



# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



**29 DE SETEMBRO DE 2011**

A Entidade Reguladora da Saúde agradece as sugestões e comentários dos Professores Doutores Pedro Pita Barros, Mónica Oliveira e Sofia Nogueira da Silva.

## Índice

Sumário executivo .....	1
1. Introdução.....	3
1.1. Enquadramento.....	5
1.1.1. Enquadramento macroeconómico .....	10
2. O Memorando de Entendimento CE/BCE/FMI e o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade Financeira do SNS.....	13
3. A sustentabilidade do financiamento do SNS.....	16
3.1. Taxas moderadoras .....	21
3.1.1. Do aumento do valor das taxas moderadoras .....	28
3.1.2. Da revisão das categorias de isenções .....	34
3.2. Estimativa do impacto de uma alteração das taxas moderadoras .....	40
3.2.1. Alteração no valor da taxa moderadora .....	42
3.2.2. Alteração na isenção da taxa moderadora .....	44
3.2.3. Taxas moderadoras progressivas .....	49
3.2.4. Medidas complementares referentes à cobrança das taxas moderadoras .....	54
3.3. Benefícios fiscais para a saúde .....	57
3.3.1. Enquadramento actual .....	57
3.3.2. O impacto financeiro sobre as deduções fiscais na saúde .....	59
3.4. Subsistemas de saúde públicos .....	64
3.4.1. Enquadramento .....	64
3.4.2. Soluções possíveis para a redução do custo orçamental.....	73
3.5. Reestruturação da rede hospitalar com financiamento público.....	82
3.5.1. Metodologia de análise .....	83
3.5.2. Caracterização da rede hospitalar com financiamento público.....	85
3.5.3. Capacidade da rede hospitalar com financiamento público.....	97
3.5.4. Conclusão.....	108
3.6. Combinação eficiente das profissões de saúde.....	110
3.7. Mobilidade de recursos humanos na saúde .....	121
3.8. Revisão do sistema de convenções do SNS .....	125
3.9. Outras medidas possíveis .....	133
4. Conclusão.....	139
Anexo I – Evolução histórico-legislativa da cobrança de taxas moderadoras.....	143
Anexo II – Categorias de isenções de taxas moderadoras .....	152

## Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADM – Assistência na Doença aos Militares

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

ARS – Administrações Regionais de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

CH – Centros Hospitalares

CIRS – Código do Imposto Sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGCI – Direcção-Geral dos Impostos

DGO – Direcção-Geral do Orçamento

DR – Diário da República

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogêneos

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Orçamento do Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PPPH – Parcerias Público-Privadas Hospitalares

RNU – Registo Nacional de Utentes

RRH – Redes de Referência Hospitalar

SAD/GNR – Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

SAD/PSP – Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública

SMN – Salário Mínimo Nacional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

UE – União Europeia

ULS – Unidades Locais de Saúde

## Sumário executivo

O presente Relatório, elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ao abrigo das suas competências e na sequência de solicitação de Sua Excelência o Ministro da Saúde, visa auxiliar no objectivo da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo-se adoptado como pressupostos os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, de execução obrigatória. Com base em reflexões já efectuadas na Sociedade Portuguesa sobre o financiamento do SNS e, em especial, as constantes do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS de 2006/2007, identificam-se temas e medidas concretas consideradas relevantes para a sustentabilidade financeira do SNS, tendentes ao equilíbrio das contas públicas no curto prazo, com reflexos numa alteração a nível estrutural que viabilize o equilíbrio de longo prazo.

Atenta a exiguidade temporal na sua elaboração (60 dias), optou-se pela identificação de medidas concretas que devam ser adoptadas na sequência do referido Memorando, apresentando-se, quando exequível, uma quantificação do impacto financeiro das mesmas. Daqui resulta, desde logo, uma necessidade de monitorização da implementação das referidas medidas, atenta a conjuntura económico-financeira actual, caracterizada por um ambiente adverso de constante alteração, e que pode inclusivamente justificar a necessidade de actualizações ou até de reflexões sobre outras possíveis medidas necessárias à alteração da actual situação financeira do SNS, o que só será alcançado com um permanente e rigoroso acompanhamento do impacto e dos resultados obtidos com tais medidas.

O Relatório toma como ponto de partida a análise da concordância existente entre as medidas propostas no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade e alguns dos compromissos estabelecidos no Memorando de Entendimento, destacando em seguida as análises relativas a tais medidas. Concretamente, são apresentadas desde o enquadramento constitucional e legal das taxas moderadoras, até uma revisão da necessidade de alteração do sistema de convenções do SNS, passando por uma série de estimativas e avaliações, relativas a alterações das taxas moderadoras, dos benefícios fiscais para a saúde e do custo orçamental dos subsistemas de saúde públicos, para além de discussões e reflexões a respeito de uma reestruturação da rede hospitalar com financiamento público, da necessidade de uma combinação eficiente das profissões de saúde e da mobilidade dos recursos humanos na saúde nas diferentes formas de organização e gestão das unidades hospitalares.

As previsões das medidas revistas no Relatório incluem quantificações projectadas para os anos 2012 e 2013, que, no caso de virem a ser implementadas, deverão ter impacto substancial sobre a evolução do défice global das Administrações Públicas em relação ao crescimento da economia e das variáveis que interessam para a obtenção da sustentabilidade financeira do SNS no médio e longo prazo. São apresentadas, assim, estimativas relativas a alterações nos valores e nas isenções das taxas moderadoras, na taxa de crédito fiscal, nas transferências do Orçamento de Estado para os subsistemas públicos, para além de serem discutidas medidas adicionais ou alternativas, incluindo desde o aumento de impostos que visam alteração de comportamentos de risco para a saúde, com efeito redutor sobre a despesa em saúde no médio e longo prazo, até à criação de uma taxa sobre a utilização de telemóveis, enquanto exemplo de fonte de financiamento referido no Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde – 2010, especificamente dedicado ao tema Financiamento dos Sistemas de Saúde com vista a uma cobertura universal.

Concretamente, considerando, por exemplo, o aumento de um terço da proporção de utentes não isentos de taxas moderadoras, a actualização dos valores das taxas moderadoras de acordo com a inflação, a redução da taxa de crédito fiscal para 10%, a redução prevista das transferências do Orçamento de Estado para os subsistemas de saúde públicos, e a adopção de medidas adicionais de financiamento, como sejam a adopção de uma taxa de dois cêntimos na utilização de telemóveis e o aumento de impostos sobre o tabaco e as bebidas alcoólicas, verifica-se que as necessidades de financiamento do SNS, que deverão chegar a cerca de 8,7 mil milhões de euros em 2011 (estimativa), poderão reduzir-se até aproximadamente 7,4 mil milhões de euros em 2013.

## 1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ao abrigo das competências estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, e na sequência de solicitação de Sua Excelência o Ministro da Saúde, deliberou proceder à elaboração do presente Relatório destinado à avaliação da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Tendo por pressuposto os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, de execução obrigatória, urge assim identificar temas e medidas concretas, e eventualmente suplementares àqueles, que sejam consideradas relevantes para o objectivo da sustentabilidade financeira do SNS, contribuindo-se para a reflexão e discussão da forma de cumprimento dos compromissos, para a estimativa de quantificação dos seus potenciais impactos positivos, no sentido de estabelecer as bases para a sustentabilidade financeira do SNS.

Uma primeira nota a salientar-se é a de que têm sido várias as reflexões efectuadas ao longo dos últimos anos sobre o futuro e a sustentabilidade do SNS. Outrossim, alguns dos compromissos agora assumidos pela República Portuguesa haviam já sido identificados em tais reflexões como caminhos ou soluções a adoptar, pelo que o momento actual é de assumir os diagnósticos já elaborados, assentar no conhecimento produzido e acumulado e extrair os benefícios possíveis da adopção concreta e efectiva de medidas que visem estabelecer as soluções preconizadas.

Assim, não se pretende contribuir com mais uma reflexão ou estudo, mas antes aproveitar as reflexões que já têm sido efectuadas na Sociedade Portuguesa sobre o tema do financiamento do SNS e, em especial, as constantes do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS de 2006/2007 (Relatório da Comissão para a Sustentabilidade<sup>1</sup>)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cfr. “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pedro Pita Barros e João Pereira).

<sup>2</sup> Vejam-se, igualmente e sem pretensão de elencagem exaustiva dos documentos que, com maior ou menor profundidade, já versaram sobre o tema da sustentabilidade do SNS:

- “Reflexão Geral sobre a Saúde”, produzida pelo Conselho de Reflexão sobre a Saúde;
- os diversos Relatórios produzidos pelo Tribunal de Contas no âmbito da Saúde, sendo o último o Relatório da “Auditoria Orientada à Consolidação de Contas e à Situação Económico-Financeira do SNS 2008-2009”, Relatório n.º 16/2011- 2ª S, Processo n.º 37/10-Audit, e publicado em 19.08.2011;
- o estudo do sector da saúde e do medicamento “Saúde em análise – uma visão para o futuro”, produzido pela Deloitte em 2011;

Por outro lado, e considerando que, sem prejuízo da sua independência, a ERS deve ter em consideração a política de saúde definida pelo Governo, não poderá igualmente deixar de se atentar no Programa do XIX Governo Constitucional, que assume o modelo de SNS actualmente existente como aquele a manter, sendo portanto em respeito das características constitucionais do mesmo que devem ser encontradas soluções com vista à prossecução dos objectivos assumidos.

Consequentemente, o presente Relatório visa proceder às análises necessárias, embora sucintas pela exiguidade temporal na sua elaboração (60 dias), para identificação de medidas concretas que devam ser adoptadas na sequência do Memorando de Entendimento, igualmente se tentando, quando exequível, apresentar uma quantificação do impacto financeiro das mesmas. O Relatório consubstancia-se, assim, numa contribuição para a reflexão e discussão da forma de cumprimento dos compromissos, no sentido de estabelecer as bases para a sustentabilidade financeira do SNS.

Daqui resulta igualmente a necessidade de monitorização da implementação das referidas medidas, atenta a conjuntura económico-financeira actual, que se caracteriza por um ambiente adverso de constante alteração, e que pode justificar a necessidade de actualizações ou até de reflexões sobre outras possíveis medidas a adoptar, o que só será alcançado com um permanente e rigoroso acompanhamento do impacto e dos resultados obtidos com tais medidas.

O documento está estruturado em quatro capítulos. No presente capítulo será apresentado todo o enquadramento subjacente à realização do presente relatório, bem como o enquadramento macroeconómico. No capítulo 2, é analisada a concordância existente entre as medidas propostas no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade e alguns dos compromissos estabelecidos no Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI. O capítulo 3 é dedicado à análise de tais medidas, e em particular no ponto 3.1. é tratado o enquadramento constitucional e legal das taxas moderadoras, no ponto 3.2. a estimativa do impacto de uma alteração das taxas moderadoras, no ponto 3.3. é

---

- o estudo "Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal", produzido pelo Instituto Superior de Economia e Gestão para o Health Cluster Portugal, de Novembro de 2010;

- os diversos Relatórios anuais produzidos pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde; ou ainda

- trabalhos doutrinários já produzidos, como seja o artigo sobre a Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde de Barros, P.P., *in* "Inovação e Sustentabilidade em Saúde. Equação Impossível?", Cadernos Saúde e Sociedade, Diário de Bordo editores, 2010, pp. 99-113.

estimado o impacto da redução dos benefícios fiscais para a saúde, no ponto 3.4. é analisado o custo orçamental dos subsistemas de saúde públicos e o possível impacto da sua redução ou eliminação, no ponto 3.5. é apresentada a metodologia que pode ser utilizada numa reestruturação da rede hospitalar com financiamento público, no ponto 3.6. é discutida a necessidade de uma combinação eficiente das profissões de saúde, no ponto 3.7. apresenta-se uma reflexão sobre a mobilidade dos recursos humanos na saúde nas diferentes formas de organização e gestão das unidades hospitalares, no ponto 3.8. é revista a necessidade de alteração do sistema de convenções do SNS, e no ponto 3.9. são discutidas outras medidas possíveis num quadro de eventual necessidade de reforço (ou alteração da forma) de financiamento do SNS. Finalmente, o capítulo 4 é dedicado às considerações finais.

## 1.1. Enquadramento

A sustentabilidade financeira do SNS assume particular relevo no contexto económico actual da economia portuguesa, caracterizado pelo elevado valor do défice orçamental e agravamento da dependência de financiamento externo, conducente à necessidade de definição de políticas que permitam o equilíbrio das contas públicas no curto prazo, com reflexos numa alteração a nível estrutural que viabilize o equilíbrio de longo prazo.

Na verdade, o desequilíbrio actualmente verificado nas contas públicas e que conduziu à celebração do Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI (Memorando ou Memorando de Entendimento) necessita de ser ultrapassado através de medidas correctivas, seja em termos de redução da despesa pública, seja através de ganhos de eficiência que permitam a geração de poupanças e uma melhor alocação dos recursos, o que necessariamente passa, atenta a sua importância e elevado peso relativo em termos de despesa pública, pela adopção de medidas no sector da saúde. Nesse sentido, e concretamente quanto ao sistema de saúde, foram assumidos no Memorando de Entendimento os objectivos de *“Melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos; gerar poupanças adicionais na área de farmácia para reduzir os gastos públicos com medicamentos, para 1.25 por cento do PIB no final de 2012 e cerca de 1 por cento do PIB em 2013 (em conformidade com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.”*

Por seu turno, do Programa do XIX Governo Constitucional consta o objectivo de *“Garantir a sustentabilidade económica e financeira do SNS, através de um mecanismo de financiamento de base solidária, mantendo os princípios fundamentais*

*subjacentes à sua criação*". Nesse sentido, e indo ao encontro do previsto no Memorando, foram propostas as seguintes medidas:

- a) *"Reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equidade territorial e uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, incluindo concentração de serviços, potenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabilização das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado"*;
- b) *"Intensificar programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença mediante iniciativas de base intersectorial, designadamente com a Educação, Segurança Social, Ambiente e Autarquias, com maior proximidade à população"*;
- c) *"Melhorar os mecanismos de contratualização no âmbito da Rede de Cuidados Primários, assegurando a avaliação de desempenho dos diversos prestadores e a transparência na divulgação dos resultados"*;
- d) *"Actualizar o modelo de financiamento hospitalar garantindo que os respectivos grupos de financiamento e correspondentes preços permitam maior eficiência"*;
- e) *"Promover uma melhor articulação entre os sectores público, privado e social, através do prosseguimento da aposta no desenvolvimento das tecnologias de informação na saúde"*;
- f) *"Avaliar oportunidades da concessão da gestão de hospitais a operadores dos sectores privado e social sempre que se revele mais eficiente, não alterando a natureza pública e tendencialmente gratuita dos serviços prestados, mantendo intacta a capacidade de acesso universal aos cuidados de saúde por parte da população"*;
- g) *"Sensibilizar os cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados de saúde através da disponibilização da informação sobre o custo suportado pelo Estado em cada acto prestado"*;
- h) *"Rever a política de taxas moderadoras, nos termos do Memorando de Entendimento, por forma a garantir que apenas se isenta quem realmente necessita dessa isenção e actualizar o seu valor promovendo uma maior*

*responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema”;*

- i) *“Envolver as entidades do sector na necessária avaliação e clarificação da arquitectura organizativa do sistema, ou seja, na definição das funções das diferentes entidades, na avaliação da dotação e das capacidades existentes nos vários intervenientes por forma a permitir que estes assegurem uma gestão mais eficaz do sistema”;*
- j) *“Melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde”, através da “generalização da prescrição electrónica de medicamentos e o seu alargamento progressivo a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, evitando o erro, a duplicação de exames, a fraude e a proliferação de custos desnecessários”, da “desmaterialização crescente de todos os processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados, promovendo a eficácia e a rapidez de resposta”, do “desenvolvimento do Registo de Saúde Electrónico (RSE), ligando diferentes tipologias de unidades prestadoras de cuidados” e da disponibilização de “informação pública mensal sobre o desempenho das instituições (hospitais, centros de saúde e serviços)”.*

Tendo presente as reflexões já anteriormente feitas, designadamente quanto à imperiosidade de garantia de sustentabilidade financeira do SNS, o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade (publicado em 22 de Junho de 2007), elaborado a pedido do Ministro da Saúde, foi claro ao considerar que será possível a sustentabilidade no financiamento do SNS “[...] se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo.”.

Também o Tribunal de Contas, no âmbito das auditorias já referidas, bem como o estudo "Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal", ISEG/Health Cluster Portugal, de Novembro de 2010, e o estudo da Deloitte de 2011, “Saúde em análise – uma visão para o futuro”, identificaram igualmente os mesmos problemas, ou seja, uma tendência crescente da despesa pública em saúde e insuficiência de fundos do SNS.

Já no âmbito de intervenções regulatórias, também a ERS, em cumprimento das suas atribuições e competências, tem contribuído com diversos estudos, análises e

recomendações que visam a melhoria de eficiência em prol da garantia de sustentabilidade financeira do SNS, como sejam:

- a) um Estudo sobre a “*Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*”<sup>3</sup>;
- b) as Recomendações ao Governo no sentido de rever o modelo de convenções, incluindo a necessidade de aumento de concorrência entre prestadores, bem como de promoção e implementação de um sistema de determinação de preços a pagar aos convencionados capaz de reflectir as alterações nas condições da oferta e da procura, e que poderia passar pelo estabelecimento de concursos públicos e leilões de forma a estabelecer como preços convencionados os preços mais eficientes;
  - no campo mais específico das convenções em hemodiálise, com diversos pareceres e medidas para minorar os efeitos e ou impedir o aumento da excessiva concentração existente em tal mercado, e que conduziram à emissão de uma recomendação ao Governo para promover mudanças na gestão das convenções que visem aumentar a contestabilidade dos mercados de serviços de hemodiálise e para que, no limite, proceda à transformação do preço administrativo fixo para tratamentos de hemodiálise realizados a doentes crónicos em ambulatório para um preço máximo, permitindo aos prestadores que pretendam aderir ou renovar convenções com o SNS a apresentação de preços inferiores a tal preço máximo<sup>4</sup>;
- c) o “*Relatório sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público*”, o qual visou analisar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares com financiamento público em Portugal Continental. O Relatório permitiu identificar situações de eventual desajustamento da oferta face à procura potencial, fornecendo evidência técnica que permita decisões políticas de reestruturação da rede hospitalar, e salienta a necessidade de se elaborar com urgência uma “Carta Hospitalar”, com força legal, que identifique e traduza de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente e a concreta abrangência de cada um dos

---

<sup>3</sup> E que poderá agora contribuir para a clarificação da posição e enquadramento dos subsistemas públicos de saúde *vis-a-vis* o SNS e o Sistema de Saúde no âmbito das medidas a adoptar em cumprimento do estabelecido no § 3.51 do Memorando, relativo à necessidade de redução do custo orçamental dos subsistemas existentes.

<sup>4</sup> Enquadráveis nas medidas a adoptar em sede de cumprimento do § 3.65 do Memorando.

estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito<sup>5</sup>;

- o “*Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde*” e o “*Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*”, os quais visaram proceder à avaliação quer do cumprimento dos objectivos de melhorias de gestão que se visavam obter, quer de uma maior complementaridade na prestação de cuidados pelas diversas unidades integradas nos mesmos, com resultados expressos no acesso dos doentes aos cuidados de saúde. Dos referidos estudos é possível igualmente retirar conclusões sobre quais as formas de organização e gestão das unidades hospitalares em que seja promovida uma maior mobilidade de recursos humanos em saúde<sup>6</sup>.

Na verdade, incumbe à ERS, nos termos da alínea a) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, elaborar estudos 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 com a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes*, pelo que parte das medidas previstas para adopção no campo da saúde podem ser analisadas à luz de tal atribuição.

É, portanto, o conhecimento acumulado de diversas análises já efectuadas que sustenta, em grande medida, o presente Relatório na apreciação que no mesmo se faz sobre algumas das diferentes medidas a implementar para cumprimento do Memorando de Entendimento. Efectivamente, e considerando as competências e atribuições da ERS, conforme *supra* exposto, deve clarificar-se que algumas outras medidas no âmbito da saúde igualmente estabelecidas em tal Memorando, como sejam no campo do medicamento ou da centralização de recursos e meios administrativos, não se enquadram em tais competências e atribuições e, conseqüentemente, não serão aqui objecto de análise.

---

<sup>5</sup> A reorganização da rede hospitalar é essencial para o cumprimento do § 3.76 do Memorando.

<sup>6</sup> Aspectos igualmente a serem considerados em sede de medidas para cumprimento do § 3.76 do Memorando.

### 1.1.1. Enquadramento macroeconómico

A análise do contexto económico-financeiro em Portugal não poderá ser dissociada da conjuntura económica internacional, nomeadamente no que se refere à actual situação dos mercados financeiros internacionais e do mercado financeiro da Europa, em particular, enquanto factor que afecta as decisões de política económica a adoptar.

Note-se que desde 2000 o crescimento da economia portuguesa tem sido baixo, e mesmo negativo em 2003 e 2009, com um desequilíbrio macroeconómico visível no aumento do défice global das Administrações Públicas de 6,1% do PIB em 2005<sup>7</sup> para 9,1% do PIB em 2010<sup>8</sup>.

O crescimento do PIB em 2010 foi baixo, de 1,3%, prevendo-se que deva voltar a ser negativo, pelo menos até 2012, de acordo com as previsões do FMI, da Comissão Europeia, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e do Banco de Portugal<sup>9</sup>. No entanto, o saldo global das Administrações Públicas deverá reduzir-se, em linha com o acordado entre o Governo e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, de -9,1% do PIB em 2010 para -5,9% do PIB em 2011, -4,5% do PIB em 2012 e -3,0% do PIB em 2013<sup>10 11</sup>.

A conjuntura económica actual e as previsões de curto prazo em Portugal caracterizam-se, conseqüentemente, pela necessidade de cortes na despesa e aumentos da receita, de forma a permitir a consolidação orçamental, da qual não se exceptua a necessidade de revisão do financiamento do SNS enquanto serviço universal, geral e gratuito.

No que importa referir, a despesa em saúde em 2008 representava cerca de 10,1% do PIB, sendo que cerca de 65% dessa despesa constituía despesa pública em saúde<sup>12</sup>.

Quanto às despesas em saúde mais representativas, de referir os serviços de cuidados curativos e de reabilitação (65,3% do total da despesa pública corrente com cuidados de saúde em 2008) e artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (19,9% do total da despesa pública corrente com cuidados de saúde em

<sup>7</sup> FMI, *Public Information Notice* (PIN) No. 10/08, 20 de Janeiro de 2010.

<sup>8</sup> Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais – Previsões para a Economia Portuguesa, 12 de Julho de 2011.

<sup>9</sup> *Idem*.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida (CE/BCE/FMI) de 17 de Maio de 2011.

<sup>12</sup> Fonte dos dados: OCDE (2011).

2008)<sup>13</sup>. Por outro lado, o consumo de medicamentos *per capita* no mercado total registou um aumento de 288 € em 2002 para 331,1 € em 2009<sup>14</sup>.

Tendo em conta a taxa média de crescimento da despesa corrente pública em saúde de 4,6% entre 2000 e 2008 (INE, Conta Satélite da Saúde), e assumida a tendência de custos crescentes em cuidados de saúde, associada à evolução tecnológica, às alterações a nível epidemiológico, com ênfase no aumento dos doentes crónicos, e às características demográficas da população, no que particularmente concerne ao envelhecimento, encontra-se prevista no Orçamento do Estado para 2011 a redução de despesa com o SNS, através da sua monitorização e da elaboração de planos de contenção a nível dos Hospitais, de consumo de medicamentos, mas também de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Das medidas iniciadas em 2010 são expectáveis impactos na ordem dos 0,3% do PIB e que, juntamente com as medidas a adoptar em 2011, conduzirão a poupanças equivalentes a 0,4% do PIB, de acordo com o previsto no Orçamento de Estado<sup>15</sup>.

Assim, prosseguindo com a caracterização do cenário do sector da saúde em Portugal, refira-se que<sup>16</sup>:

- a) No período entre 1988 e 2008 a percentagem dos gastos com a saúde no PIB passou de 6,2% em 1988 para 10,1% em 2008, percentagem superior ao valor médio da UE15 (9,5%) e da OCDE (8,8%)<sup>17</sup>. Tendo em conta que a taxa de crescimento média anual, no período considerado, foi de 2,6%, se tal tendência se mantivesse, a percentagem dos gastos com saúde no PIB ascenderia, em 2011 a cerca de 10,9%, em 2012 a 11,2% e em 2013 a 11,5%. Por seu turno, a despesa pública em saúde, em percentagem do PIB, em 2009, ascendia a cerca de 70% da despesa total em saúde<sup>18</sup>.

---

<sup>13</sup> Ministério da Saúde, “Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde II - Perfil de Saúde em Portugal (Versão Discussão)” em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2011/02/10/pns-perfil/>.

<sup>14</sup> Vide WebSIG – Mapas Interactivos, em <http://www.websig.acs.min-saude.pt/>.

<sup>15</sup> O Orçamento de Estado para 2011 permitia que se estimasse uma redução de despesa do SNS em aproximadamente 1,2 mil milhões de euros. Contudo, considerando a despesa consolidada do SNS de Janeiro até Agosto de 2011, para estimar a despesa total do SNS do presente ano, reduzir-se-á em cerca de 700 milhões de euros – cfr. *infra* Tabela 1.

<sup>16</sup> Importa referir que as projecções apresentadas, têm como pressuposto a não implementação de qualquer medida a adoptar no contexto do Memorando de Entendimento.

<sup>17</sup> Fonte dos dados: OCDE (2011). Os dados relativos à Grécia não foram incluídos nos cálculos por não se encontrarem disponíveis.

<sup>18</sup> Barros, P.P., Machado, S.R. e Simões, J. A. (2011). “Health Systems in Transition - Portugal”.

- b) A percentagem de despesa pública em saúde no total da despesa em saúde apresentou um crescimento anual médio de 1,1%, passando de 53,7% em 1988 para cerca de 65% em 2008<sup>19</sup>.
- c) Os subsistemas públicos de saúde representavam, em 2008, 10,9% da despesa corrente das Administrações Públicas em saúde, superior aos 8,6% dessa despesa em 2000<sup>20</sup>.

Considerando que a sustentabilidade do financiamento do SNS exige que o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agrave o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo (cfr. Relatório da Comissão para a Sustentabilidade), torna-se, portanto, premente a adopção de medidas que permitam atingir os objectivos previstos no Memorando e no Orçamento de Estado, que permitam o equilíbrio das contas públicas sem o comprometimento do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

---

<sup>19</sup> Fonte dos dados: OCDE (2011).

<sup>20</sup> Fonte dos dados: INE, Conta Satélite (2008).

## 2. O Memorando de Entendimento CE/BCE/FMI e o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade Financeira do SNS

As medidas assumidas no Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI convergem, em grande medida, com as necessidades identificadas pela Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, quer quanto a algumas soluções avançadas, quer quanto à necessidade de alteração da então (e actual) situação de falta de sustentabilidade financeira do SNS.

Tanto é particularmente notório no que respeita à necessidade de revisão do modelo das taxas moderadoras, de redução dos benefícios fiscais associados à saúde e de cessação do actual desequilíbrio financeiro dos subsistemas públicos, o que justifica que algumas das medidas agora propostas não se traduzam em novidade, e a sua ainda premência de execução resultará, então, de omissão ou de dificuldades na sua implementação, não se havendo (totalmente) antecipado os cenários de redução de despesa em saúde e de promoção de maior eficiência na prestação de cuidados de saúde.

Nesse sentido, de referir que a proposta de revisão e actualização das taxas moderadoras que consta do Memorando de Entendimento<sup>21</sup>, enquanto mecanismo de racionalização da procura de cuidados de saúde, se encontrava já prevista no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, considerando a “*Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição das isenções baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde [...]*” e a “*Actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS*”, garantindo o não comprometimento do acesso aos cuidados de saúde, sendo que tal medida deveria ser acompanhada pelo acautelamento de situações de indução da oferta pela procura.

---

<sup>21</sup> O Memorando estabelece o objectivo de *rever e aumentar no seu todo as taxas moderadoras do SNS através de:*

- i. uma revisão substancial das categorias de isenção existentes; (3T 2011)*
- ii. 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; (3T 2011)*
- iii. legislar sobre a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à taxa de inflação. (4T 2011).*

De igual forma, no estudo da Deloitte foi identificado que “No SNS, o único mecanismo existente é a cobrança de taxas moderadoras, que é muito limitado” e que “Para atenuar os efeitos desta distorção de mercado no SNS, deveria ser aumentada a abrangência das taxas moderadoras.”.

Relativamente à medida prevista no Memorando de Entendimento de “Cortar substancialmente (dois terços globalmente) nos benefícios fiscais para a saúde, incluindo os seguros privados”, encontrava-se já sob a forma de recomendação no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade de “Redução dos benefícios fiscais associados com as despesas em saúde, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE.”. Tal redução, adiante-se, previsivelmente contribuirá também para a melhoria de equidade no financiamento, na medida em que os utentes com rendimento superior serão aqueles que tendencialmente mais acedem aos prestadores privados e que por isso retiram maior utilidade do benefício fiscal em saúde.

No que concerne aos subsistemas públicos de saúde, consta do Memorando de Entendimento o objectivo de “[...] alcançar um modelo auto-sustentável para os regimes de saúde dos funcionários públicos [...]”, pelo que se prevê a redução em 30% em 2012 e 20% em 2013 das transferências do Orçamento de Estado para os subsistemas, por forma a ser atingido o seu autofinanciamento em 2016<sup>22</sup>. Tal questão foi igualmente abordada no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, onde se recomendou “Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto-sustentação financeira.”. De referir que a possibilidade de *opting-out* do subsistema, proposta em 2007 no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, consta já da Lei do Orçamento de Estado para 2010, sendo que tal medida é susceptível de agravar o desequilíbrio orçamental dos subsistemas públicos pela saída de beneficiários, prejudicados face a possíveis aumentos da percentagem de contribuição face ao rendimento, e assumindo a potencial redução de benefícios.

Assim sendo, veio o Memorando reiterar algumas das análises já efectuadas sobre a necessidade de adopção urgente de medidas destinadas a reverter o comportamento da despesa pública em saúde e a promover a sustentabilidade do financiamento do

<sup>22</sup> O Memorando estabelece que “Para alcançar um modelo auto-sustentável para os regimes de saúde dos funcionários públicos, o custo orçamental global dos sistemas existentes – ADSE, a ADM (Forças Armadas) e SAD (Serviços de Polícia) – será reduzido em 30% em 2012 e em mais 20% em 2013, em todos os níveis da administração pública. Outras reduções a um ritmo semelhante seguir-se-ão nos anos subsequentes por forma a serem auto-financiados em 2016. Os custos orçamentais desses regimes serão reduzidos, diminuindo a contribuição patronal e ajustando a abrangência dos benefícios de saúde. (4T 2011).”.

SNS, como garantia do não comprometimento da prestação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito.

Mas recorde-se, por exemplo, que em 2010 foi inclusivamente apresentada uma proposta, no estudo "*Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*", ISEG/Health Cluster Portugal, de "*Mudança para um novo paradigma de financiamento do nosso Sistema de Saúde, clarificando o papel do Estado enquanto prestador, financiador e regulador de cuidados de saúde, e procurando, por essa via, alcançar a sustentabilidade do SNS*", o que demonstra que as análises já efectuadas são, não raras vezes, profundas e inclusivamente suscitando a necessidade de reflexão sobre os próprios modelos existentes.

No presente Relatório não se estabelecem cenários de alterações de paradigmas ou modelos. Pelo contrário, parte-se do pressuposto de que o Programa do XIX Governo Constitucional mantém o modelo de SNS actualmente existente, sendo portanto em respeito das características constitucionais do mesmo que devem ser encontradas soluções com vista à prossecução dos objectivos assumidos.

### 3. A sustentabilidade do financiamento do SNS

É do quadro composto pelo modelo de SNS actualmente existente, complementado pelas medidas constantes do Memorando de Entendimento que são consentâneas com o âmbito de intervenção da ERS, que resulta a base para a análise efectuada no presente Relatório.

Assume-se que a sustentabilidade financeira do SNS passa quer pelos compromissos estabelecidos no Memorando, quer por medidas adicionais que igualmente visem um aumento de eficiência do SNS.

Necessariamente, a sustentabilidade é sempre, em termos económicos, um objectivo de médio e longo prazo, pelo que qualquer medida a implementar deve ser sujeita a um acompanhamento rigoroso para aferir da sua capacidade de produção de efeitos duradouros. Dito de outra forma, não deve ser assumido que um determinado conjunto de medidas garante, por si só, um objectivo tão complexo quanto a sustentabilidade financeira do SNS.

Porém, e sem prejuízo de seguramente poderem ser merecedoras de consideração outras medidas ditas mais profundas ou estruturais, a verdade é que o acumulado de diversas análises já efectuadas demonstra que a sustentabilidade económico-financeira do SNS carece mais de uma efectiva implementação e execução de medidas reiteradamente apresentadas, do que propriamente de novas ou inovadoras propostas de solução. Ou seja, urge no imediato executar medidas que já haviam sido identificadas em 2007 e que – porque entretanto não executadas – surgiram agora novamente em sede de Memorando de Entendimento. São essas medidas, quando enquadráveis com as competências e atribuições da ERS, que serão aqui objecto de análise.

Assim, entre os principais temas a tratar estão, desde logo, as **taxas moderadoras**, em especial a necessidade de revisão do seu quadro actual, que passará quer por uma reapreciação das categorias de isenção, quer por um aumento dos seus actuais valores. Nesse âmbito, importa analisar o(s) limite(s) jurídico-constitucionais eventualmente existentes quer a uma revisão das actuais categorias de isenção, quer a um aumento dos valores das taxas moderadoras. Por último, deve também ponderar-se sobre outras medidas associadas, como sejam a possibilidade do estabelecimento de medidas complementares que garantam a efectiva cobrança atempada das taxas moderadoras pelos estabelecimentos de saúde, ou ainda a diferenciação de valores em estrita função da aferição concreta da necessidade de acesso do utente aos cuidados de saúde.

Outro tema de análise prende-se com a **redução prevista em 2/3 do nível de benefícios fiscais** actualmente previsto para as despesas em saúde, atento o facto de a manutenção do modelo existente de SNS necessitar também de um aumento de receita (por redução dos benefícios, bem como da despesa fiscal associada aos mesmos). Quanto a este aspecto pretende-se uma quantificação do impacto da medida.

Já quanto à **redução do custo orçamental dos subsistemas**, importa analisar sobre a melhor forma de se atingir a mesma, tendo particularmente em consideração a evidência histórica que não reforça, por si só, a exequibilidade do objectivo de auto-sustentabilidade a prazo dos subsistemas de saúde públicos.

Encontrando-se estabelecida a obrigatoriedade de adopção de um conjunto bastante mais vasto de medidas do que aquelas *supra* abordadas, e constantes quer do Memorando de Entendimento, quer do Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, pode-se igualmente reflectir sobre intervenções específicas no SNS que garantam o cumprimento das obrigações assumidas<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Recorde-se, e a mero título de exemplo, que se assumiu no Memorando que:

- devem ser tomadas *medidas necessárias para aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em pelo menos 10 por cento o total da despesa (incluindo honorários) do SNS com prestadores privados que prestem serviços de diagnóstico e serviços terapêuticos ao SNS até ao final de 2011 e por 10% adicionais até ao final de 2012. (4T 2011) - § 3.66 do Memorando; ou*

- *deve prosseguir o reforço dos cuidados primários, de modo a reduzir ainda mais as consultas desnecessárias de especialidades e de urgência, melhorando a coordenação de cuidados de saúde através:*

*i. do aumento do número de USF, contratadas pelas ARS utilizando um mix de salário e pagamento por desempenho, tal como actualmente acontece. Deve-se assegurar que o novo sistema leva à redução de custos e a uma mais efectiva prestação de cuidados; (3T 2011)*

*ii. de um mecanismo que garanta a presença de médicos de família em áreas onde sejam necessários, induzindo uma distribuição mais uniforme dos médicos de família em todo o país. (4T 2011) - § 3.70 do Memorando; ou*

- *devem ser adoptadas medidas destinadas a alcançar uma redução de 200M € nos custos operacionais dos hospitais em 2012 (100M € em 2012, além de economia demais de 100M € já em 2011), incluindo a redução no número de pessoal de gestão, como resultado da concentração e racionalização dos hospitais estatais e dos centros de saúde. (3T2011) - § 3.72 do Memorando; ou*

- *deve ser estabelecido um sistema para comparar o desempenho hospitalar (benchmarking) com base num conjunto abrangente de indicadores e produzir relatórios periódicos anuais, o primeiro a ser publicado ao final de 2012. (1T 2012) - § 3.75 do Memorando; ou*

- *deve ser continuada a reorganização e racionalização da rede hospitalar por meio da especialização e concentração de serviços hospitalares e de emergência e gestão conjunta (com base no Decreto-Lei 30/2011) e operação conjunta dos hospitais. Estas melhorias deverão proporcionar cortes adicionais nos custos de exploração em pelo menos 5 por cento em 2013. Um detalhado plano de acção será publicado até 30 de Novembro de 2012 e a sua aplicação deverá ser finalizada no primeiro trimestre de 2013. (2T 2012) - § 3.75 do Memorando.*

Nesse âmbito importa verificar (i) da possibilidade de **reorganizar a rede hospitalar com financiamento público**, permitindo uma redução de redundâncias geoespaciais de cobertura, sem aumentar a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde; (ii) da possibilidade de **aumentar a eficiência do SNS por combinação eficiente das profissões de saúde**; (iii) das **forma(s) de organização das unidades hospitalares que privilegia(m) ou fomenta(m) a mobilidade de recursos humanos na saúde**; e (iv) da possibilidade de **revisão do sistema de convenções do SNS**, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados prestados de par com a redução de despesa.

No presente Relatório discute-se igualmente a possibilidade de adopção de outras medidas possíveis, que visam contribuir directamente para a sustentabilidade financeira do SNS e que permitam constituir soluções para os compromissos assumidos pelo Estado Português no Memorando de Entendimento. Em primeiro lugar, faz-se referência ao exemplo divulgado pela OMS da **introdução de taxas na utilização de telemóveis**, concretamente, a tributação de um cêntimo por minuto nas chamadas e mensagens, enquanto forma inovadora de financiamento de sistemas de saúde. Também a consideração dos **jogos de azar** e, eventualmente, também **jogos online e concursos televisivos com chamadas de valor acrescentado**, poderiam constituir a base para a inclusão de uma componente de receita direccionada para o SNS. A **taxação específica dos rendimentos despendidos em hábitos e comportamentos contrários a uma postura de responsabilização pela própria saúde e pela saúde de terceiros** pode igualmente ser discutida enquanto tendência já verificada internacionalmente (para além dos exemplos típicos do tabaco e do álcool, a previsão de receita fiscal indexada ao SNS pode também colocar-se quanto a bebidas açucaradas ou alimentos ricos em sal ou gorduras “trans”<sup>24</sup>, a veículos automóveis, motociclos, ou outras actividades de risco reconhecido mas socialmente aceitáveis). Por último e no que se refere à matéria relativa às taxas moderadoras, são possíveis quer a **implementação de novos sistemas de cobrança de taxas moderadoras**, atenta a ineficiência dos actualmente existentes, quer a possibilidade de o valor a **liquidar a título de taxa moderadora poder estar directamente dependente da cor atribuída ao utente, de entre as indicadas na Triagem de Manchester**, no Serviço de Urgência do prestador de cuidados de saúde, ou ainda de um **sistema de triagem prévio, por via telefónica**, que permitiria ao utente beneficiar de uma redução do valor total da taxa moderadora sempre que a sua ida a uma urgência hospitalar, fora de um quadro de emergência assegurada pelo INEM, fosse

---

<sup>24</sup> Veja-se, a esse propósito, o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde – 2010.

precedida de uma triagem telefónica e da qual houvesse resultado o aconselhamento do utente para deslocação a um serviço de urgência.

Uma última referência a outros temas que poderiam ainda ser objecto de análise em prol da sustentabilidade financeira do SNS, especialmente numa perspectiva de reforma estrutural com geração de eficiências de médio e longo prazo.

Efectivamente, e apesar de aqui não serem objecto de análise profunda porquanto merecedores de análise autónoma e necessitada de um levantamento exaustivo de evidência empírica nacional e internacional sobre os benefícios e ganhos gerados, considera-se relevante proceder a uma referência, ainda que breve, aos conceitos de concorrência e de liberdade de escolha no âmbito do SNS (e de estabelecimentos publicamente financiados).

Na verdade, o dever de promoção do bem público concorrência e do indissociável princípio da liberdade de escolha é transversal a toda a actuação pública. Se é tipicamente apresentado o imperativo constitucional de assegurar o funcionamento eficiente dos mercados, de modo a garantir a equilibrada concorrência entre as empresas, a contrariar as formas de organização monopolistas e a reprimir os abusos de posição dominante e outras práticas lesivas do interesse geral (cfr. alínea f) do artigo 81.º da Constituição da República Portuguesa), deve igualmente ter-se presente que da livre concorrência resulta o estímulo da inovação e da eficiência económica, em prol do aumento de variedade e/ou da qualidade de bens e serviços a preços inferiores, pelo que o bem público concorrência deve ser promovido e respeitado não somente pelos agentes privados, como igualmente pelos agentes públicos.

Numa perspectiva mais lata, os agentes públicos, na prossecução dos seus objectivos, devem avaliar os efeitos das suas medidas sobre a concorrência, por as mesmas poderem afectar quer a sua natureza, quer o seu grau, tendo inclusivamente, e com esse desiderato, a OCDE adoptado uma Lista de Controlo em matéria de Concorrência para a realização de avaliações da concorrência<sup>25</sup>, enquanto metodologia de auxílio à identificação de restrições desnecessárias à concorrência.

E a verdade é que apesar do acesso aos cuidados de saúde dos utentes do SNS nos estabelecimentos públicos ou publicamente financiados se encontrar enquadrada nas regras existentes, sendo portanto os mecanismos concorrenciais que operam neste sector aqueles que, em grande medida, resultam do enquadramento legal aplicável, e encontrando-se os “preços” (taxas moderadoras) fixados administrativamente, o grau de concorrência actualmente existente entre prestadores públicos ou publicamente

---

<sup>25</sup> Cfr. Guia de Avaliação da Concorrência da OCDE: versão 1.0, OCDE (2007).

financiados é particularmente baixo. Para isso concorre igualmente a definição de referenciação entre prestadores de cuidados de saúde primários e secundários, bem como a este nível entre os diferentes estabelecimentos.

Com efeito, a partir do momento que o preço é fixado administrativamente para um determinado período, este deixa de ser uma variável na interacção concorrencial entre operadores. De igual forma, a própria definição do “percurso” dos utentes provoca um efeito de relativa “captura de utentes” para cada uma das unidades, o que efectivamente condiciona a utilização dos instrumentos concorrenciais típicos.

Mas, e apesar disso, existem outras variáveis estratégicas para fomentar a concorrência. A disponibilidade, a qualidade, a eficácia ou eficiência quer no tratamento de utentes, quer na especialização de determinadas actividades distintas, entre outras, constituem variáveis que podem sempre ser utilizadas no sentido de aumentar a interacção concorrencial entre estabelecimentos hospitalares públicos ou publicamente financiados. Evidentemente que tanto implica um determinado grau de liberdade de escolha dos utentes, ou de liberdade de referenciação (quanto à indicação da unidade referenciada) por parte do profissional de saúde, de forma a que tais características possam captar a procura a que se destinam. Outro elemento essencial, e sem o qual a liberdade de escolha dos utentes não se torna efectiva, prende-se com a necessidade de ser aumentado o nível de informação e o grau de transparência na transmissão da mesma aos utentes. Efectivamente, a informação disponibilizada às pessoas (potenciais utentes utilizadores) deverá sempre ser suficiente para as dotar dos instrumentos necessários ao exercício da sua liberdade de escolha do(s) concreto(s) prestador(es) a que em cada momento pretendem recorrer.

Porém, é igualmente evidente que os estabelecimentos hospitalares públicos necessitam de uma planificação prévia (e preferencialmente integrada com os restantes estabelecimentos com os quais pode ou deve funcionar em rede) da sua capacidade, dimensão, valências, meios humanos e técnicos, e que apenas poderá ser eficaz (e economicamente eficiente) se acompanhada de alguma segurança quanto à procura que servem. Consequentemente, a liberdade de escolha, essencial ao funcionamento do jogo concorrencial, não pode ser irrestrita ao ponto de colocar em crise a organização dos serviços, sendo ademais esse mesmo patamar de liberdade que é estabelecido no n.º 5 da Base V da LBS (*“É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços”*).

Ora, é expectavelmente possível incrementar o nível de liberdade de escolha, sem ainda prejudicar a organização dos serviços, e com isso aumentar o nível concorrencial, para aquele a que comumente se designa por “concorrência gerida” e que possui no *National Health Service* britânico um exemplo já com alguma evidência produzida que poderá ser considerada.

### 3.1. Taxas moderadoras

O tema relativo às taxas moderadoras tem sido objecto reiterado de reflexão<sup>26</sup>, realçando-se que o Memorando de Entendimento prevê quanto a esta matéria, no seu § 3.50., a necessidade de *Rever e aumentar no seu todo as taxas moderadoras do SNS através de uma revisão substancial das categorias de isenção existentes; (3T 2011); [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; (3T 2011) [e] legislar sobre a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à taxa de inflação. (4T 2011).*

Assim, inicia-se a presente análise pelo enquadramento constitucional e legal subjacente à cobrança de taxas moderadoras e à sintetização das principais questões e propostas que têm sido veiculadas, uma vez que é do mesmo que resulta o quadro que necessariamente balizará quaisquer alterações que se pretendam introduzir em sede de taxas moderadoras.

O direito à protecção da saúde surge consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP), no seu artigo 64.º, 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 decorre para todos os cidadãos uma posição jurídica subjectiva activa concretizada na possibilidade de cada cidadão aceder ao SNS, o qual deverá dispor dos serviços de saúde

---

<sup>26</sup> Vd. entre outros, “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pita Barros, Pedro e Pereira, João), e o Relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, “Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma reforma estrutural”(1998).

necessários ao tratamento, reabilitação ou prevenção de doença de que padeça ou que possa vir a padecer.

A concretização do direito à protecção 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>27</sup>), assim como a sua maior ou menor concretização, num determinado momento, depende dos recursos materiais e financeiros disponíveis por parte do Estado<sup>28</sup>.

É neste sentido que a doutrina constitucional tem aludido diversas vezes para o facto do direito à protecção da saúde, aliás como outros direitos sociais a prestações, ser um direito sob “reserva do possível”<sup>29</sup>, o que implica uma aplicação gradualista e progressiva da imposição constitucional contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da 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>30 31</sup>.

---

<sup>27</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 214, de 15-09-1979.

<sup>28</sup> Na doutrina constitucional são comumente utilizadas as expressões “*reserva do possível*” e “*reserva de lei*”, que significam, respectivamente, que os direitos sociais, nos quais se integra o direito à protecção da saúde, estão dependentes da existência e disponibilidade de recursos materiais e financeiros, e de uma intervenção legislativa concretizadora e conformadora desses direitos.

<sup>29</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. 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.

<sup>30</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>31</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 objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer

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, que é aquela cuja análise interessa para o âmbito do presente ponto, a gratuitidade tendencial significa que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, pelo que será 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 aos cuidados de saúde, por razões económicas<sup>32</sup>, nem sejam postas em causa as situações de isenção legalmente previstas (cfr. previsto na Base XXXIV da LBS e determinado no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

De acordo com o disposto no n.º 1 da Base XXXIV da LBS, podem ser cobradas taxas moderadoras, “*com o objectivo 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

---

*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 excepção, possam usufruir, em iguais circunstâncias, e em função das necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.

<sup>32</sup> Pois constitui uma directriz da política de saúde o objectivo 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).

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.

Quanto ao princípio da gratuitidade 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 gratuitidade, mas antes como estabelecendo a possibilidade de existirem excepções àquele princípio, nomeadamente quando o objectivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu* através da aplicação de taxas moderadoras).

Efectivamente, 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 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 «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 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.”.*

Nesse sentido compreende-se que em desenvolvimento dessa Base XXXIV, o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, tenha fixado 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 tenha previsto a cobrança de taxas moderadoras no acesso ao internamento ou em intervenções cirúrgicas<sup>33</sup>. Mais se refira que esse diploma legal previu igualmente a existência de situações de isenção do pagamento de taxas moderadoras (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

Assim, ao estabelecer, 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 exagerado 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.

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

---

<sup>33</sup> Refira-se que durante o curto período, entre 2007 e 2009, previu-se a existência de taxas moderadoras nos internamentos e cirurgias de ambulatório.

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 cobrem apenas uma pequena fracção dos custos, pelo que não solucionam directamente o problema da sustentabilidade do SNS, até porque possuem uma mera função de moderação do consumo de cuidados de saúde.

Acontece que o peso das taxas moderadoras no financiamento do SNS tem sido igualmente bastante reduzido, sendo que considerando a execução financeira consolidada do SNS entre Janeiro e Julho de 2011, as taxas moderadoras equivaleram a cerca de 1,1% da despesa total do SNS<sup>34</sup>. E a um tal peso diminuto na vertente do financiamento do SNS, haverá ainda a sublinhar que a aplicação dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras pode acarretar custos administrativos elevados.

Este baixo peso das taxas moderadoras na receita fica-se a dever à própria natureza das taxas moderadoras (enquanto destinadas apenas à moderação do consumo), mas também à inexistência de diferenciação de taxas em função do rendimento dos cidadãos e ao número (bastante significativo) de cidadãos isentos do seu pagamento.

Uma questão importante, relativamente à cobrança de taxas moderadoras, prende-se com a possibilidade de diferenciação, 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>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Vide Síntese da Execução Orçamental da Direcção-Geral do Orçamento de Agosto de 2011.

<sup>35</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*”.

Isto significa que o critério constitucional adequado, na apreciação das distinções estabelecidas em matéria de gratuidade 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.

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>36</sup>. 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.

Situação diferente respeita à possibilidade de introdução de co-pagamentos, que consistem numa partilha de custos, em que o utilizador de um serviço paga o “preço”, ainda que parcial, como contrapartida financeira pelo serviço que lhe foi prestado.

Face a consumos desregrados de certos cuidados de saúde, o mecanismo da partilha de custos, ou de participação directa do cidadão nos custos dos cuidados de saúde, é passível de ser apresentada como solução possível. Aparentemente aceitável seria a introdução de pagamentos dos serviços prestados em função dos rendimentos de cada cidadão, de tal modo que os cidadãos sem rendimentos mínimos ficassem isentos e os restantes pagariam uma taxa progressiva sobre o custo dos cuidados. Porém, esta possibilidade haveria sempre que manter uma relação com uma função de moderação do consumo, atento o texto constitucional, bem como a legislação

---

<sup>36</sup> Conforme é referido por Jorge Reis Novais, no Anexo 4. ao Relatório, “*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*”.

aplicável, como resulta da análise efectuada *supra*, uma vez que apenas se permite a cobrança de taxas moderadoras.

A respeito desta última questão, refira-se que a mesma não será aqui afluída no que se refere aos possíveis impactos que a adopção de uma tal medida teria, em termos financeiros, uma vez que a possibilidade da sua adopção não consta nem do Memorando de Entendimento, nem do Programa XIX Governo Constitucional.

Outra questão prendia-se com a 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.

Apresentado o quadro constitucional e legal aplicável às taxas moderadoras, importa de seguida analisar da possibilidade jurídica, e do impacto, em termos de ganhos de financiamento esperados, que podem vir a resultar da adopção das medidas inseridas no Memorando de Entendimento e relativas quer à revisão das categorias de isenção de taxas moderadoras, quer ao aumento dos seus actuais valores.

Tendo em atenção o quadro *supra* apresentado, importa então verificar se a revisão das actuais categorias de isenção de taxa moderadora e/ou o aumento do valor das taxas moderadoras são compatíveis com os limites constitucionais da universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade.

### **3.1.1. Do aumento do valor das taxas moderadoras**

As taxas moderadoras são exigidas aos utentes, nos termos da legislação em vigor (n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, na versão do Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio e Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias), quando estes acedem:

- a) à realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados (incluindo não só os privados com fins lucrativos, mas também as Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)), salvo os exames feitos em regime de internamento;
- b) aos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde;
- c) às consultas nos hospitais, centros de saúde e noutros serviços públicos e privados convencionados (incluindo não só os privados com fins lucrativos, mas também as Misericórdias e outras IPSS).

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>37</sup>, posteriormente actualizada e revista pela Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro<sup>38</sup>, pela Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março<sup>39</sup>, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março<sup>40</sup>, pela Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro<sup>41</sup>, e mais recentemente pela Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro<sup>42</sup>.

Importa, no entanto, realçar que nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 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”*. Obviamente que este limite máximo não poderá, em princípio, ser aplicado a todos actos sob pena dos valores poderem apresentar-se como impeditivos ou limitativos do acesso.

Relativamente ao valor das taxas moderadoras, importa igualmente referir que o Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio 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”*.

Por último, 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*

---

<sup>37</sup> Publicada no DR, I Série-B, n.º 212, de 13-09-2003.

<sup>38</sup> Publicada no DR, I Série-B, n.º 19, de 23-01-2004.

<sup>39</sup> Publicada no DR, I Série-B, n.º 47, de 07-03-2006.

<sup>40</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 64, de 30-03-2007.

<sup>41</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 10, de 15-01-2009.

<sup>42</sup> Publicada no DR, I Série, n.º 250, de 28-12-2010.

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

Por seu turno, o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade integrou esta matéria, em termos do cenário possível como contributo para a melhoria da sustentabilidade financeira do SNS, no aumento global dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde (taxas moderadoras e co-pagamentos), através de dois caminhos: alteração do nível das taxas moderadoras e ou alteração do regime de isenções do pagamento de taxas moderadoras.

Atendendo a um tal cenário entendeu a Comissão para a Sustentabilidade recomendar uma alteração do nível das taxas moderadoras, pela “*actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS*”<sup>43</sup>.

Mais era referido que a actualização do valor das taxas, deveria ter em conta a indexação à taxa de inflação, por forma a que os cuidados de saúde mantenham o seu valor relativo face aos restantes bens e serviços ou, em situações de crescimento muito acelerado dos custos unitários de prestação de cuidados médicos, deverá ser superior à inflação.

No que se refere aos limites jurídico-constitucionais que devam ser considerados na adopção 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 já *supra* analisados.

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;

---

<sup>43</sup> Jorge Reis Novais no Parecer junto em anexo ao Relatório da Comissão para a Sustentabilidade refere que o aumento do montante das taxas moderadoras terá sempre como limite a impossibilidade de impedir ou dificultar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, em função da respectiva capacidade económica (insuficiente para satisfazer esses pagamentos), podendo ainda ser complementado com a instituição da sua diferenciação em função dos rendimentos dos utentes, desde que a finalidade pretendida seja aumentar a efectividade do efeito dissuasor subjacente à cobrança de taxas moderadoras. Quanto à criação de novas taxas moderadoras é referido por aquele autor que só serão admissíveis se forem um meio adequado a moderar ou prevenir consumos excessivos de cuidados de saúde. Não serão, pelo contrário, admissíveis se o seu montante for de natureza a impedir ou dificultar o acesso a cuidados de saúde ou se aplicadas a prestações ou cuidados que sejam independentes da vontade dos utentes – quando o utente não tenha alternativa se não procurar aquele cuidado de saúde – uma vez que essa taxa seria inapta a produzir os efeitos de racionalização ou moderação do consumo.

- 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.

Esta última jurisprudência não tem deixado, porém, de ser criticada. Efectivamente, pode defender-se, como faz Jorge Reis Novais<sup>44</sup>, que o *Tribunal Constitucional mantém, afinal, inalterada a anterior jurisprudência, como se a revisão constitucional de 1989 não introduzisse qualquer alteração de fundo, e que com a revisão constitucional de 1989 muda verdadeiramente a natureza da norma constitucional de garantia do SNS, o art. 64º, nº 2, alínea a). Onde antes tínhamos uma regra, a regra da gratuitidade, temos agora um princípio, o princípio da tendencial gratuitidade. Não há apenas, como afirmava o Tribunal Constitucional, uma maior flexibilidade - que, de facto, também existe -, mas uma alteração qualitativa decorrente da transformação da estrutura da norma constitucional. E, nesse sentido, será hoje admissível mesmo permanecendo nos limites estritos da lógica inerente à criação das taxas moderadoras, proceder a diferenciações de pagamento de taxas moderadoras em função dos rendimentos dos utentes.*

Assim, e conforme é referido por Jorge Reis Novais<sup>45</sup>, o aumento das taxas moderadoras num valor superior ao da inflação será jurídico-constitucionalmente admissível desde que cumpridos os seguintes requisitos:

- “[...] não seja excessivo (no sentido de não impedir o acesso a cuidados médicos por insuficiência de capacidade económica para satisfazer o seu pagamento)”;
- “[...] não afecte os actuais níveis e escalões de gratuitidade (isto é, não seja aplicado aos beneficiários actualmente isentos de pagamento de taxas moderadoras)”;
- “[...] seja fundamentável na necessidade de alcançar uma moderação efectiva da procura de cuidados de saúde”;
- “[...] e seja apto, necessário e adequado a alcançar esse fim.”.

Quanto ao segundo requisito o mesmo não pode deixar de ser enquadrável na situação actual, e numa perspectiva de que o que devam ser respeitados sejam os

---

<sup>44</sup> Cf. Jorge Reis Novais, em “Os Limites constitucionais à alteração do modelo de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde”, em Anexo ao documento “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pita Barros, Pedro e Pereira, João).

<sup>45</sup> *Idem.*

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.

A este respeito refira-se que o direito de acesso universal, geral e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde pode ser restringido ou limitado desde que exista “[...] *um fundamento sério que justifique tal afectação, ou seja, quando haja razões ponderosas e objectivamente comprováveis*” para que se justifique um aumento do valor das taxas moderadoras, como seja *in casu* a situação financeira do Estado em especial o crescimento das despesas totais e das despesas públicas com a saúde. Assim, conforme refere Jorge Reis Novais no Anexo ao Relatório, quando o legislador decida restringir ou limitar direitos sociais legalmente consagrados terá de respeitar os princípios da *“igualdade, da protecção da confiança, da proibição do excesso e, se for o caso, da protecção da dignidade da pessoa humana”*.

Consequentemente verifica-se então ser possível, à luz do quadro jurídico-constitucional existente, um aumento do valor das taxas moderadoras desde que do mesmo não resulte um impedimento de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Mas a este propósito, cumpre ainda recordar, quanto à situação concreta do aumento do valor das taxas moderadoras, que o Decreto-Lei n.º 173/2003 estabelece, no n.º 3 do seu artigo 1.º, que o valor das taxas moderadoras em caso algum deverá exceder uma terça parte do valor correspondente ao cuidado de saúde em causa tal como estabelecido na tabela de preços do SNS.

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.

Por outro lado, e até por opções de política de saúde, justificar-se-ão ponderações distintas dos valores relativos das taxas moderadoras face aos Grupos de

Diagnósticos Homogéneos (GDH) correspondentes, seja no sentido de fomentar o acesso àqueles cuidados preventivos que expectavelmente geram eficiência de funcionamento e redução de despesas em saúde futuras (por exemplo, consultas de rotina em cuidados primários), seja no sentido de moderar mais exigentemente o recurso àqueles cuidados que são por vezes (erradamente) utilizados pelos utentes como cuidados substitutivos de cuidados de rotina aos quais não acederam previamente (por exemplo, consultas em urgências hospitalares não motivadas por motivos urgentes ou emergentes).

Ainda assim, e não tendo sido colocada em crise, em sede de processo de fiscalização abstracta, a constitucionalidade do Decreto-Lei n.º 173/2003, e em particular o seu já referido n.º 3 do artigo 1.º, haverá sempre que considerar que, actualmente, o Legislador já definiu o limite máximo concreto que considera encontrar-se ainda abrangido pela imposição constitucional de tendencial gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde do SNS. Ou seja, e à luz do quadro legal actualmente em vigor, deve considerar-se como sendo possível a existência de taxas moderadoras com valores que *não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde*.

Por seu turno, e ainda relativamente à revisão do valor das taxas moderadoras, recorde-se que foi assumido no Memorando de Entendimento o compromisso de legislar a indexação e revisão automática de tal valor à taxa de inflação. 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 mantenham inalterados nominalmente por acto 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 efectuar 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 actualmente se encontra estabelecida.

**É possível um aumento do valor das taxas moderadoras? Com que limite(s)?**

**À luz do quadro jurídico-constitucional existente, é possível um aumento do valor das taxas moderadoras desde que do mesmo não resulte um impedimento de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.**

**Não tendo sido colocada em crise, em sede de processo de fiscalização abstracta, a constitucionalidade do Decreto-Lei n.º 173/2003, e em particular o seu n.º 3 do artigo 1.º, haverá sempre que considerar que, actualmente, o Legislador já definiu o limite máximo concreto que considera encontrar-se ainda abrangido pela imposição constitucional de tendencial gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde do SNS.**

**Consequentemente, e à luz do quadro legal actualmente em vigor, deve considerar-se como sendo possível a existência de taxas moderadoras com valores que não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.**

### **3.1.2. Da revisão das categorias de isenções**

Recorde-se que a Base XXXIV n.º 1 da LBS prevê a possibilidade de, “*com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*”, poderem ser cobradas taxas moderadoras, as quais constituem “*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, que deverão ficar isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na Lei (vd. n.º 2 da Base XXXIV da LBS).

E, bem assim, o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, 15 de Janeiro), estipula que “[...] *respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS [...] os beneficiários [do SNS] na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais*”, acrescentado o n.º 2 desse artigo 23.º do Estatuto do SNS, que “[...] *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.*”.

Em desenvolvimento do disposto nessa Base, veio o Legislador no Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, determinar que estão excluídos da obrigação de pagamento de taxas moderadoras os utentes que se encontrem numa das situações previstas de isenção, actualmente estabelecidas no n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, tal como republicado pelo Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio, e com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 38/2010, de 20 de Abril.

Mais se refira que, actualmente a isenção de taxas moderadoras tem de ser comprovada pelos utentes através dos respectivos documentos comprovativos (n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto), e no caso de isenções que dependam da existência de um diagnóstico de determinada doença ou situação de saúde (doentes portadores de doenças crónicas e grávidas e parturientes), estas apenas são aplicáveis após o referido diagnóstico, para os actos subsequentes e através de documento comprovativo do diagnóstico (§ 7.º da Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março). Já quanto à concessão de isenção de taxa moderadora no caso de dadores benévolos de sangue (alínea o) do n.º 1 e n.º 7 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, tal como republicado pelo Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio), está dependente da apresentação de uma declaração dos serviços oficiais competentes (cartão nacional de dador de sangue), da qual conste:

- a) a menção de duas dádivas nos 365 dias anteriores à data do acesso à prestação de saúde; ou
- b) que tenham feito, anteriormente, cinco dádivas válidas, nos casos em que estejam temporariamente impedidos, por razões clínicas comprovadas, de doar sangue; ou
- c) que tenham feito, anteriormente, dez dádivas válidas, nos casos em que estejam impedidos definitivamente, por razões clínicas comprovadas ou limite de idade, de doar sangue (cfr. Despacho n.º 6961/2004, de 6 de Abril).

De todo o vindo de expor resulta que a cobrança de taxas moderadoras aos utentes do SNS, terá que ter como subjacente que a mesma:

- 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.

Assim, e atenta a legislação actualmente em vigor, as taxas moderadoras não podem ser cobradas, quer àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, quer àqueles financeiramente mais desfavorecidos, os quais teriam que ficar isentos do seu pagamento, conforme estabelecido no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto.

Efectivamente, o critério constitucional adequado, na apreciação das distinções estabelecidas em matéria de gratuidade 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 necessariamente 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.

Recorde-se que era referido no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade que o sistema de isenções teria de ser revisto tendo em conta a capacidade de pagamento e a necessidade continuada de cuidados de saúde, evitando a exclusão do acesso a cuidados de saúde a grupos da população especialmente vulneráveis.

E efectivamente verifica-se que actualmente existe uma extensa lista de isenções às taxas moderadoras<sup>46</sup>, que aparenta ser o resultado de uma dinâmica histórica de sucessivos acrescentos às isenções inicialmente previstas. Ora, tanto coloca a questão, especificamente no que respeita às categorias relacionadas com doenças crónicas, de se haverem previsto apenas algumas destas e de um conjunto vasto de outras doenças crónicas – ou mesmo raras – não haverem sido contempladas pelo mesmo propósito de isenção de taxas moderadoras. Não se cuidará aqui de se discutir da bondade ou oportunidade de aumento ou redução das categorias de isenção actualmente existentes, mas antes e apenas o de evidenciar a já existente iniquidade entre utentes doentes crónicos, que ora serão ou não serão isentos de taxas moderadoras consoante a sua doença haja sido contemplada para isenção. E sempre se dirá que se houvesse uma questão de foro constitucional quanto à revisão das

---

<sup>46</sup> Cfr. Lista das categorias de isenções de taxas moderadoras constante do Anexo II.

actuais categorias de isenção, de igual forma sempre se haveria de colocar em discussão a compatibilidade jus-constitucional da actual cobrança de taxas moderadoras a todos os utentes doentes crónicos, que por tanto efectivamente se vêem forçados a recorrer reiteradamente, e sem conexão à sua vontade, a cuidados de saúde motivados por tal patologia crónica.

Por outro lado, verifica-se também que o efeito da isenção é “irrestrito”, ou seja, para qualquer tipo de cuidado de saúde independentemente da sua relação com a condição ou patologia crónica que se encontra na base da concessão da isenção.

Tanto justifica que se proceda a uma reflexão sobre o impacto resultante de alterações nas categorias sujeitas a isenção de taxas moderadoras, e tentativamente procurando-se determinar aquelas que possam ser eliminadas ou restringidas, uma vez que, e atento o já *supra* referido quanto à possibilidade de aumento do valor das taxas moderadoras, também aqui se verifica ser possível, à luz do quadro jurídico-constitucional existente, 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.

Efectivamente, actualmente encontram-se previstas 46 categorias distintas de isenção (cfr. Anexo II), das quais cerca de 25 referem-se a situações de doenças crónicas.

Por outro lado, verifica-se que muitas de tais categorias de isenções não se referem àqueles dois aspectos mais relevantes que devem ser considerados neste campo, a saber, a insuficiência de meios financeiros dos utentes para o acesso aos cuidados de saúde, por um lado, e a cronicidade dos seus estados de saúde, por outro. Nesse sentido, e de novo lembrando-se o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, são apenas tais dois aspectos que estabelecem os limites do quadro jus-constitucional aplicável às taxas moderadoras. O mesmo é dizer que todas as restantes isenções actualmente previstas e que nos mesmos não se fundamentem, não possuem qualquer fundamento constitucional que as suporte.

Já quanto ao elenco actualmente abrangido pelas isenções no que concretamente respeita a doenças crónicas, constata-se que aquele já resultava do disposto no Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril (entretanto revogado pelo Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto), complementado pela Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto. E igualmente se faz notar que em sede de Decreto-Lei (seja no anterior Decreto-Lei n.º 54/92, seja no actual Decreto-Lei n.º 173/2003) apenas se encontram previstas 12<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> A saber, insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsonicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com

das 25 isenções motivadas por doença crónica, pelo que as remanescentes 13<sup>48</sup> encontram-se previstas na referida Portaria que, ademais, foi ainda aprovada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/92.

De tanto resulta que quer o Decreto-Lei n.º 54/92, quer o Decreto-Lei n.º 173/2003 não tiveram a sua constitucionalidade posta em crise apesar de aí não serem contempladas todas as doenças crónicas existentes. E é de sublinhar, já quanto ao último dos Decretos-Lei, que o mesmo manteve a referida lista de 12 doenças crónicas, mesmo num momento posterior à referida Portaria do Ministro da Saúde n.º 349/96, e pela qual já se haviam reconhecido 13 outras doenças crónicas como merecedoras de isenção.

Daqui resulta a necessária conclusão que 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. Efectivamente, 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 perspectiva 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 perspectiva social, para além da económica, do individuo.

Desde logo, a característica do SNS será ainda cumprida se as isenções relacionadas com a incapacidade financeira do individuo – 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 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),

---

doença de Hansen, com espondilite anquilosante, esclerose múltipla e doentes mentais crónicos.

<sup>48</sup> A saber, doença genética com manifestações clínicas graves, insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia, doença pulmonar crónica obstrutiva, hepatite crónica activa, cirrose hepática com sintomatologia grave, artrite invalidante, lúpus, dermatomiosite, paraplegia, miastenia grave, doença desmielinizante, doença do neurónio motor.

em função das suas doenças crónicas, aos cuidados de saúde de que recorrentemente necessitam.

Por outro lado, e como já aliás referido *supra*, as isenções actualmente existentes são “transversais”, ou seja, mesmo que motivadas por uma específica doença crónica, abrangem todos e quaisquer cuidados de saúde irrelevantemente da sua conexão, directa ou indirecta, com a doença crónica em questão.

Por último, e de novo demonstrando que a determinação de inclusão de determinadas doenças crónicas no âmbito da lista de categorias de isenção é matéria de política de saúde, a própria configuração do elenco de categorias é distinta consoante a entidade financiadora dos cuidados. Na verdade, e se até aqui se apresentaram as categorias de isenções existentes no SNS, quando se cuida de analisar 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 –, verifica-se que as isenções por doenças crónicas dos beneficiários existem, mas diferem substancialmente, sobretudo em número (inferior), daquelas previstas no SNS. E tomando a ADSE como subsistema público mais representativo, 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 actos, os beneficiários da ADSE que sejam insuficientes renais crónicos, portadores de hemofilia ou de paramiloidose<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> 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.

É possível reduzir as actuais 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 actualmente existentes não se referem nem à insuficiência de meios financeiros dos utentes para o acesso aos cuidados de saúde, nem à cronicidade dos seus estados de saúde, pelo que não possuem qualquer fundamento constitucional que as suporte.

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

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

### 3.2. Estimativa do impacto de uma alteração das taxas moderadoras

O Relatório da Comissão para a Sustentabilidade apresenta na secção 21.2 do Anexo 21 uma opção de simulação do impacto da alteração das taxas moderadoras sobre as necessidades de financiamento do SNS, essencialmente com base na relação:

$$F = \alpha [c - x(1 - \tau)] q \left[ \frac{x(1 - \tau)}{p} \right] + (1 - \alpha) c q \left( \frac{0}{p} \right),$$

em que  $F$  representa as necessidades de financiamento *per capita* do SNS,  $q$  é a quantidade de cuidados de saúde prestados,  $x$  é a taxa moderadora paga,  $p$  é o preço de outros bens,  $c$  é o custo médio por unidade de quantidade,  $\tau$  é a taxa de crédito fiscal,  $\alpha$  é a proporção da população que paga taxas moderadoras e  $0$  é o preço pago pelos utentes que estão isentos do pagamento da taxa moderadora. Dada a definição fundamentada de  $F$  em cada Orçamento do Estado, a sustentabilidade do SNS pode ser definida como o respeito pelo equilíbrio ao longo dos anos, não se ultrapassando, assim, os valores orçamentados.

Com base nesta expressão, pode-se constatar que as necessidades de financiamento do SNS aumentam, quando, *ceteris paribus*:

- A quantidade de cuidados de saúde prestados aumenta;
- O custo por unidade de quantidade aumenta;
- A taxa moderadora diminui (tanto pelo efeito negativo sobre o ganho financeiro com a taxa como pelo efeito positivo sobre a quantidade);
- O nível de preços de outros bens aumenta (em função do efeito de diminuição do preço relativo de cuidados de saúde para os utentes não isentos e consequente aumento da quantidade);
- A taxa de crédito fiscal aumenta (tanto pelo efeito negativo sobre o ganho financeiro com a taxa como pelo efeito positivo sobre a quantidade); e
- A proporção da população que paga taxas moderadoras aumenta (por causa do efeito de moderação sobre um maior número de utentes e do maior ganho financeiro com a taxa).

Considerando as necessidades de financiamento do SNS como sendo a despesa total do SNS em cada ano, note-se, contudo, que as transferências do Orçamento do Estado nos últimos anos não cobriram a totalidade da despesa do SNS, conforme se pode verificar na Tabela 1 *infra*, em que se apresentam os dados publicados pela Direcção-Geral do Orçamento<sup>50</sup>, juntamente com uma projecção realizada para 2011 (com base no Orçamento do Estado para 2011 e nos dados de despesa total publicados referentes aos meses de Janeiro a Agosto de 2011).

<sup>50</sup> Em <http://www.dgo.pt/Boletim/index.htm>.

**Tabela 1 – Despesa total do SNS e transferências do Orçamento do Estado desde 2005<sup>51</sup>**

Necessidades de financiamento do SNS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011P
Despesa total do SNS	8.005.700	8.031.200	8.192.900	8.395.500	9.069.300	9.399.100	8.686.200
Transferências correntes obtidas (OE)	7.634.000	7.631.900	7.673.400	7.900.000	8.200.000	8.698.700	8.100.000
Saldo	-371.700	-399.300	-519.500	-495.500	-869.300	-700.400	-586.200

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGO e do OE para 2011.

Como se pode notar, os números estimados relativos a 2011 já apresentam uma redução do saldo negativo entre a despesa total do SNS e as transferências do Orçamento do Estado. Apesar de ter havido uma redução nas receitas entre Janeiro e Agosto de 2011 face ao mesmo período de 2010, conforme identificado no Boletim da síntese de execução orçamental da Direcção-Geral do Orçamento, houve porém uma redução de despesa mais pronunciada que contribui para um tal resultado.

### 3.2.1. Alteração no valor da taxa moderadora

Depreende-se da relação *supra* apresentada, no que concerne às taxas moderadoras, que os aumentos das taxas moderadoras deverão acompanhar o aumento no nível de preços dos outros bens (Recomendação n.º 5 da Comissão para a Sustentabilidade).

Tomando a variação das necessidades de financiamento do SNS quando o valor da taxa moderadora varia, o Anexo 21 indica os cálculos até uma expressão que permite estimar como aumentos na taxa moderadora afectam as necessidades de financiamento do SNS:

$$\frac{dF}{F} = - \left\{ (1 - \tau)s(1 - \varepsilon) + \frac{\varepsilon\alpha[1 + s(1 - \tau)]}{\alpha + (1 - \alpha)(1 + \varepsilon)} \right\} \frac{dx}{x},$$

em que  $s$  é a proporção inicial da despesa do SNS que é financiada por taxas moderadoras e  $\varepsilon$  é a elasticidade procura preço (que traduz a variação da quantidade dos cuidados de saúde prestados que ocorre quando a relação entre as taxas moderadoras líquidas, ou seja, as taxas moderadoras menos o benefício fiscal e os preços de outros bens varia)<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> Valores em milhares de euros.

<sup>52</sup> Note-se que esta equação apresenta uma pequena diferença em relação à equação apresentada no Anexo do documento “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, designadamente no que se refere à inclusão da elasticidade procura preço no numerador do segundo termo entre chaves. Entende-se que a equação aqui apresentada

O exemplo apresentado na secção 21.2 do Anexo considera a taxa de crédito fiscal de 0,3 e propõe  $\varepsilon=0,17$ ,  $s=0,01$ <sup>53</sup> (ou 0,0098, conforme consta do Quadro 16 do Relatório) e  $\alpha=0,45$  e, assim, indica que um aumento nas taxas moderadoras de 25% diminui as necessidades de financiamento do SNS em 1,9%.

Por sua vez, utilizando a mesma relação entre a variação das necessidades de financiamento do SNS e a alteração do valor da taxa moderadora e considerando um aumento nas taxas moderadoras de 3,5% (inflação projectada pelo FMI para 2011<sup>54</sup>) para 2012 e uma taxa de crédito fiscal de 10%, de acordo com o previsto no Memorando de Entendimento, para além das actualizações dos valores de  $s$  (que agora se considera ser de 0,0112, tendo em conta os dados apresentados na Síntese da Execução Orçamental da Direcção-Geral do Orçamento de Agosto de 2011) e de  $\alpha$  (igual a 0,4990, tendo em conta o número de isentos e o número de utentes utilizadores em 2010 fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)<sup>55</sup>), a redução na necessidade de financiamento do SNS seria de apenas cerca de 0,31%, o que equivaleria em termos monetários a uma redução de cerca de 26,9 milhões de euros em 2012 (considerando a despesa total do SNS estimada para 2011 apresentada na Tabela 1 como base de cálculo).

De forma similar, e considerando a inflação projectada para 2012 de 2,1%, a redução em 2013 das necessidades de financiamento do SNS seria de aproximadamente 0,18%, o que representaria cerca de 15,6 milhões de euros adicionais em 2013 (utilizando como base de cálculo as necessidades de financiamento estimadas para 2012 – igual a 2011, mas com a redução calculada de 26,9 milhões de euros).

---

estará correcta, considerando a derivação desde a expressão (1) até à expressão (5) apresentadas no referido Anexo (páginas 324 e 325).

<sup>53</sup> Note-se que consta do Anexo o valor de 0,1, que no entanto se alterou em função do dado correspondente apresentado no Quadro 16 do Relatório (0,0098).

<sup>54</sup> Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais – Previsões para a Economia Portuguesa, 12 de Julho de 2011.

<sup>55</sup> Note-se que a proporção de utentes não isentos se alteraria para 65,23% se se considerasse a população residente actual (segundo dado do INE).

**Qual o ganho financeiro esperado de um aumento do valor das taxas moderadoras?**

**Um aumento nas taxas moderadoras de 25% diminui as necessidades de financiamento do SNS em 1,9%.**

**Com um aumento nas taxas moderadoras de 3,5% (inflação projectada para 2011) para 2012 e uma taxa de crédito fiscal de 10%, a redução na necessidade de financiamento do SNS seria de apenas cerca de 0,31%, o que equivaleria em termos de despesa corrente anual do SNS a uma redução de cerca de 26,9 milhões de euros.**

**Por sua vez, considerando a inflação projectada para 2012, a redução na necessidade de financiamento do SNS referente a 2013 seria de cerca de 0,18%, o que em termos de despesa corrente anual do SNS equivaleria a uma diminuição de cerca de 15,6 milhões de euros.**

**Sendo assim, a redução total na despesa corrente do SNS estimada para o período de 2012 e 2013 com o aumento das taxas moderadoras com base na inflação seria de aproximadamente 42,5 milhões de euros, atentos os pressupostos adoptados na análise.**

### **3.2.2. Alteração na isenção da taxa moderadora**

O Anexo do Relatório da Comissão para a Sustentabilidade permite também aferir do efeito de alteração do regime de isenções das taxas moderadoras, com base na seguinte expressão:

$$\frac{dF}{F} = - \left\{ \frac{\varepsilon\alpha[1 + s(1 - \tau)]}{\alpha + (1 - \alpha)(1 + \varepsilon)} + s(1 - \tau) \right\} \frac{d\alpha}{\alpha}.$$

Verifica-se que se a proporção de pessoas que pagam taxas moderadoras aumentar em 33,3% (via eliminação de isenções, o que levaria a um aumento da proporção de pessoas que pagam taxas moderadoras de 49,9% para 66,5%) e a taxa de crédito fiscal diminuir para 10%, como se prevê, estima-se que as necessidades de financiamento do SNS se reduziriam em cerca de 3,0%, ou aproximadamente 260,6 milhões de euros em 2012<sup>56</sup> <sup>57</sup>, pelo que se poderão obter resultados mais expressivos para a cobertura das necessidades de financiamento do SNS através de

<sup>56</sup> Considerando os dados do INE, Conta Satélite, aplicando a taxa de crescimento médio entre 2000 e 2008 (valor projectado para 2008) à despesa corrente do SNS ano a ano, desde 2008 até 2012.

<sup>57</sup> Nesta estimativa para o quarto trimestre de 2011 o cálculo se fez com base na projecção da despesa corrente do SNS para 2011.

redução/eliminação de isenções do que por meio do aumento dos valores das taxas moderadoras. Acresce que neste caso (considerando  $\alpha=0,665$ ), o impacto de aumentos no valor das taxas moderadoras de 3,5% em 2011 e 2,1% em 2012 reduziriam as necessidades de financiamento do SNS em cerca de 35,6 e 20,1 milhões de euros, em 2012 e 2013, respectivamente.

Considerando que o número de isentos corresponde a 50,1% dos utentes utilizadores, tal significaria a eliminação de isenções a cerca de 1 milhão e 219 mil utentes utilizadores, o que segundo a distribuição dos grupos de isenção<sup>58</sup> significaria a manutenção de isenções, por mero exemplo, apenas para crianças até 12 anos de idade, pensionistas com pensão não superior ao Salário Mínimo Nacional (SMN) e respectivos dependentes, pensionistas cujo rendimento do agregado familiar dividido por dois é inferior ao SMN e respectivos dependentes, desempregados inscritos nos Centros de Emprego e respectivos dependentes, beneficiários de prestação de carácter eventual por situação de carência paga por serviços oficiais, trabalhadores por conta de outrem que recebam vencimento mensal não superior ao SMN e respectivos dependentes e trabalhadores por conta de outrem cujo rendimento do agregado familiar dividido por dois seja inferior ao SMN e respectivos dependentes, excluindo a isenção aos utentes com declaração médica definitiva, entre outros (que, sendo assim, poderia eventualmente ser limitada aos actos clínicos directamente relacionados com a doença crónica do utente e com restrição de utilização a uma determinada quantidade anual máxima de actos clinicamente determinada ou com a aplicação de isenções parciais, com a aplicação de descontos até valores mínimos pré-definidos<sup>59</sup>).

Por seu turno, a alteração da proporção de pessoas que pagam taxas moderadoras de 49,9% para 83,2%, equivalente a um aumento de 66,7% da proporção, por exemplo, provocaria uma diminuição das necessidades de financiamento do SNS de cerca de 5,9%, ou seja, cerca de 512,5 milhões de euros para 2012<sup>60</sup>, de acordo com a relação apresentada *supra* (e aumentos nas taxas moderadoras de 3,5% e 2,1% em 2012 e 2013, respectivamente, considerando neste caso  $\alpha=0,832$ , reduziriam as necessidades de financiamento do SNS em 45,2 milhões e 25,2 milhões de euros em 2012 e 2013, respectivamente, em termos aproximados). No entanto, isto implicaria a

---

<sup>58</sup> Tendo em conta os dados fornecidos pela ACSS.

<sup>59</sup> Note-se, porém, que estas isenções limitadas reduziriam em algum grau a variação estimada das necessidades de financiamento.

<sup>60</sup> Considerando os dados do INE, Conta Satélite, aplicando a taxa de crescimento médio entre 2000 e 2008 (valor projectado para 2008) à despesa corrente do SNS ano a ano, desde 2008 até 2012.

eliminação de isenções a cerca de 2 milhões e 438 mil utentes, tendo em conta os dados fornecidos pela ACSS e reduziria o número de isentos para cerca de 1 milhão e 233 mil utentes – um número inferior ao número de habitantes em risco de pobreza, segundo o INE (habitantes com rendimentos líquidos anuais por adulto equivalente inferiores a 5207 euros, em 2009, ou cerca de 434 euros por mês)<sup>61</sup>.

Por outro lado, importa destacar que o próprio Relatório da Comissão para a Sustentabilidade salienta que “*não existem estudos que tenham avaliado a proporção de actos utilizados por pessoas isentas*” e que “*mais importante para a tomada de decisão sobre eventuais alterações ao regime de isenções*” será a obtenção da informação sobre os actos utilizados pelos utentes.

Neste sentido, embora as formalizações matemáticas *supra* apresentadas (baseadas no Anexo do Relatório) permitam a demonstração das relações entre as variáveis-chave relacionadas com as necessidades de financiamento do SNS, deve-se notar que não é possível realizar determinadas análises mais aprofundadas e precisas sem os dados dos actos utilizados pelos utentes, em que se calcularia, por exemplo, o impacto potencial da eliminação de tipos específicos de isenção de taxa moderadora sobre as necessidades de financiamento do SNS ou a alteração dos valores das taxas moderadoras de determinados tipos de cuidados de saúde (urgência/consultas) e/ou de determinados tipos de prestadores de cuidados de saúde (hospitais/prestadores de cuidados de saúde primários), nem tão-pouco avaliar o impacto de alteração de taxas moderadoras de diferentes origens da utilização (por iniciativa do utente/por requisição médica)<sup>62</sup>.

Neste sentido, para se avaliar diferentes impactos relativos às taxas moderadoras sobre as necessidades de financiamento do SNS, tais como o impacto da introdução de novas taxas, o ideal será ter-se acesso a uma série histórica, com identificação dos actos clínicos prestados por utente (sem identificação dos utentes, mas possibilitando

---

<sup>61</sup> Vide Rendimento e Condições de Vida do INE, 2010 (Dados Provisórios), de 11 de Julho de 2011. De acordo com o INE, “*o rendimento por adulto equivalente é obtido dividindo o rendimento líquido de cada família pela sua dimensão em número de adultos equivalentes e o seu valor atribuído a cada membro da família*”. O número de habitantes em risco de pobreza, considerando a população residente actual, sendo os dados do INE, seria de cerca de 1 milhão e 889 mil.

<sup>62</sup> Outro impacto que deveria ser estimado, mas que requereria um estudo bem mais aprofundado e um conjunto de dados provavelmente incompletos ou não actualizados refere-se aos ganhos de saúde possivelmente obtidos pela manutenção da isenção das taxas moderadoras para as crianças. O impacto da manutenção desta isenção será possivelmente positivo no longo prazo, em função do efeito dos cuidados de saúde utilizados pelas crianças e o conhecimento de hábitos saudáveis que as crianças adquirirão nos contactos estabelecidos com os profissionais de saúde.

a diferenciação dos utentes), tais como os exemplificados na Tabela 2 *infra*, para cada ano (ou trimestre).

**Tabela 2 – Dados para uma análise do impacto de taxas moderadoras (exemplo com dados hipotéticos)**

Utente	Acto	Nº de actos	Valor	Receita com taxa	Isenção	Motivo de isenção
x	a	2	4	8	1	dador
x	b	5	4	20	1	dador
x	c	4	3	12	1	dador
x	d	1	3	3	1	dador
x	e	3	6	18	1	dador
x	f	1	6	6	1	dador
x	g	5	6	30	1	dador
y	a	3	4	12	0	0
y	b	23	4	92	0	0
y	h	6	7	42	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Identificam-se preliminarmente os seguintes cálculos que se poderiam fazer em posse desses dados:

1. Cálculo de estimativas do ganho financeiro potencial que se poderia obter com a eliminação de isenções:
  - a. Poder-se-ia realizar diversos cálculos considerando a eliminação de diferentes grupos de isenção.
2. Estimativa do impacto da introdução de novas taxas moderadoras ou de isenções ou de alterações dos valores das taxas no passado sobre as quantidades utilizadas, identificando se as taxas efectivamente moderam a utilização, ou não, e qual o grau de moderação:
  - a. Poderiam eventualmente ser identificados perfis de utentes, de acordo com os actos clínicos utilizados e depois seria analisado o efeito de redução/aumento de quantidades utilizadas com base em dados de diferentes anos;
3. Comparação num único ano de perfis de utentes iguais com isenção não relacionada com doença (dadores de sangue, por exemplo) e sem isenção, para se identificar como a isenção afecta o volume de utilização; e ou, por exemplo,

4. Estimativa do impacto de alterações de valores de taxas específicas (v.g. urgência hospitalar ou consultas hospitalares de especialidade).

Por sua vez, tendo em conta a função principal das taxas moderadoras, de moderação do consumo/utilização, poder-se-ia em posse de outros dados, que possibilitem a distinção entre os actos requisitados/marcados pelos médicos e os actos solicitados pelos utentes, tais como os apresentados na Tabela 3, realizar cálculos para estimar exactamente como as taxas poderiam ser adoptadas seguindo estritamente o sentido de moderação.

**Tabela 3 – Dados para identificação de actos prescritos ou utilizados por iniciativa dos utentes (exemplo com dados hipotéticos)**

Utente	Nº de actos	Tipo acto	Valor	Receita com taxa	Isonção	Motivo de isonção
x	4	primeira consulta hospitalar	5	20	1	dador
x	3	consulta CS por iniciativa do utente	5	15	1	dador
x	2	consulta CS por indicação médica	5	10	1	dador
x	5	urgência hospitalar	6	30	1	dador
x	2	urgência CS	6	12	1	dador
x	1	consulta hospitalar seguinte	5	5	1	dador
x	24	outras por iniciativa do utente	45245	1085880	1	dador
x	33	outras por indicação médica	43	1419	1	dador

Fonte: Elaboração própria.

Com base nestes dados poder-se-ia calcular o impacto potencial do aumento dos valores e/ou da eliminação ou limitação das isenções das taxas moderadoras dos actos clínicos solicitados por iniciativa do utente (limitação por número máximo de actos clinicamente aceitável/recomendável, inclusive para o caso das doenças crónicas), mantendo as actuais taxas moderadoras e eventuais isenções dos actos que sejam prescritos pelos médicos (isto é, que os utentes devem utilizar somente devido a indicação médica).

A organização e recolha desses dados consubstanciar-se-á num passo importante para se poder aferir, com segurança e fundamento, do impacto sobre as despesas do SNS de alterações relativas nas taxas moderadoras, tendo em conta a referida função moderadora.

Tendo-se solicitado à ACSS os dados referentes aos actos clínicos, e não tendo sido possível obtê-los por tal informação não constar do Registo Nacional de Utentes (RNU), considera-se que será apropriada a recolha de dados e sua inclusão futura no RNU, de forma a que se possam realizar análises mais aprofundadas, tais como as exemplificadas *supra* com dados hipotéticos.

**Qual o ganho financeiro esperado de uma revisão das categorias de isenção das taxas moderadoras?**

**Se a proporção de pessoas que pagam taxas moderadoras aumentar em 33,3% (via eliminação de isenções, o que levaria a um aumento da proporção de utentes utilizadores que pagam taxas moderadoras de 49,9% para 66,5%) e a taxa de crédito fiscal diminuir para 10%, como se prevê, estima-se que as necessidades de financiamento do SNS se reduziram em cerca de 3,0%, ou aproximadamente 260,6 milhões de euros em 2012.**

**Neste caso, o impacto de aumentos no valor das taxas moderadoras de 3,5% em 2011 e 2,1% em 2012 (cfr. projecções de inflação) reduziram as necessidades de financiamento do SNS em cerca de 35,6 e 20,1 milhões de euros, em 2012 e 2013, respectivamente.**

### **3.2.3. Taxas moderadoras progressivas**

Também no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, e em particular no seu Anexo 14, analisaram-se argumentos sobre a própria opção pelo recurso às taxas moderadoras, sendo que, resumidamente, os que podem ser considerados principais referem que:

- a) As taxas moderadoras cobrem apenas uma pequena fracção dos custos, pelo que não solucionam directamente o problema da sustentabilidade do SNS;
- b) A aplicação dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras pode acarretar custos administrativos elevados;
- c) A moderação pode induzir atrasos na utilização de cuidados de saúde preventivos necessários, cuja necessidade os utentes não sabem determinar ou assimilar *a priori* (devido à assimetria de informação entre utentes e profissionais de saúde), mesmo no caso dos actos requisitados pelos médicos (porquanto o utente poderá não confiar plenamente no seu médico), o que, por seu turno, pode contribuir para uma deterioração na saúde dos utentes, os quais poderão, assim, ter que utilizar cuidados de saúde mais custosos para o SNS posteriormente; e
- d) O impacto negativo sobre a saúde dos utentes da moderação prejudica mais os utentes de menor rendimento, que são mais sensíveis a variações nos

preços dos cuidados de saúde e que, além disso, costumam ter piores níveis de saúde.

De facto, note-se que em termos estritos de restrição de utilização desnecessária a taxa moderadora não seria imprescindível, pelo menos nos serviços de urgência, se se pudesse moderar a utilização introduzindo, por exemplo, uma cor adicional no sistema de triagem de Manchester, que possibilitasse ao enfermeiro da triagem diferenciar os casos em que não há necessidade de atendimento médico, mas apenas de cuidados de enfermagem (e eventualmente poderia ser marcada *in loco* uma consulta médica no Centro de Saúde para um outro dia). Tal medida poderia contribuir adicionalmente para a redução das necessidades de financiamento do SNS se fosse implementada juntamente com a promoção de alterações nos valores e nas isenções das taxas moderadoras. E ainda a propósito de urgências, será ainda possível o estabelecimento de valores distintos na utilização dos serviços de urgência em directa correlação com o grau de urgência/emergência identificado na triagem de Manchester, sendo o valor mais elevado associado à menor urgência.

Por seu turno, tendo em conta a alínea d) *supra*, poder-se-ia considerar que uma outra forma de se contribuir para a redução das necessidades de financiamento do SNS poderia envolver a introdução de taxas moderadoras progressivas<sup>63</sup>.

Refira-se, desde logo, que tal introdução 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>64</sup>.

Se as taxas moderadoras forem vistas na sua função disciplinadora de consumo excessivo de cuidados de saúde, a sua introdução parece ser o meio mais apto a produzir os efeitos pretendidos. Isto porque, a cobrança de uma taxa fixa a todos cidadãos, sem atender aos rendimentos auferidos, nem à sua condição social, poderá

---

<sup>63</sup> Ou, alternativamente, sugere que se deva manter apenas as isenções de taxas moderadoras a esses utentes.

<sup>64</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 alínea c) da Base XXIV, caracteriza o SNS como sendo “*tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos*”.

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 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 rendimentos superiores<sup>65</sup>. Diferente será a situação em que os cidadãos mais carenciados, ainda que não sujeitos a isenção do pagamento de taxa, pagam uma taxa de valor inferior, e os cidadãos com maiores recursos pagam uma taxa 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.

Porém, deve aqui fazer-se notar que a introdução de taxas moderadoras progressivas conduzirá, necessariamente, a um aumento nos custos administrativos inerentes à sua implementação, à própria operacionalização do mecanismo de diferenciação de valores consoante o utente, e ainda à necessidade de comprovação de rendimentos para definição do valor a suportar a título de taxa moderadora por cada concreto utente.

Acresce que se pode argumentar que um aumento das taxas moderadoras a utentes de maior rendimento não irá necessariamente moderar a utilização dos cuidados de saúde em grau suficiente a uma redução expressiva da despesa do SNS, na medida em que os utentes com maior rendimento já recorrerão proporcionalmente menos ao SNS, por terem maior acesso a seguros de saúde e subsistemas (públicos ou privados) de saúde.

Considerando apenas o ganho financeiro de introdução de taxas moderadoras progressivas, apresente-se o seguinte exemplo, em que cerca de 10% da população portuguesa com rendimentos mais elevados (ou seja, pouco mais de 1 milhão de habitantes) recorre hipoteticamente uma vez por ano a uma urgência polivalente do SNS, com valor associado de taxa moderadora de 9,60 €. Supondo que esta taxa fosse aumentada a esses utentes para um valor três vezes superior (24,79 €), ou seja, 16,9% do preço do episódio para os hospitais do SNS (147 €), o ganho financeiro corresponderia a cerca de 16,0 milhões de euros, considerando apenas a taxa

---

<sup>65</sup> Conforme é referido por Jorge Reis Novais, no Anexo 4. ao Relatório, “*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*”.

moderadora, sem se considerar o potencial efeito moderador do aumento da taxa sobre as despesas do SNS, que, no caso de atingir, por exemplo, 10% desta população, reduziria o valor para cerca de 14,4 milhões de euros<sup>66</sup>. Note-se que 16,9% é uma percentagem igual à relação entre a taxa moderadora de uma urgência básica (paga actualmente por todos os utentes não isentos) e o GDH respectivo<sup>67</sup>.

O efeito moderador do aumento da taxa sobre a utilização dos cuidados de saúde no SNS por parte daqueles com rendimentos mais elevados, assim como a atribuição de isenção aos utentes mais desfavorecidos, não promoverão desigualdade no acesso dos utentes, em função das necessidades de cuidados de saúde serem diferentes consoante a condição sócio-económica do utente. Considerando que a população com pior condição sócio-económica tem globalmente mais problemas de saúde, a probabilidade de um utente com pior condição sócio-económica e não isento de taxa moderadora recorrer a uma unidade hospitalar do SNS com necessidade efectiva de obtenção de cuidados de saúde, ou seja, tendo um problema de saúde que deve idealmente ser visto rapidamente para se eliminar o risco de deterioração da sua saúde e a necessidade de prestação de cuidados de saúde mais complexos e custosos posteriormente, será maior do que a probabilidade de um utente que auferir rendimentos mais altos ter um problema efectivo, se ambos recorrem o mesmo número de vezes todos os anos a um serviço de urgência do SNS<sup>68</sup>.

Dadas estas considerações, a progressividade das taxas moderadoras poderá fazer sentido com vista a uma maior cobertura das necessidades de financiamento do SNS, contribuindo para a sua sustentabilidade.

Mas a complexidade que implicaria a introdução de taxas progressivas<sup>69</sup>, e a própria necessidade de estabelecer um mecanismo eficiente e sólido de sustentabilidade do

---

<sup>66</sup> Os 20% com rendimentos mais elevados, segundo o INE, auferem rendimentos líquidos de 5,6 vezes o rendimento dos 20% da população com mais baixos recursos, o que se estima que deva corresponder a um rendimento médio mensal líquido entre 2.500 e 3.000 euros (dado o facto de que 17,9% corresponde à proporção da população em risco de pobreza, com rendimentos líquidos anuais de 434 euros por mês). *Vide* Rendimento e Condições de Vida do INE, 2010 (Dados Provisórios), de 11 de Julho de 2011.

<sup>67</sup> A taxa moderadora da urgência básica é de 8,60 € e o GDH respectivo é 51 €. *Vide* GDHs das urgências na Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, publicada no Diário da República, 1.ª série.

<sup>68</sup> Um utente com pior condição sócio-económica e não isento poderia ser definido como um utente em risco de exclusão social, se as isenções às taxas moderadoras fossem definidas apenas para utentes em risco de pobreza (17,9% da população). De acordo com o INE, a população em risco de pobreza ou exclusão social era de 25,3% em 2010.

<sup>69</sup> Note-se que para além da referida complexidade, a própria essência das taxas progressivas pode revelar-se como carecendo de fundamento em sentido económico, porquanto tanto só seria *“razoável quando o desperdício na utilização de serviços de saúde for, para o mesmo grau de participação, bastante mais elevado em utentes/doentes com maior rendimento.*

SNS, aconselha a que no imediato se encontrem outras soluções que, seja pela sua simplicidade ou pela própria ligação das situações aos cuidados de saúde, poderiam ser rapidamente implementadas e auxiliarem à consciencialização da necessidade de uma postura colectiva de responsabilização pela saúde e de adopção de hábitos saudáveis de saúde.

A esse título são apresentadas no ponto 3.9 *infra* um conjunto de medidas alternativas que podem concorrer para a sustentabilidade económico-financeira do SNS.

**É possível ou desejável o estabelecimento de taxas progressivas, bem como aumentar a sua variabilidade em função do tipo de cuidado e/ou grau de utilização?**

**À luz do quadro jurídico-constitucional existente, é possível o estabelecimento de taxas progressivas. Porém, a complexidade de introdução de taxas progressivas, e a própria necessidade de estabelecer um mecanismo eficiente e sólido de sustentabilidade do SNS, aconselha a que se encontrem outras soluções que, seja pela sua simplicidade, seja pela própria ligação das situações aos cuidados de saúde, poderiam ser rapidamente implementadas e auxiliarem à consciencialização da necessidade de uma postura colectiva de responsabilização pela saúde e de adopção de hábitos saudáveis de saúde.**

**Não obstante, considerando apenas o ganho financeiro de se introduzirem taxas moderadoras progressivas, se 10% da população portuguesa com rendimentos mais elevados (ou seja, pouco mais de 1 milhão de habitantes) recorre hipoteticamente uma vez por ano a uma urgência polivalente do SNS, com valor associado de taxa moderadora de 9,60 €, e supondo que esta taxa fosse aumentada a esses utentes para um valor três vezes superior (24,79 €), ou seja, 16,9% do preço do episódio para os hospitais do SNS (147 €), o ganho financeiro corresponderia a cerca de 16,0 milhões de euros, considerando apenas a taxa moderadora, sem se considerar o potencial efeito moderador do aumento da taxa sobre as despesas do SNS, que, no caso de atingir, por exemplo, 10% desta população, reduziria o valor para cerca de 14,4 milhões de euros.**

---

*De outro modo, o mero argumento de justiça social leva unicamente a que sejam definidos impostos com maior progressividade em lugar de alterar os pagamentos no momento do consumo* – cfr. Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde de Barros, P.P., in “Inovação e Sustentabilidade em Saúde. Equação Impossível?”, Cadernos Saúde e Sociedade, Diário de Bordo editores, 2010, pp. 109.

### 3.2.4. Medidas complementares referentes à cobrança das taxas moderadoras

No que se refere aos custos administrativos referidos *supra* neste capítulo, tanto na lista de argumentos contrários às taxas moderadoras como no caso da introdução de taxas moderadoras progressivas, note-se que o seu aumento será inevitável se se quiserem adoptar formas mais eficazes e expeditas de cobrança de taxas moderadoras.

Na verdade, mais do que a consideração sobre um hipotético aumento de custos administrativos decorrentes de uma melhoria de eficiência na cobrança das taxas moderadoras, dever-se-á reflectir sobre o actual estágio ineficiente que se vem mantendo nesse campo e sobre os benefícios (compensadores) que resultarão de uma alteração do *status quo* em tal domínio.

Apesar de não se conhecerem dados concretos sobre o *ratio* de cobrança de taxas moderadoras – e tanto evidencia por si só a deficiente atenção que tal matéria tem merecido –, não pode deixar de aqui se reconhecer que desde o início de 2011 os prestadores de cuidados de saúde aparentam demonstrar novos comportamentos e uma maior atenção à necessidade de cobrança efectiva de taxas moderadoras aos utentes. E tanto será a causa de a ERS, já neste ano de 2011, ter recebido inúmeras exposições de utentes relativas à temática das taxas moderadoras e que abrangem as mais variadas questões, designadamente, no que se refere:

- (i) à definição dos utentes a quem é exigível o pagamento de taxas moderadoras, bem como daqueles que se encontram abrangidos por uma das situações de isenção legalmente estabelecidas (incluindo a forma de fazer prova das situações de isenção);
- (ii) à definição dos actos sujeitos ao pagamento de taxa moderadora;
- (iii) ao valor das taxas moderadoras em vigor;
- (iv) ao momento em que as taxas devem ser exigidas aos utentes;
- (v) às situações em que existe um terceiro legal ou contratualmente responsável (situações de acidente de viação ou acidente de trabalho, por exemplo);
- (vi) às situações em que o utente pode beneficiar de redução no valor das taxas moderadoras;
- (vii) às consequências do não pagamento de taxa moderadora quando devida; e

(viii) à prescrição dos créditos relativos a taxas moderadoras devidas pelos utentes.

Ora, no âmbito de tais exposições a ERS tomou conhecimento de situações em que os utentes reclamavam do facto de estabelecimentos hospitalares do SNS estarem agora, 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). E a reiteração de tais comportamentos levou a ERS a assumir a necessidade de produzir, em Junho de 2011, uma informação pública aos utentes sobre o quadro legal das taxas moderadoras, e designadamente quanto ao prazo prescricional aplicável, enquanto instrumento de defesa dos direitos e interesses dos utentes. Subsequentemente, também a ACSS sentiu a necessidade de produzir a Informação n.º 26/2011, de 5 de Julho de 2011, no sentido de esclarecer os estabelecimentos do SNS que o prazo de prescrição para a cobrança de taxas moderadoras era de três anos, nos termos do Decreto-Lei n.º 218/99, de 15 de Junho.

De todo este quadro resulta evidente que a actual forma de cobrança de taxas moderadoras não estará a revelar-se eficaz. E de igual forma se conhece a realidade em que o utente desejando pagar a taxa moderadora, os serviços administrativos se encontram encerrados, ou não têm como receber, seja por não terem fundo de maneiço para acerto de contas, seja por não ser possível calcular a tempo o valor a pagar, seja por razões informáticas ou ainda outras, sendo comum a opção pelo envio posterior por via postal da cobrança das taxas moderadoras, com todos os riscos daí inerentes.

Ora, a verdade é que não se vê porque razão os serviços de cobrança dos estabelecimentos do SNS não devam endogeneizar na sua actividade aquilo que são as práticas correntes no sector privado quanto à cobrança atempada dos valores a pagar pelos serviços prestados. Ou seja, e sem prejuízo das dificuldades que por vezes aí igualmente se detectam e inerentes à própria complexidade dos serviços de saúde, podem e devem ser seguidos também pelos estabelecimentos do SNS os princípios gerais e orientadores que a própria ERS já estabeleceu na sua Recomendação dirigida aos prestadores privados de saúde em 11 de Março de 2011<sup>70</sup>, e da qual resulta, entre outros aspectos, a importância de dever ser garantido que a regra seja sempre o pagamento imediato das taxas moderadoras aquando da prestação dos cuidados (ou aquando da alta dos utentes) e a excepção o pagamento diferido, sendo que nestes casos os utentes devem ser esclarecidos das razões pelas

---

<sup>70</sup> [http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Recomendacao\\_Orcamentos.pdf](http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Recomendacao_Orcamentos.pdf).

quais não é possível, excepcionalmente, proceder à cobrança imediata dos cuidados prestados.

E se algumas medidas já vêm sendo adoptadas para fomentar a cobrança das taxas moderadoras, como seja aquela constante do Orçamento do Estado para 2011, aprovado pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de *Dezembro*, que veio estipular que “[...] o não pagamento de taxa moderadora legalmente devida decorridos 10 dias da data da notificação implica o seu pagamento num valor cinco vezes superior ao inicialmente estipulado, nunca inferior a € 100”, verifica-se que a opção a privilegiar-se em tal matéria não deveria olvidar que será porventura mais eficaz a prevenção do próprio risco da (falta de) cobrança das taxas moderadoras, do que propriamente o sancionamento dos utentes – que também será justificável sempre que adequado – aquando de um incumprimento do pagamento de taxas moderadoras. Percebe-se a necessidade de aumentar o valor a cobrar em caso de incumprimento, seja numa perspectiva de prevenção ou intimidação geral, seja numa perspectiva de equilibrar em termos de custo-benefício as cobranças judiciais de taxas moderadoras, mas não poderá deixar de aqui se sublinhar que será nos momentos em que os utentes beneficiaram de serviços de saúde em que os mesmos se mostrarão mais disponíveis para o seu pagamento.

Consequentemente, poder-se-ia aquilatar da possibilidade de adopção de várias outras medidas que visem a efectividade de cobrança das taxas moderadoras, e que exemplificativamente aqui se enumeram:

- a) a efectiva possibilidade, em todos os estabelecimentos do SNS e durante todo o período de abertura de cada estabelecimento, de pagamento com cartão bancário, podendo ser adoptados mecanismos que permitam uma maior flexibilidade na utilização dos sistemas de pagamento automático; e
- b) a introdução de técnicas de gestão e a adopção de mecanismos internos, suportados em sistemas informáticos eficientes, que permitam o efectivo cumprimento da regra do pagamento imediato ou aquando da alta do utente das taxas moderadoras que sejam devidas, ou até, quando aplicável, a possibilidade de emissão de códigos de pagamento no multibanco.

**É possível o estabelecimento de medidas complementares no campo das taxas moderadoras?**

**É particularmente desejável o estabelecimento de medidas que garantam uma efectiva cobrança das taxas moderadoras pelos estabelecimentos do SNS, tais como:**

**a) a efectiva possibilidade, em todos os estabelecimentos do SNS e durante todo o período de abertura de cada estabelecimento, de pagamento com cartão bancário, podendo ser adoptados mecanismos que permitam uma maior flexibilidade na utilização dos sistemas de pagamento automático; e**

**b) a introdução de técnicas de gestão e a adopção de mecanismos internos, suportados em sistemas informáticos eficientes, que permitam o efectivo cumprimento da regra do pagamento imediato ou aquando da alta do utente das taxas moderadoras que sejam devidas, ou até, quando aplicável, a possibilidade de emissão de códigos de pagamento no multibanco.**

### **3.3. Benefícios fiscais para a saúde**

#### **3.3.1. Enquadramento actual**

Conforme se reconhece no Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de Novembro, que aprovou o Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (CIRS), com última actualização decorrente da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, a reforma da tributação de rendimento é julgada indispensável aos objectivos de eficiência económica e de realização de justiça social.

Nessa medida, veio o legislador fiscal assumir que a reestruturação da tributação e do rendimento deve ser norteadada por “*preocupações de eficiência, de simplicidade e de estabilidade das categorias fiscais*”, com marcadas intenções de assegurar o critério da tributação progressiva através, quer da consagração dos abatimentos, quer ainda das deduções à colecta que beneficiam os contribuintes de rendimentos mais baixos.

No que concretamente respeita às deduções fiscais, recorde-se que atentam estas na situação económica do sujeito passivo e do seu agregado familiar e comportam, designadamente, as despesas de saúde, bem como as atinentes aos prémios de seguro. A este propósito, determina o já mencionado CIRS que o imposto não incide sobre as indemnizações devidas, designadamente a título de lesão corporal atribuídas

ao sujeito passivo ao abrigo de contrato de seguro – cfr. artigo 12.º do mesmo diploma –, nem tão pouco incide sobre os montantes necessários à cobertura de despesas extraordinárias relativas à saúde, pagos ou atribuídos pelos Serviços da Segurança Social e pela Santa Casa da Misericórdia e outras IPSS no âmbito de apoios sociais.

Considerando aqui o rendimento da categoria A, o artigo 25.º do CIRS refere que são dedutíveis os montantes ali melhor indicados, e nos termos da alínea a), 72% de doze vezes o valor indexantes dos apoios sociais (IAS) que, note-se, para o ano de 2011, é de € 419,22. Sendo ademais assumido no n.º 2 do mesmo dispositivo legal, que no caso das contribuições para subsistemas legais de saúde, excedido o predito limite percentual, a dedução será no “*montante total dessas contribuições.*”.

São ainda consideradas deduções à colecta, de entre as identificadas nas alíneas do artigo 78.º do CIRS, as despesas de saúde, e o seu regime apenas se aplica aos sujeitos passivos residentes em território português – cfr. n.º 5 do mesmo normativo. No que concretamente respeita às deduções atinentes às despesas de saúde, vem o artigo 82.º dispor que são dedutíveis 30% das importâncias atinentes às aquisições de bens e serviços, relacionadas com despesas de saúde, isentas de IVA ou sujeitas a taxa de 6% ou, ainda que não nestas condições (isto é, despesas de saúde sujeitas a taxa normal de IVA), desde que justificadas com receita médica e sujeitas a um limite de € 65,00 ou de 2,5% das importâncias despendidas.

Ainda, e no que concretamente respeita às despesas sofridas pelos contribuintes relativas a seguros de saúde, o CIRS obriga à comunicação da responsabilidade das empresas de seguros, bem como das associações mutualistas, das instituições sem fins lucrativos que visem a prestação de cuidados de saúde e ainda de outras entidades que participem nas despesas, em declaração de modelo oficial, à Direcção-Geral de Impostos, por cada sujeito passivo, do valor respeitante às despesas dedutíveis à colecta nos termos do predito artigo 82.º (cfr. artigo 127.º do CIRS). Ademais, devem as mesmas entidades entregar ao sujeito passivo, um documento que comprove os “*juros, prémios de seguros de vida ou prémios de seguro ou contribuições que cubram exclusivamente riscos de saúde*” e o “*montante das despesas de saúde dedutíveis à colecta na parte não participada*”.

No que respeita aos benefícios fiscais, note-se que desde o ano de 2010 foram considerados como benefícios fiscais de natureza temporária e atenta a actualização ocorrida pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, as deduções à colecta do IRS, de 30% dos prémios de seguros ou demais contribuições liquidadas pelo contribuinte a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que “*tenham por objecto*

a prestação de cuidados de saúde que, em qualquer dos casos, cubram exclusivamente os riscos de saúde”, desde que tributados como rendimento do sujeito passivo, com os limites de € 85,00 e € 175,00 tal como indicados nas alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 75.º do CIRS, elevados em € 43,00 nos termos do n.º 2 da mesma disposição legal.

Importa finalmente recordar que uma qualquer circunstância reconhecida pelo legislador fiscal ou pela Administração Fiscal, como uma situação de benefício fiscal aplicável ao contribuinte, representa naturalmente um desagravamento da sua capacidade contributiva.

No que concretamente respeita a uma qualquer alteração dos benefícios fiscais convencionais, condicionados ou temporários, determina o legislador fiscal que não é aquela aplicável aos contribuintes que já beneficiam do predito benefício e em tudo que os prejudique, salvo indicação *a contrario*. Já a extinção de uma medida desta natureza determina consequentemente a reposição automática da tributação-regra.

### **3.3.2. O impacto financeiro sobre as deduções fiscais na saúde**

O Memorando de Entendimento prevê quanto a esta matéria, no seu § 3.51., como medida a adoptar, “*Reduzir substancialmente (em dois terços no total) as deduções fiscais relativas a encargos com a saúde, incluindo seguros privados. [T3-2011]*”.

Por seu turno, o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade definiu, quanto a esta matéria, como cenário possível em termos de contributo para a melhoria da sustentabilidade financeira do SNS, a “[r]edução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde, aproximando a realidade portuguesa à realidade da generalidade dos países da OCDE”. Em termos de limites jurídico-constitucionais à adopção de quaisquer medidas destinadas à concretização de um tal cenário, foi referido por Jorge Reis Novais, em Parecer anexo ao Relatório da Comissão para a Sustentabilidade que “[... d]e um ponto de vista jurídico-constitucional [...], a redução dos benefícios fiscais constitui [...] uma prática normal que, observados as regras e os limites constitucionalmente previstos, são juridicamente pacíficos.”. Ou seja, embora possa levantar outro tipo de dificuldades, que se analisa no presente Relatório, uma tal medida será admissível desde que não

seja posta em causa, de forma directa ou indirecta, a universalidade e generalidade do SNS.

De acordo com os dados disponibilizados pela Direcção Geral dos Impostos, em 2009, dos 4.654.114 agregados familiares que apresentaram declarações de IRS, 71% (3.281.664 agregados) declararam despesas de saúde. No entanto, verificou-se que a percentagem dos agregados familiares que apresentaram declarações de IRS e declararam despesas de saúde diminuiu 1% entre 2008 e 2009 (ver Tabela 4 *infra*). Embora se tenha verificado uma diminuição percentual de agregados que declararam despesas em saúde relativamente ao total de agregados que apresentam declarações de IRS, são aquelas que de longe mais agregados abrangem. A título de exemplo, em 2009, os juros de habitação e as despesas de educação foram declarados por 1.985.271 de agregados (DGCI, 2009).

**Tabela 4 - Agregados que declararam despesas em saúde (2007-2009)**

	2007	2008	2009	Var 07-08	Var 08-09
Total dos agregados que apresentaram declarações de IRS	4.463.690	4.615.848	4.654.114	3%	1%
Nr. de agregados que declararam despesas em saúde	3.249.298	3.301.620	3.281.664	2%	-1%
% de agregados que declararam despesas em saúde	73%	72%	71%	-2%	-1%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGCI.

Perante estes resultados e na óptica de sustentabilidade do financiamento, torna-se importante aferir do impacto da alteração da taxa relativa às deduções fiscais de 30% para 10% associada às despesas em saúde no arrecadar das receitas fiscais do Estado.

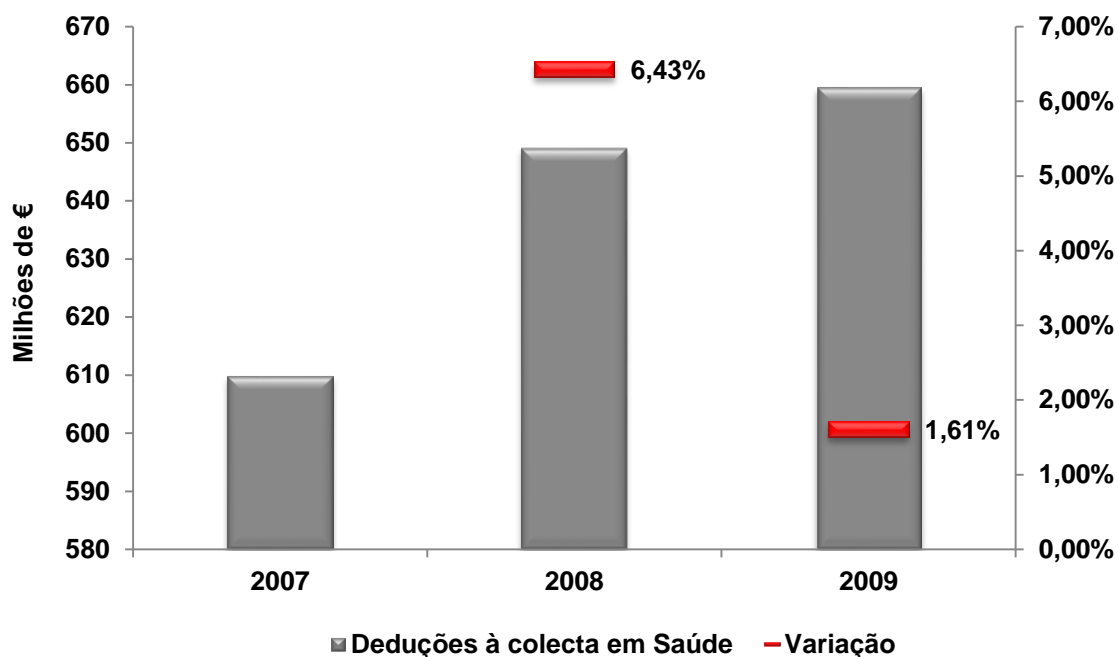
No Gráfico 1 são apresentadas as deduções à colecta em matéria de saúde<sup>71</sup> para o período entre 2007 e 2009, com consideração de dedução de 30% face ao total das despesas em saúde. Através da análise do referido Gráfico e da Tabela 5, constata-se que para o ano de 2007 o montante de 610 M€ correspondia a 18,84% das deduções totais<sup>72</sup>, em 2008, 649 M€ representavam 18,34% das deduções totais e, em 2009,

<sup>71</sup> Note-se que as deduções correspondentes a prémios de seguros de saúde não estão incluídas neste valor.

<sup>72</sup> As rubricas consideradas nas deduções totais à colecta são: saúde, juros de habitação, educação, lares, prémios de seguros de vida, donativos, planos poupança reforma, aquisição de computadores, energias renováveis, prémio de seguros de saúde, outras e deduções personalizantes.

659 M€ correspondiam a uma percentagem mais baixa, de 17,84% das deduções totais. Daqui se retira que apesar da variação, das deduções à colecta em saúde, ter sido positiva, de 6,43%, entre 2007 e 2008, e 1,61%, entre 2008 e 2009 (ver Gráfico 1), tais variações não se repercutiram na percentagem que representam nas deduções totais, tendo-se mesmo verificado uma redução de 0,5 pontos percentuais.

**Gráfico 1 - Deduções à colecta em saúde**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGCI.

**Tabela 5 - Valor total de deduções à colecta em saúde**

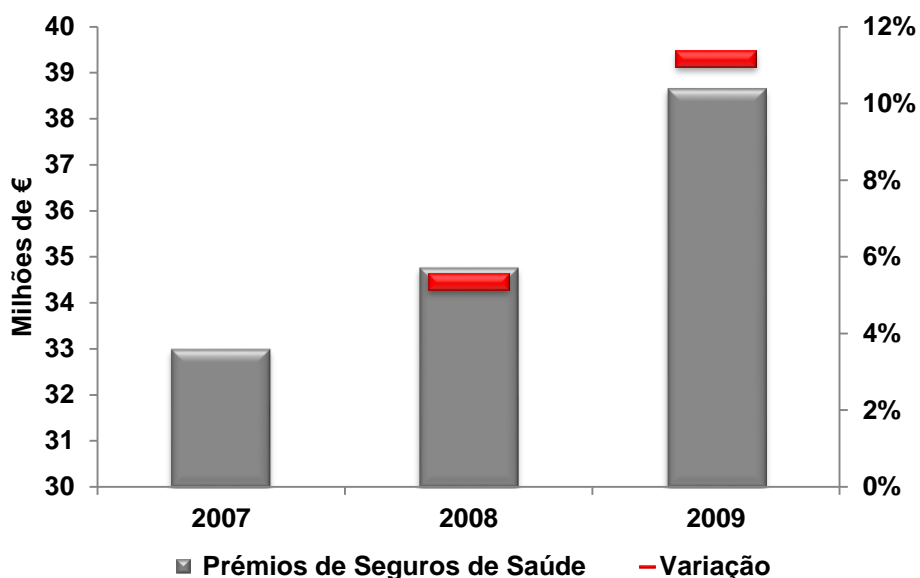
	2007	2008	2009
Valor total de deduções à colecta em saúde	610 M€	649 M€	659 M€
% de deduções à colecta em saúde nas deduções totais	18,84%	18,34%	17,82%
% de deduções à colecta em saúde na despesa pública em saúde	6,68%	6,92%	6,85%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGCI e Pordata.

No que concerne à percentagem ou peso relativo das deduções de saúde face à despesa pública em saúde, em 2007 eram de 6,68%, em 2008 6,92% e em 2009 6,85% (ver Tabela 5). Refira-se que tais valores tinham em consideração uma dedução fiscal em saúde de 30%. Estimando agora a redução para 10%, considerando o valor total de deduções à colecta em saúde de 2009, verifica-se que

tal valor seria reduzido para 219,67 M€, o que corresponderia a um aumento da receita fiscal do Estado de 439,33 M€.

**Gráfico 2 - Deduções à colecta em prémios de seguros de saúde**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGCI.

Relativamente aos prémios de seguros de saúde, verifica-se a existência de uma tendência crescente no valor das deduções a eles associadas, atingindo 33 M€ em 2007, 35 M€ em 2008 e 39 M€ em 2009, resultando em variações de 5,35% entre 2007 e 2008 e de 11,18% entre 2008 e 2009 (ver Gráfico 2). Ademais, a percentagem de deduções à colecta em prémios de seguros de saúde nas deduções totais tem aumentado, tendo representado 1,04% em 2009 (ver Tabela 6).

**Tabela 6 - Valor total de deduções à colecta em prémios de Seguros de Saúde**

	2007	2008	2009
Valor total de deduções à colecta em prémios de seguros de saúde	33 M€	35 M€	39 M€
% de deduções à colecta em prémios de seguros de saúde nas deduções totais	1,02%	0,98%	1,04%
% de deduções à colecta em prémios de seguros de saúde na despesa pública em saúde	0,36%	0,37%	0,40%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGCI e Pordata.

Verifica-se, também, que de acordo com o Instituto de Seguros de Portugal, a adesão a seguros de saúde tem vindo a crescer ao longo dos anos, pelo que pode ser uma

rúbrica no âmbito das deduções à colecta que pode ser alterada em maior proveito do aumento das receitas fiscais.

A título de exemplo, considerando que a taxa de dedução referente à rubrica de seguros de saúde é de 30%, se a medida proposta para as deduções em saúde fosse alargada aos prémios de seguros de saúde, tal implicaria, para 2009, uma redução para 12,9 M€ de dedução à colecta, o que corresponderia a um aumento da receita fiscal do Estado no máximo, atendendo ao facto de que há um limite à dedução para as despesas de saúde, de 25,7 M€. Não obstante, refira-se que tal ganho de receita traduzir-se-ia, em montante indeterminado, no aumento da procura de cuidados de saúde do SNS, e conseqüente aumento da despesa pública. De referir que tal impacto será mais significativo na população cujo benefício marginal de ter seguro é menor relativamente ao peso do custo de tais prestações no seu rendimento, pelo que aqueles que mais acedem ou têm maior probabilidade em aceder a cuidados de saúde, e aqueles cujos rendimentos não são sensíveis a tal alteração, manterão os seus seguros de saúde e não representarão acréscimo de procura para o SNS.

De ressaltar porém, que as medidas *supra* apresentadas representam um aumento implícito do preço relativo dos cuidados de saúde privados por redução da dedução à colecta, o que por via da sensibilidade ao preço da procura poderá reduzir o consumo deste tipo de cuidados. Como se desconhece a medida da elasticidade preço-procura no sector privado, e considerando igualmente o aumento das taxas moderadoras no SNS, a amplitude da possível diminuição na procura no sector privado revela-se de difícil aferição<sup>73</sup>.

**Tendo-se quantificado o aumento de receita resultante da redução em 2/3 do nível de benefícios fiscais actualmente previsto para as despesas em saúde, verificou-se que a redução resultante, para 10% das deduções em saúde, corresponderia a um aumento da receita fiscal do Estado de cerca de 439 M€, tendo em consideração dados de 2009.**

**Com o alargamento da referida redução aos prémios de seguros de saúde, e igualmente tendo por base dados de 2009, tal corresponderia a um aumento adicional da receita fiscal do Estado de cerca de 25,7 M€.**

<sup>73</sup> Importa contudo notar que a elasticidade do preço da procura de cuidados de saúde responde de forma diferente consoante o serviço em causa. A título exemplificativo, no caso de pagamentos directos dos cuidados de saúde, o estudo realizado por Newhouse, J. P. (1993), com o título "Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment" publicado em *Harvard University Press, Cambridge, MA*, evidencia que as pessoas com baixo rendimento são mais sensíveis aos pagamentos directos no ambulatório e os com maior rendimento aos serviços hospitalares.

## 3.4. Subsistemas de saúde públicos

### 3.4.1. Enquadramento

O SNS possui uma dupla dimensão ou perspectiva, que em cada momento deve ser considerada. Efectivamente, o mesmo não se apresenta apenas como o garante da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, ou seja, como prestador, mas igualmente como garante de um acesso tendencialmente gratuito a essa prestação, através do seu financiamento.

Ora, naquela primeira dimensão ou perspectiva de prestador, o SNS surge como um *“conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”* – cfr. artigo 1.º do Estatuto do SNS, sendo que da conjugação destas suas perspectivas de prestador e financiador deve resultar uma cobertura integral, quer quanto à população abrangida (universalidade), quer quanto ao tipo de cuidados médicos abrangidos (generalidade), na prestação de cuidados de saúde.

Refira-se a este respeito que, nos termos do n.º 2 da Base IV da LBS, *“para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde”*.

Ou seja, para além dos serviços próprios (designadamente estabelecimentos hospitalares), *“o Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso”* – cfr. n.º 3 da Base XII da LBS. E daqui decorre que *“a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior”*, no âmbito da qual é aplicável o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde – cfr. n.º 4 da Base XII da LBS.

Em tais casos de contratação com entidades privadas ou do sector social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, por intermédio dos quais o Estado incumbe essas entidades da missão de interesse público inerente à prestação

de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte de uma tal *rede nacional de prestação de cuidados de saúde*.

Na segunda dimensão ou perspectiva, de financiador, “*O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde*” – cfr. n.º 1.º da Base XXXIII da LBS. Uma vez que a Constituição impõe a existência de um SNS tendencialmente gratuito, o próprio sistema teria, assim, que possuir um mecanismo próprio de financiamento que garantisse um tal acesso tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde aos seus beneficiários.

Porém, da análise da LBS, mais concretamente da Base XXXIII<sup>74</sup>, bem como do próprio Estatuto do SNS, em especial o seu artigo 23.º, resulta que existem outras formas de financiamento da prestação de cuidados de saúde, para além do SNS, específicas de determinada categoria de cidadãos. Isto significa que existem cidadãos com específicos mecanismos de protecção na doença, designados habitualmente por “subsistemas de saúde”, os quais se apresentam como responsáveis por assegurar, a esses cidadãos, os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, designadamente nos serviços e estabelecimentos do SNS.

Os subsistemas de saúde podem, assim, ser definidos como entidades de natureza pública ou privada que, por lei ou por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos. Trata-se de subsistemas de saúde de base profissional – independentemente dos respectivos beneficiários se encontrarem em situação de exercício efectivo de funções ou aposentados, e sem prejuízo da sua extensão aos agregados familiares – e cuja adesão apresenta, em alguns casos ou para alguns beneficiários, carácter obrigatório.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Conforme resulta da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da LBS “*os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar [...] o pagamento de cuidados de saúde por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde [...]*”. Por seu lado, a alínea b) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, resulta que “[...] *respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS [...] os subsistemas de saúde [...]*”.

<sup>75</sup> Até à aprovação do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, a inscrição na ADSE era obrigatória para os funcionários e agentes da Administração central, regional e local, bem como de outras instituições e organismos públicos, passando a partir de então a ser facultativa para os funcionários e agentes que iniciassem funções após o dia 1 de Janeiro de 2006. Mais tarde, com a aprovação da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril, do Orçamento de Estado para 2010, a qual veio proceder à alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, nomeadamente do n.º 3 do artigo 12.º, nos seguintes termos “*Considera-se que renunciam definitivamente à inscrição na ADSE os beneficiários titulares que o requeiram, a todo o tempo, ou que não*

Tais entidades são financiadas, desde logo, através de descontos dos seus beneficiários titulares, através de quotizações que eventualmente existam (vd., por exemplo, o caso dos SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, ou do Centro ou, ainda, do Norte), outras contribuições efectuadas pelos respectivos beneficiários e por outros sujeitos, designadamente pelas próprias entidades patronais ou pelas instituições ou organismos públicos onde aqueles exercem as suas funções.

Consequentemente, os subsistemas de saúde são financiados por intermédio de um mecanismo de contribuição individual compulsória baseada no rendimento dos seus beneficiários titulares, sendo que estes têm acesso não apenas à *rede nacional de prestação de cuidados de saúde*, tal como todos os outros utentes/beneficiários do SNS, mas igualmente a uma rede de prestadores de cuidados de saúde (próprios ou com os quais os subsistemas possuam acordo ou convenção), bem como podem favorecer o acesso a todos os outros prestadores (com os quais não exista acordo ou convenção) mediante um mecanismo de reembolso total ou parcial de despesas.

Na perspectiva de prestação de cuidados de saúde, e cuidando-se do subsistema da ADSE, pela sua maior representatividade, enquanto exemplo, o mesmo visa assegurar a *protecção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação*, garantindo aos seus beneficiários, mediante a celebração de convenções com prestadores privados de cuidados de saúde, um acesso a uma rede de prestadores de cuidados de saúde, “*em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento [daqueles] fins*” – cfr. artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro.

Assim, também os subsistemas de saúde, tal como o próprio SNS, apresentam uma dupla dimensão ou perspectiva, funcionando não só como responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, mas igualmente assegurando a esses mesmos beneficiários o acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, seja enquanto prestadores de cuidados de saúde (por exemplo, no caso da Assistência na Doença aos Militares (ADM)), seja enquanto responsáveis pela organização e gestão de uma rede de prestação de cuidados de saúde, mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores de cuidados de saúde.

---

*exercem, atempadamente, a faculdade prevista no n.º 1.”, passa a prever-se o regime de *opting-out*, uma vez que por força desta alteração legislativa a adesão à ADSE deixa de ser obrigatória para passar a ser facultativa.*

Tendo em consideração as características do SNS, e muito particularmente aquela relativa à sua universalidade, deve cuidar-se de compreender a relação existente entre o SNS e os subsistemas públicos. Efectivamente, e na medida em que, regra geral, a adesão e contribuição dos beneficiários dos subsistemas era, até bem recentemente e no que respeita à ADSE, obrigatória, podiam colocar-se as questões quer da *ratio* da existência destes últimos, quer da concreta forma como deveria assentar o relacionamento entre os mesmos e o SNS, atento os direitos dos utentes, mormente o de acesso aos cuidados de saúde. Esta situação obviamente que passa a estar mais mitigada com a aprovação da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril, do Orçamento de Estado para 2010, a qual veio proceder à alteração ao Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, nomeadamente do n.º 3 do artigo 12.º, no sentido de “*considera-se que renunciam definitivamente à inscrição na ADSE os beneficiários titulares que o requirem, a todo o tempo, ou que não exerçam, atempadamente, a faculdade prevista no n.º 1.*”, ou seja, a de se inscreverem na ADSE. Isto porque a inscrição ou manutenção na ADSE deixa de ter carácter obrigatório para passar a ter carácter facultativo.

Mas a verdade é que da admissão deste direito de *opting-out* para os beneficiários da ADSE coloca, imediatamente, a questão da disparidade de situação relativamente aos beneficiários dos restantes subsistemas públicos que mantêm a regra de adesão e permanência obrigatórias (SAD-PSP, SAD-GNR e ADM). Ou seja, se até poderá apresentar-se como justificável haver uma preocupação específica de cuidados de saúde relativamente a determinadas profissões com risco explícito associado, como sejam relativamente aos corpos policiais e militares, não aparenta ter havido uma exteriorização de tal motivação que justificasse quer a manutenção autónoma de tais três subsistemas face à ADSE, quer a própria manutenção da regra de adesão e permanência obrigatórias dos beneficiários a tais subsistemas. E, aparentemente, poder-se-á estimar que será essa efectivamente uma das razões, atento o facto de todos os anteriores beneficiários “civis” dos subsistemas das polícias e militares terem transitado, entre 2005 e 2007, para a ADSE, remanescendo portanto e apenas os beneficiários com funções policiais e militares nos respectivos subsistemas.

Mas daí resulta a necessidade de ponderação sobre em que medida é que o não reconhecimento de um direito de *opting-out* para tais beneficiários mantém actualidade e justificação, porquanto haveria que distinguir-se a própria assistência ao beneficiário da assistência a agregados familiares ou acesso a redes convencionadas por motivos de saúde mas que já não possuirão umnexo claro com o exercício de determinada profissão. Ou seja, haveria também que se ponderar seriamente, e de forma

fundamentada, sobre a manutenção de um duplo sistema de pagamento (por regime convencionado e por regime livre) nos subsistemas.

Em conclusão, esta diferença fundamental de característica entre os diferentes subsistemas públicos, com a possibilidade de renúncia à participação no caso da ADSE, e com obrigatoriedade de pertença, manutenção e contribuição, no caso das SAD-PSP, SAD-GNR e ADM, sempre haveria que ser objecto de explicitação objectiva e motivadora de tratamento diferenciado em situação que, *prima facie*, mereceria tratamento idêntico como, aliás, ocorreu durante décadas e até ao momento da aprovação da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril, do Orçamento de Estado para 2010.

Mas retomando uma análise transversal do enquadramento dos subsistemas, a mesma deve assentar, necessariamente, numa abordagem de congruência sistémica da relação entre o SNS e os subsistemas públicos, tomando-se a ADSE, enquanto exemplo para estes últimos. Efectivamente, e quer porque a ADSE é o subsistema mais representativo em termos de número de beneficiários, quer porque o Legislador já expressou uma intenção de fazer convergir os outros subsistemas de saúde públicos com o regime de assistência na doença da ADSE<sup>76</sup>, justifica-se que este seja o subsistema merecedor de um tratamento mais aprofundado e constitua o paradigma da realidade dos subsistemas públicos.

Recorde-se que o subsistema de saúde da ADSE foi criado como um sistema de protecção na doença próprio dos funcionários do Estado, e criado em momento anterior ao próprio SNS, cujo surgimento data de 1979. O regime da ADSE veio, ainda, a ser alterado em 1983, pelo Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, e posteriormente revisto pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro.

Ora, o regime de assistência na doença garantido pela ADSE visa assegurar a *protecção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, tratamento e reabilitação* e concretiza-se através da garantia de um acesso à prestação de cuidados de saúde, seja em estabelecimentos do SNS, seja em entidades convencionadas da ADSE (vulgarmente designado de Regime Convencionado), bem como favorecer o acesso, mediante atribuição de comparticipações, à generalidade dos prestadores (vulgarmente designado de Regime Livre). Tanto é o que resulta do disposto no art. 21.º do Decreto-Lei n.º 118/83 (com a redacção do Decreto-Lei n.º 234/2005).

Por outro lado, e nos termos do disposto no artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, a ADSE “*pode celebrar acordos com instituições hospitalares do*

---

<sup>76</sup> Cfr. Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro.

*sector público, privado ou cooperativo, bem como quaisquer outras entidades singulares ou colectivas, em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins*<sup>77</sup>.

Pela celebração dos referidos *acordos com instituições hospitalares do sector privado ou cooperativo*, a ADSE constitui e garante, então, a existência de uma rede de prestadores de cuidados de saúde convencionados junto dos quais os seus beneficiários poderão buscar satisfação das suas necessidades de cuidados de saúde, sendo o modelo para o efeito empregue aquele vulgarmente conhecido como “convenções da ADSE”. Porém, e considerando que o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, que estabelece o regime jurídico relativo à regulamentação do funcionamento e esquema de benefícios da ADSE, é omissivo quanto à forma como se processam os referidos acordos, contratos ou convenções, não impondo a utilização de um qualquer modelo ou forma de contratação, surge a questão de como é efectuada a celebração de *acordos com instituições hospitalares do sector público* (uma vez que quanto aos prestadores de outro tipo, como visto, é seguido o modelo das convenções, tecnicamente consideradas como contratos de adesão).

Mas daqui não resulta que essa “contratação” com o SNS não exista ou não esteja a ser executada. Efectivamente, a evolução da congruência sistémica conduziu a que a inter-relação SNS-ADSE tenha, hoje, ultrapassado a necessidade de uma conformação protocolar por possuir, até, fonte legal. É assim que, nos termos da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da LBS “*os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios: [...] o pagamento de cuidados de saúde por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde [...]*”.

Por seu lado, da alínea b) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, resulta que “*respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS [...] os subsistemas de saúde [...]*”.

E é nesse sentido, precisamente, que por exemplo no Decreto-Lei n.º 401/98, de 15 de Janeiro, que procedeu à alteração ao artigo 25.º do Estatuto do SNS, relativo aos preços dos cuidados de saúde, se refere explicitamente, no preâmbulo, que

---

<sup>77</sup> Refira-se, ainda, que o subsistema de saúde da ADSE, para além de assumir a responsabilidade pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e instituições integrados no SNS e de assegurar o acesso daqueles a uma rede de prestadores de cuidados de saúde, pode ainda favorecer ou proporcionar o acesso a todos os outros prestadores privados (com os quais não possui acordo ou convenção) mediante um mecanismo de reembolso ao beneficiário.

*“[...] Na verdade, é sentida a necessidade de encontrar soluções contratuais para regular o pagamento das prestações de saúde. Uma correcta gestão do SNS aconselha que se encontrem soluções negociais, quer para aumentar o aproveitamento dos meios instalados, quer para assegurar uma efectiva concorrência entre os prestadores.*

*Os instrumentos contratuais podem actuar mediante o estabelecimento de acordos de âmbito nacional e regional, para a fixação de preços para determinadas entidades responsáveis pelos encargos das prestações de saúde. Por outro lado, torna-se necessário admitir acordos relativos ao pagamento de prestações de saúde, mediante critérios genéricos fixados por despacho do Ministro da Saúde.*

*O sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados.*

*Para tanto, torna-se necessário alterar o artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, no sentido de admitir, para além de tabelas de preços administrativos, a fixação de critérios de pagamento através da via negocial.”.*

E por força do previsto no artigo 25.º do Estatuto do SNS, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro, é possível a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde

*“para entidades públicas ou privadas, mediante uma participação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF [actual ACSS], nos termos e montantes a definir em Portaria do Ministro da Saúde” – cfr. actual n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do SNS.*

Trata-se, efectivamente, da Portaria n.º 981/99, de 30 de Outubro, que veio regular as condições de celebração de tais protocolos e estabelecer o seu conteúdo – assim, os protocolos deveriam regular o objecto, o âmbito pessoal, a identificação dos beneficiários, as condições de atribuição e de pagamento da participação e o período de vigência –, bem como fixar os montantes da referida participação.

Mas também aqui se faz notar que, quanto à específica inter-relação entre a ADSE e o SNS, esta não carece, como já referido, de uma efectiva existência de protocolo

porquanto a mesma possui fonte legal. E só assim se compreende que, como já referido e no que se refere ao financiamento do próprio subsistema de saúde, constituam receitas da ADSE<sup>78</sup>, entre outras, as dotações que lhe são transferidas do Orçamento de Estado, para além da contribuição individual compulsória dos beneficiários titulares, em situação de exercício de funções ou aposentados, mediante a realização de descontos para o subsistema de saúde<sup>79</sup>, e os reembolsos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, as contribuições e/ou os acordos de capitação efectuados pelos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira, ou que sejam dotados de verbas próprias para pagamento do respectivo pessoal, pelas Regiões Autónomas, pelas Autarquias Locais, e por outras entidades legalmente previstas<sup>80</sup>.

Ora, na medida em que “*são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses*” (n.º 1 da Base XXV da LBS), esta dotação do Orçamento do Estado em favor da ADSE terá, igual e necessariamente, que ter por assente o funcionamento congruente do SNS e da ADSE.

Refira-se que o que ocorria até à aprovação da Lei do Orçamento de Estado para 2010, tal funcionamento congruente era garantido pelo facto de o financiamento dos Hospitais do SNS assentar numa produção contratada que “[...] *respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis*” – cfr. Cláusula 6.ª das cláusulas contratuais gerais dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS aprovadas pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 11 de Janeiro (destaque nosso).

E tanto era assim que igualmente se estabelecia aos Hospitais do SNS uma obrigação de identificação e cobrança aos utentes e terceiros legal ou contratualmente responsáveis enquadráveis em tal Cláusula 6.ª, ou seja, “*As unidades de saúde obrigam-se ainda a identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em*

---

<sup>78</sup> Cfr. o artigo 7.º do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de Março.

<sup>79</sup> Nos termos do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, aditado pelo Decreto-Lei n.º 53-D/2006, de 29 de Dezembro, “*a remuneração base dos beneficiários titulares fica sujeita ao desconto de 1,5%, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de Outubro*”.

<sup>80</sup> De facto, embora seja a ADSE que procede ao pagamento das participações nas despesas com os cuidados prestados ao pessoal desses organismos ou entidades, são estes que têm de suportar os encargos com essas participações, através de um mecanismo de reembolso, de contribuição, ou de capitação.

*todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados*” - cfr. Cláusula 12.<sup>a</sup> das referidas cláusulas contratuais gerais dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS aprovadas pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 721/2006, de 11 de Janeiro.

Recorde-se que, nos termos da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da LBS “*os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios: [...] o pagamento de cuidados de saúde por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde [...]*”. Por seu lado, da alínea b) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, resulta que “*respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS [...] os subsistemas de saúde [...]*”.

Com efeito, a alteração introduzida pela Lei do Orçamento de Estado para 2010, institui um sistema de adiantamento do valor a pagar pelos subsistemas de saúde às instituições do SNS, pelas prestações de saúde realizadas aos seus beneficiários. Assim, “[...] *os beneficiários dos subsistemas públicos têm um estatuto equivalente aos dos beneficiários do SNS, mas apenas quanto às prestações realizadas por meios da titularidade do Serviço Nacional de Saúde enquanto conjunto de estabelecimentos prestadores, nos quais se incluem os estabelecimentos de saúde sob gestão indirecta como acontece com os hospitais em regime de parceria público privada com contrato de gestão.*” – cfr. Circular Informativa n.º 15 da ACSS, de 12/10/2010.

Já da vertente da ADSE, o n.º 3 do art. 19.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro estabelece a sua responsabilidade, enquanto *subsistema público legalmente responsável*, pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos respectivos beneficiários nessas instituições.

Efectivamente, aí se dispõe que

*“O pagamento pela ADSE dos cuidados prestados assenta nas técnicas do reembolso ao beneficiário e do pagamento directo à entidade prestadora de serviços, de conformidade com o legalmente estabelecido.”.*

E tal *conformidade com o legalmente estabelecido* é o resultado, como já visto, da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, desenvolvida na alínea b) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS.

Assim, a coerência e congruência estrutural e sistémica existente entre o SNS e a ADSE (e outros subsistemas públicos) tem assentado na transferência pelo primeiro à segunda da responsabilidade pela garantia da prestação de cuidados de saúde aos

beneficiários do subsistema em questão. Ou seja, a análise realizada assenta, no que aos beneficiários da ADSE respeita, na assunção do SNS como prestador de cuidados de saúde (ou seja, como “conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde”, nos termos do artigo 1.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) e da ADSE como financiador (público) desses mesmos cuidados, o que representa, no fundo, a assunção da natureza substitutiva da ADSE relativamente ao SNS.

### **3.4.2. Soluções possíveis para a redução do custo orçamental**

Recorde-se que o Memorando de Entendimento prevê quanto a esta questão que “[c]om o objectivo de alcançar um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas, o custo global orçamental dos sistemas actuais – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Forças Policiais) – será reduzido em 30% em 2012 e em 20% adicionais em 2013, em todos os níveis das Administrações Públicas. Seguir-se-ão reduções adicionais a taxas semelhantes nos anos subsequentes, com vista a que os sistemas se financiem por si próprios até 2016. Os custos orçamentais destes sistemas serão reduzidos através do decréscimo das contribuições da entidade empregadora e pelo ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde. [T4- 2011]”.

A redução do custo orçamental dos subsistemas será efectuada por via de uma redução dos benefícios dos subsistemas de saúde, o que necessariamente implicará uma redução da cobertura de cuidados de saúde (cobertura de actos, medicamentos ou outros) actualmente garantida pelos subsistemas.

Por outro lado, não se previu uma qualquer medida que procedesse ao “reequilíbrio” entre tais reduções e as contribuições dos beneficiários dos subsistemas. Consequentemente, não será de estranhar que um número cada vez maior de beneficiários com maiores rendimentos (e maiores descontos para o subsistema), bem como aqueles mais afectados pela redução de cobertura do subsistema, exerçam o direito de *opting-out* do subsistema (ADSE), prejudicando ainda mais o objectivo de equilíbrio orçamental dos subsistemas.

Por seu turno, o Relatório da Comissão para a Sustentabilidade definiu, quanto a esta matéria, como cenário possível em termos de contributo para a melhoria de

sustentabilidade financeira do SNS, a “*redefinição do papel dos subsistemas públicos de forma a que sejam retirados do espaço orçamental, isto é que terminem as actuais transferências do OE para os subsistemas*”. Em termos de limites jurídico-constitucionais a adopção de quaisquer medidas destinadas à concretização de um tal cenário, foi referido pelo Professor Jorge Reis Novais, em Anexo ao Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, que “*De um ponto de vista jurídico-constitucional [...] a eliminação dos subsistemas integrada numa estratégia de consolidação do SNS apresenta problemas jurídicos de ordem substancialmente diversa [dos outros cenários]. Ou seja, essa possibilidade começa por ser fundamentável, precisamente, nas características de universalidade e generalidade que o SNS tem de revestir e nas obrigações de o Estado cumprir os seus deveres associados ao direito fundamental à protecção da saúde naqueles moldes. Assim, no estrito domínio dos fins estatais conexos com o direito fundamental à protecção da saúde, esta hipótese é constitucionalmente irrepreensível. As dificuldades jurídicas que podem suscitar são outras e referem-se a uma eventual violação do princípio da segurança jurídica. [...]*”.

Daqui resulta então que a existência dos subsistemas de saúde públicos, ao contrário do que se passa com o SNS, não resulta de uma qualquer imposição constitucional, que possa de alguma forma limitar seja a transformação dos subsistemas públicos em auto-sustentáveis, seja mesmo a sua eliminação<sup>81</sup>.

A Comissão para a Sustentabilidade entendeu recomendar que, atendendo a que “[...] *Os subsistemas públicos constituem uma dupla cobertura, facultada a grupos da população específicos, financiada por todos os contribuintes*”, se procedesse à sua eliminação enquanto rubrica do Orçamento de Estado, seja pela extinção desses subsistemas de saúde, seja alternativamente pela sua auto-sustentabilidade financeira, sendo que esta última hipótese “[...] *obriga, quase inevitavelmente, a um aumento das contribuições dos beneficiários.*”<sup>82</sup>.

Mais foi então acrescentado que “[c]aso o sub-sistema público opte por ter uma natureza supletiva à cobertura oferecida pelo SNS, aproxima-se da natureza de um

---

<sup>81</sup> Refira-se a respeito da admissibilidade constitucional dos subsistemas de saúde públicos que é entendimento dos Professores JJ Gomes Canotilho e Vital Moreira que as características da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e igualdade do SNS “[...] *deixam criar uma forte dúvida sobre a legitimidade constitucional de sistemas públicos complementares de natureza contributiva obrigatória, como sucede com o subsistema da ADSE, para os funcionários públicos (de base parcialmente contributiva) [...] centrados sobre esquemas de prestações convencionadas com entidades privadas, ou em soluções de reembolso de despesas de aquisição de cuidados de saúde livremente escolhidos no sector privado.*” – cfr. Constituição da República Portuguesa Anotada, Coimbra Editora, 2007.

<sup>82</sup> “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 (coord. Simões, Jorge; Pedro Pita Barros e João Pereira).

*seguro de saúde complementar financiado pelas contribuições dos seus beneficiários.”.*

Na hipótese de a alteração se processar através da assunção dos sistemas como “cobertura alternativa ao SNS”, nesse caso “[...] deverá ser definida uma contribuição per capita, eventualmente ajustada pelas características de risco dos beneficiários, a ser transferida pelo SNS para a entidade que assuma integralmente a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.”<sup>83</sup>. Desta forma, era pretendida a sustentabilidade financeira dos subsistemas públicos através da eliminação do financiamento via Orçamento de Estado, enquanto fonte de acesso a fundos para pagamento de despesas em saúde, promotor de desequilíbrios na despesa pública.

Da recomendação da Comissão para a Sustentabilidade resultava ainda a necessidade de “a adesão ao subsistema público passar a ser voluntária, e não obrigatória como actualmente sucede”, o que entretanto já ocorreu quanto à ADSE, como *supra* visto, em sede de Lei do Orçamento de Estado para 2010 e com a mudança de paradigma da ADSE mediante a introdução do regime de *opting-out*. Remanesce, porém, a questão também já suscitada no ponto anterior sobre a diferença de tratamento que resulta do facto de não se haver previsto esse regime de *opting-out* igualmente para a SAD-PSP, SAD-GNR e ADM.

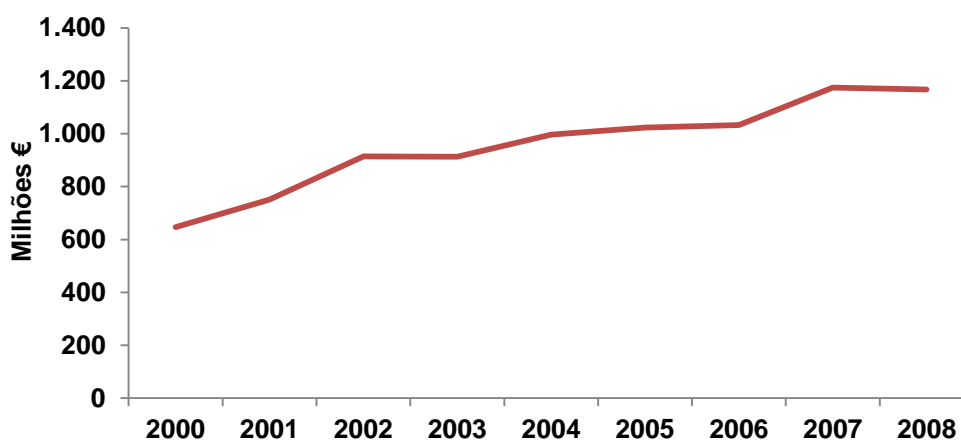
Por outro lado, e como foi evidenciado anteriormente, a redução de benefícios e/ou aumento de contribuições por parte dos beneficiários, assumida a possibilidade de *opting-out*, poderá conduzir à saída daqueles que mais contribuem prejudicando ainda mais o equilíbrio orçamental dos subsistemas.

De acordo com os dados mais recentes do INE, Conta Satélite da Saúde, a despesa corrente com os subsistemas de saúde públicos chegou a representar, em 2008, 10,9% no total em saúde, o que equivale a um valor de 1,17 M €. Ademais, de acordo com o Gráfico 3 *infra*, a despesa corrente com os subsistemas de saúde públicos tem vindo a aumentar desde 2000 a 2007, e diminuiu entre 2007 e 2008.

---

<sup>83</sup> *Idem.*

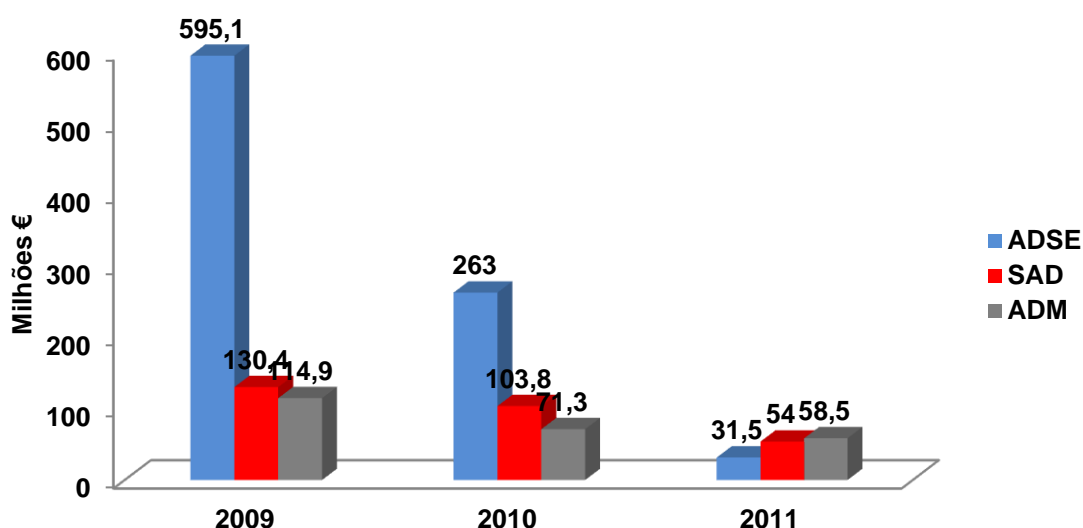
**Gráfico 3 - Despesa corrente em subsistemas de saúde públicos**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE, Conta Satélite da Saúde (2008).

Considerando o impacto dos subsistemas públicos de saúde no Orçamento de Estado (OE), no Gráfico 4 *infra* verifica-se uma redução das transferências em todos os subsistemas de saúde públicos, sendo que a redução foi superior na ADSE. Para o ano de 2009, a transferência do OE para a ADSE foi de 595,1 M€ e, em 2011, deverá ser de apenas 31,5 M€. <sup>84</sup>

**Gráfico 4 – Impacto dos subsistemas de saúde públicos no OE**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Relatório do OE2011.

<sup>84</sup> Cfr. Relatório do Orçamento de Estado 2011. A redução substancial verificada nas transferências do Orçamento do Estado para os subsistemas de saúde públicos resultou da alteração introduzida pela Lei do Orçamento do Estado para 2010, que instituiu um novo sistema de pagamento dos actos prestados pelos estabelecimentos do SNS aos beneficiários desses subsistemas.

Note-se que a representatividade, em termos percentuais, das despesas dos subsistemas de saúde públicos no total das despesas públicas em saúde<sup>85</sup>, tem vindo a diminuir, sendo que a ADSE é o subsistema público que representa menor valor e maior variação negativa. Concretizando, a ADSE representa, em 2011, 0,38% no total das transferências em saúde via OE, tendo-se assistido a uma redução relativamente ao ano anterior de 2,5 pontos percentuais (ver Tabela 7 *infra*).

**Tabela 7 - Transferências do OE para os subsistemas de saúde públicos  
(Milhões €)**

Subsistemas públicos de saúde	2009	2010	2011
ADSE	595,1	263	31,5
SAD	130,4	103,8	54
ADM	114,9	71,3	58,5
SNS	8200	8698,7	8100
<b>Total</b>	<b>9040,4</b>	<b>9136,8</b>	<b>8244</b>
% ADSE nas despesas públicas em saúde	6,58%	2,88%	0,38%
% SAD nas despesas públicas em saúde	1,44%	1,14%	0,66%
% ADM nas despesas públicas em saúde	1,27%	0,78%	0,71%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Relatório de acompanhamento da Proposta do OE 2011.

Considerando o objectivo de autofinanciamento dos subsistemas de saúde públicos no ano de 2016, e sendo que o Memorando de Entendimento prevê a redução das transferências de OE de 30% em 2012 e 20% em 2013, foi feita uma previsão da evolução das transferências de OE e redução na despesa do Estado que lhe está associada. Assim, para os anos subsequentes, e tendo em consideração o objectivo final, para os dois últimos anos foi assumida a redução de 50%, como consta da Tabela 8 *infra*.

**Tabela 8 – Transferências previstas do OE entre 2012 – 2015 (Milhões €)**

Subsistemas públicos de saúde	2012P	2013P	2014P	2015P
ADSE	22,05	17,64	8,82	4,41
SAD	37,8	30,24	15,12	7,56
ADM	40,95	32,76	16,38	8,19
<b>Total</b>	<b>100,8</b>	<b>80,64</b>	<b>40,32</b>	<b>20,16</b>

Fonte: Elaboração própria considerando o valor de referência para 2011 do OE2011.

<sup>85</sup> Nas despesas totais públicas em saúde incluíram-se também as transferências do Estado para a ADSE, SAD-PSP, SAD-GNR, ADM e SNS.

De acordo com tal previsão, o Estado iria ter uma redução total na despesa no final de 2016 no montante de 144 M€, como resulta da Tabela 9 *infra*.

**Tabela 9 – Redução na Despesa do Estado via OE 2012 – 2016 (Milhões €)**

Subsistemas públicos de saúde	2012P	2013P	2014P	2015P	2016P
ADSE	9,45	4,41	8,82	4,41	4,41
SAD	16,2	7,56	15,12	7,56	7,56
ADM	17,55	8,19	16,38	8,19	8,19
<b>Total</b>	<b>43,2</b>	<b>20,16</b>	<b>40,32</b>	<b>20,16</b>	<b>20,16</b>

Fonte: Elaboração própria considerando o valor de referência para 2011 do OE2011.

Porém, a hipótese de autofinanciamento dos subsistemas de saúde públicos, seria possível por duas vias:

- (i) redução progressiva dos benefícios dos utentes dos subsistemas; e/ou
- (ii) aumento das contribuições dos beneficiários.

A título de exemplo, considerando a ADSE, e tendo em conta a situação em 2010, com um *superavit* de 14,2 M€<sup>86</sup>, e considerando a eliminação das transferências do OE, tal implicaria uma passagem para um défice de 245,8 M€, a ser suportado pelos beneficiários.

Tendo em conta que o valor de contribuição em média e por beneficiário, em 2010, foi de 158,4€<sup>87</sup>, o aumento por beneficiário, caso não se verificasse a transferência do OE, seria de 181,16€, totalizando o valor de 339,54€. Este cenário poderia traduzir-se num incentivo para o exercício do direito de *opting-out* por parte dos beneficiários que contribuem relativamente mais e usufruem menos, o que por sua vez iria conduzir a progressivos aumentos de valor de contribuição individual, fomentando novas saídas do subsistema e prejudicando, ainda mais, o objectivo de auto-sustentabilidade. Ademais, e no contexto de um aumento de contribuições, os beneficiários, assumida a possibilidade de *opting-out*, podem optar por subscrever um seguro de saúde privado em alternativa à ADSE. Tal facto será agravado à medida que cada vez mais beneficiários tomem conhecimento da possibilidade de *opting-out* já prevista na Lei do Orçamento de Estado para 2010.

Por seu turno, poder-se-ia argumentar que a extinção da ADSE, e tendo por base os valores de 2010, traduzir-se-ia num aumento da despesa do Estado num montante

<sup>86</sup> Cfr. Relatório de Actividades de 2010 da ADSE.

<sup>87</sup> *Idem*.

máximo de 309 M€<sup>88</sup>, se a actual despesa total do subsistema fosse transportada de forma automática e assumindo que todos os beneficiários deste subsistema iriam procurar os cuidados de saúde que obtiveram em 2010 no regime da ADSE agora no SNS e, por outro lado, deixariam de pagar qualquer tipo de contribuição.

Mas uma análise mais aprofundada afasta um tal cenário e demonstra que da extinção da ADSE resultarão custos que sempre se poderão qualificar como “residuais”.

Tomando por base as diferentes formas de acesso dos beneficiários da ADSE aos cuidados de saúde – a que correspondem os correspondentes tipos de despesa –, verifica-se que esse mesmo acesso, e para além daquele referente aos medicamentos, se exerce:

- (i) no âmbito dos prestadores do SNS;
- (ii) no âmbito dos prestadores convencionados da ADSE; ou ainda
- (iii) no âmbito do regime livre existente.

Ora, a despesa total da ADSE, em 2010, foi de 569 M€, que correspondeu a despesa com SNS (49,9 M€), regime convencionado e Rede Nacional de Cuidados Continuados (190,8 M€), medicamentos (200,4 M€), regime livre (119,1 M€) e despesas de administração (8,8 M€)<sup>89</sup>. Por seu turno, o contributo dos beneficiários totalizava, em 2010, 214,9 M€, tendo sido realizada uma previsão de 469 M€ para 2011 na decorrência do aumento das contribuições entretanto efectuada<sup>90</sup>.

Consequentemente, verifica-se desde logo um notório desfasamento ou incapacidade de cobertura das despesas da ADSE com as contribuições dos seus beneficiários, sendo certo, igualmente, que a redução da despesa total do Estado de 2012 a 2016 que resultaria da eliminação de transferências para os subsistemas, de acordo com as previsões anteriormente realizadas, ascenderia a 144 M€.

Já relativamente às outras “fontes de custos” (medicamentos, regime convencionado e regime livre), dir-se-á o seguinte:

- considerando que a comparticipação de medicamentos no SNS encontra-se regulada e é aplicável a todos os beneficiários do SNS, passaria esta a ser a única utilizada, com eliminação desta despesa no quadro da ADSE. Apesar do aumento deste tipo de

---

<sup>88</sup> Tendo em consideração a despesa total da ADSE, constante no Relatório de Actividades de 2010 da ADSE.

<sup>89</sup> Cfr. Relatório de Actividades de 2010 da ADSE, p. 82.

<sup>90</sup> Cfr. Plano de Actividades para 2011 da ADSE, p. 56.

despesa em sede de comparticipação no quadro do SNS que daí resultaria, é razoável considerar-se que o mesmo seria sempre inferior à despesa actual da ADSE;

- considerando que não existe “regime livre” no SNS, tal custo não seria transitável, com uma imediata redução de despesa, tendo por base o ano de 2010, de 119,1 M€<sup>91</sup>;

- considerando que o regime convencionado da ADSE não é transitável para o SNS, tanto representa uma imediata redução de despesa, tendo por base o ano de 2010, de 190,8 M€<sup>92</sup>.

Obviamente que esta redução de formas de acesso dos beneficiários da ADSE a cuidados de saúde conduziria, em grau indeterminável, a um aumento de recurso, por parte de tais (ex)beneficiários da ADSE ao SNS. Porém, nunca esse aumento de procura corresponderia à actual dimensão da procura de cuidados de saúde evidenciada pelos beneficiários no quadro da ADSE. E para tanto se demonstrar, bastará ter presente que o recurso por parte dos beneficiários da ADSE a cuidados especializados, como sejam consultas de especialidade, é hoje totalmente livre quer no regime convencionado, quer no regime livre. Ora, esse acesso no âmbito do SNS é feito no quadro do acompanhamento dos utentes em sede de cuidados de saúde primários e através dos procedimentos de referenciação actualmente estabelecidos para efeito do acesso (derivado) aos cuidados diferenciados.

Na realidade, e por forma a analisar o comportamento da procura de cuidados especializados dos beneficiários da ADSE em oposição ao dos utentes do SNS, podem, por exemplo, ser consideradas as variáveis número de consultas do regime convencionado por beneficiário, no primeiro caso, e número total de consultas hospitalares por habitante, no segundo. Tal comparação encontra-se, aliás e desde logo, limitada pela não consideração de consultas no âmbito do regime livre da ADSE, cuja inclusão comportaria o aumento da procura total por beneficiário, pelo que o valor aqui considerado será sempre um valor por defeito<sup>93</sup>. Ora, cada beneficiário utilizador da ADSE apresentava, em 2007, um consumo médio de 2,4 consultas por ano<sup>94</sup>, enquanto um utente utilizador do SNS, em 2010, já considerado o aumento de

---

<sup>91</sup> Cfr. Relatório de Actividades de 2010 da ADSE, p. 82.

<sup>92</sup> *Idem*.

<sup>93</sup> Refira-se que não foram considerados, no cálculo que se apresentará de seguida, o número de beneficiários da ADSE que recorreram a primeiras consultas hospitalares como utentes do SNS, o número de utentes do SNS que também recorreram a consultas de especialidade no sector privado (eventualmente com seguro de saúde) e o número de utentes do SNS que foram às primeiras consultas no passado e que usufruíram em 2010 de consultas de seguimento.

<sup>94</sup> Cfr. Relatório de Actividades para 2007 da ADSE.

primeiras consultas decorrente do Programa Consulta a Tempo e Horas, consumia, em média, 1,48 consultas por ano<sup>95</sup>. Tal conclusão vai ao encontro da evidência empírica segundo a qual os utentes do SNS que se encontram em simultâneo associados a um subsistema público de saúde, apresentam um maior consumo em cuidados de saúde, sobretudo em consultas de especialidade<sup>96</sup>. Porém, o consumo adicional não se reflecte num melhor estado de saúde destes indivíduos<sup>97</sup>.

Em conclusão, e mau grado a perda de receita, referente a 2010, de 214,9 M€<sup>98</sup> a título de contribuições, a extinção da ADSE poderia conduzir a reduções de despesa superiores a tal montante, especialmente tendo em consideração que o aumento da procura de cuidados de saúde em sede do SNS daí resultante, com a pressão sobre o tempo de espera que lhe está associada e as regras de acesso aos cuidados especializados no SNS como referidos, promoverá um alinhamento do comportamento dos beneficiários da ADSE ao padrão de consumo do SNS. A solução poderia, então, passar pela alteração substantiva dos subsistemas de saúde públicos, que ultrapassando inclusivamente a lógica da sua complementaridade ao SNS, se passaria a organizar e estruturar como verdadeiros subsistemas privados de determinados grupos sócio-profissionais<sup>99</sup>.

**Qual a melhor forma de garantir a redução do custo orçamental dos subsistemas públicos?**

**Considerando o objectivo de autofinanciamento dos subsistemas de saúde públicos no ano de 2016, a previsão da evolução das transferências de OE conduziria a uma redução na despesa do Estado em 144 M€. Não obstante, o potencial aumento da procura traduzir-se-ia num aumento da despesa do Estado num montante máximo de 309 M€.**

**Deverá proceder-se a uma alteração substantiva dos subsistemas de saúde públicos, que em alternativa à sua extinção, passaria pela alteração da sua organização e estrutura assumindo-os como subsistemas privados referentes a determinados grupos sócio-profissionais.**

<sup>95</sup> Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

<sup>96</sup> Vide Moreira, S. and Pedro Pita Barros (2010), "Double health insurance coverage and health care utilization: evidence from quantile regression". *Health Economics*, Vol. 19, pp. 1075-1092.

<sup>97</sup> Vide Barros, P.P., Matilde P. Machado and Anna Sanz-de-Galdeano, (2008), "Moral hazard and the demand for health services: A matching estimator approach", *Journal of Health Economics*, Vol. 27, pp. 1006-1025.

<sup>98</sup> Cfr. Relatório de Actividades de 2010 da ADSE, p. 82.

<sup>99</sup> Tanto não constituiria, aliás, nenhuma inovação no quadro "público" já actualmente existente. Citem-se, a título de exemplo, empresas públicas (ou de capital exclusivamente público) como sejam a CGD, os CTT ou a TAP, que possuem os seus próprios sistemas de saúde privados, que são comumente qualificados como subsistemas privados e que, ademais, já foram outrora qualificados como subsistemas públicos.

### **3.5. Reestruturação da rede hospitalar com financiamento público<sup>100</sup>**

O direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões. Idealmente, a oferta de cuidados deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso equitativo para todas as populações.

Neste sentido e tendo em conta um qualquer tipo de cuidado de saúde, tanto as situações extremas de excesso de oferta desse cuidado de saúde face à procura como as de escassez representam situações que deveriam ser corrigidas, com vista à promoção da equidade no acesso.

A presente secção tem como objectivo apresentar uma análise do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares com financiamento público em Portugal Continental, que permite identificar situações de inadequação da oferta face à procura potencial, fornecendo orientação para decisões políticas de reestruturação da rede hospitalar, tal como previsto no referido Memorando de Entendimento e com vista à sustentabilidade financeira do SNS no médio e longo prazo, de forma a não pôr em causa a garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares efectivamente necessários<sup>101</sup>.

Realizou-se, concretamente, uma avaliação do acesso que considera a proximidade dos utentes aos estabelecimentos da rede hospitalar com financiamento público, ou seja, aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares públicos e estabelecimentos do sector social com acordo com o SNS e a capacidade da oferta, em termos da quantificação dos profissionais de saúde contratados pelos estabelecimentos, face à procura potencial, mensurada pelas populações abrangidas.

---

<sup>100</sup> Esta secção baseia-se no Relatório de Progresso sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público que foi enviado ao Ministério da Saúde em 19 de Julho de 2011 e poderá sofrer desenvolvimentos em função de novas análises que entretanto sejam efectuadas.

<sup>101</sup> Note-se que outras vertentes de análise da rede, que incluiriam, por exemplo, a análise de custos, a análise de especialidades específicas, a inclusão de hospitais especializados e uma identificação de Centros de Saúde eventuais substitutos de hospitais (compensando parcialmente a ausência de hospitais em determinadas regiões, como será o caso de alguns Centros de Saúde com SAP, abertos 24 horas por dia) poderiam ser igualmente consideradas para complementar a análise aqui apresentada.

### 3.5.1. Metodologia de análise

Tendo em conta o objecto de análise da presente secção, isto é, o acesso dos utentes a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares de Portugal Continental, ou seja, unidades hospitalares (doravante designadas por “hospitais”), apresenta-se a metodologia de análise adoptada.

As dimensões do acesso avaliadas são as dimensões espaciais/geográficas da proximidade e da capacidade, pelo que se analisa a acessibilidade espacial dos utentes aos cuidados de saúde prestados pelos hospitais, uma vez que a acessibilidade espacial é tipicamente referida em diversas publicações científicas como sendo a fusão da proximidade e da capacidade<sup>102</sup>.

Para a definição de critérios e aplicação dos métodos de análise ao longo do trabalho foi necessária a realização de um passo prévio, que compreendeu a recolha de dados das seguintes fontes de informação: o Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, os próprios hospitais, o Ministério da Saúde (Portal da Saúde<sup>103</sup>), o INE, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a ACSS.

Uma das principais informações utilizadas no trabalho referiu-se às áreas de abrangência/influência dos hospitais, indicativas das populações cobertas pelos hospitais, tendo-se recorrido para a sua definição às ARS, às IPSS e ao Portal da Saúde.

Importa notar que, no caso dos hospitais do SNS, consideraram-se, para a definição das respectivas áreas de abrangência, todos os concelhos dos (Agrupamentos de) Centros de Saúde abrangidos, bem como as áreas de influência das urgências apresentadas no Portal da Saúde.

Por sua vez, relativamente às especialidades/valências, igualmente identificadas no Portal da Saúde para os hospitais do SNS, associaram-se as mesmas a todos os concelhos abrangidos pelos hospitais, sem se considerar as poucas restrições encontradas por especialidade, por uma questão de eficiência na organização da base de dados utilizada para as análises e tendo em conta o facto de que a avaliação específica referente às especialidades/valências não constituiu o foco central do trabalho.

---

<sup>102</sup> Vide, por exemplo, Guagliardo, M. F., Ronzio, C. R. et al. (2004). "Physician accessibility: an urban case study of pediatric providers". *Health & Place* 10(3): 273-283.

<sup>103</sup> Em [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt).

Para efeito da análise do acesso, foram considerados apenas os pontos de oferta dos cuidados de saúde hospitalares, isto é, os hospitais com moradas diferentes (unidades hospitalares). Não obstante, identificaram-se as classificações em níveis hospitalares (central, distrital e de nível 1), tanto na caracterização da rede hospitalar com financiamento público, como na apresentação/interpretação dos resultados das análises realizadas.

Consideraram-se integrados na rede hospitalar com financiamento público não só os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares públicos, mas também os estabelecimentos hospitalares detidos pelas Santas Casa de Misericórdia que, ao abrigo do Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, assinaram no dia 29 de Março de 2011 os respectivos acordos de cooperação com as ARS, bem como o Hospital da Prelada, detido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, os quais celebraram igualmente acordos de cooperação com as respectivas ARS, em 24 de Outubro de 2008 e em 26 de Junho de 2008, e que possuem densidade suficiente para a sua consideração como estabelecimentos hospitalares integrados ou equiparados a estabelecimentos do SNS.

Finalmente, sem prejuízo de uma explicação mais detalhada ao longo do texto, identificam-se os principais tipos de cálculos e respectivos métodos adoptados nas análises:

- a) Cálculo de tempos de viagem em estrada, na análise da proximidade, para identificação de desigualdades regionais no acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares<sup>104</sup>;
- b) Cálculo de rácios de oferta/procura potencial, na análise da capacidade, para aferição da capacidade produtiva/de atendimento dos hospitais e identificação de uma eventual redundância de oferta;
- c) Aplicação do método *Two-Step Floating Catchment Area (2SFCA)*, que possibilita a associação dos rácios de oferta/procura potencial aos concelhos, produzindo índices de acessibilidade espacial para cada um dos concelhos<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Para o cálculo dos tempos de viagem foi utilizada a aplicação MapPoint, que também foi adoptada para a elaboração dos mapas.

<sup>105</sup> Vide Luo, W. e F. Wang (2003). "Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region". *Environment and Planning B: Planning and Design* 30(6): 865-884.

### 3.5.2. Caracterização da rede hospitalar com financiamento público

De forma a caracterizar a rede hospitalar com financiamento público, apresentam-se na Tabela 10 o número de hospitais da rede organizados por ARS, identificando o tipo (hospital público geral, hospital público especializado ou hospital de uma IPSS e, no caso dos hospitais gerais, o nível hospitalar.

**Tabela 10 – Hospitais da rede hospitalar com financiamento público<sup>106</sup>**

ARS	Hospitais públicos gerais				Especializados	IPSS	Total	%
	Nível 1	Distrital	Central	Total				
Norte	8	16	5	29	5	10	44	38%
Centro	7	8	3	18	8	1	27	23%
Lisboa e Vale do Tejo	2	12	11	25	8	3	36	31%
Alentejo	2	3	0	5	1	0	6	5%
Algarve	0	3	0	3	0	0	3	3%
Total	19	42	19	80	22	14	116	100%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados das ARS, do Portal da Saúde e da ACSS.

Tendo em conta dados recolhidos até 29 de Junho de 2011, integravam a rede 116 hospitais (unidades hospitalares), sendo 102 públicos (80 hospitais gerais e 22 especializados) e 14 do sector social (estabelecimentos de IPSS identificados como sendo prestadores de cuidados de saúde hospitalares com acordo com o SNS).

#### **Áreas de abrangência/Influência**

Para cada um dos 116 hospitais da rede foram identificadas as respectivas áreas de abrangência/influência, de acordo com informações obtidas no sítio do Ministério da Saúde na Internet, que definem quais as populações cobertas pelos hospitais, tendo-se verificado que, segundo as informações recolhidas, alguns hospitais têm áreas de abrangência que se sobrepõem às áreas de outros hospitais, pelo que, nessas regiões com áreas sobrepostas, as respectivas populações serão cobertas pelas áreas de dois ou mais hospitais (servidas portanto por dois ou mais hospitais). Isto significará que

<sup>106</sup> Para a identificação dos níveis hospitalares utilizou-se como fonte de informação o Portal de Codificação e dos GDH do Ministério da Saúde ([http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal)).

tais populações terão mais do que uma opção de hospital à disposição quando precisam de recorrer a cuidados de saúde hospitalares<sup>107</sup>.

Com vista à visualização das áreas de abrangência sobrepostas, representaram-se os concelhos cobertos pelas áreas de abrangência em dois mapas, tendo-se identificado também as localizações dos hospitais e os respectivos níveis hospitalares.

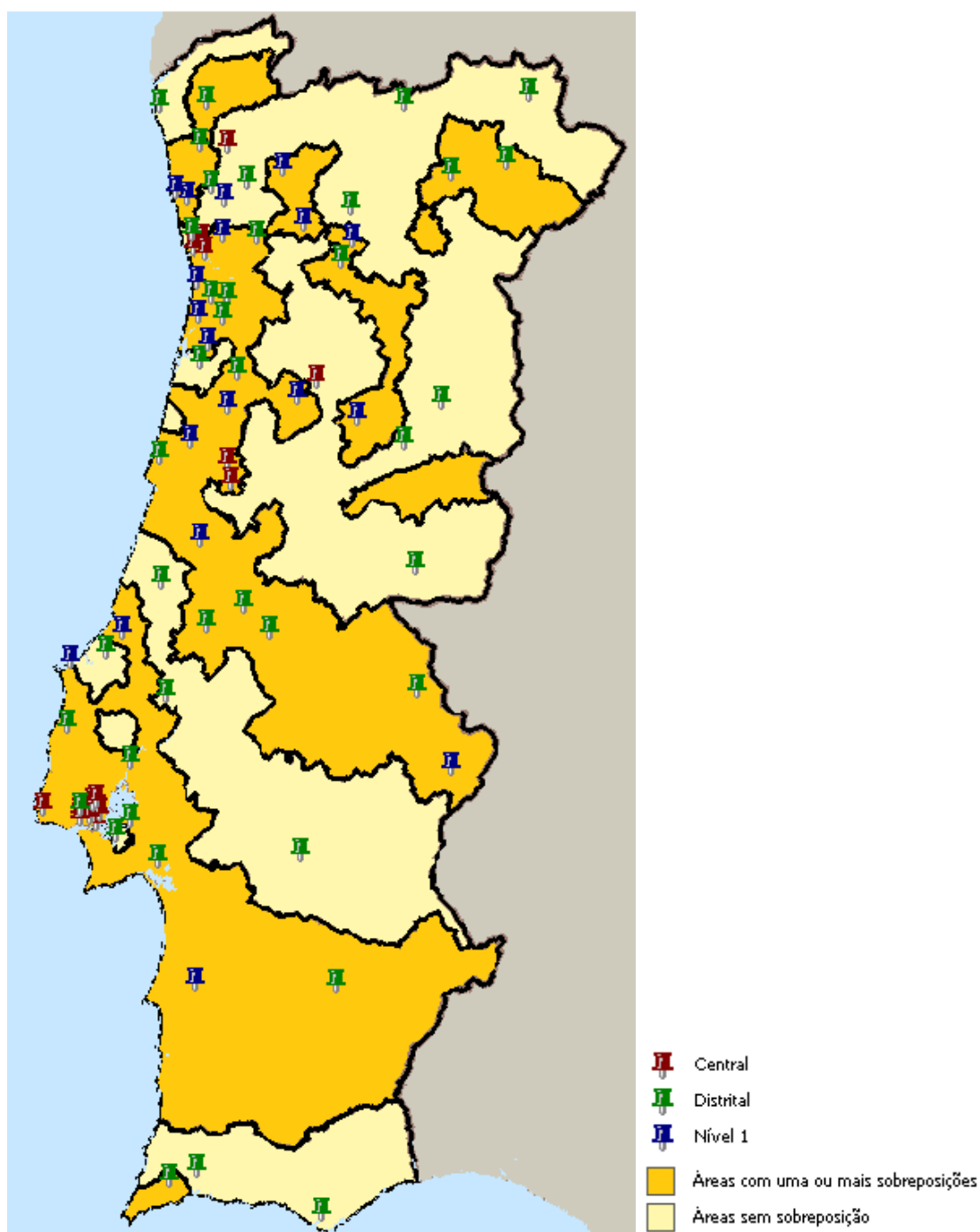
No Gráfico 5 são representadas as localizações dos hospitais públicos gerais<sup>108</sup>, destacando-se as áreas de abrangência sem sobreposição e as áreas de abrangência com uma ou mais sobreposições (ou seja, nas quais as respectivas populações poderão aceder a mais de um hospital para a obtenção de cuidados de saúde hospitalares). Não foram identificadas regiões sem cobertura.

---

<sup>107</sup> Note-se que as populações nas áreas sobrepostas não terão necessariamente mais do que uma opção de hospital para todas as especialidades e serviços dos hospitais, dada a lógica de referência que prevalece no SNS. No entanto, considerando que as redes de referência estabelecidas não foram ainda rigorosamente implementadas, conforme se verificou no estudo realizado pela ERS que resultou num Parecer da ERS e numa Recomendação dirigida às 5 ARS relativa às Redes de Referência Hospitalar (*vide* [www.ers.pt](http://www.ers.pt)), não se descarta a existência de oferta repetida de valências/especialidades e serviços em algumas regiões. Apenas uma análise pormenorizada ao nível das especialidades e serviços permitirá obter uma conclusão sobre tal matéria.

<sup>108</sup> Para a representação da localização dos hospitais neste Relatório foram considerados os códigos postais de quatro dígitos das respectivas moradas, pelo que hospitais de uma mesma área de código postal são representados por um único símbolo nos mapas.

Gráfico 5 – Hospitais públicos gerais e áreas de abrangência

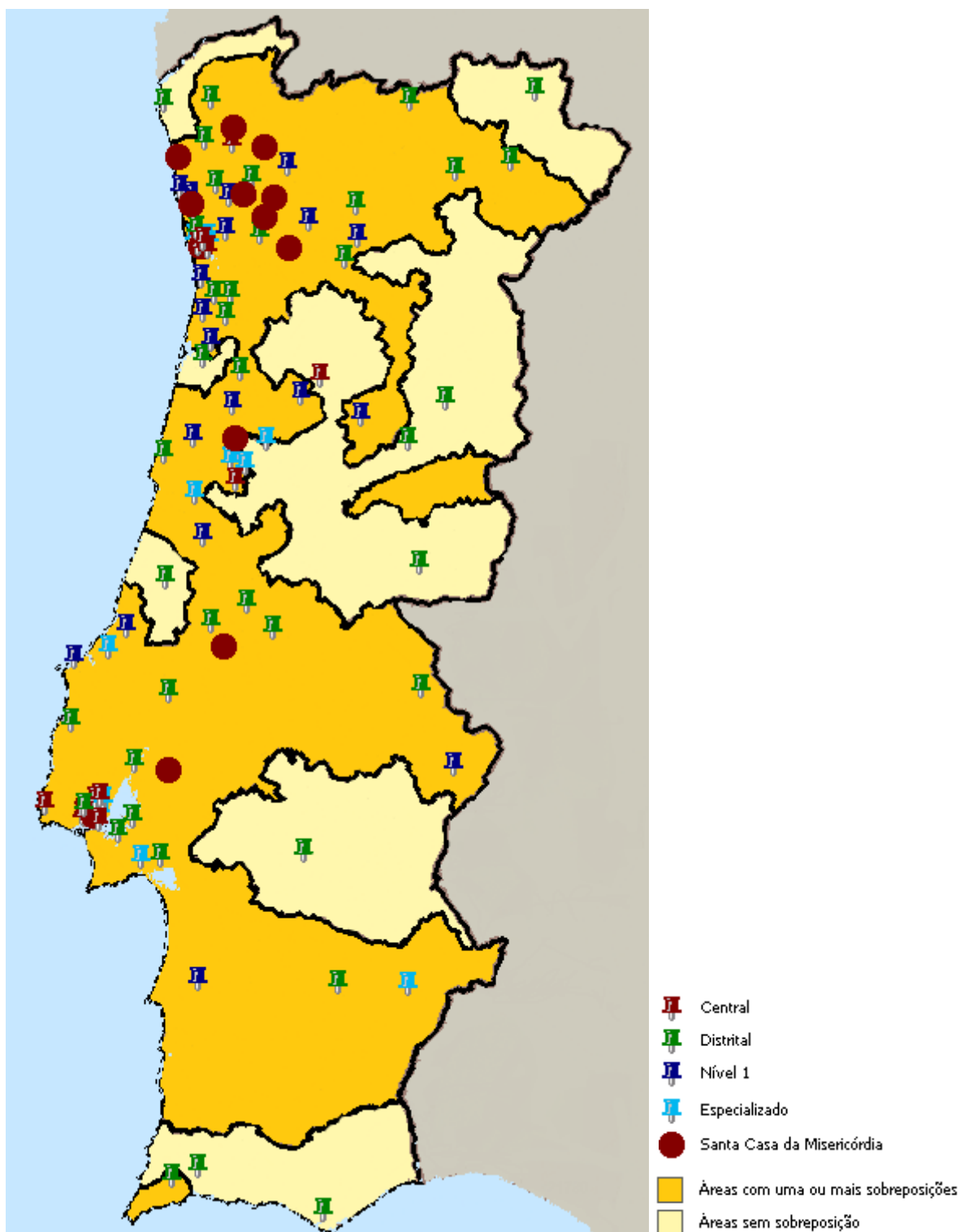


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde e do Portal de Codificação e dos GDH.

O Gráfico 6 apresenta toda a rede hospitalar com financiamento público, e as áreas de abrangência dos hospitais gerais que integram a rede, pelo que são acrescentadas ao mapa do Gráfico 5 as localizações dos hospitais públicos e das IPSS, para além das respectivas áreas de abrangência. Note-se que, embora se tenham representado no mapa as localizações dos hospitais públicos especializados, não se incluíram na análise das sobreposições as áreas de abrangência dos mesmos, uma vez que a sua inclusão distorceria a análise, em função dos hospitais especializados terem áreas de

abrangência regionais, com superfícies de dimensão tipicamente bastante superior àquelas dos hospitais gerais, e não serem directamente comparáveis aos outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados.

**Gráfico 6 – Hospitais da rede hospitalar com financiamento público e áreas de abrangência**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, das IPSS, das ARS e do Portal de Codificação e dos GDH.

As principais diferenças que se identificam na comparação entre o primeiro e o segundo mapa referem-se ao aumento da superfície coberta pelas áreas com uma ou mais sobreposições. Se no primeiro mapa há uma ou mais sobreposições em 144 concelhos de Portugal Continental (cerca de 52% dos concelhos), no segundo mapa, em que se consideram tanto os hospitais públicos gerais como os hospitais do sector social, são 188 os concelhos cobertos por mais de uma área de abrangência hospitalar (aproximadamente 68% do total).

Por seu turno, enquanto no primeiro mapa cada concelho é coberto em média cerca de 1,8 vezes por uma área de abrangência hospitalar, sendo o concelho com o número máximo de coberturas o de Lisboa, com nove coberturas, no segundo mapa cada um dos concelhos é coberto em média 2,4 vezes por uma área de abrangência, sendo Lisboa igualmente o concelho com o maior número de coberturas (10)<sup>109</sup>.

Em termos regionais, verifica-se, no caso do primeiro mapa, referente aos hospitais públicos gerais, que a região com mais sobreposições é a região de Lisboa e Vale do Tejo, com 76% dos concelhos da região sendo cobertos pelo menos duas vezes por áreas de abrangência. Por ordem decrescente de percentagem de concelhos cobertos mais do que uma vez, seguem-se Alentejo (70%), Norte (44%), Centro (41%) e Algarve (13%)<sup>110</sup>. No caso do segundo mapa, em que são incluídos na análise os hospitais do sector social com acordos com o SNS, a área geográfica de actuação da ARS Lisboa e Vale do Tejo tem 100% dos seus concelhos com duas ou mais coberturas e, por ordem decrescente de percentagem de concelhos cobertos mais do que uma vez, seguem-se Norte (79% dos concelhos), Alentejo (70%), Centro (44%) e Algarve (13%).

Por último, importa notar que há 99 concelhos (em todas as cinco regiões das ARS) cobertos por mais de um hospital público geral de nível idêntico, o que equivale a cerca de 69% dos concelhos das áreas com uma ou mais sobreposições ilustradas no mapa do Gráfico 5 e cerca de 53% dos concelhos das áreas sobrepostas

---

<sup>109</sup> Tal sucede em função do grande número de hospitais de Lisboa – uma concentração que muitas vezes não existe em função apenas da população de Lisboa e arredores, mas também da necessidade de atendimento de populações mais distantes, em regiões remotas do Alentejo e Algarve, por exemplo, que muitas vezes têm de recorrer aos hospitais de Lisboa para obterem cuidados de saúde.

<sup>110</sup> Recorde-se que todos os resultados relativos às áreas de influência e de sobreposições de áreas reflectem simplesmente as informações recolhidas referentes aos hospitais e respectivas áreas de influência, tendo-se considerado nesta análise também as áreas de influência das urgências, conforme referido na secção 3.5.1. Sendo assim, e dada a lógica de referenciação prevalecente no SNS (também referida anteriormente), ressalte-se que nem todas as áreas de sobreposição indicarão que as populações cobertas têm efectivamente mais de uma opção de ponto de oferta para todas as especialidades e ou serviços.

representadas no mapa do Gráfico 6. Portanto, há hospitais gerais de mesmo nível (central, distrital ou de nível 1) que contribuem em boa medida para a cobertura hospitalar de uma grande superfície de Portugal com áreas de abrangência sobrepostas.

### ***Adequação das áreas de abrangência***

Importa avaliar, para efeito da análise da proximidade, em que medida as áreas de abrangência se encontram a uma distância considerada adequada sob o ponto de vista da proximidade dos utentes aos hospitais, ou se as suas superfícies são desproporcionais, impondo às populações de determinados concelhos a necessidade de se deslocarem distâncias excessivas até à obtenção de cuidados de saúde hospitalares.

Considerando os tempos de viagem em estrada das populações dos concelhos abrangidos até aos hospitais e excluindo os hospitais públicos especializados da análise, em função das suas áreas de abrangência serem regionais, conforme referido *supra*, verifica-se que, de acordo com as áreas de abrangência definidas com base nas informações recolhidas junto das ARS, das IPSS e, principalmente, do Portal da Saúde, há populações de seis concelhos localizadas a mais de duas horas de viagem de alguns hospitais<sup>111</sup> (tempos de viagem máximos, referentes às populações mais distantes), embora haja outras opções de hospitais disponíveis a essas populações a menos de duas horas de viagem. Este é um indício de que há disparidades excessivas relativas às distâncias das populações até aos hospitais e de que algumas áreas de abrangência não serão adequadas<sup>112</sup>.

Para se ter uma ideia mais clara das disparidades, também foram calculados tempos médios de viagem entre os concelhos e os hospitais. Concretamente, foram calculados tempos de viagem em estrada entre os concelhos de residência dos utentes e os hospitais gerais, e associou-se a cada um dos hospitais gerais a respectiva média dos tempos de viagem entre os concelhos abrangidos e o hospital ponderada pelas populações dos concelhos<sup>113</sup>. Os resultados, que indicam, para cada hospital, o tempo médio (ponderado) despendido pelas populações abrangidas, são apresentados no Gráfico 7.

---

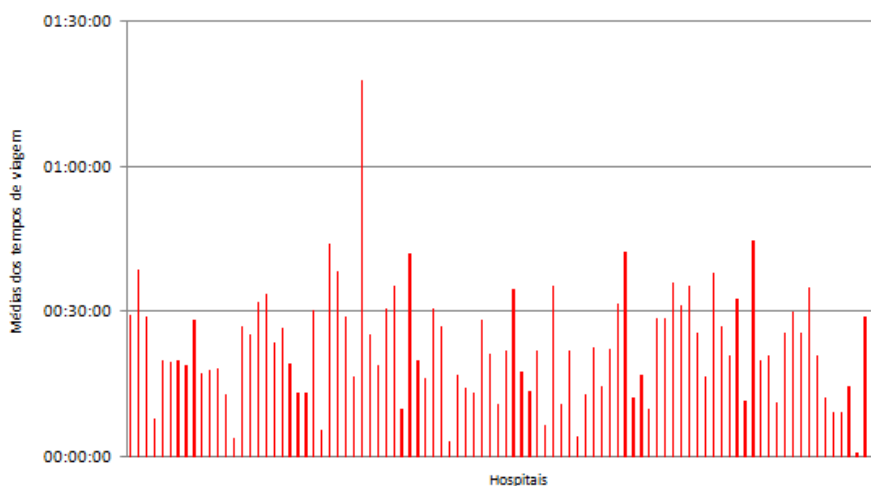
<sup>111</sup> Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE e Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada.

<sup>112</sup> Para georreferenciar os concelhos e códigos postais de quatro dígitos e calcular os tempos de viagem em estrada foi utilizada a aplicação MapPoint com as velocidades médias padrão.

<sup>113</sup> Os dados populacionais utilizados são estimativas do INE relativas a 2009.

Tendo em conta os resultados das médias ponderadas, verifica-se que em termos médios há alguns tempos de viagem que também podem ser considerados elevados. Em particular, um hospital geral apresentou uma média ponderada associada superior a uma hora de viagem<sup>114</sup>.

**Gráfico 7 – Médias dos tempos de viagem entre os concelhos abrangidos e os hospitais gerais ponderadas pelas populações<sup>115</sup>**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, das IPSS e das ARS.

Importa notar que o tempo de viagem de uma hora pode ser escolhido como sendo uma referência ideal para se aferir da proximidade dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares e, *in casu*, verificar se as áreas de abrangência dos hospitais são adequadas. Isto porque esta referência de tempo já foi adoptada para efeito de determinação de política de saúde, tendo sido definida como sendo um tempo de viagem aceitável para casos de urgência hospitalar<sup>116</sup>. Entende-se que, se para urgências a referência de 60 minutos é aceitável, então para cuidados hospitalares gerais e, particularmente, os programados, não urgentes, tal referência poderá ser considerada suficiente, pois, no caso dos cuidados não urgentes, inexistirá o risco de

<sup>114</sup> Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

<sup>115</sup> O Gráfico 7 visa apenas contribuir para o reforço dos indícios de existência de disparidades excessivas relativas às distâncias das populações até aos hospitais e de inadequação de algumas áreas de abrangência.

<sup>116</sup> Vide Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de Janeiro de 2007, relativo às características da rede de serviços de urgência.

debilitação do estado de saúde do utente se os cuidados de saúde não forem prestados imediatamente<sup>117</sup>.

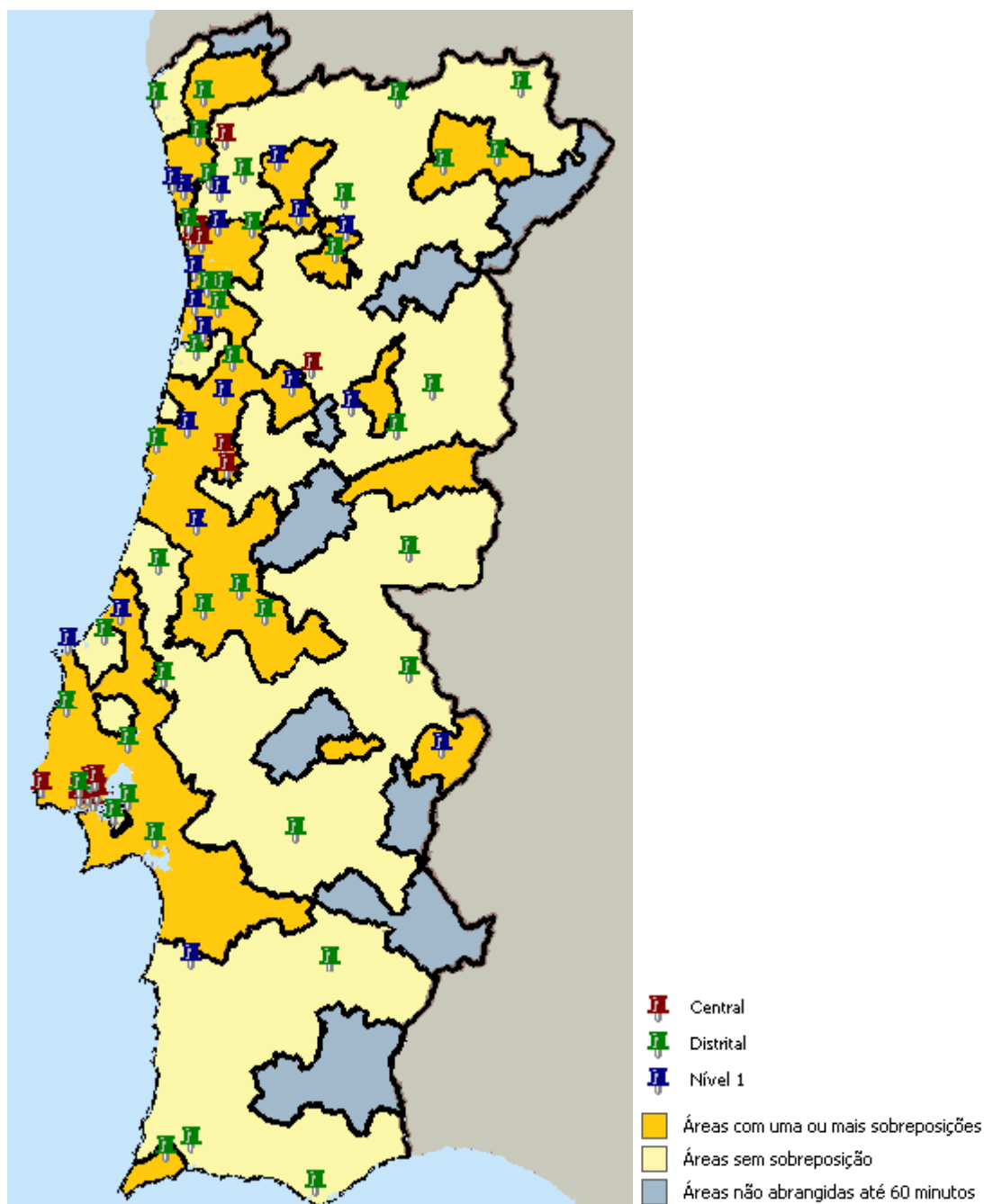
No Gráfico 8 apresentam-se as localizações dos hospitais públicos gerais e as respectivas áreas de abrangência definidas com base nas informações recolhidas junto do Portal da Saúde, mas ajustadas, cobrindo apenas as populações localizadas a menos de uma hora dos hospitais (pelo que se mantiveram as delimitações das áreas de abrangência definidas com base nas informações recolhidas que apresentam um alcance inferior a 60 minutos de viagem até aos hospitais<sup>118</sup>).

---

<sup>117</sup> Importa notar, contudo, que, dependendo dos tipos de cuidados de saúde hospitalares, outros tempos de viagem de referência já foram considerados em publicações científicas e por instituições públicas de outros países e que análises de sensibilidade poderiam ser eventualmente feitas com alterações à referência de 60 minutos. Por exemplo, no caso de intervenções cirúrgicas, já se considerou que a referência de 90 minutos de tempo de viagem em estrada seria a referência ideal (*vide* Committee on Pediatric Manpower (1981). “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”. *Pediatrics* 67(5): 585-596).

<sup>118</sup> Poder-se-ia eventualmente remodelar integralmente as áreas de abrangência considerando tempos de viagem até 60 minutos em estrada para todos os hospitais. No entanto, optou-se no por se fazer o ajustamento apenas nos casos em que a proximidade dos utentes até ao tempo de referência escolhido não parecia adequada, dado o tempo de viagem de referência escolhido, de forma a não afastar a análise do que se deverá verificar na realidade.

**Gráfico 8 – Hospitais públicos gerais com áreas de abrangência limitadas até 60 minutos de viagem em estrada**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde e do Portal de Codificação e dos GDH.

Em contraposição ao Gráfico 5, referente à mesma rede de hospitais públicos gerais, mas com as áreas de abrangência definidas apenas com base nas informações recolhidas junto das ARS, das IPSS e do Portal da Saúde, o Gráfico 8 apresenta menos sobreposições: 38% dos concelhos (107) tem duas ou mais coberturas (enquanto no primeiro mapa a percentagem equivalente era de 52%). Além disso,

embora o número máximo de coberturas relativo a um concelho permaneça o mesmo (nove, em Lisboa), a média de coberturas por concelho decresce para 1,5 (de 1,8).

Outra diferença é que nem todas as populações dos concelhos de Portugal Continental dispõem de um hospital a 60 minutos de tempo de viagem, havendo 25 concelhos (ou 9% do total) sem cobertura até esta referência de tempo<sup>119</sup>, o que significa que as respectivas populações, representativas de 1,9% da população total (cerca de 196 mil residentes), estão localizadas a mais de 60 minutos de viagem em estrada de um hospital geral.

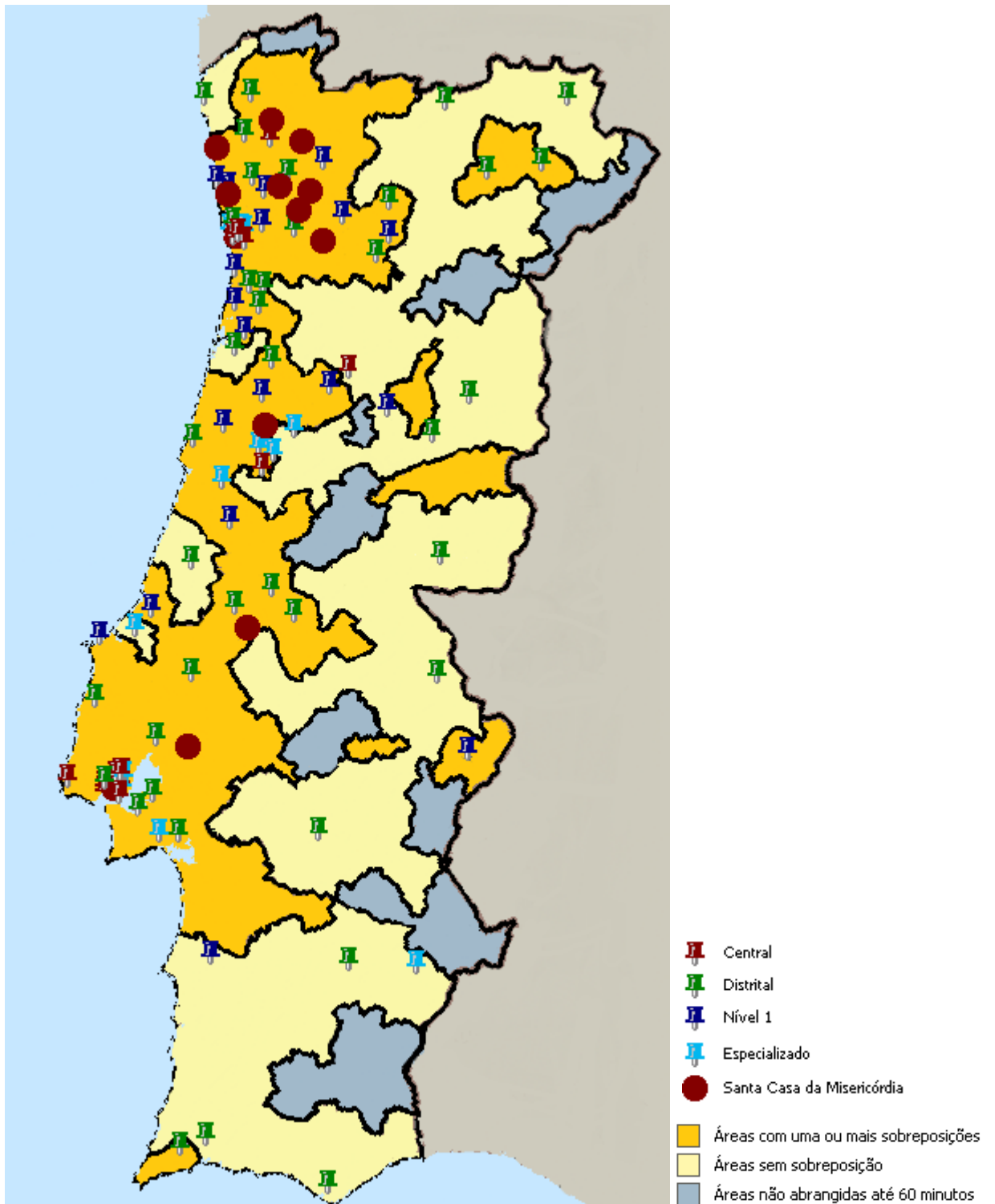
No que se refere à rede hospitalar com financiamento público, o Gráfico 9 apresenta as áreas de influência dos hospitais gerais, considerando igualmente a restrição de até 60 minutos de viagem em estrada. Salienta-se que, assim como se fez na elaboração do Gráfico 6, não se incluíram novamente na análise as áreas de abrangência dos hospitais especializados, uma vez que, conforme referido na subsecção anterior, a sua inclusão distorceria a análise, em função dos hospitais especializados terem áreas de abrangência regionais e não serem directamente comparáveis aos outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados<sup>120</sup>.

---

<sup>119</sup> Os 25 concelhos são os seguintes: Alandroal, Alcoutim, Almodôvar, Avis, Barrancos, Borba, Freixo de Espada à Cinta, Meda, Melgaço, Mértola, Miranda do Douro, Mogadouro, Monção, Mora, Moura, Mourão, Oleiros, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penedono, Portel, Sernancelhe, Sertã, Vila Nova de Foz Côa e Vila Viçosa.

<sup>120</sup> Acresce que a especificidade dos cuidados prestados pelos hospitais especializados poderá justificar a consideração de um tempo de viagem mais lato, em aproximação ao óptimo para esses cuidados.

**Gráfico 9 – Hospitais da rede hospitalar com financiamento público e áreas de abrangência limitadas até 60 minutos de viagem em estrada**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, das IPSS, das ARS e do Portal de Codificação e dos GDH.

Relativamente ao Gráfico 6, que representa a mesma rede apresentada no Gráfico 9, mas com as áreas de abrangência dos hospitais definidas apenas com base nas informações das ARS, das IPSS e do Portal da Saúde, nota-se, assim como na comparação entre o Gráfico 8 e o Gráfico 5, uma redução de sobreposições: enquanto no Gráfico 6 68% dos concelhos são cobertos por mais de uma área de abrangência hospitalar, no Gráfico 9 a múltipla cobertura atinge 50% dos concelhos (140). Tendo em conta o Gráfico 9, verifica-se, ainda, uma média de cobertura por concelho de 2,0 áreas de influência (em vez de 2,4, que é a média associada ao Gráfico 6), havendo um número máximo de sobreposições num único concelho de 10 (Lisboa). Acresce que, com as áreas de abrangência ajustadas, cerca de 196 mil residentes de 25 concelhos estão a mais de 60 minutos de viagem dos hospitais, representando cerca de 1,9% da população de Portugal Continental<sup>121</sup>.

Em termos regionais, tendo em conta as áreas de actuação das ARS, nota-se que é a região de Lisboa e Vale do Tejo que apresenta a maior percentagem de múltiplas coberturas de concelhos: 76%, no caso do Gráfico 8, e 96%, no caso do Gráfico 9. Tendo em conta o Gráfico 8, seguem-se as regiões Norte e Centro (36%), Alentejo (15%) e Algarve (13%), enquanto, considerando o Gráfico 9, seguem-se Norte (60%), Centro (38%), Alentejo (15%) e Algarve (13%).

O efeito de redução de sobreposição verificado com o ajustamento pelo critério da acessibilidade rodoviária até 60 minutos indica que as áreas de abrangência dos hospitais definidas com base nas informações das ARS, das IPSS e do Portal da Saúde não serão adequadas às populações dos concelhos de Portugal Continental, em termos da proximidade ideal. O ajustamento das áreas de abrangência evidencia, assim, a existência de desigualdades no acesso, caracterizadas por regiões em que as respectivas populações terão maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde hospitalares, especialmente nas regiões do Alentejo e Algarve.

Por seu turno, a constatação de que a situação de sobreposições de áreas de abrangência permanece com o ajustamento das áreas de abrangência indica que, se, por um lado, algumas populações terão dificuldades no acesso aos cuidados de saúde hospitalares, por outro lado, outras populações, residentes em outros concelhos, têm à disposição uma oferta potencialmente redundante de cuidados de saúde hospitalares, uma vez que podem recorrer a diversas opções mais próximas das suas residências.

---

<sup>121</sup> Note-se que as áreas não abrangidas no Gráfico 8 e no Gráfico 9 são iguais, compostas pelos mesmos 25 concelhos. Isto significa que a inclusão dos hospitais do sector social não aumenta a abrangência populacional da rede de hospitais públicos gerais até 60 minutos de viagem em estrada.

Finalmente, outro indício da existência de uma oferta potencialmente redundante de cuidados de saúde hospitalares para algumas populações pode ser visto pelas múltiplas coberturas de 62 concelhos por hospitais de mesmo nível (central, distrital ou de nível 1), que contribuem, assim, para a sobreposição das áreas de abrangência ajustadas (em todas as cinco regiões das ARS). Em comparação com os números de concelhos inseridos nas áreas sobrepostas ilustradas no Gráfico 8 e no Gráfico 9, os 62 concelhos cobertos por duas ou mais áreas de abrangência de hospitais de nível idêntico representam, respectivamente, 58% e 44% dos concelhos inseridos em áreas sobrepostas.

### **3.5.3. Capacidade da rede hospitalar com financiamento público<sup>122</sup>**

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares também depende da capacidade de oferta dos hospitais, pelo que uma análise de acessibilidade espacial não deve considerar apenas a localização dos hospitais em relação às populações, mas também os recursos físicos, técnicos e humanos e as especialidades oferecidas pelos hospitais, que expressam a capacidade de atendimento da rede hospitalar.

Numa análise introdutória, tendo em conta os recursos físicos, designadamente o número de camas por população, sem se considerar a análise da proximidade, e englobando os hospitais públicos e privados, verifica-se que Portugal tem um rácio de 2,8 camas por mil habitantes, inferior à média de 3,4 dos países do grupo UE15, mas superior aos rácios de Reino Unido, Irlanda, Espanha, Suécia e Finlândia<sup>123</sup>.

Para a presente secção foram calculados os rácios de oferta/procura potencial para todos os concelhos, representando a oferta por meio do número de postos de trabalho efectivos de médicos<sup>124</sup> e a procura potencial pelo tamanho das populações cobertas

---

<sup>122</sup> Note-se que a análise aqui apresentada é uma análise estática, no sentido de que a capacidade analisada é a capacidade actual, não tendo em conta a evolução passada ou a evolução esperada futuramente, que, por sua vez, poderá apresentar variações em função de eventuais ganhos de eficiência ou da introdução de novas tecnologias na prestação de cuidados de saúde hospitalares.

<sup>123</sup> Vide OECD Health Data 2011 (dados publicados em Junho de 2011). Foram considerados os dados mais completos, de 2008.

<sup>124</sup> Não se utilizaram, por exemplo, as capacidades contratadas aos hospitais públicos nos contratos programa ou às IPSS nos acordos com o SNS, porque as capacidades são contratadas de acordo com uma avaliação das necessidades, anualmente, e serão mais voláteis e adaptáveis do que os números de médicos contratados. Acresce que a informação

pelas áreas de abrangência ajustadas pelo critério da acessibilidade rodoviária até 60 minutos definidas na secção anterior. Também se consideraram as especialidades/valências dos hospitais do SNS, tendo em conta as informações recolhidas no Portal da Saúde, de forma a aferir da repetição de especialidades oferecidas por hospitais de nível idêntico que apresentam áreas de abrangência coincidentes.

### **Rácios de oferta/procura potencial**

Com base nas áreas de abrangência ajustadas, da análise da proximidade, foram calculados rácios de postos de trabalho de médicos/população para todos os concelhos cobertos pelos hospitais gerais da rede hospitalar com financiamento público, por meio da adopção do método das “áreas de captação flutuantes em dois passos” (*Two-Step Floating Catchment Area (2SFCA) method*)<sup>125</sup>, que possibilita a associação dos rácios aos concelhos inclusive nas áreas de sobreposição, produzindo índices de acessibilidade espacial para cada um dos concelhos – um índice que pode ser interpretado directamente como sendo um simples rácio de oferta/procura. Tem-se, assim, um índice que sintetiza as duas dimensões espaciais do acesso: a proximidade e a capacidade.

O primeiro passo deste método consiste no seguinte cálculo:

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_{max}\}} P_k} ,$$

em que  $R_j$  é um simples rácio de oferta/procura potencial computado para cada área de abrangência restrita até 60 minutos de viagem, centrada na localização do hospital  $j$ , que divide o número de postos de trabalho de médicos ( $S_j$ ) pela soma das populações dos concelhos abrangidos  $k$  ( $P_k$ ) que residem no máximo a 60 minutos ( $d_{max}$ ) da localização do hospital (e, tendo em conta as situações aqui analisadas, no máximo até às fronteiras das áreas de abrangência dos hospitais definidas de acordo

---

referente aos recursos humanos é a variável tipicamente utilizada em análises de capacidade e pode ser obtida no SRER de forma relativamente simples e directa.

Note-se, no entanto, que não foi possível evitar duplas contagens de médicos (já que os médicos podem trabalhar em mais de um hospital), nem identificar os números de horas semanais efectivamente trabalhadas pelos profissionais de saúde, o que melhor representaria a capacidade produtiva/de atendimento dos hospitais.

<sup>125</sup> O método 2SFCA tem como vantagem relativamente a métodos de análise de acesso mais simples, que se restringem ao cálculo de rácios oferta/procura para regiões previamente definidas, a possibilidade de se evitar erros do tipo MAUP (*Modifiable Areal Unit Problem*), que tornam os resultados da análise dependentes das regiões escolhidas (distritos, NUTS III, ARS, etc.).

com as informações das ARS, das IPSS e do Portal da Saúde acessíveis em tempos de viagem inferiores a 60 minutos).

Finalmente, o segundo passo é representado pela seguinte equação:

$$A_i^F = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_{max}\}} R_j = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_{max}\}} \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_{max}\}} P_k} ,$$

em que  $A_i^F$  é um índice de acessibilidade espacial, calculado para cada concelho  $i$ . Este índice equivale à soma de todos os rácios de oferta/procura potencial até 60 minutos do concelho  $i$  (e até às fronteiras das áreas de abrangência definidas na secção anterior, em que se insere o concelho  $i$ ), pelo que pode ser expresso igualmente por simples rácios de oferta/procura potencial e podem ser interpretados como tal relação entre a oferta e a procura<sup>126</sup>.

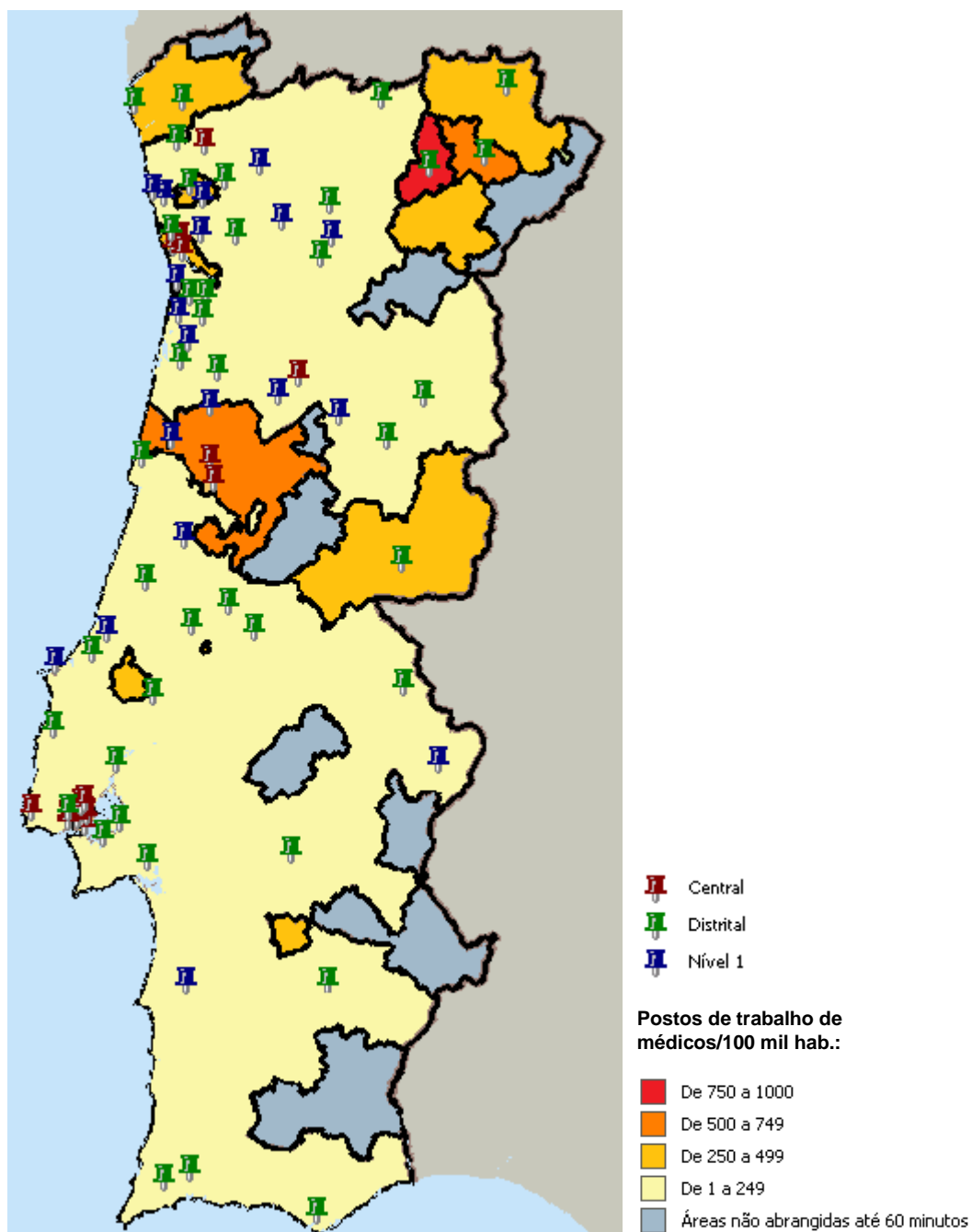
O Gráfico 10 representa a variação do índice de acessibilidade espacial considerando a rede de hospitais públicos gerais, enquanto o mapa do Gráfico 11 ilustra a gradação do índice calculado para a rede hospitalar com financiamento público, mas sem incluir na análise os hospitais públicos especializados (pelas razões enunciadas na secção anterior).

Foram definidas cinco classes para melhor visualizar os índices de acessibilidade espacial, que, conforme referido *supra*, sintetizam as dimensões espaciais do acesso – proximidade e capacidade – e podem ser expressos por rácios de postos de trabalho de médicos/população: (1) áreas não abrangidas até 60 minutos; (2) áreas com rácios de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes até 249; (3) áreas com rácios de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes de 250 a 499; (4) áreas com rácios de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes de 500 a 749; e (5) áreas com rácios de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes de 750 ou mais<sup>127</sup>.

<sup>126</sup> Note-se que modelos mais avançados do 2SFCA permitem uma ponderação dos rácios somados no segundo passo pela distância (conferindo maior peso à proximidade), mas optou-se pela adopção do método original neste relatório, por uma questão de simplicidade e eficiência na realização das análises, atenta a exiguidade temporal na elaboração do Relatório.

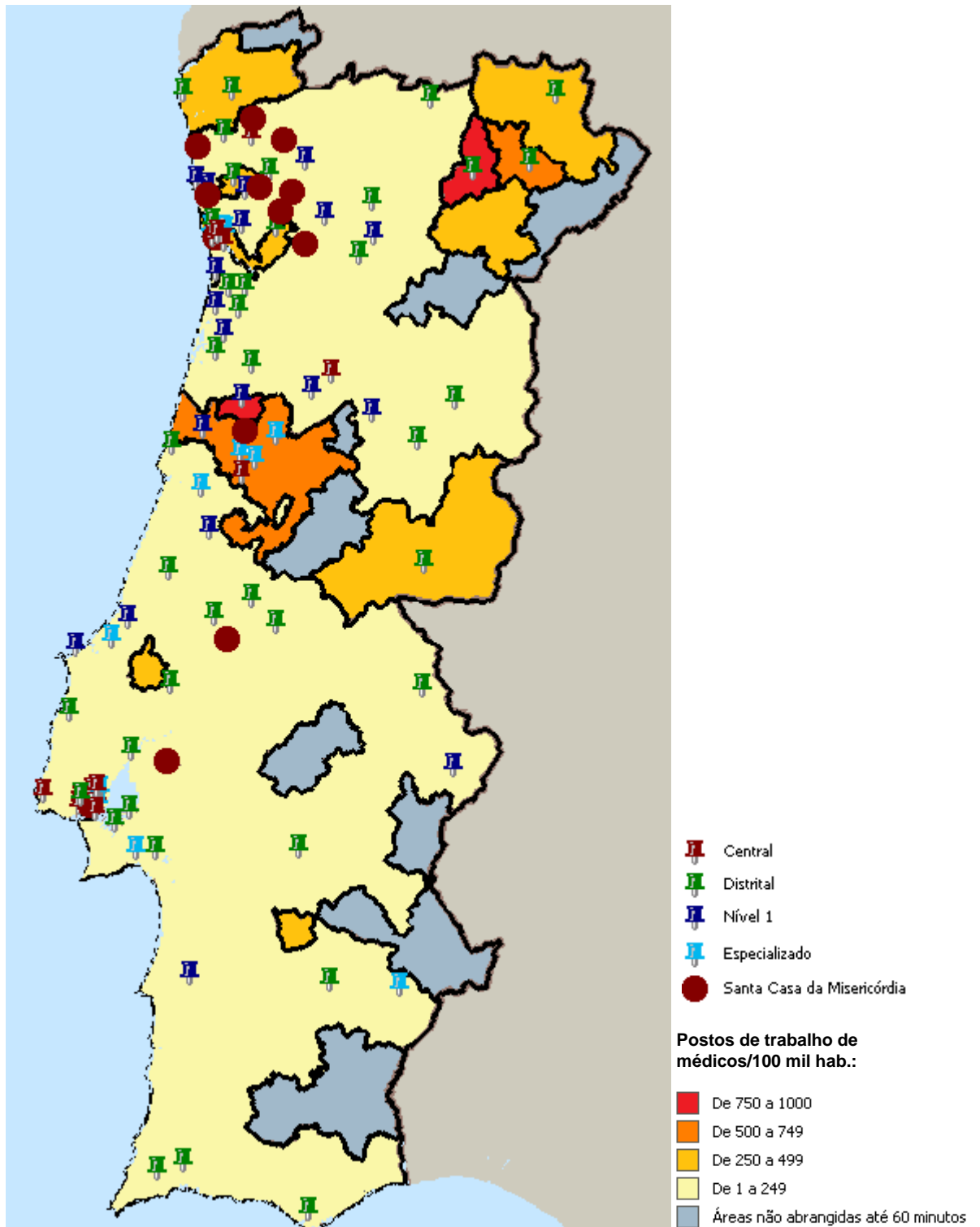
<sup>127</sup> O rácio máximo calculado foi de 963 postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes.

Gráfico 10 – Índice de acessibilidade espacial com base na oferta dos hospitais públicos gerais



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, do Portal de Codificação e dos GDH e do INE.

**Gráfico 11 – Índices de acessibilidade espacial com base na oferta dos hospitais gerais da rede hospitalar com financiamento público**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, das IPSS, das ARS, do Portal de Codificação e dos GDH e do INE.

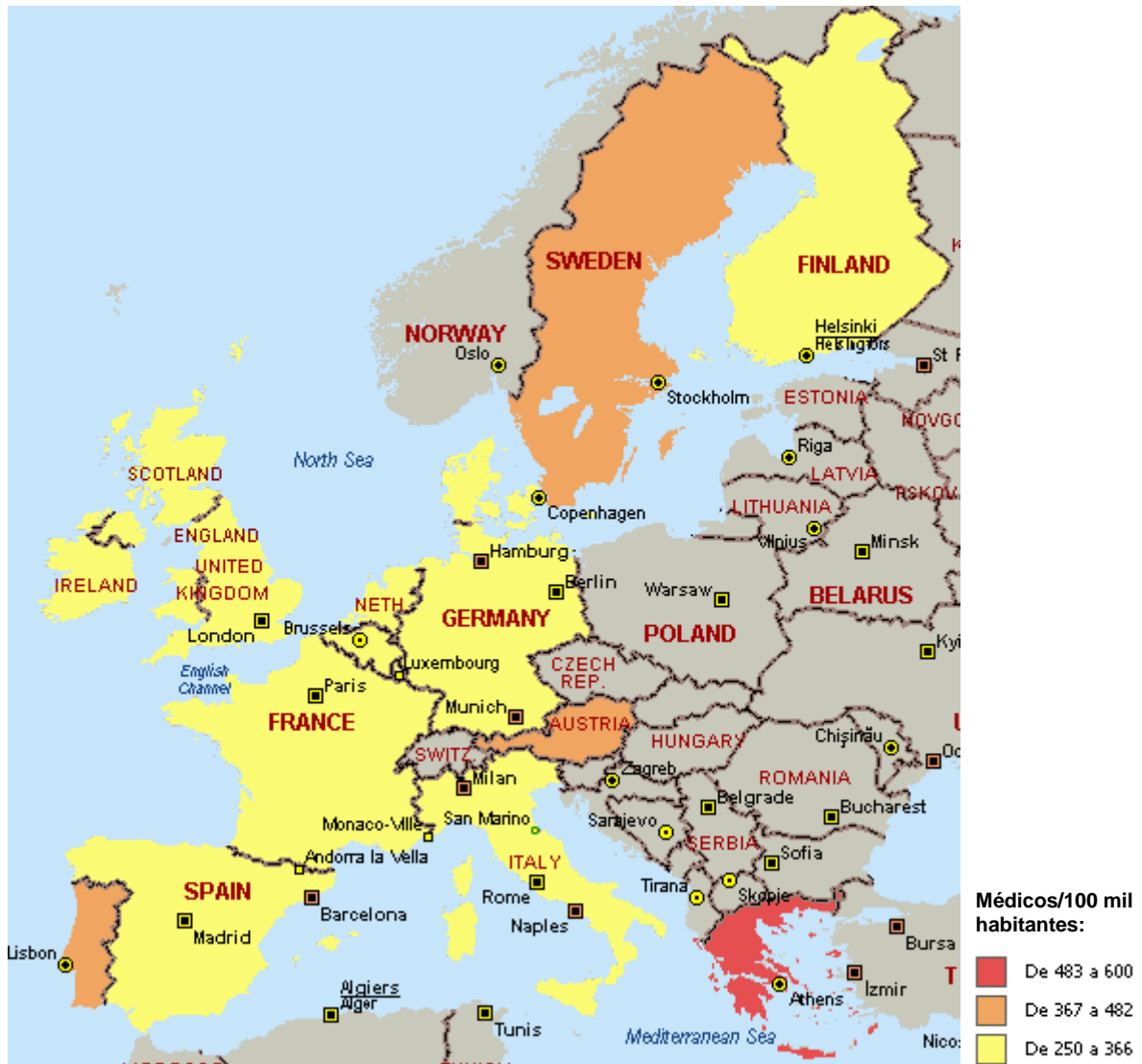
Como referência de indicador para se tentar aferir da adequação da oferta citam-se, tendo em conta os dados recentemente publicados pela OCDE, o rácio médio dos países do grupo UE15, de cerca de 347 médicos por 100.000 habitantes<sup>128</sup>, bem como o rácio relativo a Portugal, de 370 médicos por 100.000 habitantes (ou 390, considerando o dado de 2010), e, entre os rácios mais elevados dos países individuais, os rácios da Grécia e da Áustria, de 600 (ou 610, se for considerado o dado de 2010) e 460 (ou 480, referente a 2010) médicos por 100.000 habitantes, respectivamente. Entre os rácios mais baixos, refiram-se os rácios da Finlândia e do Reino Unido, de 270 e 260 (ou também 270, no caso do Reino Unido, se for considerado o dado mais recente, de 2010) médicos por 100.000 habitantes, respectivamente<sup>129</sup>, representados no mapa do Gráfico 12.

---

<sup>128</sup> Vide OECD Health Data 2011 (dados publicados em Junho de 2011). Foram considerados os dados mais completos, de 2008, sendo que para a Itália foi seleccionado o dado de 2009 (por não haver dado de 2008).

<sup>129</sup> Refira-se, contudo, que tais dados da OCDE não são perfeitamente comparáveis com os dados aqui apresentados, porque, por um lado, os dados do presente documento restringem-se aos hospitais da rede hospitalar com financiamento público e, por outro lado, não se referem propriamente a números de médicos, mas sim a postos de trabalho de médicos. Neste sentido, presume-se que os números de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes equivalerão a números inferiores de médicos por 100 mil habitantes, em função de haver médicos que trabalham em mais de um hospital e que, conseqüentemente, ocupam mais de um posto de trabalho (por esta razão, e como se verá, não se considerou como oferta potencialmente redundante a oferta associada a todos os rácios de postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes superiores à média de médicos por 100 mil habitantes dos países do grupo UE15).

**Gráfico 12 – Rácios de médicos por 100 mil habitantes dos países do grupo UE15**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da OCDE.

Considerando as classes de rácios definidas e a rede hospitalar ilustrada no Gráfico 11, identificam-se, por meio de uma comparação com a média do grupo UE15, indícios de que poderá haver algum desajustamento de capacidade face às populações abrangidas de 19 concelhos das regiões Norte (Macedo de Cavaleiros e Mirandela), Centro (Anadia, Ansião, Arganil, Cantanhede, Coimbra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Mealhada, Mira, Miranda do Corvo, Mortágua, Pedrógão Grande, Penacova, Tábua e Vila Nova de Poiares) e Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa), que apresentam rácios de oferta/procura potencial superiores a 500 postos de trabalho de médicos por

100 mil habitantes (classes “De 500 a 749” e “De 750 a 1000” no mapa)<sup>130</sup>. Estes concelhos, em que residem cerca de 880 mil habitantes (8,7% da população de Portugal Continental), são abrangidos conjuntamente por 21 hospitais gerais de diferentes níveis da rede hospitalar com financiamento público:

- 1) Hospital Distrital de Bragança (distrital, ARS Norte);
- 2) Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (distrital, ARS Norte);
- 3) Hospital Distrital de Mirandela (distrital, ARS Norte);
- 4) Hospitais da Universidade de Coimbra (central, ARS Centro);
- 5) Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra (central, ARS Centro);
- 6) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (distrital, ARS Centro);
- 7) Hospital Infante D. Pedro - Aveiro (distrital, ARS Centro);
- 8) Santa Casa da Misericórdia da Mealhada (IPSS, ARS Centro);
- 9) Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede (nível 1, ARS Centro);
- 10) Hospital Distrital de Pombal (nível 1, ARS Centro);
- 11) Hospital José Luciano de Castro - Anadia (nível 1, ARS Centro);
- 12) Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 13) Hospital de D. Estefânia - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 14) Hospital de Egas Moniz - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 15) Hospital Pulido Valente - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 16) Hospital Santa Cruz - Oeiras (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 17) Hospital de Santa Maria - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 18) Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 19) Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- 20) Hospital de São José - Lisboa (central, ARS Lisboa e Vale do Tejo);

---

<sup>130</sup> Refira-se que a variabilidade do número de médicos por 100 mil habitantes entre certas regiões poderá ser desejável face a economias de escala em certos serviços.

21) Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa (IPSS, ARS Lisboa e Vale do Tejo).

Finalmente, embora não tenham sido tidas em conta as especialidades/valências oferecidas pelos hospitais nas análises *supra* apresentadas, porque tal análise não constituiu o foco central da análise e se considerou que, sem prejuízo de restrições financeiras e relativas à contratação de profissionais de saúde e as limitações referentes ao respectivo nível hospitalar, um hospital poderá, ao longo do tempo, deixar de oferecer uma especialidade e/ou passar a oferecer outra, refira-se a existência de especialidades/valências que, tendo em conta as informações recolhidas no Portal da Saúde, são oferecidas por hospitais públicos gerais de nível idêntico com áreas de abrangência sobrepostas.

Abrangendo o concelho de Coimbra, que é um dos 19 concelhos com rácios de oferta/procura potencial superiores a 500 postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes, citam-se os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra, de nível central, que oferecem, de acordo com o Portal da Saúde, algumas especialidades idênticas, incluindo, por exemplo, Cardiologia, Neurologia e Medicina Física e de Reabilitação. Será expectável que a recente criação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março, e onde as duas unidades foram integradas, concorra na análise e decisão sobre as efectivas redundâncias existentes.

Considerando o concelho de Mirandela (outro concelho com rácio de oferta/procura potencial superior a 500 postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes), apresentando como exemplos as especialidades de Cirurgia Geral, Medicina Física e de Reabilitação e Neurologia, verifica-se a sobreposição dos Hospitais Distritais de Bragança, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela, de nível distrital. O Centro Hospitalar do Nordeste e que integrava tais unidades não foi, assim e aparentemente, suficiente na sua integração para eliminação de potenciais redundâncias. Mas tendo o mesmo sido recentemente transformado em Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de Junho, e daí decorrendo uma definição clara das áreas de abrangência da ULS, será igualmente expectável que a análise e decisão sobre as efectivas redundâncias existentes possa ser adoptada.

Por último, salienta-se que tanto as especialidades/valências oferecidas pelos hospitais do SNS como as respectivas áreas de abrangência definidas para o presente estudo foram identificadas no Portal da Saúde, devido à indisponibilidade/inexistência de um documento único – a que podemos apelidar de “Carta Hospitalar” – que reúna

tais informações e que reflecta de forma fidedigna a referenciação dos utentes por parte dos Centros de Saúde para cada hospital, evitando situações dúbias e/ou redundantes<sup>131</sup>.

Importa notar que o quadro legal enquadrador de cada uma das Unidades Locais de Saúde (ULS) actualmente existentes define as respectivas áreas de abrangência por identificação dos concelhos, Centros de Saúde ou Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) nelas integrados. Veja-se, por exemplo, o Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de Novembro, que criou a ULS de Castelo Branco e que identificou como fazendo parte integrante dessa ULS os ACES da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul.

De igual modo, refira-se que o diploma legal que procedeu à criação dos ACES, Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, fixou o número máximo de ACES a constituir, remetendo para Portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde a delimitação da área geográfica de cada um dos ACES. Tal definição das áreas de influência de cada um dos ACES veio efectivamente a ser concretizada em Portaria, com indicação não só dos Centros de Saúde neles integrados, mas igualmente dos concelhos e população abrangidos por cada um deles<sup>132</sup>.

Também os acordos de cooperação recentemente celebrados pelas Santas Casa de Misericórdia, ao abrigo do disposto no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, definem igualmente, e ao contrário do que acontecia nos acordos de cooperação anteriormente em vigor, as respectivas áreas de abrangência, mediante a identificação dos concretos ACES que podem referenciar utentes do SNS para as suas unidades hospitalares, bem como as concretas especialidades contratadas<sup>133</sup>.

Outrossim, de igual forma se trazem aqui à colação os Contratos de Gestão celebrados no âmbito das Parcerias Público-Privadas Hospitalares (PPPH), em que

---

<sup>131</sup> Refira-se, neste sentido, que a ERS realizou um estudo em 2009 (disponível no *website* da ERS) sobre as actuais redes de referenciação hospitalar (RRH) visando aferir se o não cumprimento das RRH impacta com o respeito do direito fundamental de acesso dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde, na sequência de que se recomendou às ARS a definição, publicitação e imposição para cumprimento, por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, das RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência.

<sup>132</sup> Cfr. Portaria n.º 272/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Algarve), Portaria n.º 273/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Norte), Portaria n.º 274/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Centro), Portaria n.º 275/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Alentejo), Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Lisboa e Vale do Tejo).

<sup>133</sup> *Vide*, por exemplo, anexo II ao Acordo de Cooperação celebrado entre a Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses e a ARS Norte, em 29 de Março de 2011.

nos mesmos é sempre estabelecida aquilo que aí se define como “Área de Influência do Hospital”, tal como é definido o “Perfil Assistencial” assegurado por cada hospital em questão, pelo que também quanto às PPPH existentes se encontra clarificada a questão das suas áreas de abrangência e especialidades asseguradas.

Assim, torna-se premente que os exemplos vindos de enunciar possam ser alargados a todos os estabelecimentos da rede hospitalar com financiamento público, para assegurar que as áreas de abrangência de todas as unidades hospitalares possuam uma fonte legal clara, que represente de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente, bem como a concreta abrangência de cada um dos estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito, de maneira a serem evitadas potenciais redundâncias desnecessárias. Tanto é essencial para que haja efectiva planificação dos investimentos realizados e a realizar, em termos de infra-estruturas, meios humanos, técnicos e tecnológicos, entre outros, em prol da sua eficiência alocativa.

Mas urgirá aqui esclarecer-se que a necessidade de determinar com clareza as áreas de abrangência de todas as unidades hospitalares, para efectiva coordenação (e complementaridade) da rede hospitalar com financiamento público existente não pode ser entendida como uma forma de eliminação de conceitos fundamentais como a liberdade de escolha.

Ou seja, a definição de áreas de abrangência por níveis de cuidados é essencial a uma planificação das necessidades de resposta de cada estabelecimento, tal como é essencial para a necessária eliminação ou redução de redundâncias entre os diferentes estabelecimentos. Permite ainda clarificar quais as obrigações de prestação de cada um desses estabelecimentos, bem como as obrigações de referência e, de superior importância, de aceitação de referências de outros estabelecimentos.

Mas se essa há-de ser a base de planificação e funcionamento da rede, a mesma deve acrescer a possibilidade de os utentes, em exercício do seu direito fundamental de liberdade de escolha e estabelecido na própria Lei de Bases da Saúde, poderem escolher um determinado estabelecimento para a prestação dos cuidados a que necessitam aceder. Tal como deve ser possibilitado aos próprios referenciadores, se tanto corresponder à vontade do utente, ou bem assim ao seu melhor entendimento, designadamente clínico, para determinada situação concreta, poderem optar por referenciar o utente para estabelecimento diferente daquele para onde seria normalmente referenciado.

### 3.5.4. Conclusão

Apresentou-se nesta secção uma análise do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares com financiamento público em Portugal Continental que permitiu identificar situações potencialmente extremas de desajustamento de oferta face à procura potencial. O acesso dos utentes foi avaliado em duas dimensões: proximidade e capacidade.

Na análise da proximidade, concluiu-se que as áreas de abrangência definidas com base nas informações recolhidas junto das ARS, das IPSS e do Portal da Saúde não serão adequadas às populações dos concelhos de Portugal Continental, dada a referência de 60 minutos de viagem em estrada até aos hospitais. Os resultados do ajustamento que se realizou destas áreas de abrangência, permitindo no máximo até uma hora de viagem, evidenciaram a existência de desigualdades no acesso dos utentes e uma distribuição de hospitais eventualmente desajustada à distribuição da população residente, caracterizadas por regiões em que as respectivas populações terão maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde hospitalares, especialmente nas regiões do Alentejo e Algarve<sup>134</sup>, e por outras regiões em que há um número elevado de sobreposições de áreas de abrangência. Se, por um lado, há cerca de 196 mil residentes a mais de uma hora de viagem dos hospitais gerais da rede hospitalar com financiamento público, por outro lado, remanescem sobreposições de áreas de abrangência referentes a hospitais públicos de mesmo nível (central, distrital ou de nível 1), mesmo após o ajustamento das áreas de abrangência dos hospitais definidas com base nas informações recolhidas.

No que concerne à análise da capacidade, identificaram-se regiões com rácios de mais de 500 postos de trabalho de médicos por 100 mil habitantes, o que indicia a existência de uma oferta potencialmente redundante, dada a média de 347 médicos por 100 mil habitantes dos países do grupo UE15. Verificou-se que tais regiões são abrangidas conjuntamente por 21 hospitais gerais da rede hospitalar com financiamento público, tendo-se identificado igualmente que em alguns concelhos há redundância de especialidades/valências oferecidas por hospitais de mesmo nível hospitalar.

---

<sup>134</sup> Note-se que as mesmas conclusões relativas à fraca acessibilidade das populações de certos concelhos do Alentejo e Algarve foram encontradas noutra estudo, em que foram adoptadas metodologias alternativas: Mestre A., Oliveira M.D., Barbosa-Póvoa A. (*forthcoming*) Organizing Hospitals into Networks: A Hierarchical and Multiservice Model to Define Location, Supply and Referrals in Planned Hospital Systems, OR Spectrum.

Importa notar que a presente análise não deve ser vista isoladamente, sem ser complementada por outras análises, mais aprofundadas, incluindo, por exemplo, uma análise de dimensões não espaciais do acesso, com a inclusão de variáveis sócio-económicas, demográficas e epidemiológicas no método de análise adoptado<sup>135</sup>, e que não foi explorada a possibilidade de se quantificarem diferentes cenários para medir pormenorizadamente os impactos de eventuais decisões de reestruturação da rede hospitalar – que possam, por exemplo, afectar a actual distribuição regional de recursos físicos ou o actual conjunto de acordos individuais celebrados com estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares não públicos. Ainda assim, as análises aqui apresentadas permitiram identificar as regiões em que uma eventual reestruturação hospitalar, com vista a contribuir para a sustentabilidade financeira do SNS no médio e longo prazo, não se traduziria em maiores desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Portanto, foram reunidas evidências de que haverá margem para a adopção de medidas pelo Governo compatíveis com o sentido das decisões políticas previstas no Memorando de Entendimento celebrado entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida, sem que tais medidas promovam desigualdades no acesso dos utentes.

Por último, salienta-se que se afigura premente a elaboração daquilo a que se poderá apelar de “Carta Hospitalar”, que identifique e traduza de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente e a concreta abrangência de cada um dos estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito, para que sejam afastadas as potenciais redundâncias de oferta e seja fomentada uma gestão integrada da capacidade e proximidade de cada estabelecimento hospitalar publicamente financiado.

A adopção de uma tal “Carta Hospitalar”, com força legal, é ademais tão urgente quanto será apenas e somente após o seu estabelecimento que será possível desenvolverem-se, de forma técnica e fundamentada, outras análises igualmente essenciais para a garantia da equidade de acesso aos cuidados de saúde hospitalares, num padrão de busca de eficiência de oferta dos mesmos, como sejam a análise e estabelecimento de RRH, ou ainda a análise da capacidade em termos de distribuição e adequação de equipamentos e tecnologias hospitalares.

---

<sup>135</sup> Ou a adopção de modelos relacionados de análise, como os utilizados nos trabalhos da Professora Doutora Paula Santana. *Vide*, por exemplo, Santana, P. (2005). Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: Evolução e Tendências em Portugal. Ed. Almedina.

**A análise do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares com financiamento público em Portugal Continental permitiu identificar situações potencialmente extremas de desajustamento de oferta face à procura potencial, tendo-se identificado regiões – especialmente no Alentejo e no Algarve – em que as respectivas populações terão maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde hospitalares.**

**Por outro lado, foram identificadas regiões com oferta hospitalar potencialmente redundante, no Centro, em Lisboa e Vale do Tejo e no Norte.**

**Portanto, foram identificadas as regiões em que uma eventual reestruturação hospitalar, com vista a contribuir para a sustentabilidade financeira do SNS no médio e longo prazo, não se traduziria em maiores desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.**

**Por seu turno, é essencial a elaboração de uma “Carta Hospitalar”, que identifique e traduza de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente e a concreta abrangência de cada um dos estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito, de forma a serem afastadas as potenciais redundâncias de oferta e a fomentar-se uma gestão integrada da capacidade e proximidade de cada estabelecimento hospitalar publicamente financiado.**

### **3.6. Combinação eficiente das profissões de saúde**

Uma outra medida que deverá ser considerada na reflexão sobre a Sustentabilidade Financeira do SNS prende-se com a necessidade de ser garantida nas instituições e serviços integrados no SNS, uma combinação eficiente das profissões de saúde, que permita uma melhoria significativa dos ganhos em saúde e, ao mesmo tempo, um aproveitamento de recursos humanos (enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, por exemplo) que podem estar subaproveitados.

Recorde-se, a este propósito, que no Memorando de Entendimento, mais concretamente no seu § 3.81., foi ainda assumido o compromisso de se “[...] *Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde. Adoptar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das actividades dos profissionais nos hospitais. [T1-2012].*”

Uma parte de tal compromisso já se encontra em implementação através do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10429/2011, de 1 de Agosto<sup>136</sup>, e pelo qual foi determinado que “os serviços e estabelecimentos da área da saúde, incluindo os de natureza empresarial, devem proceder à redução mensal, em 10 pontos percentuais, dos custos com trabalho extraordinário, comparativamente com a despesa de igual natureza, realizada no mês homólogo do ano transacto”.

Mas se um tal compromisso revela-se também intrinsecamente ligado com a questão da mobilidade de profissionais, e que *infra* se analisará autonomamente, a verdade é que esta última terá melhores condições para se desenvolver num quadro em que as profissões de saúde se encontrem eficientemente combinadas.

Efectivamente, deve ser dado um maior enfoque na necessidade de se prover a um melhor aproveitamento das profissões em saúde, especialmente em determinados níveis de cuidados de saúde onde, por exemplo, o número de enfermeiros seja superior ao número de médicos.

Sendo Portugal um dos subscritores da Carta de Tallin<sup>137</sup>, urge endogeneizar de forma efectiva o princípio aí assumido de que “*Num mundo em rápida globalização, a produção de conhecimento, infra-estruturas, tecnologias e, acima de tudo, recursos humanos com as aptidões e a combinação de competências apropriadas exige planeamento e investimento a longo prazo, capaz de responder às necessidades de cuidados de saúde e aos modelos de prestação de serviços em constante mutação*” (sublinhado nosso).

Uma tal situação tem vindo a ser evidenciada, do mesmo modo que se tem chamado à atenção de que não se tem dado suficiente importância à necessidade de planificação estratégica dos recursos humanos da saúde. A esse propósito, e recordando aquilo que já havia sido sublinhado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é novamente referido na análise especializada relativa aos recursos humanos da saúde de preparação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016<sup>138</sup>, que *um aumento do número total dos Profissionais de Saúde não resolve o problema do ajustamento dos recursos humanos da saúde às necessidades da população a nível local ou se esses recursos são eficazmente utilizados no sistema*. E igualmente aí se refere que *a proporção reduzida de enfermeiros/médicos indica em primeiro lugar um problema de*

<sup>136</sup> Publicado no DR, II Série, de 18-08-2011.

<sup>137</sup> OMS, Carta de Tallinn: Sistemas de Saúde para a Saúde e a Prosperidade, 2008.

<sup>138</sup> Cfr. Dussault, G., Fronteira, I. *Recursos Humanos para a Saúde. Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, 2010.

*produtividade e custo/eficácia, visto que os médicos têm que realizar tarefas que poderiam ser facilmente delegadas. Tem igualmente um impacto sobre a cobertura, pois os médicos observam menos pacientes devido à falta de tempo, resultando no crescimento de longas listas de espera.*<sup>139</sup>

De facto, existem actos mais básicos que ainda hoje são praticados por médicos, mas que podem ser exercidos, com ou sem supervisão por médico consoante a situação concreta, por outros profissionais de saúde, por exemplo enfermeiros ou técnicos de diagnóstico e terapêutica, desde que se encontrem incluídos no leque de competências adquiridas nas suas formações específicas.

Refira-se que o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril (Estatuto dos Enfermeiros), estabelece que “[...] os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”, e o n.º 2 do seu artigo 7.º determina que “[o] título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade e é atribuído aos profissionais que, já detentores do título de enfermeiro, possuam uma das seguintes habilitações: a) Curso de especialização em Enfermagem legalmente instituído, ou ao qual tenha sido concedida equivalência ou equiparação; b) Curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, ou ao qual tenha sido concedida a respectiva equivalência legal; e c) Cursos de pós-graduação que, nos termos do diploma de instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados especializados.”.

Tendo em consideração que o rácio de 1,5 enfermeiros por médico, observado em Portugal para 2010 se encontra abaixo do valor médio dos países da UE, de 3 enfermeiros por médico<sup>140</sup>, e tendo em conta o impacto ao nível de custos que poderá advir de uma utilização de médicos em cuidados que poderiam ser prestados por enfermeiros, associada às diferenças salariais (em 2005, um médico auferia em média um rendimento salarial anual de 46.293 e um enfermeiro, um rendimento salarial anual médio de 25.624<sup>141</sup>), a passagem para uma situação mais sustentável poderia assentar no reforço da oferta de enfermeiros, no aumento das suas atribuições e na valorização da profissão de enfermagem, reservando a prestação de cuidados

<sup>139</sup> Cfr. Temido, M., “*Recursos Humanos da Saúde em Portugal*”, artigo a aguardar publicação.

<sup>140</sup> De acordo com os dados da OCDE (2011).

<sup>141</sup> De acordo com os dados da OCDE (2011).

médicos para a prestação daqueles cuidados relativamente aos quais apenas e somente a competência médica é capaz de prover.

Por outro lado, de todos os diplomas que enquadram as actividades exercidas pelos técnicos de diagnóstico e terapêutica<sup>142</sup>, é possível identificar um conjunto vasto de actividades exercidas pelos mesmos e que, atendendo ao facto de se consubstanciarem em actividades que visam a prevenção, o diagnóstico e terapêutica, e como tal constituem actividades de prestação de cuidados de saúde, podem ser enquadradas na reflexão sobre uma combinação eficiente de profissões:

- Fisioterapia – actividade que se centra “*na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.*”;

- Medicina nuclear – actividade de “*Desenvolvimento de acções nas áreas de laboratório clínico, de medicina nuclear e de técnica fotográfica com manuseamento de aparelhagem e produtos radioactivos, bem como execução de exames morfológicos associados ao emprego de agentes radioactivos e estudos dinâmicos e sinéticos com os mesmos agentes e com testagem de produtos radioactivos, utilizando técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento de radiações ionizantes.*”;

- Radiologia – actividade de “*Realização de todos os exames da área de radiologia de diagnóstico médico; programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.*”; e

- Radioterapia – actividade de “*Desenvolvimento de actividades terapêuticas através da utilização de radiação ionizante para tratamentos, incluindo o pré-diagnóstico e follow-up do doente; preparação, verificação, assentamento e manobras de aparelhos de radioterapia; actuação nas áreas de utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.*”.

---

<sup>142</sup> Veja-se, por exemplo, o disposto no Decreto-Lei n.º 261/93, de 23 de Julho, e o disposto no Decreto-Lei n.º 320/99, 11 de Agosto.

Urgiria, assim, proceder-se ao estabelecimento claro de regras e protocolos de actuação técnica, para cumprimento no SNS, e que identificassem quais os concretos actos, e em cada actividade, que são passíveis de realização (autónoma ou supervisionada) por outros profissionais de saúde que não médicos, em que enquadramento tanto poderia ocorrer, designadamente em termos de supervisão, e que tipo de articulação – ou momentos obrigatórios de articulação – de tais outros profissionais de saúde com o ou os médicos concretamente responsáveis em cada caso.

Por outro lado, um dos níveis de cuidados de saúde onde seria possível observar uma tentativa de combinação eficiente de profissões de saúde seria nos cuidados de saúde primários. Refira-se que a ERS, aquando da elaboração do “*Estudo sobre o acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*”, publicado no ano de 2009, teve oportunidade de constatar que:

“Os quadros de pessoal dos Centros de Saúde são tipicamente compostos por uma grande variedade de categorias profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros, pessoal técnico superior, pessoal técnico, pessoal administrativo, pessoal auxiliar e outros.

**Tabela 10 – Recursos humanos nos Centros de Saúde do SNS em 2007**

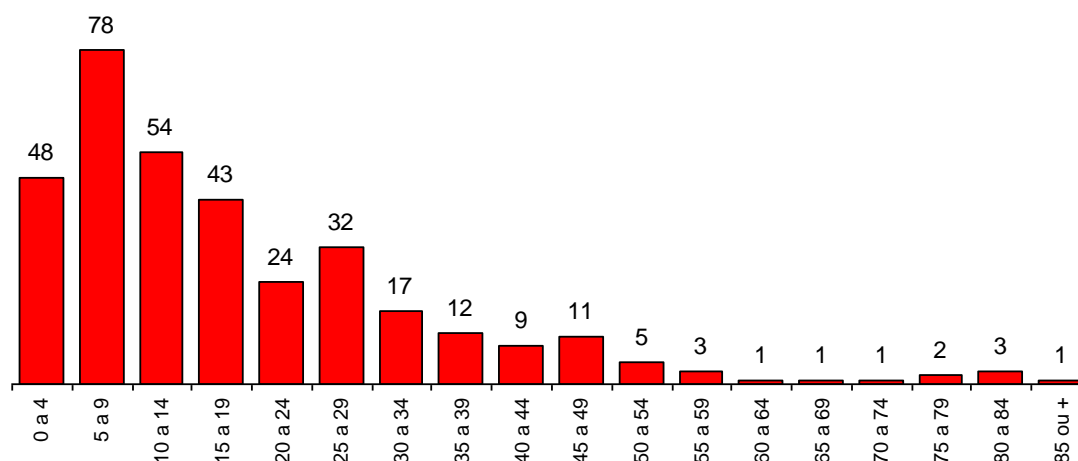
<b>Categoria profissional</b>	<b>Número de profissionais</b>	<b>% do total de profissionais</b>	<b>Média por Centro de Saúde</b>
<i>Profissionais de Saúde</i>			
<i>Médicos</i>	6.443	24%	19
<i>Enfermeiros</i>	7.089	27%	21
<i>Outros profissionais</i>	12.849	49%	37
<i>Total</i>	26.381	100%	76

*Em média, cada Centro de Saúde emprega 19 médicos e 21 enfermeiros. Se, além destes, forem considerados os demais profissionais, verifica-se que os Centros de Saúde têm um quadro de pessoal médio de 76 colaboradores.*

*Existe alguma heterogeneidade ao nível da dimensão dos Centros de Saúde. A título exemplificativo, note-se que enquanto o Centro de Saúde de Barrancos tem 6 colaboradores (um médico, dois enfermeiros, dois administrativos e um profissional da categoria “outro pessoal”), o Centro de Saúde de Guimarães tem 323 colaboradores (63 médicos, 68 enfermeiros e 192 outros profissionais). Nesse sentido, com vista a isolar o efeito da heterogeneidade da distribuição do número de colaboradores por*

Centros de Saúde, calculou-se a mediana como indicador para caracterizar a estrutura típica dos Centros de Saúde. O Centro de Saúde típico, quando avaliado pela mediana, terá 66 profissionais, dos quais 15 são médicos e 17 são enfermeiros.

**Figura 13 – Distribuição dos Centros de Saúde por número de médicos**



Da figura 13, onde se apresenta a distribuição dos Centros de Saúde do SNS por número de médicos, é possível concluir que predominam os Centros com menos de 20 médicos (65% dos 345). Esta figura mostra a assimetria da distribuição dos médicos em torno da média e evidencia a existência de alguns casos extremos de Centros de Saúde com um grande número de médicos (concretamente, alguns Centros de Saúde das zonas de Lisboa e Braga).

[...]<sup>143</sup>.

Relativamente à evolução do número de médicos nos cuidados de saúde primários, entre 2007<sup>144</sup> e 2011<sup>145</sup>, verifica-se que aumentou em 1,74%. No que concerne à evolução do número de enfermeiros, no referido período, diminuiu em 2,81%. Consta-se, também, uma heterogeneidade regional do número de médicos e de enfermeiros. Concretamente, verifica-se um número superior de médicos em relação aos enfermeiros nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo<sup>146</sup>. No sentido

<sup>143</sup> Cfr. o referido “*Estudo sobre o acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*” disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

<sup>144</sup> Vide Tabela 10.

<sup>145</sup> Vide Tabela 11.

<sup>146</sup> Elaboração própria com base nos dados de Junho de 2011 da ACSS.

inverso, situam-se as restantes regiões, sendo que a região Norte é a região que apresenta o valor mais elevado de enfermeiros relativamente aos médicos.

**Tabela 11 – Médicos e Enfermeiros por Região de Saúde<sup>147</sup>**

Região	Médicos	Enfermeiros
Norte	2.374	2.893
Centro	1.173	1.150
Lisboa e Vale do Tejo	2.537	2.180
Alentejo	184	264
Algarve	287	403
Total	6.555	6.890

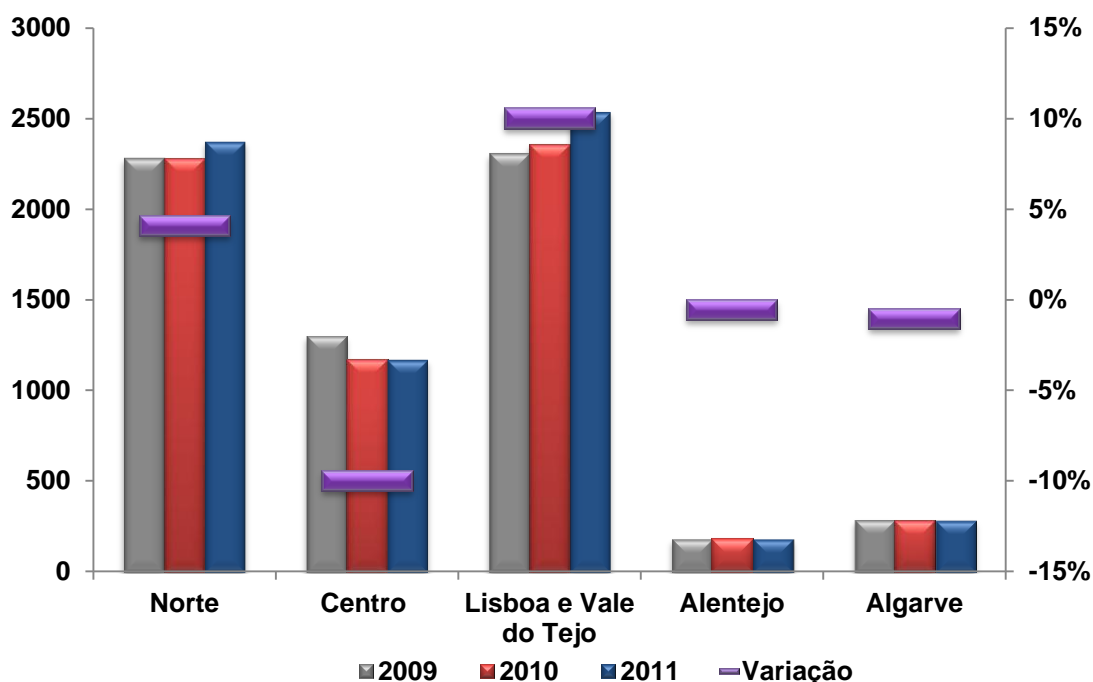
Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Junho de 2011 da ACSS.

Relativamente à distribuição regional do número de médicos, em 2011, a região de Lisboa e Vale do Tejo evidenciou um número superior de médicos, 2.537, seguida pela região Norte, 2.374, Centro, 1.173, Alentejo, 184, e por último, o Algarve com 287. Ademais, a região do Centro foi a região que mais viu o seu número de médicos a diminuir, entre 2009 e 2011, em 10,13%<sup>148</sup>. Nas regiões do Alentejo e do Algarve, o número de médicos diminuiu em 1,08% e 3,10%, respectivamente. *A contrario*, nas regiões do Norte e Lisboa e Vale do Tejo, o número de médicos aumentou em 0,01% e 2,30%, respectivamente, no referido período (ver Gráfico 13).

<sup>147</sup> Note-se que os dados não incluem os profissionais de saúde das ULS e que os dados de 2010 da região Centro eram provisórios.

<sup>148</sup> Importa referir que na região Centro se verificou a redução do número de médicos entre 2009 e 2010, decorrente da constituição da ULS Castelo Branco em Janeiro de 2010.

**Gráfico 13 – Médicos nos Cuidados de Saúde Primários por região<sup>149</sup>**

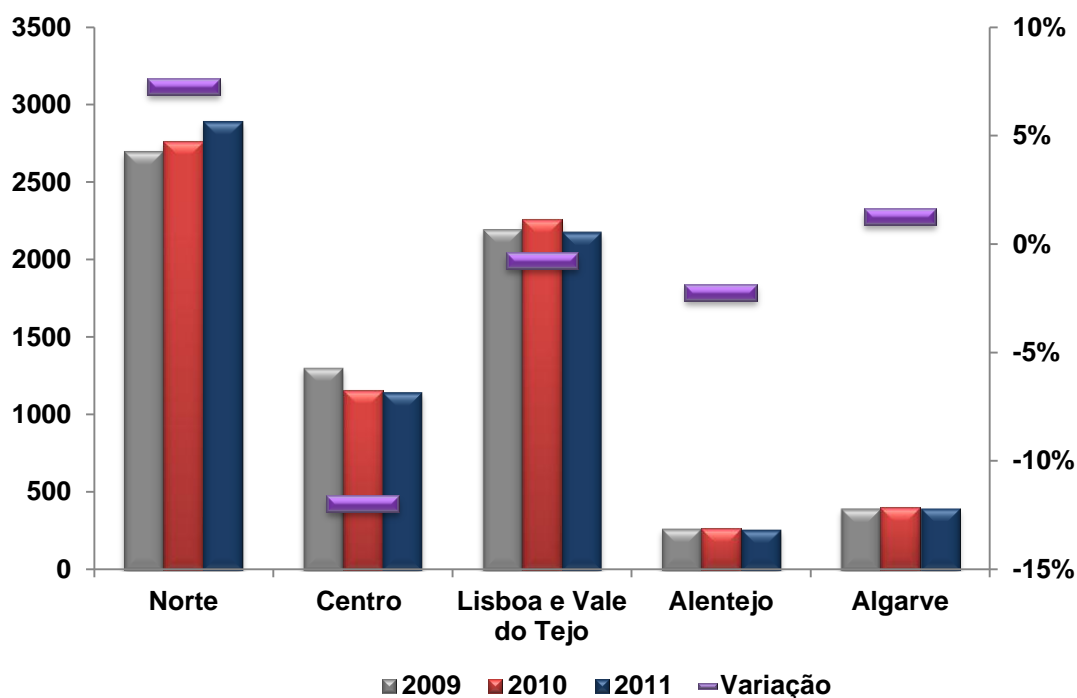


Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

No que concerne à distribuição regional do número de enfermeiros, em 2011, verifica-se que a região Norte apresentou o maior valor, de 2.893, seguida por Lisboa e Vale do Tejo, 2.180, Centro, 1.150, Alentejo, 264, e, por último, a região do Algarve, com 403. Entre 2009 e 2011, as regiões do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo viram o número de enfermeiros a diminuir em 11,99%, 0,77%, 2,23%, respectivamente. A *contrario*, nas regiões do Norte e do Algarve, o número de enfermeiros aumentou em 7,27% e 1,26%, respectivamente, no referido período (ver Gráfico 14).

<sup>149</sup> Para os anos de 2009 e 2010, os dados foram retirados do documento Agrupamentos de Centros de Saúde, disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rioACES\\_2010\\_VFinal\\_11082011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rioACES_2010_VFinal_11082011.pdf). Note-se que os dados para 2009 foram calculados de acordo com a variação evidenciada no referido documento, entre o período de 2009 e 2010. Para 2011, os dados foram disponibilizados directamente pela ACSS e são referentes ao mês de Junho.

**Gráfico 14 – Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários por região<sup>150</sup>**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS.

O rácio do número de enfermeiros por número de médicos de cuidados de saúde na UE é de 2,97, enquanto o de Portugal é de 1,54, verificando-se, assim, no território nacional um número insuficiente de enfermeiros<sup>151</sup>. Relativamente aos cuidados de saúde primários, o referido rácio é de 1,05, revelando-se inferior ao rácio nacional que, por sua vez, é inferior ao da UE de cuidados de saúde.

Num contexto de cuidados de saúde primários, uma possível solução para melhorar o rácio seria aumentar o número de enfermeiros e, mais concretamente, os enfermeiros de família, para que houvesse uma substituibilidade, e, assim, os médicos conseguissem ficar mais disponíveis para os actos onde se verifica uma ausência total de substituibilidade de médicos por enfermeiros. Ademais, e neste possível cenário, os médicos poderiam ficar mais disponíveis para uma possível mobilidade para zonas

<sup>150</sup> Para os anos de 2009 e 2010, foram retirados os dados do documento Agrupamentos de Centros de Saúde disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rioACES\\_2010\\_VFinal\\_11082011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rioACES_2010_VFinal_11082011.pdf). Note-se que os dados para 2009 foram calculados de acordo com variação, evidenciada no referido documento, entre o período de 2009 e 2010. Para 2011, os dados foram disponibilizados directamente pela ACSS e são referentes ao mês de Junho.

<sup>151</sup> Dados da OCDE (2011).

onde se verifica uma total ausência dos mesmos e/ou apoiarem os cuidados de saúde mais especializados/secundários<sup>152</sup>.

Ora, e partindo do pressuposto, que no longo prazo, teríamos uma combinação mais eficiente entre médicos e enfermeiros, indo ao encontro do rácio apresentado pela UE de cuidados de saúde, num cenário que o número de médicos diminuísse em 10% e o número de enfermeiros aumentasse nessa proporção, teríamos, então, um rácio de número de enfermeiros por número de médicos de 1,27.

Numa óptica de custos, assumindo que o salário mensal seria o valor intermédio entre o mínimo e o máximo apresentado nas tabelas salariais actualmente em vigor das respectivas profissões, no cenário anteriormente descrito, teríamos uma redução de custos de recursos humanos, e num contexto de cuidados de saúde primários, de 9,9 milhões de euros. Note-se que a despesa de recursos humanos no SNS não iria diminuir no curto prazo – até aumentaria com mais contratação de enfermeiros. No entanto, no longo prazo, ir-se-ia assistir a um grau mais flexível de médicos e de enfermeiros, a uma maior mobilidade dos médicos e a uma focalização na prestação de cuidados de saúde por parte dos mesmos em cuidados de saúde onde não se verifica substituíbilidade.

Efectivamente, a importância que os cuidados primários têm no sistema de saúde, como a primeira porta de acesso aos cuidados de saúde – devendo aliás o sistema de saúde assentar nos cuidados de saúde primários – bem como a necessidade de haver um melhor aproveitamento e racionalização das actividades exercidas por todos os profissionais de saúde, justifica que não se deva deixar de realçar a importância que, por exemplo, a especialidade de enfermagem de saúde familiar (muito recentemente regulamentada pela respectiva Ordem) deve ter na necessidade de procurar dar resposta em tempo útil para as necessidades dos utentes, sem ter que se proceder ao constante encaminhamento para os cuidados hospitalares, mesmo quando tal referenciação pudesse ser evitada.

Ora, poderia ser promovida a substituição gradual de médicos de família por enfermeiros de família no que especificamente respeita a determinadas tarefas “rotineiras” do “quotidiano”. Os enfermeiros de família nas suas consultas fariam uma “*triagem*” dos casos que necessitam de cuidados médicos, no seu sentido estrito, e tratariam daqueles que efectivamente precisam apenas de cuidados primários não

---

<sup>152</sup> Note-se que se teve como base os cuidados de saúde primários como *proxy* para a análise da combinação eficiente das profissões.

médicos. No caso de haver necessidade de cuidado primário médico, sempre haveria o médico generalista (MGF) no Centro de Saúde para atender os utentes.

Mais do que um problema de falta de recursos humanos, o SNS apresentará uma reduzida colaboração entre os profissionais de saúde, considerando o médico como elemento para todo o tipo de cuidados, situação que impossibilita a total afectação de profissionais de saúde não médicos às áreas de actuação que lhes poderiam estar adstritas e a própria libertação do profissional médico exclusivamente para aquilo que são actos que necessitam, efectivamente, das suas competência médicas.

A sustentabilidade financeira do SNS também passará, portanto, pelo planeamento eficaz da actividade dos prestadores de cuidados de saúde, com clarificação de funções e direccionamento dos diversos profissionais de saúde para as prestações de cuidados que se compatibilizem com a exigência de qualidade dos serviços, com respeito pelas necessidades do SNS em geral, e de cada organização em particular<sup>153</sup>.

Ora, e se já foram tomadas algumas medidas nesse sentido, as mesmas são ainda incipientes e necessitam de ser aprofundadas e implementadas. Na verdade, faz-se aqui notar que no âmbito da Portaria n.º 1529/2009, de 26 de Dezembro (Portaria que fixou os Tempos Máximos de Resposta Garantidos e que publicou a Carta dos Direitos de Acesso, em cumprimento da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto), foi já determinado que em caso de motivo relacionado por doença aguda, o atendimento do utente em cuidados primários deve ser garantido “[...] *pela unidade de saúde no próprio dia do pedido. Este atendimento não programado, consoante o tipo de cuidado em questão, deve ser realizado pelo médico ou pelo enfermeiro de família do doente ou, em caso de manifesta impossibilidade, por outro daqueles profissionais de saúde em regime de inter substituição.*” – cfr. § 1.1.1 das respectivas notas técnicas, sublinhado nosso.

Cite-se, ainda, o exemplo da consulta dirigida a grupos populacionais vulneráveis e ou a grupos de risco, que “[...] *é programado pelos profissionais da unidade de saúde (médicos e ou enfermeiros) e tem em conta as normas e orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde que estão indicadas para cada um dos programas nacionais de saúde. [...]*” (cfr. § 1.3.1 das referidas notas técnicas da Portaria).

Ou seja, e apesar de já se haver avançado na direcção de uma melhor combinação de profissões de saúde, tanto constitui ainda uma área quase totalmente inexplorada no campo da busca de eficiência, e de onde decorre, portanto, a necessidade de ser objecto de reflexão e adopção de decisões que estabeleçam os parâmetros em que tal

---

<sup>153</sup> Vide Fernandes, J. V., Barros, P.P. e Fernandes, A.C. *Três Olhares sobre o futuro da saúde em Portugal*.

eficiência deverá assentar. E a título de exemplo, dir-se-á que a primeira medida poderia passar, desde logo, pela atribuição efectiva de um *enfermeiro de família* aos utentes do SNS, a par do *médico de família*.

**Mais do que um problema de falta de recursos humanos, o SNS apresentará uma reduzida colaboração entre os profissionais de saúde, considerando o médico como elemento para todo o tipo de cuidados, situação que impossibilita a total afectação de profissionais de saúde não médicos às áreas de actuação que lhes poderiam estar adstritas e a própria libertação do profissional médico exclusivamente para aquilo que são actos que necessitam, efectivamente, das suas competência médicas.**

**Por exemplo, poder-se-ia proceder à atribuição de um enfermeiro de família aos utentes do SNS, a par do médico de família.**

**A sustentabilidade do SNS também passa, portanto, pelo planeamento eficaz da actividade dos prestadores de cuidados de saúde, com clarificação de funções e direccionamento dos diversos profissionais de saúde para as prestações de cuidados que se compatibilizem com a exigência de qualidade dos serviços, com respeito pelas necessidades do SNS em geral, e de cada organização em particular.**

### **3.7. Mobilidade de recursos humanos na saúde**

Citando-se novamente o § 3.81. do Memorando de Entendimento, foi assumido o compromisso de se “[...] *Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde. Adoptar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das actividades dos profissionais nos hospitais. [T1-2012].*”.

Antes de se aferir sobre a mobilidade de profissionais de saúde, torna-se importante referenciar que de acordo com a Tabela 12 *infra*, o número de médicos por 1000 habitantes em Portugal Continental, de 3,7, é superior ao da UE, de 3,3. No entanto, e como já visto no ponto antecedente, o número de enfermeiros por 1000 habitantes em Portugal Continental é inferior, correspondendo a 5,7, contra 9,8 na UE. Notoriamente, verifica-se um défice de enfermeiros em Portugal Continental. Ademais, se a análise dos referidos rácios for realizada para as regiões de área de abrangência no âmbito de

diferentes formas de organização de gestão de unidades hospitalares (a saber CH e ULS<sup>154</sup>), verifica-se uma realidade muito heterogénea, estando muitas regiões com défices excessivos. Tal situação revela uma necessidade de melhor distribuição dos profissionais de saúde e/ou implementação da mobilidade dos profissionais de saúde.

**Tabela 12 - Profissionais de saúde**

	<b>Médicos/1000 habitantes</b>	<b>Enfermeiros/1000 habitantes</b>
<b>Portugal Continental</b>	3,7	5,7
<b>UE (<i>Health at Glance</i>, 2010)</b>	3,3	9,8

Fonte: Elaboração própria com base em dados da OCDE e Pordata.

No que concerne à criação de CH e de ULS, as decisões das suas criações foram sendo tomadas ao longo dos últimos anos, e com particular ênfase desde 1999 e prolongado até aos dias de hoje.

Concretamente e conforme resulta do disposto nos diversos diplomas que procederam à criação dos CH, os pressupostos que presidiram à sua criação prendiam-se com a vontade de obtenção de sinergias entre as diferentes unidades hospitalares existentes numa mesma área geográfica, de optimização de recursos humanos, técnicos e financeiros, bem como dos serviços prestados aos utentes, e, ainda, com o reforço de articulação e complementaridade técnica e assistencial (entre unidades hospitalares integradas no CH e entre estas e unidades de cuidados primários). Ou seja, entre tais pressupostos, e para além da racionalização dos órgãos técnicos, encontrar-se-á necessariamente o objectivo de garantia de mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada CH.

Por outro lado, na génese das ULS esteve o objectivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos hospitais com as unidades de cuidados de saúde primários e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, com unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

<sup>154</sup> Vide Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I ([www.ers.pt](http://www.ers.pt)).

Ademais e independentemente do tipo de gestão e de organização<sup>155</sup>, através do Decreto-Lei n.º 176/2009 de 4 de Agosto, “[...] o Governo pretende garantir que os médicos das instituições de saúde no âmbito do SNS possam ter um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, o que possibilita também a mobilidade interinstitucional, sem subverter a autonomia de gestão do sector empresarial do Estado ou das PPP.”.

Uma vez que já se encontra regulada a mobilidade de profissionais de saúde, o que será necessário fazer é um planeamento macro no âmbito da distribuição mais homogénea de recursos de profissionais de saúde, e garantir uma maior mobilidade dos profissionais de saúde para que se verifique uma optimização dos recursos humanos.

Verifica-se, porém e com excepção da situação nos cuidados de saúde primários, que a ligação contratual do profissional de saúde é, em regra e relativamente aos estabelecimentos EPE, *vis-a-vis* o estabelecimento de saúde, designadamente unidade hospitalar, onde o mesmo exerce a sua actividade.

Ou seja, e por regra, um médico celebra o seu contrato de trabalho com o hospital, o CH ou a ULS no qual exerce funções, sendo esta a sua entidade patronal. Necessariamente, tanto provoca uma superior rigidez de mobilidade de profissionais, especialmente quando se analisa a capacidade de oferta de cuidados de saúde numa óptica regional.

E tendo esta “limitação” presente, entre os dois modelos de gestão anteriormente referidos, note-se que se tornará mais fácil a mobilidade dentro de uma ULS na medida que o profissional de saúde mantém o mesmo vínculo contratual na mobilidade entre cuidados de saúde primários e secundários. Para além disso, o profissional de saúde ao deslocar-se entre os cuidados de saúde secundários e primários pode mesmo realizar práticas médicas no âmbito de cuidados de saúde primários que evitem afluência dos utentes para os secundários e desta forma poder-se-á verificar aproveitamento de recursos.

Note-se, que embora as vantagens que o modelo das ULS apresenta sejam superiores às suas desvantagens, uma das divergências associadas à construção das ULS é a componente cultural e, sobretudo, a divisão de poder/capacidade de decisão dentro da nova organização. Em concreto, os decisores nos cuidados de saúde primários receiam a dominância que possa ser estabelecida pelo hospital (dada a sua

---

<sup>155</sup> Acrescente-se, aqui, para além dos modelos de gestão assumidos pelos CH e pelas ULS, o modelo das Parcerias Público Privadas (PPP).

dimensão, em volume de actividade, complexidade e orçamento)<sup>156</sup>. Ora, verificando-se uma maior mobilidade e cooperação entre cuidados de saúde secundários e primários, esta barreira poderá deixar de fazer sentido e a cooperação poderá sair mais reforçada.

No entanto, as ULS não abrangem todo o território nacional pelo que a mobilidade de profissionais de saúde só se poderá concretizar dentro das ULS, pelo que poderá ser uma solução parcial. A não ser que se entenda no futuro estender este modelo de integração vertical de cuidados de saúde a todo o território nacional.

Mas daqui não decorre uma impossibilidade – seja jurídica ou fáctica – de se encontrarem outras alternativas que se apresentam igualmente de execução rápida e simples, como sejam o estabelecimento de protocolos funcionais entre unidades (seja hospitalares, seja entre estas e cuidados primários), que favoreçam a mobilidade de profissionais.

Por último, uma nota final para sublinhar que a mobilidade dos profissionais de saúde pode apresentar-se em diferentes perspectivas.

Uma primeira perspectiva é aquela que recorrentemente é avançada (e que surge no Memorando de Entendimento de forma mais vincada), que é a mobilidade geográfica. Essa é essencial a um permanente acompanhamento do SNS às alterações sócio-demográficas que, não raras vezes, levam a um desfasamento entre a capacidade de oferta e a procura de cuidados de saúde.

Daqui decorre que podem existir situações de oferta que paulatinamente se transformam em excessivas, por redução das populações anteriormente abrangidas por determinada(s) unidade(s) hospitalar(es), e outras em que a oferta anteriormente planeada (em função das necessidades e populações) se revela inadequada por defeito. As soluções normalmente encontradas para esta inadequação por defeito passam pela contratação de mais profissionais de saúde, sem se privilegiar a opção da readequação da oferta com a mobilidade de profissionais.

Mas a mobilidade possui também uma outra componente fundamental, e que é a mobilidade entre níveis de cuidados de saúde. Não se advoga uma alteração do posicionamento dos profissionais entre os diferentes níveis, mas sim uma maior mobilidade, através de cooperação e colaboração funcional, que permita que profissionais de cuidados diferenciados possam deslocar-se a unidades hospitalares de nível menos diferenciado, ou a unidades primárias, quando tanto permita uma mais

---

<sup>156</sup> Vide Fernandes, J. V., Barros, P.P. e Fernandes, A.C. (2011) “Três Olhares sobre o futuro da saúde em Portugal”, *Principia*.

eficiente prestação de cuidados de saúde e, concomitantemente, satisfaça a(s) necessidade(s) desses tipos de cuidados e nesses níveis menos diferenciados que, de outro modo, são solucionadas através de contratação, mesmo que parcial, de profissionais de saúde.

**Por regra, os profissionais de saúde celebram os seus contratos de trabalho com o estabelecimento onde exercem funções. Necessariamente, tanto provoca uma superior rigidez de mobilidade geográfica de profissionais, especialmente quando se analisa a capacidade de oferta de cuidados de saúde numa óptica regional.**

**A rigidez de mobilidade fomenta necessariamente situações de oferta que paulatinamente se transforma em excessiva, por redução das populações anteriormente abrangidas por determinada(s) unidade(s) hospitalar(es), e outras em que a oferta anteriormente planeada (em função das necessidades e populações) se revela inadequada por defeito.**

**A mobilidade de profissionais de saúde poderá ser facilitada dentro de uma ULS, na medida em que o profissional de saúde mantém o mesmo vínculo contratual na mobilidade entre cuidados de saúde primários e secundários. Para além disso, o profissional de saúde, ao deslocar-se entre os cuidados de saúde secundários e primários, pode mesmo realizar práticas médicas no âmbito de cuidados de saúde primários que evitem afluência dos utentes para os secundários e desta forma poder-se-á verificar aproveitamento de recursos.**

**Não se advoga uma alteração do posicionamento dos profissionais entre os diferentes níveis, mas sim uma maior mobilidade, através de cooperação e colaboração funcional, que permita que profissionais de cuidados diferenciados possam deslocar-se a unidades hospitalares de nível menos diferenciado, ou a unidades primárias, quando tanto permita uma mais eficiente prestação de cuidados de saúde.**

### **3.8. Revisão do sistema de convenções do SNS**

O acesso aos cuidados de saúde é garantido aos utentes do SNS quer pelos estabelecimentos integrados no SNS, quer pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde privados, por via da celebração de convenções entre estes e o Estado. Efectivamente, o SNS, desde o início da década de oitenta do século passado, confrontou-se com a escassez ou limitação dos recursos do sector público, o que motivou uma clara opção política no sentido de a oferta pública ser complementada, em concreto, mediante a celebração de convenções e acordos em áreas cuja capacidade de resposta do SNS era, assim, deficitária.

Tal ocorreu, em especial, na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica – MCDT –, mas também, ainda que residualmente, em algumas consultas de especialidades médico-cirúrgicas.

Para o efeito, a antecessora da Direcção-Geral da Saúde, então denominada por Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, elaborou, em meados daquela década de 80, e sob a vigência da anterior Lei de Bases do SNS, os clausulados tipo ou as propostas de contrato para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais contemplaram especialmente os MCDT e passaram a vigorar após respectiva homologação por despacho do Ministro da Saúde<sup>157</sup>.

Posteriormente, o Regime Jurídico das Convenções, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, fazia assentar a celebração de convenções num modelo de contrato de adesão, que pressupunha a prévia aprovação de clausulados tipo, contendo as condições contratuais a que ficava sujeita a aceitação de adesão de novos prestadores privados. Sucede que, após a entrada em vigor do referido regime, só foram aprovados clausulados tipo para as áreas da Diálise, Cirurgia e no âmbito do SIGIC.

Refira-se, assim, a respeito da necessidade de revisão do sistema de convenções do SNS, que no Memorando de Entendimento foi assumido pelo Estado Português o compromisso de adoptar medidas destinadas a “[...] *aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em pelo menos 10% a despesa global (incluindo taxas) do SNS com entidades privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ao SNS até ao final de 2011, e de 10% adicionais até ao final de 2012.* [T4-2011]” - § 3.66 do Memorando de Entendimento.

Importa a este respeito recordar que, a ERS já alertou inúmeras vezes para a insustentabilidade do actual sistema de convenções em termos de ineficiência, iniquidade e falta de concorrência gerada pelo mesmo.

Assim, no ano de 2006 a ERS elaborou um estudo intitulado “*Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*”, com o objectivo de caracterizar e avaliar o

---

<sup>157</sup> Cf., por exemplo, a proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das especialidades médico-cirúrgicas (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de Outubro de 1986); a proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da electroencefalografia (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de Outubro de 1986); a proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da anatomia patológica (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de Outubro de 1986); a proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da endoscopia gastroenterológica (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de Outubro de 1986); e a proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área de patologia clínica (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de Outubro de 1986).

actual modelo de celebração de convenções entre o SNS e prestadores privados de cuidados de saúde. Aquando da elaboração do referido Estudo a ERS detectou a existência de fragilidades significativas no modelo de celebração de convenções em vigor, nomeadamente:

- a inexistência de clausulados tipo que impedia a adesão de prestadores nas restantes valências. Em consequência, o acesso às convenções encontrava-se fechado a novos prestadores;

- os preços tabelados para os actos convencionados não estavam adequados às condições de procura e oferta então existentes. Em alguns casos, os preços pagos aos convencionados estavam acima, e noutros casos, os preços estavam muito abaixo dos preços que seriam razoáveis, tendo em conta as estruturas de custos das empresas e as condições de procura. As nomenclaturas não reflectiam a evolução e o estado das tecnologias e dos conhecimentos;

- os mecanismos de fiscalização ao dispor das ARS não eram suficientes para uma eficaz avaliação da qualidade dos serviços prestados, limitando-se apenas à verificação documental; e

- os prestadores privados não convencionados, que frequentemente reunissem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordo com o SNS (ao contrário de outros prestadores mais antigos já convencionadas), enfrentavam uma decisiva barreira no acesso a convenções com o SNS que os discriminava e os lesava em termos de concorrência, com claros prejuízos para si, e certamente para todo o sistema. Mesmo os prestadores privados convencionados debatiam-se com dificuldades ao nível dos preços que recebiam pelos serviços.

Da análise então realizada pela ERS, concluiu-se que a generalidade dos mercados de MCDT era concentrada e que os graus de concentração mais elevados se verificavam, por ordem decrescente, nos mercados de Diálise, Análises Clínicas, Imagiologia e MFR, respectivamente. Apesar de a regra ser a existência de mercados com elevados graus de concentração, existia uma clara excepção no caso dos mercados dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto. Estes mercados apresentavam baixos graus de concentração (excepto na diálise), traduzindo uma estrutura de mercado tendencialmente atomizada, onde operava um maior número de prestadores, capazes de exercer pressão concorrencial de forma recíproca, não suscitando, portanto, preocupações de cariz concorrencial.

No estudo da ERS de 2006<sup>158</sup>, procedeu-se igualmente a uma comparação do modelo de contratação então em vigor com o concurso público, o contrato de adesão, o ajuste directo e um modelo misto, à luz de quatro critérios de interesse público, decorrentes da própria LBS e do regime jurídico das convenções aplicável, sendo estes o acesso e liberdade de escolha, a eficiência na afectação dos recursos, o controlo da despesa pública e os custos de transacção.

De toda a análise então efectuada, a ERS entendeu emitir um conjunto de recomendações ao Governo, as quais tiveram por consideração que:

- os serviços de MCDT têm âmbito local, pelo que existem, em Portugal, dezenas de mercados geográficos relevantes para cada valência, o que implica que existem centenas de mercados relevantes de MCDT, quando se consideram as várias valências;
- os 112 mercados relevantes de MCDT analisados, resultantes da combinação de quatro mercados relevantes dos serviços (Análises Clínicas, Diálise, MFR e Imagiologia), com os 28 mercados geográficos correspondentes às NUTS III, têm um elevado grau de concentração;
- existe uma clara excepção no caso dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto, os quais apresentam baixos graus de concentração em algumas valências, traduzindo uma estrutura de mercado tendencialmente concorrencial;
- quer o modelo actual das convenções, quer o modelo de ajuste directo, comparam desfavoravelmente com os outros modelos, à luz da maioria dos critérios de avaliação utilizados;
- o modelo de concurso público se revelou, em mercados pouco concentrados, como uma forma de o Estado obter preços próximos do custo marginal de produção, reduzindo a despesa pública, ao mesmo tempo que lhe permite ainda controlar a despesa com a fixação da quantidade colocada em concurso, mas que a existência de centenas de mercados de MCDT obrigaria à realização de centenas de concursos, tornando o processo demasiado moroso e pouco ágil;
- o modelo de contrato de adesão se apresenta como uma forma contratual de garantir a maior amplitude de acesso e liberdade de escolha, ao mesmo tempo que não

---

<sup>158</sup> Relativamente à comparação do modelo de contratação então em vigor com o concurso público, o contrato de adesão, o ajuste directo e um modelo misto, remete-se a sua análise para o referido estudo intitulado “*Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*” que se encontra disponível para consulta no sítio electrónico da ERS, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

implica custos de transacção elevados, mas tem avaliação negativa nos critérios “eficiência” e “controlo da despesa”;

- é possível adoptar, em contratos de adesão, mecanismos diferentes de fixação de preços, que incorporem de forma mais transparente as condições de procura e oferta, e que minimizem a ineficiência causada pela fixação administrativa dos preços;

- é possível adoptar mecanismos de controlo da despesa pública, como a prescrição electrónica de MCDT, associada a uma definição exaustiva de protocolos clínicos, e a imposição de tectos ao crescimento da despesa com convenções, como previsto na proposta de Orçamento do Estado para 2007, que contribuem para um funcionamento mais eficaz do modelo do contrato de adesão<sup>159</sup>;

- existem centenas de mercados de MCDT, com estruturas e graus de concentração distintos, sendo portanto concebível que se apliquem modelos diferentes a mercados diferentes, como, por exemplo, a adopção do modelo de concurso público em mercados concorrenciais, como os da Grande Lisboa e Grande Porto para algumas valências, e a adopção do modelo de contrato de adesão nos restantes mercados, assim compreendendo num mesmo modelo as vantagens dos vários modelos identificados.

Assim, foi então recomendado pela ERS:

(i) a reformulação “[...] *de facto e de direito, [d]o modelo de celebração de convenções, garantindo o acesso às convenções de todos os prestadores, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos, em igualdade de circunstâncias, e através de um processo transparente e objectivo.*”;

(ii) a criação “[...] *d]as condições necessárias para a implementação de uma fiscalização eficaz, efectiva e eficiente, da quantidade e qualidade dos serviços*

---

<sup>159</sup> Refira-se que, no que diz respeito à implementação de um sistema de prescrição electrónica de MCDT, em que nos termos do Memorando de Entendimento era assumido pelo Estado Português o compromisso de “[t]ornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos e de meios de diagnósticos abrangidos pelo reembolso, aos médicos tanto do sector público como do sector privado. (3T2011).”, o mesmo encontra já expressão na Lei, uma vez que a Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio aprovou o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição electrónica de medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos (o Despacho n.º 9187/2011, publicado no DR n.º 139, Série II, de 21-07-2011, do Secretário de Estado da Saúde, define situação de excepção do prescritor de medicamentos por via electrónica e esclarece o respectivo procedimento, de acordo com o estipulado na alínea d) do n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 198/2011). Por outro lado, o Despacho n.º 9186/2011, de 21 de Julho de 2011 (publicado no DR n.º 139, Série II, de 21-07-2011), do Secretário de Estado da Saúde, determina que, a partir de 1 de Setembro de 2011, a prescrição de MCDT deve ser feita em documento electrónico.

*prestados ao abrigo das convenções, nomeadamente através da criação de um sistema de prescrição electrónica de MCDT.”;*

(iii) a promoção “[... d]a implementação de um sistema de determinação de preços, a pagar aos convencionados do SNS, capaz de reflectir as alterações nas condições da procura e da oferta.”;

(iv) a promoção “[... d]a implementação de um modelo de celebração de convenções assente no modelo do contrato de adesão, mas que permita, excepcionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, o recurso à realização de concursos públicos.”.

O estudo elaborado pela ERS, foi posteriormente actualizado em 2008, tendo-se concluído por uma evolução pouco significativa desde a análise de 2006, com excepção de duas alterações ocorridas neste sector das convenções do SNS.

A primeira alteração verificou-se no âmbito do SIGIC. Pelo Aviso n.º 21 916/2007, publicado do Diário da República, 2.ª Série, n.º 216, de 9 de Novembro, foi dada a conhecer a lista de entidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito daquele sistema. Já pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, foi adoptado um novo Regulamento do SIGIC e alargado o respectivo âmbito de aplicação às entidades que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo, nomeadamente, da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.ª série, de 27 de Julho de 1998, tudo com vista a garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os seus beneficiários.

A segunda alteração consistiu na revisão do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da Diálise<sup>160</sup>, a qual foi motivada pela adopção do modelo de gestão integrada da doença renal crónica e pagamento por preço compreensivo.

Concretamente quanto à diálise, foi aprovado o Despacho n.º 4652/2010, de 9 de Março de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, que assentando no pressuposto de que *“a concentração, que se tem vindo acentuar nos últimos anos, pode, segundo o referido relatório, capturar o Estado nas negociações, em especial na fixação do preço; provocar perdas de bem-estar para os doentes decorrentes das necessidades de ganhos de eficiência no processo produtivo — i.e., na prestação do serviço pelas*

---

<sup>160</sup> Aprovado pelo Despacho n.º 4325/2008 do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República (2.ª série), n.º 35, de 19 de Fevereiro de 2008.

*empresas prestadoras, tendo por base um preço fixo; limitar a entrada de novas empresas ou entidades neste sector de actividade; condicionar o comportamento dos utentes configurando práticas indesejadas do ponto de vista social, decorrentes do facto de o custo de transporte, quando o utente se desloca ao serviço de hemodiálise, ser suportado pelo Estado e as escolhas não serem realizadas explicitamente pelos doentes”, considerou dever-se “diminuir o risco que essa concentração representa para o interesse público”, in casu através da introdução, no clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, do dever de submissão do processo de celebração de acordos de convenção a uma prévia avaliação da ERS em matéria de concorrência, valorizando o respeito pelos interesses dos doentes e do Estado.*

De todo o modo, as alterações assim preconizadas incidiram sobre as poucas áreas cujo clausulado tipo foi adoptado no âmbito do Regime Jurídico das Convenções, em nada se alterando o problema de fundo do actual modelo: a constatação do encerramento das convenções relativamente à maioria das valências.

Ainda durante o ano de 2008, foi colocado em discussão pública o Anteprojecto de legislação para o sector das convenções, sendo que no seu preâmbulo era referido que *“Dez anos volvidos, é necessário definir um novo modelo de convenções, que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, a efectiva prestação de serviços de saúde, por entidades públicas e privadas, aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).”*.

No âmbito da audição do projecto de Decreto-Lei, foi solicitado à ERS a emissão de parecer e da análise então empreendida ao projecto de Decreto-Lei resultava que as recomendações da ERS estavam, na sua essência, contempladas no diploma em causa. Em primeiro lugar, o diploma reformulava o modelo de celebração de convenções, sendo *“objectivo central deste novo modelo de convenções colocar todos os prestadores perante regras e mecanismos de aplicação que garantam um ambiente de actividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado.”*. Em segundo lugar, previa-se agora a implementação de um sistema de determinação de preços que assentaria numa metodologia de fixação e actualização de preços de referência a definir pela ERS – cfr. artigo 10.º do projecto de Decreto-Lei – e *“que deve adaptar-se às exigências e especificidades impostas pelos diferentes serviços de saúde abrangidos e garantir o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e garantia da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos”*. Finalmente, estabeleceu-se um modelo de celebração de convenções *“mediante um contrato de adesão, ou*

*após procedimento de contratação específico*” – cfr. artigo 7.º do projecto de Decreto-Lei – que se pretende que venha a assumir a forma de concurso público.

Por outro lado, o diploma introduzia preceitos que reforçavam os direitos dos utentes e dos prestadores que cumpre à ERS defender, designadamente, o direito de acesso universal e igual de todas as pessoas aos serviços de saúde, garantindo a liberdade de escolha dos prestadores<sup>161</sup>, a equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde<sup>162</sup>, e a não discriminação dos utentes do SNS<sup>163</sup>. Em segundo lugar, garantiam-se adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde, ao exigir o licenciamento e prever a indexação de padrões de qualidade ao financiamento e/ou à manutenção do fornecimento de serviços ao SNS<sup>164</sup>, bem como ao definir uma metodologia de fixação e actualização de preços que garanta o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos<sup>165</sup>. Em terceiro lugar, defendia-se o princípio da igualdade e concorrência entre prestadores, já que o diploma se aplicaria a todos os prestadores (públicos ou privados, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos)<sup>166</sup>, a celebração de convenções deveria permitir a criação de condições de concorrência entre os prestadores<sup>167</sup>, e a publicitação das convenções nos termos previstos no artigo 15.º colocaria todos os prestadores em igualdade de circunstâncias<sup>168 169</sup>.

Em síntese conclusiva, os princípios que enformavam a elaboração do projecto de Decreto-Lei eram compatíveis com um modelo de celebração de convenções em linha com o que a ERS tem vindo a defender. Mas como tal Decreto-Lei nunca passou da fase de projecto, é entendimento desta Entidade que a concretização das medidas assumidas pelo Estado Português no Memorando de Entendimento, no que se refere

---

<sup>161</sup> Cfr. n.º 2 do artigo 2.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>162</sup> Cfr. al. b) do artigo 4.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>163</sup> Cfr. al. b) do artigo 13.º e n.º 2 do artigo 16.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>164</sup> Cfr. n.º 5 do artigo 2.º e al. a) do artigo 4.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>165</sup> Cfr. preâmbulo e n.º 1 do artigo 10.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>166</sup> Cfr. n.º 2 do artigo 1.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>167</sup> Cfr. n.º 4 do artigo 1.º do projecto de Decreto-Lei.

<sup>168</sup> Pese embora o cabal cumprimento das regras de publicitação, à luz do Decreto-Lei n.º 97/98, que igualmente o estabelece, se tenha revelado deficiente (*vide* o Estudo).

<sup>169</sup> Para uma análise das demais considerações elaboradas pela ERS no referido Parecer, e designadamente, as considerações sobre alguns aspectos do projecto de Decreto-Lei que podem revelar-se não enquadráveis com os princípios defendidos pela ERS para o sistema de convenções e as considerações sobre alguns aspectos práticos da aplicação do projecto de Decreto-Lei, pode ser consultado o “Parecer da Entidade Reguladora da Saúde relativo ao Projecto de Decreto-Lei que regulamenta o regime de celebração de convenções previstas na Lei de Bases da Saúde”, o qual pode ser consultado em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

ao sistema de convenções de MCDT, poderá passar, em primeira linha, por retomar os trabalhos para aprovação do referido projecto de Decreto-Lei de alteração do modelo das convenções do SNS. E será em tal sede que, igualmente, deverá ser reflectida a necessária alteração da metodologia de fixação dos preços convencionados do SNS.

**O actual sistema de convenções do SNS revela-se insustentável em termos de ineficiência, iniquidade e falta de concorrência gerada pelo mesmo e carece de revisão urgente.**

**Tal revisão poderá passar, em primeira linha, por retomar os trabalhos para aprovação do anterior projecto de Decreto-Lei de alteração do modelo das convenções do SNS, sendo em tal sede que, igualmente, deverá ser reflectida a necessária alteração da metodologia de fixação dos preços convencionados do SNS.**

### **3.9. Outras medidas possíveis**

Recorde-se que pretendeu a ERS analisar as medidas constantes do Memorando de Entendimento, que visam contribuir directamente para a sustentabilidade financeira do SNS, bem como avançar com outras medidas possíveis, não previstas no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade, mas que permitam constituir soluções para os compromissos assumidos pelo Estado Português.

Urge agora apresentar tais diferentes medidas que poderiam revelar-se como mecanismos úteis na procura da sustentabilidade do SNS, e ainda que, seja pela sua simplicidade, seja pela própria ligação das situações aos cuidados de saúde, se apresentem como rapidamente implementáveis e concomitantemente auxiliariam à consciencialização da necessidade de uma postura colectiva de responsabilização pela saúde e de adopção de hábitos saudáveis de saúde.

Assim, e apenas numa perspectiva de concorrer para a reflexão, apresentam-se algumas medidas possíveis que, seja em parte ou na sua totalidade, enquadradas numa perspectiva de reforma mais profunda ou apenas enquanto estratégias parciais de reforço do percurso de busca de sustentabilidade, podem ser objecto de estudo e verificação do seu impacto positivo no SNS.

De notar que as medidas, a seguir apresentadas, são-no como exemplo da busca reflexiva de uma eventual – se necessária – nova fonte de financiamento do SNS.

Assim sendo, pretende-se apenas provocar uma reflexão sobre a origem dessas fontes e demonstrar que as mesmas são possíveis e já vigoram noutros países. Como é óbvio, sendo o SNS aquilo que uma determinada “consciência axiológica geral”, num determinado momento, quiser que ele seja, assim também uma discussão sobre fontes alternativas do seu financiamento serão mais ou menos aprofundadas.

Em primeiro lugar, cita-se aqui o exemplo da **introdução de taxas na utilização de telemóveis**, concretamente, a tributação de um cêntimo por minuto nas chamadas e mensagens efectuadas pelo aparelho móvel. A este respeito, o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde – 2010, e especificamente dedicado ao tema Financiamento dos Sistemas de Saúde com vista a uma cobertura universal, refere a introdução, no Gabão, de taxas na utilização de telemóveis. Ora, considerando a população de Portugal com idade acima de 14 anos (dado do INE de 2010) e a utilização de chamadas de voz de 1368 minutos por ano (utilização média, segundo a OCDE<sup>170</sup>), e se se cobrasse um cêntimo por minuto nas chamadas de telemóvel, poder-se-iam arrecadar mais de 120 milhões de euros por ano que poderia contribuir para o financiamento do SNS<sup>171</sup>. Se ainda se incluísse uma tributação de um cêntimo por mensagem enviada por telemóvel, a receita total poderia chegar a quase 180 milhões de euros por ano (considerando a utilização média de 600 mensagens por ano)<sup>172</sup>.

Por outro lado, **a inclusão nos jogos de azar, tais como os jogos sociais e, eventualmente também jogos online e concursos televisivos com chamadas de valor acrescentado**, de uma componente de receita direccionada para o SNS, ou uma melhor redistribuição das receitas com os jogos sociais. Aliás, no que se refere a este último aspecto, note-se que o financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é essencialmente assegurado pelo Orçamento de Estado<sup>173</sup>. Para este efeito específico, são cativadas verbas dos jogos sociais, explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que são divididas pelos Ministérios da Solidariedade e Segurança Social (34,8%) e da Saúde 16,6% (Decreto-

---

<sup>170</sup> Vide [http://www.oecd.org/document/5/0,3746,en\\_2649\\_34225\\_43877509\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/5/0,3746,en_2649_34225_43877509_1_1_1_1,00.html).

<sup>171</sup> Uma justificação para a associação das receitas ao financiamento do SNS consistirá no reconhecimento pela OMS de que a utilização de telemóveis pode causar cancro ([http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2011/pdfs/pr208\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2011/pdfs/pr208_E.pdf)).

<sup>172</sup> Note-se que se em vez de um cêntimo fossem cobrados dois cêntimos por chamada de voz e mensagem, a receita total chegaria a mais de 350 milhões de euros por ano – um valor superior ao que se poderia reduzir das necessidades de financiamento do SNS através de um aumento no valor das taxas moderadoras de acordo com a inflação e um aumento de 33% na proporção de utentes não isentos.

<sup>173</sup> Vide Relatório Primavera 2011.

Lei n.º 56/2006): “6 - São atribuídos ao Ministério da Saúde 16,6% do valor dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais, para acções previstas no Plano Nacional de Saúde, designadamente para projectos no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, como sejam a luta contra a sida, luta contra o cancro, prevenção das doenças cardiovasculares, cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência e para o desenvolvimento de projectos e acções de prevenção, tratamento e reinserção no âmbito da toxicodependência”. Eventualmente poder-se-ia promover o aumento da percentagem de 16,6% destinada ao Ministério da Saúde.

Poder-se-á igualmente ponderar sobre o início de uma reflexão profunda no campo dos direitos e deveres sociais, e consequências que daí se poderão extrair no campo de evolução do actual sinalagma entre a responsabilidade social e a responsabilidade individual. Neste quadro inserem-se as reflexões que podem motivar, se tanto corresponder a uma vontade e sentimento colectivos, uma **taxação específica dos rendimentos despendidos em hábitos e comportamentos contrários a uma postura de responsabilização pela própria saúde e pela saúde de terceiros**. Para além dos exemplos típicos do tabaco<sup>174</sup> e do álcool<sup>175</sup>, a previsão de receita fiscal

---

<sup>174</sup> Tomemos o exemplo do tabaco, indo assim ao encontro da medida prevista no Memorando de Entendimento, de aumentar os impostos especiais sobre o consumo, designadamente nos impostos sobre os veículos, o tabaco, a electricidade e sua indexação à inflação, por forma a obter uma receita mínima de 250 M€.

No que concerne ao tabaco, segundo a OMS, o seu consumo é responsável por cerca de 6 milhões de mortes por ano, das quais 10% se referem a fumadores-passivos, sendo um dos principais factores potenciadores de cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças crónicas de pulmões, que representam 63% de mortes mundiais. Concretamente, o tabagismo está associado a 90% dos cancros de pulmão e um terço de todos os casos de cancro. Considerando tais indicadores, o aumento do imposto sobre o tabaco a favor do SNS poderia ser legitimado pela necessidade de evitar comportamentos que deterioram o estado de saúde, podendo assim reduzir-se o seu consumo, e consequentemente a despesa com o tratamento de doenças com ele intimamente relacionadas, no sentido de uma melhor saúde pública.

Contabilizando o impacto expectável do aumento de 5% no imposto sobre o consumo do tabaco, em Portugal, a favor do SNS, considerando que, em 2010, cerca de 20% da população era fumadora e o consumo médio anual, por fumador, ascendia a cerca de 1318 cigarros, tal variação seria responsável pelo aumento da receita do Estado no máximo de 27 M€, na situação em que o comportamento dos fumadores se mantém inalterado, equivalente a um aumento de cerca de 0,20 € por maço, tendo por base o preço da marca mais vendida.

Tal medida pode ser extensível a outro tipo de consumos que influenciam negativamente o estado de saúde.

<sup>175</sup> Relativamente às bebidas alcoólicas, por exemplo, cujo aumento de tributação faria sentido também na óptica do interesse de se promover uma alteração de comportamento, com vista a uma redução de patologias e acidentes e, consequentemente, menor despesa futura em saúde – tendo em conta as consequências negativas do álcool para as pessoas e a informação oportunamente divulgada pela Sociedade Portuguesa de Hepatologia (<http://www.sphepatologia.pt>), de que 2,3 milhões de portugueses consomem bebidas alcoólicas em excesso (número equivalente a cerca de um quarto da população com idade de 15 ou mais anos) –, note-se que uma tributação acrescida correspondente a cerca de 10

indexada ao SNS pode também colocar-se quanto a bebidas açucaradas ou alimentos ricos em sal ou gorduras “trans”<sup>176</sup>, a veículos automóveis e, em particular, a motociclos, ou outras actividades de risco reconhecido mas socialmente aceitáveis. Ou seja, nada haverá a obstar que o exemplo já actualmente existente em Portugal quanto à consignação de receita para o INEM de uma pequena percentagem, com efeito de “anestesia fiscal”, sobre prémios de seguros<sup>177</sup> seja adaptado e replicado para o SNS *lato sensu* e relativamente a bens ou serviços utilizados em comportamentos com maior propensão a gerar um aumento (actual ou futuro) de despesa em saúde<sup>178</sup>.

Mas a sustentabilidade não passará seguramente apenas e somente por perspectivas de aumento de receitas. A eficiência de funcionamento do SNS passa, também e em primeira linha, pela efectiva cobrança daquelas que já são as suas receitas. Ou seja, e como já referido no ponto 3.2.4. *supra*, é imperiosa a **implementação de novos sistemas de cobrança de taxas moderadoras** atenta a ineficiência dos actualmente existentes, ainda que se reconheça que, desde o início de 2011, os prestadores de cuidados de saúde aparentam demonstrar novos comportamentos e uma maior atenção à necessidade de cobrança efectiva de taxas moderadoras aos utentes. Aqui, devem ser seguidos, também pelos estabelecimentos do SNS, os princípios gerais e orientadores que a própria ERS já estabeleceu na sua Recomendação dirigida aos prestadores privados de saúde em 11 de Março de 2011<sup>179</sup>, e da qual resulta, entre outros aspectos, a importância de dever ser garantido que a regra seja sempre o pagamento imediato das taxas moderadoras aquando da prestação dos cuidados (ou

---

cêntimos por litro de bebida alcoólica permitiria a geração de receita adicional de aproximadamente 102 milhões e 200 mil euros num ano, isto considerando que a alteração esperada do comportamento não seria imediata (ou, alternativamente, considerando o cenário hipotético de não correcção do comportamento), dada a estimativa de que os portugueses consomem cerca de 2,8 milhões de litros de bebidas alcoólicas por dia (com base em dados de litros consumidos publicados pela Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo, em <http://www.dgaiec.min-financas.pt>).

<sup>176</sup> Veja-se, a esse propósito, o Relatório Mundial de Saúde da OMS – 2010.

<sup>177</sup> Efectivamente, constitui receita do INEM uma percentagem sobre prémios ou contribuições relativos a contratos de seguros, em caso de morte, do ramo «Vida» e respectivas coberturas complementares, e a contratos de seguros dos ramos «Doença», «Acidentes», «Veículos terrestres» e «Responsabilidade civil de veículos terrestres a motor», celebrados por entidades sediadas ou residentes no continente – cfr. Decreto-Lei n.º 220/2007.

<sup>178</sup> Embora se possa argumentar que se deveria esperar uma arrecadação de receitas cada vez menor de impostos destinados a corrigir comportamentos de risco para a saúde, o que não interessará para a sustentabilidade financeira do SNS, também se poderá argumentar que este tipo de impostos não é algo novo e nunca se logra uma correcção total de comportamentos. Acresce que a alteração parcial de comportamentos é desejável, uma vez que isso acarretará uma redução da despesa em saúde no futuro.

<sup>179</sup> [http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Recomendacao\\_Orcamentos.pdf](http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Recomendacao_Orcamentos.pdf).

aquando da alta dos utentes) e a excepção o pagamento diferido, sendo que nestes casos os utentes devem ser esclarecidos das razões pelas quais não é possível, excepcionalmente, proceder à cobrança imediata dos cuidados prestados.

Ainda, aqui se adianta a possibilidade de adopção de várias outras medidas que visem a efectividade de cobrança das taxas moderadoras, e que exemplificativamente aqui se renumeram:

a) a efectiva possibilidade, em todos os estabelecimentos do SNS e durante todo o período de abertura de cada estabelecimento, de pagamento com cartão bancário; e

b) a introdução de técnicas de gestão e a adopção de mecanismos internos, suportados em sistemas informáticos eficientes, que permitam o efectivo cumprimento da regra do pagamento imediato ou aquando da alta do utente das taxas moderadoras que sejam devidas.

Por outro lado, a própria receita, designadamente a título de taxas moderadoras, pode estar directamente relacionada com a necessidade aferida de procura dos cuidados de saúde. Ou seja, e no que respeita à evidente necessidade de orientar para as urgências hospitalares apenas aquelas situações que efectivamente o justifiquem, privilegiando-se o acesso aos cuidados de saúde primários enquanto “porta de entrada” do SNS, o valor a **liquidar a título de taxa moderadora pode estar directamente dependente da cor atribuída ao utente, de entre as indicadas na Triagem de Manchester**, no Serviço de Urgência do prestador de cuidados de saúde. Assim, também para estas situações poderia ser estipulada uma *moldura* dos valores a liquidar a título de taxa moderadora cujos limites máximo e mínimo, seriam directamente determinados pela cor a atribuir à situação clínica do utente e correspondente à necessidade de acesso a cuidados em serviço de urgência. Concretizando, o valor mínimo seria atribuído ao utente detentor da pulseira com cor vermelha (atendimento imediato) e o valor máximo seria atribuído ao utente detentor da pulseira com cor azul (240 minutos de espera).

Uma tal diferenciação não pode, porém, ser adoptada sem um conjunto de salvaguardas que garantam que os utentes do SNS não são prejudicados por motivos alheios àquela que é a sua (única) motivação que se visa moderar. Ou seja, a diferenciação de taxas moderadoras em função das cores da triagem de Manchester é exequível sempre que o utente tenha, na sua área de residência e no âmbito do SNS, uma alternativa efectiva (por exemplo, um Serviço de Consultas Abertas ou qualquer outro serviço que garanta o acesso naquele momento – seja nocturno ou em feriado

ou fim-de-semana) que lhe garanta uma prestação de cuidados de saúde (primários) sem ser em serviço de urgência do SNS. De outro modo, estar-se-ia a prejudicar duplamente aqueles utentes que, por dificuldades de acesso que lhes são alheias, se vêm na contingência de recorrer a serviço de urgência enquanto único ponto de oferta do SNS disponível.

Outrossim, a esta diferenciação de taxas moderadoras pode também associar-se um **sistema de triagem prévio, por via telefónica**, que permitiria ao utente o pagamento de uma redução do valor total da taxa moderadora a pagar caso o mesmo se apresentasse num serviço de urgência após contacto, triagem e direcção prévio efectuado por um centro de atendimento telefónico<sup>180</sup>. A este propósito, assume-se como possível o aproveitamento, com integração de informação para validação da triagem telefónica prévia, das potencialidades da Linha Saúde 24, que já se encontra em pleno funcionamento e que foi criada para melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através, precisamente, da disponibilização de um serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento em situação de doença, acessível através do telefone.

---

<sup>180</sup> Tenha-se por exemplo a situação de um utente que tendo sido previamente triado telefonicamente e aconselhado a dirigir-se a um serviço de urgência, mas que aquando da triagem de Manchester lhe é atribuída uma cor (azul ou verde) não representativa de uma efectiva emergência. Neste caso, não se considera que seja a vontade do utente que deva ser objecto de moderação, pelo que não lhe deverá ser aplicada a lógica de diferenciação das taxas moderadoras em função de cores, mas sim aquela taxa moderadora que lhe seria aplicável caso se confirmasse a situação de emergência no recurso aos cuidados de saúde.

Alternativamente, poder-se-ia definir uma taxa moderadora única, relativamente baixa, aos utentes que tivessem sido sujeitos à triagem telefónica, de forma a se contribuir para a promoção da eficiência na triagem.

## 4. Conclusão

O presente Relatório, elaborado pela ERS ao abrigo das suas competências e na sequência de solicitação de Sua Excelência o Ministro da Saúde, visou auxiliar no objectivo da Sustentabilidade Financeira do SNS, tendo-se adoptado como pressuposto os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, de execução obrigatória. Com base em reflexões já efectuadas na Sociedade Portuguesa sobre o tema do financiamento do SNS e, em especial, as constantes do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS publicado em 2007, identificaram-se temas e medidas concretas consideradas relevantes para a sustentabilidade financeira do SNS, tendentes ao equilíbrio das contas públicas no curto prazo, com reflexos numa alteração a nível estrutural que viabilize o equilíbrio de longo prazo.

O Relatório apresentou diversas análises, tomando como ponto de partida a análise da concordância existente entre as medidas propostas no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade e alguns dos compromissos estabelecidos no Memorando de Entendimento, destacando-se em seguida as análises relativas a tais medidas. Concretamente, foram apresentadas desde o enquadramento constitucional e legal das taxas moderadoras, até uma revisão da necessidade de alteração do sistema de convenções do SNS, passando por uma série de estimativas e avaliações, relativas a alterações das taxas moderadoras, dos benefícios fiscais para a saúde e do custo orçamental dos subsistemas de saúde públicos, para além de discussões e reflexões a respeito de uma reestruturação da rede hospitalar com financiamento público, da necessidade de uma combinação eficiente das profissões de saúde e da mobilidade dos recursos humanos na saúde nas diferentes formas de organização e gestão das unidades hospitalares.

As previsões das medidas revistas no Relatório são apresentadas *infra*, de forma resumida e conclusiva, incluindo as principais quantificações projectadas para os anos de 2012 e 2013, que, no caso de virem a ser implementadas, deverão ter impacto substancial sobre a evolução das variáveis que interessam para a obtenção da sustentabilidade financeira do SNS no médio e longo prazo.

Na Tabela 13, apresentam-se as principais medidas que se encontram previstas, de acordo com os compromissos assumidos dispostos no Memorando de Entendimento, fazendo-se notar, porém, que as projecções não contemplam integralmente os efeitos das medidas de restrição de despesa que têm vindo a ser adoptadas no terceiro trimestre de 2011, referindo-se, a título de exemplo, a mais recente medida

consubstanciada na fixação de uma nova meta de referência para a redução dos custos operacionais dos hospitais, CH e ULS integrados no sector empresarial do Estado, para 2012, num valor inferior em 11% ao de 2011.

**Tabela 13 – Principais medidas previstas e estimação do seu impacto até 2013<sup>181</sup>**

Temas		Necessidades de financiamento do SNS	2011P	2012P	2013P
Taxas moderadoras	Cenário A: Correção das taxas com base na inflação	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.659.273	8.643.686
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	26.927	15.587
		Varição anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	26.927	42.514
	Cenário B: Correção das taxas com base na inflação e aumento de 1/3 na proporção de não isentos	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.390.001	8.369.865
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	296.199	20.136
		Varição anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	296.199	316.335
Redução da taxa de crédito fiscal para 10%	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.221.500	8.221.500	
	Redução das necessidades de financiamento	712.900	464.700	0	
	Varição anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	464.700	464.700	
Redução de transferências do OE para os subsistemas públicos	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.643.000	8.622.840	
	Redução das necessidades de financiamento	712.900	43.200	20.160	
	Varição anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	43.200	63.360	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGO.

Conforme se pode notar, apresentam-se na Tabela 13 dois cenários (A e B) relativos às alterações dos valores das taxas moderadoras e da proporção de utentes do SNS não isentos de taxa moderadora, identificando-se, ainda, o impacto das reduções da taxa de crédito fiscal e das transferências do Orçamento de Estado para os subsistemas de saúde públicos<sup>182</sup>. Todas estas medidas apresentadas têm como efeito a redução das necessidades de financiamento do SNS.

Por seu turno, a Tabela 14 apresenta a quantificação de outras medidas que se propuseram no presente documento, com vista à obtenção de receitas adicionais para o SNS – receitas essas que poderão representar igualmente uma redução das necessidades de financiamento do SNS.

<sup>181</sup> Valores em milhares de euros.

<sup>182</sup> No que se refere à redução das transferências para os subsistemas de saúde públicos, considera-se a redução das transferências relativas à ADSE, assumindo os respectivos valores como contribuintes para a redução das necessidades de financiamento do SNS.

**Tabela 14 – Quantificação de outras medidas e o seu impacto sobre as variáveis relevantes<sup>183</sup>**

Temas		Necessidades de financiamento do SNS	2011P	2012P	2013P
Inclusão de taxa na utilização de telemóvel	Cobrança de um centímo em chamadas de voz e SMS	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.506.200	8.506.200
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	180.000	0
		Variação anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	180.000	180.000
	Cobrança de dois centimos em chamadas de voz e SMS	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.336.200	8.336.200
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	350.000	0
		Variação anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	350.000	350.000
Aumento de imposto sobre o tabaco	Aumento de 5% no imposto sobre o consumo de tabaco	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.659.200	8.659.200
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	27.000	0
		Variação anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	27.000	27.000
Aumento de imposto sobre bebidas alcoólicas	Tributação acrescida correspondente a cerca de 10 centimos por litro de bebida alcoólica	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	8.584.000	8.584.000
		Redução das necessidades de financiamento	712.900	102.200	0
		Variação anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	102.200	102.200

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGO.

Nesta tabela apresentam-se, portanto, os resultados de estimações relativas à inclusão de uma nova taxa sobre a utilização de telemóveis. Constata-se, por exemplo, que se poderá obter um aumento na receita fiscal do Estado de cerca de 360 milhões de euros com a introdução de uma cobrança de um centímo em chamadas de voz e SMS em 2012 e 2013 – um valor que supera o valor total estimado correspondente ao impacto do aumento em um terço da proporção de utentes não isentos de taxas moderadoras e das correcções dos valores das taxas moderadoras com base na inflação sobre as necessidades de financiamento do SNS.

Por último, apresenta-se na Tabela 15 um exemplo de estimativa do impacto conjunto de um grupo de medidas políticas que poderão eventualmente ser adoptadas para a redução das necessidades de financiamento do SNS, com vista à sua sustentabilidade financeira, recordando que tais medidas poderão ser complementadas com outras, tais como, por exemplo, as decorrentes de uma eventual revisão da rede hospitalar com financiamento público, considerando (paralelamente) uma melhor adequação da oferta de cuidados de saúde hospitalares à procura.

<sup>183</sup> Valores em milhares de euros.

**Tabela 15 – Adopção de medidas conjuntas<sup>184</sup>**

Exemplo de adopção de medidas conjuntas	Necessidades de financiamento do SNS	2011P	2012P	2013P
Cenário B relativo às taxas moderadoras, redução da taxa de crédito fiscal para 10%, redução das transferências do OE para os subsistemas, inclusão de taxa na utilização de telemóvel (2 cênt.) e aumento de impostos sobre o tabaco e bebidas	Necessidades de financiamento do SNS	8.686.200	7.402.901	7.364.974
	Redução das necessidades de financiamento	712.900	1.283.299	37.927
	Variação anual acumulada da redução das necessidades após 2011	-	1.283.299	1.321.226

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da DGO.

Tendo em conta o cenário “B” relativo às taxas moderadoras (*vide* Tabela 13), a redução da taxa de crédito fiscal para 10%, a redução prevista das transferências do Orçamento de Estado para os subsistemas de saúde públicos, a adopção de uma taxa de dois cêntimos na utilização de telemóvel e o aumento de impostos sobre o tabaco e as bebidas alcoólicas, tal como exemplificado neste Relatório, constata-se que as necessidades de financiamento do SNS, que se prevêem ser de cerca de 8,7 mil milhões de euros em 2011, poderão reduzir-se até cerca de 7,4 mil milhões de euros em 2013.

Conclusivamente, e como se viu, o presente Relatório visou proceder às análises necessárias, embora sucintas pela exiguidade temporal na sua elaboração (60 dias), para identificação de medidas concretas que devam ser adoptadas na sequência do Memorando de Entendimento, tendo-se igualmente tentado, quando exequível, apresentar uma quantificação do impacto financeiro das mesmas. O Relatório consubstancia-se, assim, numa contribuição para a reflexão e discussão da forma de cumprimento dos compromissos, no sentido de estabelecer as bases para a sustentabilidade financeira do SNS.

<sup>184</sup> Valores em milhares de euros.

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

A CRP, no seu texto originário, dispunha no seu artigo 64.º que o direito à protecção 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 objectivo “*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>185</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>186</sup>.

---

<sup>185</sup> Cfr. Parecer da Comissão Constitucional n.º 35/82.

<sup>186</sup> Nesta altura, aos beneficiários de subsistemas de saúde era aplicável a tabela de preços dos hospitais oficiais, a facturar directamente à entidade responsável pelo pagamento (vd.

O referido Despacho estabelecia uma diferenciação no valor das taxas moderadoras a pagar pelos utentes, de acordo com o respectivo rendimento, nas situações de internamento. Já relativamente a consultas externas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e urgência, tais taxas moderadoras, e com excepção 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>187</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>188</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 excepção 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 objectivo racionalizar a procura de cuidados de saúde, procurando evitar a sua utilização para além do razoável.

---

Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais de 18 de Janeiro de 1982, publicado no DR, II 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>187</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 efectuada 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>188</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 66, de 20-03-1986.

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>189</sup>.

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 “*acepção normativa*” do conceito de gratuidade, afastando ou rejeitando o seu conceito objectivo ou etimológico, segundo o qual um serviço gratuito será aquele que para ser obtido, não tem que se pagar qualquer preço<sup>190</sup>. Segundo essa acepção 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 protecção 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 objectivo de racionalizar ou moderar o uso dos serviços públicos de saúde, mas sem que isso pudesse

---

<sup>189</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 152, de 05-07-1986.

<sup>190</sup> A favor do conceito objectivo 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 documento “A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”.

significar o impedimento ou restrição do direito de acesso àquelas pessoas que, em virtude das suas condições económicas, não pudessem suportar essas taxas.

Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, no Acórdão referido, considerou que face ao sentido mais amplo do conceito de gratuidade, que teria sido adoptado 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 redacção do artigo 64.º n.º 2 da CRP, passando a prever na sua alínea a), que a realização do direito à protecção 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>191</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

---

<sup>191</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”*.

sentido em que foi empregue a expressão “*tendencialmente gratuito*” pelo legislador da revisão constitucional.

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 excepções àquele princípio, nomeadamente quando o objectivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (*in casu* através da aplicação de taxas moderadoras).

Efectivamente, 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>192</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

---

<sup>192</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 directamente 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 actual 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*”.

Bases, nos termos do n.º 2 do artigo 112.º, 2.ª parte da CRP, e apenas prevendo a 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>193</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 respectivo regime de isenções<sup>194</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>195</sup>.

Este Decreto-lei foi posteriormente revogado pelo Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto<sup>196</sup>, que introduziu algumas alterações ao regime anteriormente em vigor. Efectivamente, as taxas moderadoras, como resulta do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, devem ser pagas por todos os cidadãos, incluindo os beneficiários dos subsistemas de saúde, que não sejam isentados, nos termos do artigo 2.º deste Decreto-Lei n.º 173/2003<sup>197</sup>, 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 encontram-se elencadas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto<sup>198 199</sup>.

---

<sup>193</sup> Publicado no DR, I Série-A, n.º 86, de 11-04-1992.

<sup>194</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>195</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 86, de 11-04-1992.

<sup>196</sup> Publicado no DR, I Série-A, n.º 176, de 01-08-2003.

<sup>197</sup> Para beneficiarem da isenção, os utentes têm de apresentar documento comprovativo da sua situação (n.º 3 do artigo 2º).

<sup>198</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>199</sup> Cfr Anexo II o qual possui identificação das 46 categorias de isenções actualmente existentes.

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>200</sup>, posteriormente actualizada e revista pela Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro<sup>201</sup>, pela Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março<sup>202</sup>, pela Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março<sup>203</sup>, pela Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro<sup>204</sup>, e mais recentemente pela Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro<sup>205</sup>. Importa, no entanto, realçar que, 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 actualizado as tabelas das taxas moderadoras, veio estipular o momento em que as taxas moderadoras devem ser cobradas aos utentes<sup>206</sup>. Essa Portaria estipula ainda, quanto ao regime de isenções, que no caso de isenções que dependam da existência de um diagnóstico de determinada doença ou situação de saúde (doentes portadores de doenças crónicas e grávidas e parturientes), estas apenas se consideram existentes após o referido diagnóstico e apenas para os actos 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 actualização do valor das taxas moderadoras. Sucede que, as taxas moderadoras incidentes sobre internamentos e cirurgias de ambulatório foram eliminadas, passados dois anos após a respectiva introdução, pelo Decreto-Lei n.º 322/2009, de 14 de Dezembro.

---

<sup>200</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 212, de 13-09-2003.

<sup>201</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 19, de 23-01-2004.

<sup>202</sup> Publicado no DR, I Série-B, n.º 47, de 07-03-2006.

<sup>203</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 64, de 30-03-2007.

<sup>204</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 10, de 15-01-2009.

<sup>205</sup> Publicado no DR, I Série, n.º 250, de 28-12-2010.

<sup>206</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 cuidados, 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 excepção, qual seja nos casos em que o exame ou análise seja efectuado no decurso de um acto 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.

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*”.

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

## Anexo II – Categorias de isenções de taxas moderadoras

Doentes isentos de taxas moderadoras
Grávidas e parturientes
Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive
Beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes
Beneficiários de subsídio mensal vitalício
Pensionistas que recebam rendimentos não superiores ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes
Desempregados, inscritos nos centros de emprego, que recebam rendimentos não superiores ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes
Beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores
Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal
Trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
Pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%
Beneficiários do rendimento social de inserção
Insuficientes renais crónicos
Diabéticos
Hemofílicos
Parkinsonianos
Tuberculosos
Doentes com sida e seropositivos
Doentes do foro oncológico
Doentes paramiloidóticos
Doentes com doença de Hansen
Doentes com espondilite anquilosante
Doentes com esclerose múltipla
Dadores benévolos de sangue
Doentes mentais crónicos
Alcoólicos crónicos e toxicod dependentes, quando inseridos em programas de recuperação, no âmbito do recurso a serviços oficiais
Doentes portadores de doença genética com manifestações clínicas graves
Doentes com insuficiência cardíaca congestiva
Doentes com cardiomiopatia
Doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva
Doentes com hepatite crónica activa
Doentes com cirrose hepática com sintomatologia grave
Doentes com artrite invalidante
Doentes com lúpus
Doentes com dermatomiose

Doentes isentos de taxas moderadoras (continuação)
Doentes com paraplegia
Doentes com miastenia grave
Doentes com doença desmielinizante
Doentes com a doença do neurónio motor
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
Bombeiros
Vítimas de violência doméstica
Doentes transplantados de órgãos
Dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas
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
Militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente
Outros casos determinados em legislação especial

## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO  
e-mail: [geral@ers.pt](mailto:geral@ers.pt) • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • [www.ers.pt](http://www.ers.pt)

