de serviços incidem diferenciadamente de acordo com a capacidade financeira das famílias, com as mais pobres a apresentarem maior redução no consumo. A razão das diferenças ao nível do impacto sobre a utilização reside na elasticidade-preço da procura e na forma como esta varia, por exemplo, por estatuto sócio-económico. Embora a evidência sobre esta matéria não seja muito forte (sobretudo relativamente à elasticidade-preço da procura de cuidados curativos), ela sugere que as populações mais pobres e mais vulneráveis (mulheres e crianças) têm maior sensibilidade ao preço (Dupas, 2012). Dessa forma, as taxas por utilização na saúde podem ter um efeito regressivo de redistribuição dos benefícios sociais.

A título de exemplo, na Nova Zelândia o aumento das taxas por utilização levou a uma redução do consumo de medicamentos e maior incidência de problemas no

pagamento dos medicamentos, afectando particularmente as crianças e os mais pobres (Jones e Purdie, 1993)<sup>157</sup>. Numa região do Canadá a introdução de taxas por utilização para consultas levou à redução do consumo pelos mais pobres, assim aumentando as iniquidades (Birch e Abelson, 1989)<sup>158</sup>.

Nestes casos, e ao contrário do que por vezes é defendido, a aplicação de esquemas de *cost-sharing* na utilização de serviços de saúde resultou na agudização das iniquidades em termos de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações.

Todavia, tais potenciais efeitos de iniquidade podem ser atenuados com esquemas de isenções; bem delineados, estes esquemas podem até garantir um saldo positivo no que concerne ao impacto na equidade no acesso aos cuidados de saúde, ainda que, como refere Robinson (2002), inevitavelmente aumentando a complexidade e os custos de gestão do sistema.

A preocupação com a equidade está presente no esquema de taxas moderadoras em vigor no SNS português, designadamente através da previsão de isenções. As situações em que a isenção é concedida estão associadas não só ao estado de saúde e patologia específica de que padecem os utentes (visando, aqui, o objectivo de eficiência alocativa), mas também à condição económica dos utentes, o que claramente visa prevenir o alargamento da iniquidade no acesso.

### **Resultados em saúde**

O impacto da introdução de formas de *cost-sharing* na utilização de cuidados de saúde nos resultados em saúde (*outcomes*) é tema de estudo igualmente concentrado sobretudo nos países em desenvolvimento.

São exemplos disso o estudo de Hongord e Chandiwana (1993)<sup>159</sup>, que concluíram que no Zimbabwe o aumento das taxas por utilização levou a uma queda de 30% na utilização de cuidados de saúde pré-natal, e isso reflectiu-se num aumento de 4% nos nascimentos antes do tempo, ou ainda o estudo do Banco Mundial (1991)<sup>160</sup> que evidencia que a introdução de taxas por utilização na Nigéria levou igualmente à redução da utilização de cuidados de saúde pré-natal, o que se reflectiu grandemente na ocorrência de problemas durante as últimas semanas de gravidez.

---

<sup>157</sup> Jones N., Purdie G. (1993), The effects of user charges on the dispensing of prescription medicines: a survey of prescription charge payment in the Wellington region, *New Zealand Medical Journal* 106(957): 225–226.

<sup>158</sup> Birch S. (1989), "Health care charges: lessons from the U.K.", *Health Policy* 13(2): 145–57.

<sup>159</sup> Hongord, C., Chandiwana, Sk. (1993), "The effects of user fees on Health Care Delivery", Harare: Blair Research Institute, Health Systems Research Unit.

<sup>160</sup> World Bank (1991), "Maternity Services in Nigeria: Health Care in Developing Countries".

Não obstante, Robinson (2002) considera que as conclusões dessa investigação são importantes também para países com níveis de desenvolvimento avançado, como é o caso da União Europeia. E uma das mais importantes conclusões é a de que *cost-sharing* na saúde leva à deterioração dos indicadores do estado de saúde das populações, o que parece ocorrer por via da menor utilização de cuidados preventivos e curativos.

Note-se, a este propósito, que já na RAND Health Insurance Experiment se havia concluído pela associação do *cost-sharing* a piores resultados em saúde, embora tal conclusão tenha merecido extensa crítica por questões metodológicas.

Além do impacto indirecto por via da menor utilização de serviços de saúde, as taxas por utilização podem ainda reflectir-se em piores resultados em saúde por incentivarem a substituição, pelos utentes, de serviços de qualidade por prestadores menos onerosos mas de qualidade inferior.

## Anexo VIII – Pedido de informação sobre a utilização de serviços do SNS e listagem de prestadores visados

### Prestadores visados no pedido de informação

<b>Centros Hospitalares</b>
CH do Porto, E.P.E.
CH de São João, E.P.E.
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
CH e Universitário de Coimbra, E.P.E.
CH de Lisboa Norte, E.P.E.
CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.
CH de Lisboa Central, E.P.E.

<b>Unidades Locais de Saúde</b>
ULS do Alto Minho, E.P.E.
ULS do Nordeste, E.P.E.
ULS de Matosinhos, E.P.E.
ULS da Guarda, E.P.E.
ULS de Castelo Branco, E.P.E.
ULS do Norte Alentejano, E.P.E.
ULS do Baixo Alentejo, E.P.E.

<b>Agrupamentos de Centros de Saúde</b>
ACES do Grande Porto II – Gondomar
ACES do Grande Porto III – Maia/Valongo
ACES do Grande Porto V - Porto Ocidental
ACES do Grande Porto VI – Porto Oriental
ACES do Grande Porto VII – Gaia
ACES do Grande Porto VIII - Espinho/ Gaia
ACES do Baixo Mondego
ACES do Pinhal Interior Norte
ACES Lisboa Norte
ACES Lisboa Central
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

## Dados solicitados

- Número de episódios de internamento, distinguindo-se utentes isentos e não isentos, relativos a cada um dos meses dos anos de 2011 e 2012;
- Número de episódios, distinguindo-se utentes isentos, não isentos e serviços dispensados de cobrança (quando aplicável), relativos a cada um dos meses dos anos de 2011 e 2012, por tipo de prestação previsto na Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro:
  - Consulta de especialidade;
  - Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito hospitalar;
  - Sessão de Hospital de Dia;
  - Serviço de Urgência, consoante a classificação de cada unidade hospitalar (Polivalente, Médico-Cirúrgica, Urgência Básica), por cor de Triagem de Manchester;
  - Consulta de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade;
  - Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários;
  - Consulta no domicílio;
  - Consulta médica sem a presença do utente;
  - Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP).
- Número de MCDT prescritos pelos Centros de Saúde integrados em cada ULS/ACES, distinguindo-se utentes isentos, não isentos e serviços dispensados de cobrança (quando aplicável), relativos a cada um dos meses dos anos de 2011 e 2012;
- Número de MCDT efetivamente realizados, seja junto de cada ULS/ACES ou em entidade convencionada, distinguindo-se utentes isentos, não isentos e serviços dispensados de cobrança (quando aplicável), relativos a cada um dos meses dos anos de 2011 e 2012.

## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 – 455 PORTO  
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

