

## **Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – A tendencial gratuitidade**

Data da última atualização: 12 de janeiro de 2023

Consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), e inserido no Capítulo II (“*Direitos e deveres sociais*”) do Título III (“*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*”) da Parte I (“*Direitos e deveres fundamentais*”), o direito à proteção da saúde assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da “*realização da democracia (...) social*” (artigo 2.º da CRP).

O direito à proteção da saúde é reconhecido como um direito fundamental de todos os cidadãos, aos quais incumbe o dever especial de defender e promover a saúde. Nos termos do n.º 2 do referido artigo 64.º, o direito à proteção da saúde é realizado pelo Estado, através:

- a) Da criação de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
- b) Da criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

Para assegurar o direito à proteção da saúde, compete prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – Lei de Bases da Saúde (LBS) –, considerando a relevância estruturante deste direito fundamental à proteção da saúde, começa por reconhecer o seu conteúdo logo no n.º 1 da sua Base 1: *“O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.”*.

A LBS sublinha, assim, a importância da responsabilidade do Estado, das pessoas e da sociedade na garantia efetiva do direito fundamental à proteção da saúde, reconhecendo-o como um objetivo individual e coletivo, que deve estar presente em todas as políticas e em todos os setores de atividade da sociedade e que deve ser cumprido com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (cfr. artigo 13.º da CRP e alínea a) do n.º 1 da Base 2 da LBS).

Neste sentido, o direito à proteção da saúde compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos, cabendo ao Estado a promoção e garantia do direito à proteção da saúde através do SNS, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais (cfr. n.º 2 e 4 da Base 1 da LBS).

O SNS, tal como definido no artigo 2.º do seu Estatuto, que consta do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto<sup>1</sup>, é, precisamente, o *“conjunto organizado e articulado de*

---

<sup>1</sup> O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo. Por conseguinte, este diploma revogou o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que havia aprovado o anterior Estatuto do SNS.

---

Conforme consta do seu preâmbulo, “o novo Estatuto do SNS começa por precisar a definição de SNS, o catálogo dos seus estabelecimentos e serviços — sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde: a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. —, bem como os direitos e deveres dos seus beneficiários.”

O Estatuto do SNS dispõe, ainda, “sobre a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, e sobre o seu funcionamento, focado na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso.”

Destaca-se, também, uma das suas principais inovações: a criação, pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, da Direção Executiva do SNS. Ora, de acordo com o prescrito no artigo 1.º da orgânica da Direção Executiva do SNS, aprovada em anexo a este diploma, esta Direção é um instituto público, de regime especial, nos termos da lei, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, que prossegue atribuições da área governativa da saúde, sob a superintendência e a tutela do respetivo membro do Governo. A Direção Executiva do SNS exerce as suas atribuições sobre os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde.

A Direção Executiva do SNS tem por missão, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da sua orgânica, “coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde”. As suas atribuições estão consagradas no n.º 2 do mesmo artigo.

Salienta-se, ainda, que o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, operou a reestruturação dos seguintes serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS): Secretaria-Geral (SG), Direção-Geral da Saúde (DGS), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) e Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) – cfr. artigo 3.º do diploma. Deste modo, a Direção Executiva do SNS sucede nas atribuições da ACSS, I.P. em matéria de gestão do acesso, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos; sucede nas atribuições da DGS em matéria de coordenação das relações internacionais do MS; e, por fim, sucede nas atribuições das ARS, I.P. em matéria de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social.

Em particular, e na sequência das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, sublinha-se que, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de setembro, a ACSS tem por missão assegurar o planeamento e gestão dos recursos financeiros do Ministério da Saúde e do SNS, o planeamento dos recursos humanos e da malha de instalações e equipamentos na área da saúde, bem como a contratação da prestação de cuidados em articulação com a Direção Executiva do SNS. As suas atribuições estão plasmadas no n.º 2 deste artigo, cabendo-lhe, entre outras, a celebração de acordos, sob proposta da Direção Executiva, com entidades prestadoras de cuidados de saúde, entidades do setor privado ou social e com profissionais em regime de trabalho independente, incluindo nas áreas dos cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, bem como celebrar e acompanhar os contratos em regime de parceria público-privada. Neste sentido, cfr. também o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P..

Por seu turno, o artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de setembro, dispõe que as ARS têm por missão assegurar o planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersectorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde e desenvolvendo atividades no âmbito da saúde pública e dos comportamentos aditivos e dependências. As suas atribuições estão consagradas no n.º 2 deste artigo, salientando-se o planeamento regional dos recursos, incluindo a execução e acompanhamento dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, em articulação com a Direção Executiva do SNS, bem como apoiar a nível regional a coordenação nacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, em articulação com a Direção Executiva.

*estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”, sendo este objetivo concretizado no n.º 1 da Base 6 da LBS: “A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”.*

Esta responsabilidade do Estado deve traduzir-se nas várias dimensões de política de saúde: *“A política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde.”* (n.º 1 da Base 4 da LBS).

Nos termos do n.º 2 da Base 4 da LBS, são fundamentos da política de saúde:

- “a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;*
- b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;*
- c) As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;*
- d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;*
- e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudáveis;*
- f) A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;*
- g) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;*

---

Neste sentido, cfr. ainda o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P..

- h) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;*
- i) O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados;*
- j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde;*
- k) A divulgação transparente de informação em saúde;*
- l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.”.*

Finalmente, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, reconhece ao utente dos serviços de saúde o direito a receber os cuidados de saúde de que necessita, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos (cfr. artigo 4.º, n.º 1), e a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (CDHB) afirma, no seu artigo 3.º, a obrigação do Estado, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, tomar as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Neste enquadramento, a prevenção consiste na adoção de medidas destinadas a impedir a deterioração física, intelectual, psiquiátrica ou sensorial (prevenção primária) ou a impedir que essa deterioração cause uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária).

Já a promoção da saúde engloba o conjunto de medidas destinadas a práticas de manutenção e fomento de uma vida saudável, onde a saúde física e mental seja uma preocupação à escala social e não meramente individual. Nesse sentido, constitui um processo para garantir os meios necessários para um maior controle sobre a saúde e para a melhorar, compreendendo não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar o contexto social, ambiental e económico, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> A este respeito, veja-se o teor da Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, aprovada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, e disponível para consulta em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.

Assim, o sistema de saúde é o conjunto estruturado de todas as organizações, pessoas, medidas e ações, cuja intenção primária é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde. Qualquer pessoa constitui elemento fundamental e nuclear do sistema de saúde, sendo-lhe reconhecidos diversos papéis: (i) enquanto utente de cuidados de saúde, com necessidades e expectativas específicas; (ii) enquanto contribuinte e agente de financiamento; (iii) enquanto interveniente no processo de prestação de cuidados, através da adesão aos planos terapêuticos propostos; e (iv) como promotor de comportamentos que promovem a sua saúde e a dos outros.

### **O Serviço Nacional de Saúde**

Considerando o direito fundamental à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Por sua vez, a Base 20 da LBS determina que o SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde, devendo pautar a sua atuação pelos seguintes princípios:

- a) **Universalidade**, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;
- b) **Generalidade**, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;
- c) **Tendencial gratuitidade dos cuidados**, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) **Integração de cuidados**, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;
- e) **Equidade**, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;
- f) **Qualidade**, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;

- g) **Proximidade**, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;
- h) **Sustentabilidade financeira**, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;
- i) **Transparência**, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

Nos termos do n.º 1 do artigo 9.º dos Estatutos do SNS, este Serviço é dirigido, a nível central, por uma Direção Executiva, à qual compete, sem prejuízo da autonomia das unidades de saúde que integram o SNS e da sua organização regional, designadamente:

- a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como, daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referência Hospitalar;
- d) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;
- e) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- f) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;
- g) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- h) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;

- i) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- j) Assegurar a representação do SNS;
- k) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.

Considerando o teor do artigo 64.º da CRP, importa analisar com maior detalhe os três princípios fundamentais do SNS – universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade.

### **A tendencial gratuitidade**

Conforme previsto na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP e na alínea c) do n.º 2 da Base 20 da LBS, o direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Considerando que, por força do princípio fundamental da igualdade, ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da sua situação económica ou condição social, o acesso à proteção da saúde e ao SNS não poderia estar sujeito ao pagamento de um preço.

A tendencial gratuitidade significa, assim, que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS não implica qualquer co-pagamento, sendo apenas admissível a cobrança de valores em condições muito específicas e previamente determinadas por Lei, tal como sucede no caso das taxas moderadoras.

A este respeito relembre-se que a CRP, no seu texto originário, dispunha que o direito à proteção da saúde seria realizado “*pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*”. Nessa sequência, a Assembleia da República aprovou a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (que tinha natureza de lei de bases), denominada “*Lei do Serviço Nacional de Saúde*”, e que estabelecia, no 49 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.

No seguimento do previsto neste artigo 7.º da Lei n.º 56/79, o Governo aprovou o Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, 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 a previsão de várias exceções, tais como internamentos hospitalares ou radioterapia.

Após a aprovação e publicação deste Decreto-Lei n.º 57/86, o Tribunal Constitucional foi chamado a pronunciar-se sobre o seu conteúdo, não declarando a inconstitucionalidade material do diploma, por eventual violação do princípio da gratuitidade do SNS previsto no n.º 2 do artigo 64.º da CRP. No [Acórdão n.º 330/89](#), de 11 de abril, o Tribunal Constitucional aderiu a uma “*aceção normativa*” do conceito de gratuitidade, afastando ou rejeitando o seu conceito objetivo ou etimológico, segundo o qual um serviço gratuito será aquele que não implica o pagamento de qualquer preço<sup>3</sup>. Segundo essa aceção, o conceito de gratuitidade seria compatível com a fixação de uma prestação financeira a pagar pelos utentes e 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” da prestação de cuidados de saúde (por outras palavras, se correspondesse a um copagamento), 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 desnecessária dos serviços de saúde, mediante a cobrança de uma quantia razoável, a prestação continuava a ser gratuita e, portanto, constitucionalmente admissível. Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, no Acórdão referido, considerou que, face ao sentido mais amplo do conceito de gratuitidade, que teria sido adotado pelo legislador constituinte no n.º 2 do artigo 64.º da CRP, seria possível admitir a exigência de taxas moderadoras aos utentes do SNS, tal como estava previsto, quer no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, quer no artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, tendo por isso considerado constitucionais as referidas normas.

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

---

<sup>3</sup> A favor do conceito objetivo de gratuitidade 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, Parecer elaborado para o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Anexo 4, “Os Limites constitucionais à alteração do modelo de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde”.

A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido que foi atribuído à expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989. De acordo com o entendimento manifestado pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro<sup>4</sup>, a expressão “*tendencialmente gratuito*” não inverteu o princípio da gratuidade, mas abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras). Efetivamente, no Acórdão supra identificado, o Tribunal Constitucional entendeu 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, especificamente sobre o conceito de gratuidade tendencial, o Tribunal Constitucional esclareceu o seguinte:

*“[...] «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*

---

<sup>4</sup> O Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95 pode ser consultado em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>.

*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.»*

Assim, ao estabelecer-se, na anterior LBS (entretanto revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a atual LBS), que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o *objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde*”, o legislador pretendeu que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde dependesse unicamente da vontade do utente, essas taxas fossem capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde. Contudo, e porque são frequentes as situações em que a decisão de consumo de cuidados de saúde é partilhada entre utente e profissional de saúde, ou depende em larga medida do segundo, assumindo a prescrição médica um papel fundamental para a decisão, a atual LBS estabelece, no n.º 2 da sua Base 24, o seguinte: “*Com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.*”

As taxas moderadoras constituem uma receita do SNS. No entanto, representam apenas uma pequena fração do total dessa receita, não sendo seu objetivo funcionar como fonte de financiamento.

Face ao enquadramento constitucional em vigor, a LBS afirma, no n.º 1 da Base 23, que “*O financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.*”. No que respeita às taxas moderadoras, e por forma a cumprir o princípio da tendencial gratuitidade, o n.º 1 da Base 24 prevê o seguinte: “*A lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras,*

*nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar<sup>5</sup>.”*

No seguimento do que se acaba de expor, conclui-se que a cobrança de taxas moderadoras é admissível, desde que:

- (i) tenha como finalidade racionalizar a utilização do SNS;
- (ii) não corresponda a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do (ou parte do) preço dos cuidados de saúde prestados; e
- (iii) não seja apta a criar impedimentos ou restrições no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, veio regular “o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição de situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” (cfr. artigo 1.º).

Nos termos do preceituado no seu artigo 2.º, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio proceder a um substancial e relevante alargamento das situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, “As prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar”.

O regime de taxas moderadoras prevê a distinção entre isenção e dispensa do pagamento, com base em critérios de racionalidade e discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica, bem como de determinados grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco (cfr. artigos 4.º e 8.º do diploma em apreço).

---

<sup>5</sup> No mesmo sentido, vide o n.º 3 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que prescreve o seguinte: “A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras.”

Neste sentido, a isenção do pagamento de taxas moderadoras confere o direito ao não pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde; a dispensa contempla apenas o direito ao não pagamento de taxas moderadoras no acesso a prestações de saúde específicas.

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º<sup>6</sup> do Decreto-Lei n.º 113/2011, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras:

- a) As grávidas e parturientes;
- b) Os menores;
- c) Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- d) Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar, nos termos do artigo 6.º;
- e) Os dadores benévolos de sangue;
- f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos;
- g) Os bombeiros;
- h) Os doentes transplantados;
- i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas<sup>7</sup> que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente;
- j) Os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem

---

<sup>6</sup> O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, foi ripristinado na redação imediatamente anterior à da Lei n.º 134/2015, de 7 de setembro, por via da Lei n.º 3/2016, de 29 de fevereiro (que determina a revogação do pagamento de taxas moderadoras na interrupção voluntária da gravidez), e que, na alínea a) do seu artigo 2.º, prescreve a revogação da Lei n.º 134/2015, de 7 de setembro.

<sup>7</sup> A Lei n.º 46/2020, de 20 de agosto, que aprova o Estatuto do Antigo Combatente, dispõe, no seu artigo 16.º, que estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, os antigos combatentes e as viúvas dos antigos combatentes, detentores dos respetivos cartões. Para este efeito, são considerados antigos combatentes os militares e ex-militares previstos no artigo 2.º da referida lei.

comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, e o respetivo cônjuge e dependentes.

k) Os jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal, com medida aplicada no âmbito do artigo 35.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

l) Os jovens que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento, de medida cautelar de guarda em centro educativo ou de medida cautelar de guarda em instituição pública ou privada, por decisão proferida no âmbito da Lei Tutelar Educativa, aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 4/2015, de 15 de janeiro, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

m) Os jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento por decisão judicial proferida em processo tutelar cível, e nos termos da qual a tutela ou o simples exercício das responsabilidades parentais sejam deferidos à instituição onde os jovens se encontram integrados, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

n) Os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos.

Também as vítimas dos incêndios florestais ocorridos em Portugal continental, entre 17 e 24 de junho de 2017, 15 e 16 de outubro de 2017, e entre 3 e 10 de agosto de 2018, nos termos da Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro e do Despacho n.º 4703/2018, de 14 de maio, estão isentas do pagamento de taxas moderadoras<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Cfr. alínea a) do n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro.

Importa assim sublinhar que o reconhecimento das isenções previstas na Lei pressupõe sempre a sua comprovação pelos utentes. Quer o Decreto-Lei n.º 113/2011, quer a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, regulam o reconhecimento e comprovativo de isenção por condição de insuficiência económica, aqui incluída a isenção por desemprego involuntário introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho. Relativamente às demais isenções, foi a ACSS quem estabeleceu os meios comprovativos a apresentar pelos utentes, mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas dirigidas às ARS, e aos hospitais e ULS<sup>9</sup>.

Por seu turno, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras passou a estar prevista no n.º 2 da Base 24 da LBS (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), aí se referindo que, com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.

Nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, é dispensada a cobrança de taxas moderadoras no atendimento em serviço de urgência nas situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou nas situações das quais resulta a admissão a internamento através da urgência.

As taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente, resultante do seu estado de saúde, ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança. Não sendo cobradas no momento da realização do ato, o utente é interpelado para efetuar o pagamento no prazo de 10 dias subsequentes a contar da data da notificação (cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011).<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> As Circulares podem ser consultadas no sítio eletrónico da ACSS em <http://www.acss.min-saude.pt>. Em relação às várias situações de isenção, e para saber quais os procedimentos administrativos a obedecer, os comprovativos a apresentar e os prazos a respeitar, o utente deverá conhecer o conteúdo não só dos referidos diplomas legais, mas igualmente das Circulares Normativas e Informativas emitidas pela ACSS, sendo certo que a consulta da eventual isenção deverá ocorrer mediante o acesso eletrónico do utente ao Registo Nacional de Utentes (RNU). A este respeito, a ERS disponibiliza ainda um conjunto de perguntas e respostas simplificadas no seu website, em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/taxas-moderadoras-do-sns/>.

<sup>10</sup> Quanto ao prazo de prescrição aplicável à cobrança de taxas moderadoras pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, conforme [Circular Informativa n.º1/2020/ACSS](#), de 3 de março de 2020, e uma vez que estamos perante uma taxa, ele é de “[...]poito anos contados a partir da data em que ocorreu a realização das prestações de saúde associadas, sendo que, o direito de liquidar caduca caso não ocorra uma notificação válida ao utente, no prazo de quatro anos, aplicando-se

Quando exista um terceiro responsável, legal ou contratualmente, pela prestação de cuidados de saúde - por exemplo, nos casos em que a prestação de cuidados de saúde a um utente, num determinado serviço de urgência, se deveu a agressões sofridas pelo mesmo ou a um acidente de trabalho ou desportivo - não haverá lugar ao pagamento de taxas moderadoras por parte dos utentes assistidos. Nesses casos, caberá aos estabelecimentos e serviços do SNS, “[...] *verificar sobre quem impende a responsabilidade financeira, designadamente se ao SNS ou ao terceiro pagador*”, conforme resulta da Circular Informativa n.º 10/2020/ACSS de 18 de setembro. O terceiro responsável é “[...] *alguém exterior à relação estabelecida entre o prestador de cuidados de saúde e o assistido, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de uma forma legal ou contrato. Se a responsabilidade financeira pertencer ao SNS, aos utentes será exigível o pagamento das taxas moderadoras [...]*”, no caso de não beneficiarem de isenção ou dispensa, nos termos da lei.

Por fim, importa referir as competências atribuídas à ERS no que respeita às taxas moderadoras<sup>11</sup>. De acordo com o disposto nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, “*As atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:[...] b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como à proteção dos demais direitos dos utentes; c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.*”

Estas atribuições encontram-se expressamente incluídas no elenco dos objetivos regulatórios da ERS. Com efeito, as alíneas b), c) e e) do artigo 10.º dos seus Estatutos fixam como objetivos gerais da atividade reguladora da ERS: “*Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*”, “*Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*”.

---

*para o efeito, o exposto nos artigos 45.º, 46.º, 48.º e 49.º da Lei Geral Tributária, na sua atual redação*”.

<sup>11</sup> A este propósito, cfr. [Alerta da ERS, de 30 de setembro de 2018: Informação sobre Taxas Moderadoras](#).



Na execução dos preditos objetivos, e ao abrigo do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS, compete a esta Entidade assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS e, conseqüentemente, prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes que sejam eventualmente detetadas nesses mesmos serviços e estabelecimentos.

Já de acordo com a alínea e) do artigo 15.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados e zelar pelo seu cumprimento.

A ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).



# ERS

ENTIDADE  
REGULADORA  
DA SAÚDE

RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32  
4100-455 PORTO - PORTUGAL  
T +351 222 092 350  
GERAL@ERS.PT  
WWW.ERS.PT

### Área de informação aos utentes

🔗 <https://www.ers.pt/pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>

### Pedidos de Informação

🔗 <https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/pedido-de-informacao/>

### Livro de Reclamações *online*

🔗 <https://www.ers.pt/pt/reclamar-diretamente-a-ers/>

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021

A reprodução de partes do conteúdo

deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).