

## PARECER

### I. Introdução

1. Tomou-se conhecimento, mediante denúncia de um utente remetida por correio electrónico de 17 de Janeiro de 2011, de determinados factos relativos à aplicação das novas taxas devidas pelo pagamento dos serviços prestados no âmbito da saúde pública, aprovadas pelo Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro.
2. Concretamente, veio o exponente solicitar à ERS que se pronunciasse sobre “[...] *as taxas a aplicar em função das juntas médicas e emissão do atestado de incapacidade*”;
3. E, conseqüentemente, sobre “[...] *se será legal, ético e justo ser-me aplicada uma taxa, retroactivamente, sobre uma junta médica que requeri em 02-09-2010, portanto há mais de 4 (quatro meses) e que ainda não sei quando se realizará*”.
4. Assim, após análise preliminar da exposição remetida à ERS, bem como da legislação aplicável, e atendendo à utilidade e oportunidade de análise das eventuais consequências da aplicação de tal diploma legal, designadamente no que se refira às taxas relativas a actos que ainda constituam prestação de cuidados de saúde, o Conselho Directivo da ERS, por despacho de 2 de Fevereiro de 2011, ordenou a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/009/11.

### II. Enquadramento

#### II.1. Sobre o Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro

5. Nos termos do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, é referido que “[...] *as taxas em causa respeitam a uma diversidade ampla de actos praticados pelas autoridades de saúde e outros profissionais de saúde pública, incluindo a emissão de atestados médicos, a realização de vistorias, e as actividades desenvolvidas no âmbito da sanidade marítima e da vacinação internacional, dispersos por vários diplomas legais*.”;
6. Bem como que “*Os serviços prestados para a emissão das taxas sofreram alterações ao longo do tempo que não foram sendo reflectidas nos respectivos*

*valores, tornando-se agora necessário proceder ao seu ajustamento, considerando o aumento dos custos associados e a inflação verificada.”.*

7. Mais se refere em tal preâmbulo “[...] *que entretanto caíram em desuso alguns actos relativos a serviços prestados no âmbito da saúde pública e, por outro lado, surgiram outros actos que foram criados ex novo, nomeadamente com a entrada em vigor do Regulamento Sanitário Internacional (2005), tornando-se hoje muito difícil para o cidadão e instituições saber quais os diplomas em vigor, quais as taxas extintas e quais os respectivos valores praticados.”;*
8. Pelo que “[...] *por uma questão de segurança jurídica e fácil acesso dos cidadãos aos serviços prestados e aos valores praticados, [deve-se] proceder a uma publicação única dos actos sujeitos a taxas e seus valores.”.*
9. Assim, o Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, actualizou os “[...] *valores devidos pelo pagamento de actos das autoridades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública.”* e procedeu à publicação dos referidos valores em anexo – cfr. artigo 1.º do referido diploma;
10. Sendo o mesmo aplicável “[...] *aos actos praticados pelas autoridades de saúde e outros profissionais de saúde, nas respectivas áreas geográficas e administrativas de nível nacional, regional e municipal*” – cfr. artigo 2.º do referido diploma.
11. O Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, estabeleceu ainda um conjunto de actos sujeitos a um regime de isenção do pagamento de taxas de saúde pública, mas apenas e somente em função da sua natureza, e já não por questões de insuficiência económica de utentes.
12. Por último, refira-se que o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro estabelece que o valor das taxas devidas pelo pagamento de actos das autoridades de saúde “[...] *é revisto por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, atendendo aos princípios da adequação e da proporcionalidade e quando motivos excepcionais relativos aos custos efectivos dos actos e dos serviços prestados o justifiquem”.*

## **II.2. Sobre a competência da ERS e o objecto do presente parecer**

13. Constituem objectivos da actividade reguladora da ERS, nos termos do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio,

[...]

*b) Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei;*

*c) Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes;*

*d) Velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema;*

[...]

*e) Desempenhar as demais tarefas previstas na lei.*

14. No que se refere ao objectivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, de *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*, incumbe à ERS, nos termos da alínea a) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, “*assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados*”;

15. E quanto ao objectivo regulatório previsto na alínea d) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, de *velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*, incumbe à ERS, nos termos da alínea e) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, “*pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados [...] e velar pelo seu cumprimento.*”.

16. Assim, e atendendo a que

- a. alguns dos actos previstos no referido diploma legal ainda poderão ou deverão ser considerados como prestação de cuidados de saúde (atestados médicos/certificados e vacinação internacional);
- b. as referidas taxas terão sofrido uma significativa actualização do seu valor; e
- c. não se prevêem situações de isenção para determinadas categorias de indivíduos, pelos menos por insuficiência económica dos mesmos, tal como ocorre com as taxas moderadoras;

17. E, tendo presente que à ERS compete *pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados*;

18. O presente parecer visa, então, aferir, e no que estritamente a essas competências respeita, das eventuais consequências da aplicação de tal diploma legal,

designadamente no que se refere às taxas aplicadas aos referidos actos que ainda constituem a prestação de cuidados de saúde, para constatação da possibilidade das referidas taxas deverem nesses casos serem tratadas como taxas moderadoras;

19. E *in casu* poderem estar sujeitas às isenções previstas para estas últimas, e designadamente aquelas resultantes de eventual insuficiência económica dos utentes;
20. Ou, pelo menos, caso se considere tais valores como taxas a pagar por serviços prestados, em função do custo associado aos mesmos, se considere o potencial risco de essas taxas não terem em atenção a condição económica e social dos utentes, designadamente eventuais situações de insuficiência económica, e nessa medida constituir limitação ou restrição de acesso à obtenção de tais actos.

### III. Análise

#### III.1. Das autoridades de saúde

21. A Base XIX da LBS institui as autoridades de saúde, definindo que estas “[...] se situam a nível nacional, regional e concelhio”;
22. Cabendo-lhe, entre outras funções, “vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública para a defesa da saúde pública”, “desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública” e “exercer a vigilância sanitária das fronteiras” – cfr. n.º 3 da Base XIX;
23. Embora no n.º 4 dessa Base XIX se refira que “[a]s funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por médicos, preferencialmente da carreira de saúde pública”,
24. E pelos recentes Decretos-Lei n.ºs 81/2009 e 82/2009, ambos de 2 de Abril<sup>1</sup>, foram estabelecidas, respectivamente, “[...] as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local” e “[...] as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.”;

---

<sup>1</sup> Que revogaram o Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de Setembro, e o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho.

25. Sendo este último Decreto-Lei que importa considerar, no âmbito do presente parecer, atento o facto de as taxas *sub judice* serem cobradas pelas autoridades de saúde;
26. Tal como importa considerar a necessária compatibilização do funcionamento de tais autoridades com o quadro legal dos ACES.
27. Efectivamente, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que veio proceder à criação dos ACES, estabelece o regime jurídico aplicável aos mesmos, e determina ser sua missão “[...] *garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica*”, mediante a prossecução de actividades de “[...] **promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados**”, bem como “[...] **actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.**” – destaque nosso;
28. Sendo ademais determinado, no artigo 5.º do referido diploma legal, que os ACES exercem função de autoridades de saúde nos seus âmbitos comunitário e populacional,
29. E dai que se encontre prevista a integração ou existência de unidades de saúde pública (USP) nos ACES;
30. Competindo-lhes “[...] *elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.*” – cfr. n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (destaque nosso).
31. Consequentemente, e ainda que no n.º 2 desse artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, se refira que as funções de autoridade de saúde “[...] *são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.*”, as mesmas são exercidas no âmbito de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde.
32. Retomando-se a análise do disposto no Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de Abril, realce-se que, desde logo, no seu Preâmbulo é referido que o mesmo se destina a “[...] *actualizar as condições do exercício do poder de autoridade de saúde,*

*funcionando de forma integrada em todo o território nacional e em articulação com os serviços de saúde pública existentes, implementando a partilha de informação, de conhecimentos e recursos, com vista à decisão fundamentada no exercício dos poderes conferidos, incorporando novos conceitos de saúde pública em conformidade com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Comissão da União Europeia.”.*

33. Já quanto ao que se deve entender por autoridade de saúde prevê, o n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de Abril, que é aquela “[...] entidade à qual compete a decisão de intervenção do Estado na **defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde**, bem como no controlo dos factores de risco e das situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais.” – destaque nosso;
34. Sendo que lhe são cometidos “[...] poderes necessários ao exercício das [referidas competências] na sua área geodemográfica de intervenção, bem como os poderes relativos à vigilância de saúde no âmbito territorial nacional que derivem da circulação de pessoas e bens no tráfego e comércio internacionais.”.

### **III.2. Dos actos das autoridades de saúde e sua inclusão no conceito de “cuidados de saúde”**

35. Atendendo ao conceito de “saúde”, vulgarmente aceite, e adoptado pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), à qual Portugal aderiu em 13 de Fevereiro de 1948, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”;
36. Importa analisar se alguns dos actos praticados por autoridades de saúde são, ou não, ainda enquadráveis naquelas actividades que tenham por objecto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento/terapêutica e reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental.
37. E se para a integração de determinado acto no âmbito da prestação de cuidados de saúde é necessário o preenchimento do conceito material de cuidados de saúde que *supra* se apresentou;

38. Verifica-se *in casu* que os actos em análise são, desde logo, prestados num estabelecimento prestador de cuidados de saúde e por profissionais devidamente habilitados;
39. E prestados a pessoas em função de necessidades ou exigências concretas;
40. E relacionadas com a sua saúde, ou prevenção desta.
41. Ou seja, e ainda que, nos termos do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de Abril, as “[...] *funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde.*”;
42. A actividade concreta pode, em determinadas situações, ser subsumível à actividade típica da prestação de cuidados de saúde (*prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde*).
43. Ora, e recordando-se que o Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, e mais concretamente as taxas em tal diploma previstas, incide sobre *uma diversidade ampla de actos praticados pelas autoridades de saúde e outros profissionais de saúde pública, incluindo a emissão de atestados médicos, a realização de vistorias, e as actividades desenvolvidas no âmbito da sanidade marítima e da vacinação internacional, dispersos por vários diplomas legais*;
44. Está-se, aqui, portanto, a cuidar apenas daqueles actos integráveis na plenitude no conceito de cuidados de saúde;
45. Que considerando o facto de serem prestados (ainda que autonomamente) em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (por exemplo USP) e por profissionais de saúde (com a especialidade médica), e terem como destinatários indivíduos em concreto;
46. Se consideram como sendo a emissão de atestados médicos e os actos conexos à vacinação internacional.
47. A respeito dos primeiros, e atendendo a que como o próprio nome indica, os atestados médicos destinam-se
  - a. a atestar uma situação de ausência (ou não) de doença e/ou um estado de existência (ou não) de bem-estar físico e mental;
  - b. são praticados ainda que autonomamente, em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (por exemplo USP e por profissionais de saúde com a especialidade médica);

- c. têm como destinatários indivíduos em concreto; e
  - d. consistem em actividades destinadas à *defesa da saúde pública, de prevenção da doença e de promoção e protecção da saúde*;
48. Não devem, salvo melhor opinião, deixar de ser considerados como se integrando no âmbito da prestação de cuidados de saúde.
49. Já quanto aos actos de vacinação internacional, previstos no Regulamento Sanitário Internacional (2005), o qual se encontra publicado em Diário da República, através do Aviso n.º 12/2008, de 23 de Janeiro, importa desde logo referir que tal Regulamento tem por objecto e âmbito “[...] *prevenir, proteger contra, controlar e dar resposta em termos de saúde pública a uma propagação internacional de doenças, utilizando meios proporcionados e limitados aos riscos de saúde pública e evitando, em simultâneo, interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.*”.
50. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 31.º do referido Regulamento, aquando da entrada de um viajante no território de um Estado Parte, o mesmo pode “[... *exigir] a realização de exame médico, vacinação ou outra profilaxia ou a prova de vacinações ou outras profilaxias [...] sempre que tal se mostrar necessário para determinar se existe um risco para a saúde pública*”.
51. Por seu turno, o Anexo 6 do Regulamento, estabelece que “[...] *As vacinas ou outras profilaxias especificadas [...] ou recomendadas no presente Regulamento devem ser de qualidade adequada*”, sendo que as pessoas “[...] *às quais as vacinas ou outras profilaxias sejam administradas, nos termos do presente Regulamento, recebem um certificado internacional de vacinação ou um certificado atestando a administração de uma profilaxia (adiante designado o «certificado»), em conformidade com o modelo constante do presente anexo.*”;
52. E que “[...] *devem ser assinados pelo clínico – médico ou outro profissional de saúde autorizado – que supervisione a administração da vacina ou da profilaxia; neles deve ser aposto o carimbo oficial do centro administrador; este carimbo não pode, contudo, substituir a assinatura.*”.
53. Por último, no Anexo 7 do Regulamento, encontra-se estabelecido que “*para além das eventuais recomendações relativas à vacinação ou à administração de uma profilaxia, a entrada de viajantes num Estado Parte pode ficar sujeita à apresentação da prova da vacinação ou da administração de uma profilaxia contra*

as [...] doenças expressamente designadas pelo presente Regulamento [designadamente a] Vacina contra a Febre amarela.”.

54. Ou seja, e atendendo ao disposto no Regulamento Sanitário Internacional (2005), a entrada e saída de viajantes de Estado Parte pode ficar sujeita à apresentação da prova da vacinação requerida;
55. Importando esclarecer que o acto de vacinação é distinto do acto de emissão de certificado internacional de vacinação;
56. Distinção essa que tampouco surge evidenciada no Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro;
57. Mas não podendo deixar de se sublinhar que tal acto de vacinação constitui, claro está, um acto de prestação de cuidados de saúde.

### III.3. Do valor dos actos praticados por autoridades de saúde

58. No que se refere ao valor definido para cada um dos actos praticados pelas autoridades de saúde e outros profissionais de saúde pública, designadamente, aqueles que, conforme o analisado *supra*, podem ou devem ser integrados no conceito de cuidados de saúde;
59. Os mesmos são apresentados *infra*:

	Taxa (euros)
<b>Capítulo I – Atestados Médicos/certificados</b>	
1.1 – Atestado médico	20
1.2 – Atestado médico de isenção da obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, por graves razões de saúde	10
1.3 – Confirmação de atestado médico	10
<b>Capítulo II – Juntas médicas</b>	
2.1 – Atestado multiuso de incapacidade em junta médica	50
2.2 – Atestado em junta médica de recurso	100
<b>Capítulo VII – Vacinação internacional</b>	
7.1 – Vacina contra febre amarela (por inoculação)	100
7.2 – Vacina contra febre tifóide (por inoculação)	50
7.3 – Vacina contra encefalite japonesa (por inoculação)	100
7.4 – Vacina contra meningite tetravalente (A, C, W 135, Y) (por inoculação)	50
7.5 – Vacina contra raiva (pré-exposição) (por inoculação)	50

60. Por outro lado, e como visto *supra*, o legislador com este diploma legal pretendeu, não só proceder ao ajustamento dos valores devidos pelo pagamento de alguns actos *considerando o aumento dos custos associados e a inflação verificada*;
61. Bem como, eliminar a previsão de valores para actos que caíram em desuso;

62. E estabelecer o valor a cobrar por actos que foram criados *ex novo* como seja os actos de vacinação;
63. Que decorrendo apenas da entrada em vigor do Regulamento Sanitário Internacional (2005).
64. Ora, e quanto a este aspecto, recorde-se que o valor a pagar pela emissão dos atestados, fixado, no Decreto-Lei n.º 48 322, de 6 de Abril de 1968 e na Portaria n.º 23 298, de 6 de Abril de 1968, era de € 0,75;
65. O qual foi actualizado pelo Decreto-Lei n.º 131/82, de 23 de Abril, para € 0,90.
66. Ora, desde logo se faz notar que relativamente ao actual valor de € 20, se verificou uma variação de 2122%.
67. Já quanto ao atestado médico de incapacidade, cujo valor era igualmente de € 0,90, o mesmo teve um aumento de € 49,1, que corresponde a uma variação percentual de 5456%.
68. Resulta, assim e desde logo, uma grande discrepância entre o valor agora fixado de € 20 no caso dos atestados médicos e de € 50 dos atestados multiusos de incapacidade em junta médica.
69. Por outro lado, verifica-se que os valores ora fixados não sofreram apenas um ajustamento à inflação verificada.
70. Na verdade, se se atender aos *coeficientes de desvalorização da moeda para efeitos de correcção monetária dos valores de aquisição de determinados bens e direitos* fixados na Portaria n.º 785/2010, de 23 de Agosto, os aumentos ora verificados superam largamente as correcções que resultariam apenas da desvalorização verificada:

	Decreto-Lei n.º 8/2011	Decreto -Lei n.º 131/82	Valor que resultaria da aplicação dos coeficientes estabelecidos na Portaria n.º 785/2010	Aumento Absoluto entre 2011 e 1982
<b>Atestado médico</b>	€ 20	€ 0,90	€ 5,93	€ 14,07
<b>Atestado médico de incapacidade</b>	€ 50	€ 0,90	€ 5,93	€ 44,07

71. Assim, importa verificar:

- a. se os valores fixados pelo Decreto-Lei n.º 8/2001, de 11 de Janeiro, quando relativos a actos que ainda constituam prestação de cuidados de saúde não deveriam conformar-se com o quadro legal das taxas moderadoras;
- b. se, outrossim, não deveriam tais actos estar sujeitos às isenções previstas para as taxas moderadoras, e designadamente àquelas resultantes de eventual insuficiência económica dos utentes; ou
- c. Sem prejuízo de mesmo que assim não se considerasse, dever-se clarificar se a taxa incide sobre o acto em si, sobre a emissão de atestado ou da certificação de vacinação, ou se visa meramente cobrir os custos associados à sua prestação.

#### **III.4. Do Direito à Protecção da Saúde**

72. Recorde-se que o direito à protecção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, atribui o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deva ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente, a universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial.

73. Por seu lado, a Lei de Bases da Saúde, 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;*

*[...]”.*

74. Assim, resulta que o acesso dos utentes aos cuidados de saúde implica, nos termos da Constituição e mais concretamente do seu artigo 64.º, a garantia de um acesso

- i) universal (deve-se garantir que o acesso aos cuidados de saúde é assegurado a todos os cidadãos);
- ii) geral (determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS);
- iii) igual e equitativo (os cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante e os cidadãos em situação distinta devem receber tratamento distinto); e
- iv) em tempo útil em função da necessidade de cuidados de saúde; e ainda
- v) tendencialmente gratuito e com respeito dos preços administrativos (taxas moderadoras).

75. No que se refere à alínea c) da Base XXIV da LBS, que é aquela cuja análise interessa para o âmbito do presente parecer, 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 possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras; e

76. Desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas, 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);

77. 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).

78. Por outro lado, deve realçar-se que o acesso aos cuidados de saúde dever ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica;

79. Sendo que segundo a perspectiva económica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica do utente que dos mesmos

necessite, daí decorrendo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras.

### III.5. Da admissibilidade de cobrança de taxas e sua natureza

#### III.5.1 Se consideradas como taxas moderadoras

80. O legislador ordinário, em cumprimento da imposição constitucional, aprovou a LBS, na qual incluiu, na alínea c) da Base XXIV al. c), entre as características essenciais do SNS, e como já visto, o “*ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos*”.

81. Nessa sequência, 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*”.

82. 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 aqueles 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).

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

84. 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).

85. 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”.

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

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

87. Ou seja, e de acordo com o referido naquele Acórdão, pode-se então concluir que a cobrança de taxas moderadoras será admissível quando:

- a. tenham como finalidade uma racionalização da utilização do SNS;
- b. não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e

- c. não sejam aptas a criar impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos economicamente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde.

88. Nesse âmbito, o Decreto-lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto (que introduziu algumas alterações ao regime anteriormente em vigor, aprovado pelo Decreto-lei n.º 54/92, de 11 de Abril), estabeleceu o regime das taxas moderadoras, e que prevê inclusivamente isenções ao seu pagamento (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

89. A finalidade da cobrança de taxas moderadoras é, assim, a de procurar evitar uma utilização desnecessária de cuidados de saúde.

90. Acontece que, esta finalidade de moderação do consumo será melhor alcançada relativamente àqueles cuidados em relação aos quais a decisão de consumo pertença, ainda que não exclusivamente, aos utentes, pois nestes casos a taxa poderá, desde logo, influenciar as suas decisões subjacentes à prestação daqueles cuidados.

91. De todo o vindo de expor, resulta então que se os actos praticados pela autoridade de saúde, em especial os atestados médicos e a vacinação, forem considerados como actividades destinadas à prevenção e promoção da saúde, e portanto abrangidos no conceito de prestação de cuidados de saúde, como *supra*, e salvo melhor opinião se considerou, então o valor a cobrar pelos mesmos terá que ser:

- a. apto a contribuir para uma moderação da utilização desses cuidados de saúde;
- b. não pode corresponder a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e
- c. não ser apto a criar impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos economicamente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde;

92. A que acresce a sua impossibilidade de cobrança àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos ou financeiramente mais desfavorecidos, os quais são beneficiários da isenção estabelecida no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto.

### III.5.2 Se consideradas como taxas *tout court*

93. A Admissibilidade da cobrança destas taxas de saúde pública deve ainda ser analisada à luz do disposto na alínea d) do n.º 2 da Base XXXIII da LBS;
94. Que estabelece que “[o]s *serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios [designadamente o] pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos [...]*”;
95. E, bem assim, do 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), na qual se encontra estipulado 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*”;
96. 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.*”.
97. Ora, se tais valores fossem considerados como taxas por serviços prestados – e já não como taxas moderadoras – então não poderiam deixar de prever, por força do estabelecido nos dispositivos vindos de analisar, a existência de situações de isenção do pagamento de tais taxas;
98. Pelo menos naquelas situações em que *os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos.*
99. No entanto, o que se verifica é que o Decreto-lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, que estabelece o valor das taxas actualmente devidas pela prática de actos de autoridades de saúde, não prevê tal tipo de isenções;
100. Pelo que não salvaguarda convenientemente a possibilidade de o custo associado a esses actos poder constituir uma limitação ou restrição do acesso a tais actos;
101. Dando-se aqui o exemplo do atestado multiuso de incapacidade em junta médica (a que aliás faz referência o utente que remeteu a *supra* referida exposição à ERS), que qualquer utente pode necessitar, e obviamente também aqueles que se encontrem *em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos.*



102. Assim, o diploma legal em questão, ao não prever situações de isenção em função das condições económicas e sociais dos utentes, poderá ser apto a produzir efeitos de limitação e restrição de acesso pelos utentes a tais actos.
103. O que nos termos do disposto na segunda parte do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, poderá justificar a sua previsão por Portaria a emitir;
104. Uma vez que a previsão de tais isenções sempre se justificará à luz dos princípios aí referidos da *adequação e proporcionalidade*.

#### **IV. Conclusões**

105. Em face do exposto, e à luz dos objectivos regulatórios da ERS, considera-se que:
- i) deveria ser ponderada a integração dos actos de emissão de atestados médicos e de vacinação internacional no conceito de prestação de cuidados de saúde, e nessa medida ser-lhes aplicado o quadro legal das taxas moderadoras, com as legais consequências daí decorrentes;
  - ii) alternativa ou subsidiariamente, e caso se entenda que os valores em questão correspondem a taxas por serviços prestados, então justifica-se, à luz dos à luz dos princípios da *adequação e proporcionalidade* referidos na segunda parte do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de Janeiro, a previsão de isenções em função da condição económica e social dos utentes para os actos de emissão de atestados médicos e de vacinação internacional.